



GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ



CİLT : 2 / SAYI : 4

ISSN 2146 - 9954

2013

GÜMÜŞHANE UNIVERSITY JOURNAL OF HEALTH SCIENCES



Altuntaş Yaylası / GÜMÜŞHANE

SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Bağlarbaşı Mah. 29100 / GÜMÜŞHANE

Tel : 0456 233 7425 - 248 Fax: 0 456 233 7604

sbd@gumushane.edu.tr

Türkiye Atıf Dizini (Turkiye Citation Index)'ne kayıtlıdır.

İÇİNDEKİLER

Acil Acil Servis Hemşirelerine Hasta Ve Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddetin İncelenmesi (Araştırma Makalesi)	419
Kevser CAN, Kerime Derya BEYDAĞ	
Öğrencilerin Mobbing Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi (Araştırma Makalesi)	431
Havva OLGUN, Zeynep POLATÖZ ,Ayşe KARACA ,Songül ÇİFTÇİ, Hatice ÖZTÜRK , Elif Yağmur ÖZORHAN Hava ÖZKAN Serap APAY	
Bir Eğitim Programı Geliştirme Ve Değerlendirme Süreci: Ortaöğretim Kız Öğrencileri İçin “Genital Hijyen” Eğitim Programı (Araştırma Makalesi)	443
Ayşe KOYUN , Funda ÖZPULAT, Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ	
Fetüsün Cinsiyetinin Annelik Rolüne Ve Gebeliğe İlişkin Düşüncelere Etkisi (Araştırma Makalesi)	460
Ayşe KOYUN, Şengül DEMİR	
Kadınların Sezaryen Sonrası Seçtikleri Aile Planlaması Yöntemleri Ve Bu Yöntemleri Seçme Nedenlerinin Dağılımı (Araştırma Makalesi)	470
Esra VERİM, Rabia SOHBET	
Evlilik Öncesi Cinsel Deneyim: Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Görüş Ve Tutumları (Araştırma Makalesi)	486
Funda EVCİLİ, Büşra CESUR, Ayşe ALTUN, Zarife GÜÇTAŞ, Haldun SÜMER	
Determination Of The Situation Of Nurses Related To The Application Of Peripheric Venous Catheter (Araştırma Makalesi)	499
Gülçin AVŞAR, Zeynep K. ÖZLÜ, Kenan GÜMÜŞ, Nadiye ÖZER, Aynur AYTEKİN	
Sağlığı Geliştirici Bir Unsur Olarak Sosyal Medya: Facebookta Sağlık (Derleme)	508
Emine ŞENER, Menevşe SAMUR	
Cinselliğinin Değerlendirilmesinde Plissit Modeli’nin Kullanımı (Derleme)	524
Nilüfer TUĞUT, Zehra GÖLBAŞI	
Uterus Transplantasyonu Ve Etik (Derleme)	535
Ruşen ÖZTÜRK, Ümran SEVİL	
Afetlerde Güvenli Hastaneler (Derleme)	547
Pelin ÖZMEN ,Y. Ziya TÜRK , Mehmet ÇETİN	
Hemşirelik Ve Mobbing (Derleme)	562
Sibel Asi KARAKAŞ ,Ayşe OKANLI	



Sahibi (Owner)

Prof. Dr. İhsan GÜNAYDIN

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

(Editorial Manager)

Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ

Editörler (Editors)

Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ

Yrd. Doç. Dr. Sevil CENGİZ

Dergi Sekreteryası

Öğr. Gör. Nurgül KARAKURT

Arş. Gör. Vildan APAYDIN

Öğr. Gör. Vildan DEMİR

Öğr. Gör. Nesibe BURNAZ

Öğr. Gör. Meltem DEMİR

Teknik Kurul

Bil. Müh. Bayram KARAKUŞ

Grafiker Ayşe YALÇINKAYA

İletişim Adresi

Sağlık Bilimleri Dergisi

Gümüşhane Üniversitesi

Sağlık Yüksekokulu

Bağlarbaşı Mah.

29100 / GÜMÜŞHANE

Tel: 0 456 233 76 37

Fax: 0 456 233 76 04

http://sbd.gumushane.edu.tr

Yayın Türü:

Yılda dört kez yayınlanan hakemli,
sürelî yayın

Türk Atıf Dizinine (*Turkiye
Citation Index*) kayıtlıdır.

Dergimize Makale

Göndermek İçin:

sbd@gumushane.edu.tr

EDİTÖRDEN...

Merhaba Değerli Bilim İnsanları,

Bir iki derken dergimizin sekizinci sayısına ulaştığımız bu günlerde iki bayramı bir arada kutlamanın mutluluğu içindeyiz. Hepinizin ve tüm bilim camiamızın Kurban Bayramı ve 29 Ekim Cumhuriyet Bayramı kutlu olsun. Ayrıca dergimizin; sizinle beraber kalitemizi arttıracığımız inandığımız Türkiye Atıf Dizinine (*Turkiye Citation Index*) kayıtlı olmasının mutluluğunu yaşıyoruz.

Bu sayıda farklı araştırma konularıyla ilgili yedi ilginç araştırma makalesi ve beş derleme bulunmaktadır. Birinci çalışmamız; ne yazık ki günümüzün önemli sağlık sorunu haline gelen, şiddete bir bakış açısı getiren ; Kevser CAN ve Kerime Derya BEYDAĞ' nın "Acil Servis Hemşirelerine Hasta Ve Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddetin İncelenmesi " adlı çalışmadır. İkinci çalışmamız ise; Hava ÖZKAN ve arkadaşlarının "Öğrencilerin Mobbing Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi" adlı çalışmadır. Bu çalışmayı Funda ÖZPULAT ve arkadaşlarının çalıştığı " Bir Eğitim Programı Geliştirme Ve Değerlendirme Süreci: Ortaöğretim Kız Öğrencileri İçin "Genital Hijyen" Eğitim Programı " adlı araştırma izlemektedir. Dördüncü makalemiz Ayşe KOYUN' ve Şengül DEMİR 'in birlikte çalıştığı 'Fetüsün Cinsiyetinin Annelik Rolüne Ve Gebeliğe İlişkin Düşüncelere Etkisi" adlı çalışmadır. Bu çalışmayı Esra VERİM ve Rabia SOHBET' in " Kadınların Sezaryen Sonrası Seçtikleri Aile Planlaması Yöntemleri Ve Bu Yöntemleri Seçme Nedenlerinin Dağılımı" adlı çalışması takip etmektedir. Altıncı makalemizde; Funda EVCİLİ ve arkadaşlarının çalıştığı "Evlilik Öncesi Cinsel Deneyim: Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Görüş Ve Tutumları " adlı araştırma ile devam edeceğiz. Yedinci makalemiz ; sayısını gün geçtikçe artmasını umduğumuz organ bağışi hakkında Zeynep KARAMAN ÖZLÜ ve arkadaşlarının hazırladığı " Determination Of The Situation Of Nurses Related To The Application Of Peripheric Venous Catheter" adlı çalışmadır.

Sekizinci makalemiz günümüzde vazgeçilmez hale gelen bir konuya parmak basan ; Emine ŞENER ve Menevşe SAMUR' un "Sağlığı Geliştirici Bir Unsur Olarak Sosyal Medya: Facebookta Sağlık " adlı derlemesidir. Bu makaleyi Nilüfer TUĞUT ve Zehra GÖLBAŞI'ın "Cinselliğinin Değerlendirilmesinde Plissit Modeli'nin Kullanımı " adlı derlemesi izlemektedir. Onuncu makalemiz; günümüzde birçok tartışmalara neden olan bir konuda yapılmış olan; Ruşen ÖZTÜRK ve Ümran SEVİL'in " Uterus Transplantasyonu Ve Etik " adlı derlemesidir. Bu makaleyi ülkemizin önemli problemlerinden biri olan afete bir bakış atan Pelin ÖZMEN ve arkadaşlarının hazırladığı " Afetlerde Güvenli Hastaneler" adlı derleme takip etmektedir. Bu sayıda son olarak Sibel Asi KARAKAŞ ve Ayşe OKANLI " Hemşirelik Ve Mobbing" adlı derleme yer almaktadır. Dergimizin bir sonraki sayısında buluşmak üzere; günlerinizi mutlu sevgi ve bilim dolu , huzurlu ve şiddetten uzak geçirmeniz dileğiyle üzere ...

Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ Yrd. Doç. Dr. Sevil CENGİZ



DERGİMİZ HAKKINDA

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi ; Temel Tıp Bilimleri , Cerrahi Tıp Bilimleri, Dahili Tıp Bilimleri , Hemşirelik, Beslenme ve Diyetetik , Sağlık Yönetimi , Ebelik, Çocuk Gelişimi, İlk ve Acil Yardım (Paramedik) ,Tıbbi Laboratuvar, Sporcu Sağlığı, Acil Yardım ve Afet Yönetimi, Sosyal Hizmetler, Dış Hekimliği ve Veterinerlik gibi bütün sağlık alanlarındaki bilimsel yazıları yayımlayan hakemli bir dergidir. Dergide önceden yayımlanmış, yayımlanmak üzere kabul edilmiş ve yayımlanmak için değerlendirilmekte olan yazılar değerlendirmeye alınmaz. Yayımlanan yazıların sorumluluğu tümüyle yazar(lara) aittir. Yazardan düzeltme istenilmesi durumunda, düzeltmenin en geç 1 ay içinde yapılarak Sağlık Bilimleri Dergisi sekreterliğine ulaştırılması gerekmektedir. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi'nde aşağıda belirtilen özellikleri taşıyan yazılar yayımlanabilir:

Derleme: Belli bir konuda yakın zamana kadar yapılmış bilimsel çalışmaların kapsamlı derlemesi.

Araştırma Makalesi: Özgün araştırmaları tanıtan ve sonuçlarını sunan bilimsel formatta yazılmış makale.

Teorik ve Kuramsal Makaleler: İlgili bilim dalına katkı yapacak teorik düzlemde hazırlanmış makale

Kitap Tanıtımı

YAZIM KURALLARI

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri e-dergisi yılda dört kez (Ocak, Nisan, Temmuz ve Ekim) yayınlanan hakemli bir dergidir. Dergide ; klinik ve deneysel çalışmalar , ilginç olgu bildirimleri, editör tarafından davet edilmiş derlemeler, ve editöre mektuplar yayınlanır.

Dergimizde yayınlanması arzu edilen çalışmaların aşağıda belirtilen yazım kurallarına ve diğer koşullara uygun bir şekilde hazırlanarak dergimiz e-posta adresine (sbd@gumushane.edu.tr) gönderilmesi gerekmektedir. Yayınlanmak üzere dergimize gönderilen çalışmaların tüm sorumlulukları yazarlara aittir.

Dergi kurallarına uygunluğuna karar verilen yazılar Hakem Danışma Kurulundan konu ile ilgili en az iki hakeme gönderilir ve bu üyelerden yayına uygun olup olmadığı konusunda görüşleri alınır. Bu incelemeden geçen yazılar, Yayın Kurulu tarafından tekrar değerlendirilir ve basılacağı yer ve sayı kararlaştırılır. Danışma ve Yayın Kurulları, düzeltme, kontrol ve dizgi aşamasında yayıncı, yazılarda düzeltme yapmak, biçiminde değişiklikler istemek ve yazarları bilgilendirerek kısaltma yapmak yetkisine sahiptir.

Yazarlardan istenen değişiklik ve düzeltmeler için verilen süre en fazla laydır ve düzeltmeler yapıldıktan sonra, söz konusu yazılar yaygın programına alınmaz.

Yazım kuralları ile ilgili gerekli görülen düzeltmeler editör ya da hakemler tarafından yapılabilir. Düzeltme için geri gönderilen yazılarda, hakemlerin ve editörün istemleri dışında değişiklikler yapılamaz. Dergide yayınlanan yazılar için yazarlara bir ücret ödenmez. Yayınlanmak üzere dergiye sunulan yazılar yayınlanmasın geri gönderilmez. Ancak düzeltme istenen yazılar düzeltmenin yapılmasını sağlamak amacıyla geri gönderilebilir.

MAKALE YAZIM KURALLARI

1. Yayınlanmak üzere dergiye gönderilen yazılar daha önce yayınlanmamış yada yayınlanmak üzere başka bir yere gönderilmemiş olmalıdır. Söz konusu araştırma bilimsel bir toplantıda bildiri (sözlü ya da poster) olarak sunulmuşsa yazının başlık sayfasının altında tarihi ve yeri ile birlikte dipnot şeklinde belirtilmelidir.

2. Dergimizde Türkçe, İngilizce ve Almanca dillerinden herhangi biri ile yazılmış yazılar yayınlanır. Yazılar MS Word 2003 veya üzeri sürümlerde, A4 kağıdı boyutunda, "Times New Roman" yazı stili, 12 punto ve 1.5 satır aralığı ile yazılmalıdır. Paragraflarda ilk satır girintisi 1 cm olmalıdır. Paragraf geçişlerinde satır atlanmamalıdır. Yazılarda geçen kısaltmalar yazı içinde ilk kullanımlarında açık olarak yazılmalı ve hemen yanında parantez içinde kısaltılmış şekil verilmelidir.

3. Yazılarda Türkçe ve İngilizce özet verilmelidir. Özetler 10 punto ile yazılmış ve 250 kelimeyi aşmayacak şekilde olmalıdır. "ÖZET" başlığı (10 punto) ortalanarak "**kalm**" yazılmalıdır. Özette denklem, atıf, standart dışı kısaltmalar yer almamalıdır. Özetlerden sonra çalışmanın alanını tanımlayabilecek en az üç, en fazla beş adet "anahtar kelime" (keywords) bulunmalıdır. Anahtar kelimeler (Index Medicus: Medical Subject Headings ve Türkiye Bilim Terimleri sözlüğü ile uyumlu olmalıdır. Index Medicus MeSH dağarcığına uygun anahtar sözcükler dizgi aşamasında dergimiz tarafından da eklenmektedir. Olgu sunumlarının özetleri kısa ve tek paragraflık olmalıdır. Olgu sunumu özetleri ağırlıklı olarak mutlaka olgu

hakkındaki bilgileri içermelidir.

4. Yazılar, Giriş bölümü ile ikinci sayfadan başlamalı ve uygun bölümlere ayrılmalıdır. Başlık sayfası dışında yazının hiçbir bölümünün ayrı sayfalarda başlatılması zorunluluğu yoktur. Başlıklardan önce bir satır boşluk bırakılmalıdır.

5. Araştırma yazıları TÜRKÇE ÖZET, İNGİLİZCE ÖZET, GİRİŞ, MATERYAL ve METOT, BULGULAR ve TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER (Tartışma içinde yer alabilir) ve KAYNAKÇA bölümlerinden oluşmalıdır. Başlıklarına numara verilmemeli ve paragraf ile hizalı bir şekilde tamamen büyük harflerle



kalın yazılmalıdır. Başlık sayfası dışında yazının hiçbir bölümünün ayrı sayfalarda başlatılması zorunluluğu yoktur. Başlıklardan önce bir satır boşluk bırakılmalıdır.

6. Yazıların ana başlığı ortada olacak şekilde, büyük harflerle “**kalın**” ve 12 punto ile yazılmalıdır. Yazarın adı başlığın sağ alt kenarına konulmalı; yazar birden fazla ise adları yan yana yazılmalıdır. Unvan kullanılmaksızın önce isim, sonra büyük harflerle soy isim yazılmalıdır. Yazarların akademik ünvanı, bağlı olduğu kurumu ve e-posta adresi dipnot şeklinde ilk sayfada yer almalıdır. İlk sayfada ayrıca, dipnot olarak aynı yazı karakterinde ve 10 punto ile çalışmayı destekleyen kuruluşlar ve diğer gerekli bilgiler belirtilmelidir.

7. Yazı, çizim veya grafiklerin yazım alanı içinde olmalarına dikkat edilmelidir. Yazılarda sayfa kenar boşlukları ; üstbilgi ve altbilgi 2 cm olmalıdır.

8. Yazılar, şekil ve tablolar dahil 25 sayfayı geçmemelidir.

9. Yazılardaki resim, şekil ve grafikler “Şekil” adı altında gösterilmeli; şekil ve grafikler bilgisayar ortamında çizilmelidir. Tablo, şekil ve denklemlere sıra numarası verilmeli, başlıklar tabloların üzerine, şekillerin ise altına her sözcüğün ilk harfi büyük olacak şekilde ve ortalanarak “kalın” karakterler ile yazılmalıdır. Ayrıca tablo ve şekillere ait kaynaklar hemen altına 8 punto ile verilmelidir. Tablolar her sayfaya bir tablo olacak şekilde yerleştirilmelidir. Yazılardaki tablolar dikey çiziyi içermemeli ve tablolar word programındaki tablo menüsünden yararlanılarak yapılmalı ve tablo sayısı 5’i geçmemelidir. Şekil, resim, tablo ve grafiklerin metin içinde geçtiği yerler ilgili cümlelerin sonunda belirtilmelidir. 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 iletilmesi gerekmektedir. Kullanılan kısaltmalar şekil, resim, tablo ve grafiklerin altındaki açıklamada belirtilmelidir. Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak şekil, resim, tablo ve grafik açıklamasında belirtilmelidir.

10. Yazıda yer alan birinci derece başlıklar (I,II, III gibi) Romen rakamlarıyla sınıflandırılmalı, tamamen büyük koyu harflerle ve paragraf ile hizalı bir şekilde yazılmalıdır. İkinci derece başlıklar (A,B,C gibi) büyük harflerle sınıflandırılmalıdır. Bu başlıklar her sözcüğün ilk harfi büyük olacak şekilde kalın harflerle ve paragraf ile hizalı bir şekilde yazılmalıdır. Üçüncü derece başlıklar (1, 2, 3 gibi) rakamlarla sınıflandırılmalıdır. Bu tür başlıklar her sözcüğün ilk harfi büyük olacak

şekilde, kalın ve paragraf ile hizalı yazılmalıdır. Dördüncü derece başlıklar ise (a, b, c gibi) küçük harflerle sınıflandırılmalıdır. Dördüncü derece alt başlıklar küçük harflerle, kalın ve paragraf ile hizalı yazılmalıdır.

11. Kaynaklar

Yazarlar yalnızca doğrudan yararlandıkları kaynakları yazılarında gösterebilirler. Dergimiz, başka çalışmalarda bildirilen kaynakların aktarma şeklinde kullanılmasını kesinlikle uygun görmez. Bir kaynağın aslından yararlanılmamış olduğu düşünüldüğünde, yazarından söz konusu kaynak ya dakaynakların ilk sayfalarının fotokopilerini göndermesi istenir. Yazarlar tarafından doğrulanmayan kaynaklar dizgi aşamasında yazıdan ayıklanmaktadır.

Kaynaklar bölümünde, yayınlanmamış ve sayfa numaralarıyla verilemeyecek kaynak (yayınlanmamış kongre, sempozyum, toplantı, vb. belgeleri) kullanılamaz.

Kaynaklar yazıda kullanılış sırasına göre sıralanmalıdır. Noktalamalara birden çok yazarlı bir çalışmayı tek yazar adıyla kısaltmamaya ve kaynak sayfalarının başlangıç ve bitimlerinin belirtilmesine dikkat edilmelidir. Kullanılacak kısaltmalar Index Medicus'a uygun olmalıdır. Yazar sayısı altıdan fazla ise “ve ark. ya da et al” şeklinde kısaltılabilir.

Aşağıda kaynak gösterim örnekleri sunulmuştur:

Makale:

1. Şahinöz T, Şahinöz S ve ark. Yurttan kalan üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 23 (4): 159-166.

Kongre Bildirileri:

2. Şahinöz S, Şahinöz T, Çolak A, Cengiz S. Gümüşhane Üniversitesi Öğrencilerinin Zararlı Alışkanlıkları. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; 4-7 Ekim 2011, Trabzon. 2011. p 374

Kitap:

3. Şahinöz S (ed.), Şahinöz T (ed.), Eker H.H, Kıvanç A, Bodur A.F, Çolak, A. Hasta Bakımı: Sürdürülebilir Kalkınma İçin Kadın Girişimcilik ve Eğitim Merkezi Eğitim Kitabı. 1. Baskı. ISBN: 978-605-87853-0-4 Gümüşhane - 2011. ss: 4-7

Tezler:

4. ŞAHİNÖZ T. Uzmanlık Tezi; “Kayseri’de 1985 – 1998 Yılları Arasında Sağlık Durumu ve Demografik Göstergelerdeki Değişim” Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Yusuf Öztürk. Kayseri – 1999.



Kaynaklara yapılan atıflar, dipnotlar yerine metnin içinde parantez içinde yazıda kullanım sırasına göre rakamlarla yapılmalıdır. Yapılacak atıf bir internet sitesinden alınmışsa ve atfın yazarı belli değil ise, parantez içerisindeki ifadeler şu şekilde sıralanmalıdır; internet sitesinin kurumu, erişim yılı.

.....(www.die.gov.tr, 2007) : internet adresine atıf

.....(Devlet Planlama Teşkilatı, 2005) : kuruma atıf

Yukarıdaki atıf gösterimleri metin dili Türkçe olan makaleler içindir.Yabancı dilde yazılan makalelerdeki atıflarda kullanılan bağlaçlar, metin dili ile uyumlu olmalıdır. Kaynağa yapılan atıf dışında, yapılacak açıklamalar, "Notlar" başlığı altında yazının sonunda ayrı bir sayfada verilmelidir. Kaynakçada yer alan eserler kitap, makale vb. şekilde sınıflandırılmamalıdır.

Yukarıdaki gösterimler metin dili Türkçe olan kaynaklar içindir.Yabancı dilde yayınlanacak çalışmalarda bağlaçlar ve kısaltmalar metin dili ile uyumlu olmalıdır. Örneğin, metin dili İngilizce olan bir çalışmada 've' bağlacı yerine 'and', 'ss.' kısaltması yerine 'pp.'kullanılmalıdır.

12. Etik

İnsanlar üzerinde yapılan deneysel çalışmaların sonuçlarını bildiren yazılarda, bu çalışmanın yapıldığı gönüllü ya da hastalara uygulanacak prosedürlerin) özelliği tümüyle anlatıldıktan sonra, kendilerinin bilgilendirilip onaylarının alındığını gösterir bir cümle bulunmalıdır. Yazarlar, bu tür bir çalışma söz konusu olduğunda, uluslararası alanda kabul edilen kılavuzlara ve TC. Sağlık Bakanlığı tarafından getirilen ve 29 Ocak 1993 tarih ve 21480 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan "İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik" ve daha sonra yayınlanan diğer yönetmelik ve yazılarda belirtilen hükümlere uyulduğunu belirtmeli ve ilgili Etik Kuruldan aldıkları onayı göndermelidir.

Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalar için de gereken izin alınmalı; yazıda deneklere ağrı, acı ve rahatsızlık verilmemesi için neler yapıldığı açık bir şekilde belirtilmelidir.Hasta kimliğini tanıttak fotoğraf kullanıldığında, hastanın yazılı onayı alınmalı ve hastanın gözleri bantla kapalı olmalıdır.

Yukarıdaki formata uygun olmayan çalışmalar içerik açısından değerlendirilmeye alınmayacak ve editör tarafından yazara iade edilecektir.Hotmail üzerinden gelen makaleler sistem tarafından silinmektedir. Diğer e-mail adresleri kullanılmalıdır.

İletişim	Sağlık Bilimleri Dergisi
Adres	Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Bilimleri Dergisi Sekreteryası Bağlarbaşı Mah. 29100 Gümüşhane
Tel	0 456 233 76 37 0 505 347 6206
Faks	0 456 233 76 04
e-posta	sbd@gumushane.edu.tr



Gümüşhane University Journal Of Health Sciences

GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU / SCIENTIFIC ADVISORY BOARD

Abdülgani TATAR Atatürk Üniversitesi	Cemalettin BALTACI Gümüşhane Üniversitesi
Aclan ÖZDER Afyon Kocatepe Üniversitesi	Cemil ŞAHİN Gümüşhane Üniversitesi
Adem KUŞGÖZ Karadeniz Teknik Üniversitesi	Cihan ÖREM Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet ALVER Karadeniz Teknik Üniversitesi	Çetin AKAR Hacattepe Üniversitesi
Ahmet EROĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi	Dilek ÇİLİNGİR Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet KALAYCIOĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi	E.Edip KEHA Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet KARAGÜZEL Karadeniz Teknik Üniversitesi	Engin YENİLMEZ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet MENTEŞE Karadeniz Teknik Üniversitesi	Erdem DUMAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet TİRYAKİ Karadeniz Teknik Üniversitesi	Erhan ÇAPKIN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet YILMAZ Gümüşhane Üniversitesi	Ersan ODACI Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ali Fuat BODUR Gümüşhane Üniversitesi	Ersan KALAY Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ali GÜNDOĞDU Gümüşhane Üniversitesi	Esra ERCAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Aliye ÖZENOĞLU 19 Mayıs Üniversitesi	Ersagun KARAGÜZEL Karadeniz Teknik Ü.
Asım ÖREM Karadeniz Teknik Üniversitesi	Ethem ALHAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Aydın KIVANÇ Gümüşhane Üniversitesi	Evrım AKTEPE Süleyman Demirel Üniversitesi
Ayhan KANAT Rize Üniversitesi	Evrım ÖZKORUMAK Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayişe KARADAĞ Gazi Üniversitesi	Fahri UÇAR Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayla Gürsoy Karadeniz Teknik Üniversitesi	Fatma DEMİR KORKMAZ Ege Üniversitesi
Aynur BÜTÜN AYHAN Ankara Üniversitesi	Fatma TAŞ ARSLAN Selçuk Üniversitesi
Aysel KÖKSAL AKYOL Ankara Üniversitesi	Fehmi Volan AKYÖN 18 Mart Üniversitesi
Ayşe METİN Ankara Çocuk Sağ.ve Has.	Ferdi BAŞKURT Süleyman Demirel Üniversitesi
Ayşe ÇOLAK Gümüşhane Üniversitesi	Fevziye ÇETİNKAYA Erciyes Üniversitesi
Ayşe OKANLI Atatürk Üniversitesi	Feyyaz ÖZDEMİR Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayşe Özfer ÖZÇELİK Ankara Üniversitesi	Figen ÇELEP Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayşegül BİLGE Ege Üniversitesi	Fisun ŞENUZUN Ege Üniversitesi
Ayşegül İŞLER Akdeniz Üniversitesi	Gamze ÇAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayşenur ÖKTEN Karadeniz Teknik Üniversitesi	Gökhan YILMAZ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayten DEMİR Ankara Üniversitesi	Gökşin ŞENGÜL Atatürk Üniversitesi
Bayram KAYMAK Hacattepe Üniversitesi	Gülşah YEĞİNOĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi
Bayram ŞAHİNÖZ Hacattepe Üniversitesi	Gülhan ERDEM 18 Mart Üniversitesi
Belgin YILDIRIM Adnan Menderes Ü.	Gülgün ERSOY Hacattepe Üniversitesi
Beyazıt YEMEZ Dokuz Eylül Üniversitesi	Gülşah YILDIZ DENİZ Gümüşhane Üniversitesi
Birgül KURAL Karadeniz Teknik Üniversitesi	Gürdal YILMAZ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Bora CENGİZ Bahçeci Sağlık Grubu	Hafız AYDIN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Burhan ÇAKICI Gümüşhane Üniversitesi	Halil KAVGACI Karadeniz Teknik Üniversitesi
Cavit KART Karadeniz Teknik Üniversitesi	Haluk DUMAN Aksaray Üniversitesi



Gümüşhane University Journal Of Health Sciences

GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Handan GÜLER Cumhuriyet Üniversitesi
Hasan BOZKAYA Karadeniz Teknik Üniversitesi
Hasan EFE Rize Üniversitesi
Hasan Hüseyin EKER Gümüşhane Üniversitesi
Havva ÖZTÜRK Karadeniz Teknik Üniversitesi
Havva TEL Cumhuriyet Üniversitesi
Hayri AYDOĞAN Gümüşhane Üniversitesi
Hayriye ÜNLÜ Başkent Üniversitesi
Hilal YILDIRAN Gazi Üniversitesi
Huri İLYASOĞLU Gümüşhane Üniversitesi
Hüseyin DAŞ Gümüşhane Üniversitesi
İbrahim İKİZCELİ İstanbul Üniversitesi
İbrahim TURAN Gümüşhane Üniversitesi
İbrahim YILDIRAN Gazi Üniversitesi
İclal ÇAKICI Yeditepe Üniversitesi
İhsan KALYONCU Karadeniz Teknik Üniversitesi
İknur TOSUN Karadeniz Teknik Üniversitesi
İmdat AYGÜL Gümüşhane Üniversitesi
İrfan NUHOĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi
İsmet DURMUŞ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Kaan KILINÇ Gümüşhane Üniversitesi
Kurtuluş BURUK Karadeniz Teknik Üniversitesi
Lale TAŞKIN Hacettepe Üniversitesi
Levent TÜMKAYA Rize Üniversitesi
Makbule Gezmen KARADAĞ Gazi Üniversitesi
Mehmet GÜNAY Gazi Üniversitesi
Meltem UÇAR Lefke Avrupa Üniversitesi
Merih KUTLU Karadeniz Teknik Üniversitesi
Mevlit İKBAL Karadeniz Teknik Üniversitesi
Mine BEKAR Cumhuriyet Üniversitesi
Mine EKİNCİ Atatürk Üniversitesi
Mualla AYKUT Erciyes Üniversitesi
Muazzez GARİPAĞAOĞLU Medipol Üniversitesi
Muhammed KIZILTUNÇ Gümüşhane Üniversitesi
Murat BAŞ Başkent Üniversitesi
Murat ERSEL Ege Üniversitesi
Murat KARKUCAK Karadeniz Teknik Üniversitesi
Murat S. KESİM Karadeniz Teknik Üniversitesi
Murat TOPBAŞ Karadeniz Teknik Üniversitesi

Musa ÖZATA Selçuk Üniversitesi
Musa KARAALP Gümüşhane Üniversitesi
Mustafa GÖKÇE Karadeniz Teknik Üniversitesi
Mustafa ÖNCEL Gümüşhane Üniversitesi
Nazan KARAHAN Karabük Üniversitesi
Nazlı Hacıoğlu Atatürk Üniversitesi
Nesibe Aslan BURNAZ Gümüşhane Üniversitesi
Nesrin ERCİYES Karadeniz Teknik Üniversitesi
Nesrin NURAL Karadeniz Teknik Üniversitesi
Neşe KAKLIKAYA Karadeniz Teknik Üniversitesi
Nezihe GÖKHAN Gümüşhane Üniversitesi
Nurcan ÇALIŞKAN Gazi Üniversitesi
Nurcan YABANCI Ankara Üniversitesi
Nurçin KÜÇÜK Gümüşhane Üniversitesi
Nuri Güleşçi Gümüşhane Üniversitesi
Orhan DEĞER Karadeniz Teknik Üniversitesi
Orhan BAŞ Rize Üniversitesi
Osman AYNACI Karadeniz Teknik Üniversitesi
Özgül KARAKURT Dokuz Eylül Üniversitesi
Ömer ŞENEL Gazi Üniversitesi
Özlem BİLİK Dokuz Eylül Üniversitesi
Özlem DURAN Cumhuriyet Üniversitesi
Özlem ŞAHİN ALTUN Atatürk Üniversitesi
Pelin BAĞCI Rize Üniversitesi
Ramazan ERDEM Süleyman Demirel Üniversitesi
Rasin ÖZYAVUZ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Recep BEDİR Rize Üniversitesi
Recep DEMİRHAN Kartal Eğitim Araştırma H.
Rece Meseri Ege Üniversitesi
Saime ŞAHİNÖZ Gümüşhane Üniversitesi
Sedat BOSTAN Gümüşhane Üniversitesi
Seher S. KARABUDAK Adnan Menderes Ü.
Selahattin KIYAN Ege Üniversitesi
Selma T. HESAPÇIOĞLU Karadeniz Teknik Ü.
Sema KANDİL Karadeniz Teknik Üniversitesi
Sevil CENGİZ Gümüşhane Üniversitesi
Sevilay HİNDİSTAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Sezer KISA Gazi Üniversitesi
Suzan YILDIZ İstanbul Üniversitesi



Gümüşhane University Journal Of Health Sciences

GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Süha TÜRKMEN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Süleyman Erhan DEVECİ Fırat Üniversitesi
Süleyman GÜVEN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Süleyman TÜREDİ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Şükran ÖZKAHRAMAN Süleyman Demirel Ü.
Tahsin YILDIRIM Karadeniz Teknik Üniversitesi
Tamer TAŞDEMİR Karadeniz Teknik Üniversitesi
Taşkın KILIÇ Gümüşhane Üniversitesi
Tevfik ÖZLÜ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Turhan ARAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Turgut ŞAHİNÖZ Gümüşhane Üniversitesi
Vildan A. ÇAKMAK Karadeniz Teknik Üniversitesi
Yakup ASLAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Yasemin K. YILDIRIM Ege Üniversitesi
Yaşam BARLAK Gümüşhane Üniversitesi
Yıldıray KALKAN Rize Üniversitesi
Yılmaz BÜLBÜL Karadeniz Teknik Üniversitesi
Yunus KARACA Karadeniz Teknik Üniversitesi
Yusuf ÇELİK Hacettepe Üniversitesi
Yüksel ALİYAZICIOĞLU Karadeniz T.Üniversitesi
Zahit PAKSOY Gümüşhane Üniversitesi
Zeliha BAŞKURT Süleyman Demirel Üniversitesi

ACİL SERVİS HEMŞİRELERİNE HASTA VE YAKINLARI TARAFINDAN UYGULANAN ŞİDDETİN İNCELENMESİ*

Kevser CAN¹, Kerime Derya BEYDAĞ²

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, hemşirelere hasta ve hasta yakınlarının uyguladıkları şiddetin nedenleri ve hemşirelerin karşılaştıkları şiddetle baş etme yöntemlerini belirleyerek, şiddetle ilgili alınacak önlemlerle hemşirelere etkin baş etme yöntemleri geliştirmede sağlanacak desteklere yol gösterici olmaktır.

Araştırma, Bursa ili kamu hastanelerinden olan, T.C Sağlık Bakanlığı Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, T.C Sağlık Bakanlığı Çekirge Devlet Hastanesi, T.C Sağlık Bakanlığı Muradiye Devlet Hastanesi acil servis birimlerinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, adı geçen kamu hastanelerinin acil servislerinde görev yapan toplam 172 hemşire oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeden evren üzerinde çalışılmak istenmiş, ancak bazı hemşirelerin çalışmaya katılmak istememesi nedeniyle 140 (%81.4) hemşire örnekleme alınmıştır. Araştırmada veri toplamak amacıyla hazırlanan ankette hemşirelere, kişisel ve mesleki tanıtıcı soru, buldukları kurumun çalışma koşulları, şiddet, şiddetin nedenleri, şiddet uygulayan kişilerin özellikleri, şiddet esnasında ve sonrasında karşılaştıkları durumla ilgili 32 soru sorulmuştur. Araştırma kapsamına alınan hastanelerin acil servis sorumlu hemşireleri ile işbirliğine gidilerek katılımcılara ulaşılmıştır. Elde edilen veriler araştırmacı tarafından kodlandıktan sonra, bilgisayarda SPSS for Windows 16.0 (Statistical Package for Social Science for Windows) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde yüzdeler dağılımı ve Ki-kare testi kullanılmıştır.

Çalışmamıza göre acil servis hemşirelerinin büyük bölümü (%70.7) şiddete maruz kalmaktadır. Hemşirelerin %42.1'i günde birkaç kez şiddetle karşılaştığını, %42.1'i şiddet sonrası uygulanacak prosedürün varlığını bilmediğini, %28.6'sı şiddet sonrası karşılaştıkları durum için herhangi bir girişimde bulunmadıklarını ifade etmiştir. Hemşirelerin çalışma şekli, acilde çalışma süresi, yaş grubu ve haftalık çalışma süreleri ile şiddete maruz kalma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0.05).

Anahtar kelimeler: Acil Servis, Hemşire, Şiddet, Hasta, Hasta Yakını

* Bu çalışma, 1.Uluslararası Klinik Hemşirelik Araştırmaları Kongresinde (29 Mayıs-1 Haziran 2012, İzmir) poster bildiri olarak sunulmuştur.

¹ Hemşire, T.C Sağlık Bakanlığı Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa

² Yrd.Doç.Dr. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, İstanbul

İletişim/Corresponding Author: Kerime Derya BEYDAĞ

Geliş Tarihi/Received : 29.08.2012

Tel: 0 216 677 16 30 / 2881 e-posta: derya.beydag@okan.edu.tr

Kabul Tarihi/Accepted : 15.07.2013

EXAMINATION OF THE VIOLENCE APPLIED BY PATIENTS AND PATIENT RELATIVES TO ER NURSES

ABSTRACT

The purpose of this study is to determine reasons of violence applied by patients and patients' relatives to nurses and overcoming methods with the violence that nurses meet, and to be a pathfinder to supports that will be provided to develop effective overcome methods to nurses.

The research has been performed in ER units of public hospitals of Bursa including T.R. Ministry of Health, Şevket Yılmaz Research and Training Hospital; .R. Ministry of Health Çekirge Public Hospital; .R. Ministry of Health Muradiye Public Hospital. The universe of the research consisted of 172 nurses in total who serves in emergency room services of public hospitals. It is desired to work on the universe before selection of the sample, however, as some nurses have not wanted to participate into the study, 140 nurses were taken into the sample. In the questionnaire which was prepared to collect data in the research, 32 questions were asked to nurses including personal and occupational questions, working conditions of the organization that they work, violence, reasons for violence, characteristics of persons who applied violence and their status during and after the violence. Participants were accessed by cooperating with responsible nurses of ER of hospitals in the scope of the research. Data obtained were assessed by using SPSS for Windows 16.0 (statistical Package for Social Science for Windows) package program on the computer after coded by the researcher. Percentage distribution and K—square test were used for adapt analysis.

According to out study, a big part (70.7%) of ER nurses are expose dto violence. 42.1% of the nurses specified that they meet with violence several times a day; 42.1% of them specified that they do not know existence of the procedure to be applied; 28.6% of them specified that they did not make any intervention for their status after the violence. A statistically significant difference was detected between working form, working period in ER, age group and weekly working periods and exposing to the violence ($p<0.05$).

Key Words: ER, Nurse, Violence, Patient, Patient's Relative

GİRİŞ

Dünyada “şiddet” alarm veren bir olgudur. Dünyada her yıl 1.6 milyon insan şiddet nedeniyle yaşamını yitirirken, 16 milyon insan da hastanelere başvurmaktadır. Başka bir deyişle her gün şiddet nedeniyle 4000’den fazla insan ölmektedir. Bu sayı ‘malarya’ nedeniyle bir günde meydana gelen 3500 ölümden daha fazla, ‘tüberküloz’ nedeniyle oluşan ölümlerle ise aynı sayıdadır (1).

Şiddet bütün ulusların yaşamında olan, bütün sosyal meslekleri, yaş ve etnik grupları etkileyen toplumun olumsuz olgularından biridir. Kökeninde saldırganlık yatan bu yıkıcı davranış günümüzde sorgulanmakta, insanlık sorunu olarak ele alınmaktadır. Maslow’un ihtiyaçlar hiyerarşisine göre temel insan gereksinimlerinden olan güvenlik “şiddet olgusu” tarafından tehdit edildiğinden son yıllarda giderek önem kazanmaktadır (2).

Dünya Sağlık Örgütüne göre “şiddet”, kişinin kendine ya da bir başkasına, grup ya da topluma yönelik fiziksel gücünü istemli olarak kullanması ya da tehdit etmesi ve bunun sonucunda yaralanma, ölüm, psikolojik zarar görme, gelişimin olumsuz etkilenmesi ya da tükenme durumunun oluşturulmasıdır (3).

Avrupa Komisyonu’na göre iş yerinde şiddet “çalışanın, işle ilgili durumlar ya da iş ile ev arasında, açık veya dolaylı olarak sağlık ve güvenliğini olumsuz etkileyen, suistimal eden, tehdit eden, saldırı içeren durum” olarak tanımlanmaktadır (3).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) 1950’li yıllarda, her çalışanın sağlık hizmeti alması gerektiğini, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmasının insanlık hakkı olduğunu her ülkenin buna uyması gerektiğini belirtmiş, meydana gelen şiddeti iş kazaları içinde değerlendirmiştir. Uluslararası Meslek Güvenliği ve Sağlığı Enstitüsü’nün yayınladığı rapora göre mesleki yaralanmaların ve ölümlerin en önemli sebebi şiddettir. Amerika Birleşik Devletleri’nde her hafta 18 bin çalışan iş yerinde şiddete maruz kalmakta, bunun sonucunda iş gücü kaybının meydana gelmesiyle milyonlarca dolar maddi zarar olduğu bildirilmektedir (4).

Sağlık kurumunda şiddet ise; hasta, hasta yakınları ya da diğer başka bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan sözel ya da davranışsal tehdit, fiziksel saldırı veya cinsel saldırdır (5).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet son yıllarda artış göstermektedir. Hastaneler sağlık çalışanları için gün geçtikçe belki de tehlikeli ortamlar olmakta ve sağlık çalışanları kendilerini güvende hissetmemektedir. Sağlık hizmetindeki hızlı değişimlere rağmen yasal uygulamalardaki eksiklikler, şiddetin önlenmesinde ve çalışan sağlığı konusunda boşluklar

bırakmaktadır (5). Yeterli sağlık ve güvenlik önlemleri alınmadığı takdirde çalışan ve hastalar açısından tehlike ve riskler artmaktadır (6).

Şiddet, dünyadaki her iki sağlık çalışanından birini etkilemektedir. Araştırmalar, çalışma yaşamındaki bütün şiddet olaylarının %25'nin sağlık sektöründe ortaya çıktığını ve bu sektörde çalışanların %50'sinin şiddete maruz kaldığını göstermektedir (1). Hemşireler, özellikle hastalar tarafından diğer sağlık personeline göre 3 kat daha fazla şiddete uğramaktadır (7).

Acil servisler, acil müdahale gerektiren vakaların, yaralanmaların, riski yüksek hastaların kısacası hayat ile ölüm arasındaki çizginin yüksek gerilimle yaşandığı yerlerdir. Acil servis, çalışanları ile hasta ve hasta yakınları için stresli mekânlardır (5).

Dünyada güvenli çalışma ortamının hak olarak görüldüğü, şiddetin zararları etkin olarak incelenip gerekli önlemlerin titizlikle ele alındığı günümüzde, ülkemizde acil servislerde görev alan hemşireler giderek artan şiddeti kanıksamakta ve görevlerinin bir parçası olarak görmektedirler. Bu araştırmanın amacı, hemşirelere hasta ve hasta yakınlarının uyguladıkları şiddetin nedenleri ve hemşirelerin karşılaştıkları şiddetle, baş etme yöntemlerini belirleyerek, şiddetle ilgili alınacak önlemler ile hemşirelere etkin baş etme yöntemleri geliştirmede sağlanacak desteklere yol gösterici olmaktır.

Araştırmamız, hemşirelere hasta ve hasta yakınlarının uyguladıkları şiddetin nedenleri ve hemşirelerin karşılaştıkları şiddetle, baş etme yöntemlerini belirleyerek, şiddetle ilgili alınacak önlemler ile hemşirelere etkin baş etme yöntemleri geliştirmede sağlanacak desteklere yol gösterici olma amacı ile yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı tipteki araştırma, Bursa ili kamu hastanelerinden olan, T.C Sağlık Bakanlığı Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, T.C Sağlık Bakanlığı Çekirge Devlet Hastanesi, T.C Sağlık Bakanlığı Muradiye Devlet Hastanesi Acil Servis birimlerinde yapılmıştır. Araştırmaya konu olan hastaneler il içinde hasta çeşitliliği ve yoğunluğunun en fazla görüldüğü hastaneler olduğundan tercih sebebini oluşturmuştur. Uygulama öncesinde, çalışmanın yürütüleceği kurumlardan resmi izin alınmıştır.

Araştırmada, örneklem seçimine gidilmeden evrenin tümüne ulaşılması planlanarak, bahsi geçen kamu hastanelerinin acil servislerinde görev yapan toplam 172 hemşireye ulaşılmak istenmiştir. Ancak verilerin toplandığı tarihte izinli/raporlu olanlar, ankete katılmak

istemeyenler ile anketleri değerlendirilebilecek şekilde doldurulmamış olanlar dışında ulaşılan 140 (%81.4) hemşirenin verileri değerlendirilmeye alınmıştır.

Araştırma verileri, literatür doğrultusunda hazırlanan ankette hemşirelere, kişisel ve mesleki tanıtıcı soru, buldukları kurumun çalışma koşulları, şiddet, şiddetin nedenleri, şiddet uygulayan kişilerin özellikleri, şiddet esnasında ve sonrasında karşılaştıkları duruma ilgili 32 adet soru hazırlanmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastanelerin acil servis sorumlu hemşireleri ile işbirliğine gidilerek katılımcılara ulaşılmıştır. Çalışmanın amacı hakkında hemşirelere kısaca bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerden sözel onam alınmıştır. Elde edilen veriler araştırmacı tarafından kodlandıktan sonra, bilgisayarda SPSS for Windows 16.0 (Statistical Package for Social Science for Windows) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde yüzdeler dağılımı ve ki-kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin %25.7'si 33-37 yaş grubunda, % 68.6'sı kadın, %57.9'u ise evlidir. Hemşirelerin %44.3'ü sağlık meslek lisesi; %34.3'ü ön lisans mezunu olup, mesleği tercih nedeni % 54.3'ü kendi isteğiyle; meslekte çalışma süresi %43.6'sının 11 yıl ve üzeri; acil serviste çalışma süresi % 41.4'ünün 1-5yıl; haftalık çalışma süresi %41.4'ünün 45 saat iken % 37.9'unun 45 saatten fazla; çalışma şekli %79.3'ünün gündüz-gece; acil serviste çalışma nedeni %59.3 kendi isteği olduğu; acil servis dışında hizmet verdikleri birimlere bakıldığında ise %52.1'sinin sadece acil serviste çalıştığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan katılımcıların şiddetle karşılaşmaları ve sonrasındaki uygulamalarının değerlendirilmesi Tablo 1'de gösterilmiştir. Katılımcıların acilde şiddetle karşılaşma sıklığı %42.1 ile günde birkaç kez, şiddet sonrası uygulanacak prosedürün varlığı %42.1 bilinmiyor ve şiddete maruz kalma ise %70.7'dir (Tablo 1).

Katılımcıların çalışma şekillerine göre şiddete maruz kalma durumları Tablo 2'de gösterilmiştir. Katılımcıların çalışma şekilleri ile şiddete maruz kalma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 2). Farkı yaratan grubun çalışma şekli gündüz/gece olan hemşireler olduğu görülmektedir ($p=0.035$; $\chi^2 =6.730$). Bu sonucun, bu gruptaki hemşire sayısının fazla olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür (Tablo 2).

Tablo 1: Katılımcıların Şiddetle Karşılaşmaları Ve Sonrasındaki Uygulamalarının Değerlendirilmesi

Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Acilde şiddetle karşılaşma sıklığı	Günde 1 kez	15	10.7
	Günde birkaç kez	59	42.1
	Haftada 1 kez	13	9.3
	Haftada birkaç kez	33	23.6
	Ayda 1 kez	10	7.1
	Ayda birkaç kez	10	7.1
Hastanede şiddet sonrası prosedür durumu	Var	56	40.0
	Yok	25	17.9
	Bilmiyorum	59	42.1
Şiddete maruz kalma durumu	Evet	99	70.7
	Hayır	41	29.3
Toplam		140	100.0

Tablo 2: Katılımcıların Çalışma Şekillerine Göre Şiddete Maruz Kalma Durumları

Çalışma Şekli	Şiddete maruz kalan		Şiddete maruz kalmayan		Toplam		p* x ²
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)	
Sadece gündüz	13	9.3	13	9.3	26	18.6	p=0.035 x ² =6.730
Sadece gece	2	1.4	1	0.7	3	2.1	
Gündüz/gece	84	60.0	27	19.3	111	79.3	

*anlamlılık düzeyi p<0.05'tir.

Katılımcıların acilde çalışma sürelerine göre şiddete maruz kalma durumları Tablo 3'te gösterilmiştir. Katılımcıların acilde çalışma süreleri ile şiddete maruz kalma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 3). Farkı yaratan grubun acilde çalışma süresi 1-5 yıl olan hemşireler olduğu görülmektedir (p=0.021; x²=9.743). Bu sonucun, bu grupta çalışan hemşire sayısının fazla olmasından ve daha çok genç yaş grubundaki hemşirelerin bu tür olaylarla daha fazla karşılaşmalarından kaynaklanmış olduğunu düşündürmektedir.

Tablo 3:Katılımcıların Acilde Çalışma Sürelerine Göre Şiddete Maruz Kalma Durumları

Acilde çalışma Süresi	Şiddete maruz Kalan		Şiddete maruz kalmayan		Toplam		p* x ²
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)	
1yıldan az	18	12.9	16	11.4	34	24.3	p=0.021 x ² =9.743
1-5 yıl	46	32.9	12	8.6	58	41.4	
6-10yıl	27	19.3	7	5.0	34	24.3	
11yılveüzeri	8	8.1	6	14.6	14	10.0	

*anlamlılık düzeyi p<0.05'tir.

Katılımcıların yaş gruplarına göre şiddete maruz kalma durumları Tablo 4'de gösterilmiştir. Katılımcıların yaş grupları ile şiddete maruz kalma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 4). Katılımcılardan 28-32 yaş grubundaki hemşirelerin şiddete maruz kalma oranı diğerlerinden daha yüksektir (p=0.007; x²=14.100). Bu sonucun, bu gruptaki hemşirelerin sayısının diğerlerine göre daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Tablo 4: Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Şiddete Maruz Kalma Durumu (n:140)

Yaş	Şiddete maruz kalan		Şiddete maruz kalmayan		Toplam		p* x ²
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)	
18-22 yaş	8	5.7	11	7.9	19	13.6	p=0.007 x ² =14.100
23-27 yaş	17	12.1	3	2.1	20	14.3	
28-32 yaş	30	21.4	5	3.6	35	25.0	
33-37 yaş	25	17.9	11	7.9	36	25.7	
38 yaş ve üzeri	19	13.6	11	7.9	30	21.4	

*anlamlılık düzeyi p<0.05'tir.

Katılımcıların haftalık çalışma sürelerine göre şiddete maruz kalma durumları Tablo 5'te gösterilmiştir. Katılımcıların haftalık çalışma süreleri ile şiddete maruz kalma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 5). Haftalık çalışma sürelerine göre katılımcı hemşirelerin şiddete maruz kalma oranı 45saat haftalık çalışma süresi olanlarda %30; 45saatten fazla haftalık çalışma süresi olanlarda %30.7'dir (p=0.007; x²=9.909). Bu sonuç, haftalık çalışma süresinin artmasının şiddete maruz kalma riskini arttırdığı şeklinde yorumlanmıştır.

Tablo 5:Katılımcıların Haftalık Çalışma Sürelerine Göre Şiddete Maruz Kalma Durumu(n:140)

Haftalık çalışma süresi	Şiddete maruz kalan		Şiddete maruz kalmayan		Toplam		p* x ²
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)	
45saatten az	14	10.0	15	10.7	29	20.7	p=0.007
45saat	42	30.0	16	11.4	58	41.4	x ² =9.909
45saatten fazla	43	30.7	10	7.1	53	37.9	

*anlamlılık düzeyi p<0.05'tir.

TARTIŞMA

Acil serviste hemşirelere hasta ve yakınları tarafından uygulanan şiddeti saptamak amacıyla planlanan araştırmamız 140 hemşire ile gerçekleştirildi. Çalışmamıza katılan hemşirelerin %50.7'si 28-37 yaş grubundadır. Bu sonuç Sever'in çalışmasındaki hemşirelerin 26-35 yaş olma sonucuyla, Altıntaş'ın çalışmasındaki hemşirelerin 30 yaş altı %49.5 ve 30-39 yaş %33.8 ile Ayrancı'nın çalışmasında %82.1'nin 30-39 yaş grubunda olmasıyla uygunluk göstermiştir (2,8,9). Çelik ve arkadaşlarının çalışmasında da acil servis hemşireleri %67.8'i 26-35 yaş grubunda olduğu görülmektedir (10).

Çalışmamıza katılan hemşirelerin %68.6'sı kadın, %31.4'ü erkektir. Diğer çalışmalara bakıldığında hemşirelerin cinsiyeti ile ilgili ayrımın olmadığı görülmektedir. Ülkemizde Hemşirelik Kanunu'ndan cinsiyet kavramı 2007 yılında çıkarılmıştır. Çalışmamızdaki hemşirelerin medeni durumuna bakıldığında %57.9'unun evli, %42.9'unun bekâr olduğu, Altıntaş'ın çalışmasında katılımcıların %54.5'inin evli, %42.1'inin bekar olduğu, Sağlam'ın çalışmasında % 50.5'nin evli olduğu, Beder'in çalışmasında da %65.3'ü evli, %34.1'inin bekar olduğu görülmektedir (2,4,11). Bu sonuçlar çalışma bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılanların %44.3'ü sağlık meslek lisesi mezunu, %34.3'ü ön lisans mezunu olduğu, %54.3'ü kendi isteği ile mesleği tercih ettiği görülmektedir. Çelik ve arkadaşlarının çalışmasında %45.7'si sağlık meslek lisesi mezunudur (14). Altıntaş'ın çalışmasında %38.2'si ön lisans, %29.7'si sağlık meslek lisesi, %26.2'si lisans mezunudur (2). Sağlam'ın çalışmasında hemşirelerin %37.2'si sağlık meslek lisesi mezunudur ve %42.3'ü kendi isteği ile mesleği tercih etmişlerdir (11) . Hemşirelerin istekli olarak mesleğe başlamış olmaları karşılaştıkları sorunlarla baş etmede etkilidir. Bu bulgular çalışma bulgusunu desteklemektedir.

Katılımcıların meslekte çalışma süreleri incelendiğinde; %43.6'sı 11yıl ve üzeri deneyime sahip olduğu, %41.4'ünün 1-5 yıl arasında acil servis deneyimleri olduğu görülmektedir. Çelik ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin acil serviste çalışma sürelerine bakıldığında %30.2'si 1yıldan az, %45.7'si 1-5 yıldır (10). Altıntaş'ın çalışmasında, hemşirelerin çoğu (%30.6) 5 yıldan az deneyime sahiptir (2). Sağlam'ın çalışmasında, hemşirelerin %51'inin 1-5 yıl arasında çalışma süresine sahip olduğu görülmektedir (11). Çalışmamızdaki hemşirelerin haftalık çalışma süresi % 41.4'ü 45 saat, %37.9'u 45 saatten fazla olduğu görülmektedir. Sağlam'ın çalışmasında da %69.4'ünün 40 saatten fazla çalıştığı saptanmıştır (11). Çalışmamızdaki hemşirelerin acil serviste çalışma nedeni incelendiğinde % 59.3'ü kendi isteği ile tercih ettiğini belirtmiştir. Sağlam'ın çalışmasında hemşirelerin acil serviste çalışma nedeni %46.4 oranında tayin-atama olarak bulunmuştur (11). Taze'nin acil servis ve yoğun bakım hemşireleri üzerine yaptığı araştırmada çalıştığı birimi tercih nedeni %51.1 atamadır (12). Taycan ve arkadaşlarının çalışmasında çalıştığı bölümü seçmedeki tercih durumu %51.7 atamadır (13). Hemşirelerin kendi tercihleri ile çalışmalarını motivasyonlarını arttıracak gibi olumsuzluklardan etkilenme oranları da düşük olacaktır. Bu bulgular literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin acilde şiddetle karşılaşma sıklığı incelendiğinde %42.1'i günde birkaç kez şiddetle karşılaşmaktadır Katılımcıların şiddete maruz kalma durumları incelendiğinde %70.7'sinin şiddete maruz kaldığı görülmüştür (Tablo 1). Adana'da acil servislerde yapılan bir çalışmada katılımcıların %100'ü her nöbetlerinde en az bir kez sözel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (5). Tanrıkulu'nun çalışmasında sağlık çalışanlarının %40.9'unun sözel veya fiziksel şiddete ortalama üç kez maruz kaldıklarını bulmuştur (6).

Çalışmamıza göre acil serviste hizmet veren hemşirelerin %42.1'i şiddet sonrası uygulanacak prosedürün varlığını bilmemektedir (Tablo 1). Kocadağ'ın çalışmasında kurumdaki şiddetin raporlanması ile ilgili sağlık çalışanlarının %43.7'si prosedür olmadığını, %42.2'si prosedürü bilmediklerini ifade etmişlerdir (1). Kanber ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sonucuna göre hastane çalışanlarının hasta ve çalışan güvenliğini ihlal eden durumların raporlanması ile ilgili %50 oranında yeterli eğitim alınmadığı belirtilmiştir (14). Çalışmamızdaki sonuçlar etkili ve genel bildirim ile kayıt sisteminin kurumlarda bulunmadığını göstermektedir.

Çalışmamızda, çalışma şekli ile şiddete maruz kalma arasındaki ilişkinin p düzeyinde anlamlı ($p=0.035$) olduğu gündüz /gece çalışma şekline sahip hemşirelerin daha fazla şiddetle karşılaştığı saptanmıştır (Tablo 2). Altıntaş'ın çalışmasında hemşirelerin %43.5'i gündüz+nöbet, %22.4'ü gündüz, %17.4'ü vardiyalı hizmet vermektedir (2). Çelik ve arkadaşları çalışmalarında acil servis hemşirelerinin ayda %49.7'sinin 7-10 arasında nöbet tuttuğunu saptamıştır (10). Beder'in çalışmasında 16-24 zaman aralığında hemşirelerin şiddete uğrama sıklığı %49.5'tir (4). Kocadağ'ın çalışmasına göre de sözlü kötü davranışa uğrama sıklığı nöbet/mesaiye kalanlarda %70, kalmayanlarda %48.2'dir (1). Bu sonuçlar çalışma bulgusunu desteklemektedir.

Çalışmamızda, acilde çalışma süresi ile şiddete maruz kalma arasındaki ilişkinin p düzeyinde anlamlı ($p=0.021$) olduğu acilde çalışma süresi 1-5 yıl olan hemşirelerin daha fazla şiddetle karşılaştığı saptanmıştır (Tablo 3). Beder'in çalışmasına göre çalışma yılı ile şiddete uğrama sıklığı karşılaştırıldığında %74.5 oranında 11-15 yıl çalışma süresi olan sağlık çalışanlarının en sık şiddete maruz kaldığı, bunu %72.7 oranıyla 6-10 yıl çalışma süresi olan sağlık çalışanlarının izlediği sonucu bulunmuştur (4). Ayrancı ve arkadaşlarının çalışmasında hem toplam çalışma süresi kısa olanlarda, hem de son çalışılan yerde 120 ay ve altı süreyle çalışanlarda şiddete uğrama sıklığı daha fazla bulunmuştur. Bu sonuç, sağlık çalışanlarının yaşlandıkça ortama uyum sağladığı, olayları deneyimleri ile önleyebildiği ve mesleki konumlarındaki yükselmeye çalıştığı birimlerdeki sözel şiddet gibi bazı şiddetleri artık şiddet olarak belirtmemeleri şeklinde açıklanabilir (9).

Çalışmamızda, yaş ile şiddete maruz kalma arasındaki ilişkinin p düzeyinde anlamlı ($p=0.007$) olduğu 28-37 yaş aralığındaki hemşirelerin daha fazla şiddetle karşılaştığı saptanmıştır (Tablo 4). Ayrancı ve arkadaşlarının çalışmasında, şiddete maruz kalanların yaşa göre dağılımları (%52) 29 yaş ve altı, (%54.4) 30-39 yaş grubunda yüksek bulunmuştur ve bu farklar istatistiksel düzeyde anlamlıdır (9).

Çalışmamızda, haftalık çalışma süresi ile şiddete maruz kalma arasındaki ilişkinin p düzeyinde anlamlı ($p=0.007$) olduğu haftalık çalışma süresi 45saat ve 45 saatten fazla olan hemşirelerin daha fazla şiddetle karşılaştığı saptanmıştır (Tablo 5). Yoğun, stresli, hızlı ve doğru karar verme ve uygulama gerektiren acil servislerde çalışan hemşirelerin 40 saatten fazla çalışmaları hem kendilerini hem de verdikleri hizmetleri olumsuz etkilemektedir. Taycan ve arkadaşlarının çalışmasına göre haftalık çalışma süresi 40 saat olanların duygusal tükenme ortalama puanları 46-50 saat çalışanlara oranla daha düşük bulunmuştur (13).

Haftalık çalışma süresi arttıkça, duygusal açıdan kendini yıpranmış hissetme oranı da artmaktadır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre acil servis hemşireleri verdikleri yoğun hizmet ile birlikte şiddete maruz kalmakta ve önlenemez şiddetle de baş etme mecburiyetinde kalmaktadırlar. Çalışmamıza göre acil servis hemşirelerinin büyük bölümü (%70.7) şiddete maruz kalmaktadır. Acil servis hemşirelerinin haftalık çalışma süreleri, çalışma şekilleri, acilde çalışma süreleri şiddete maruziyeti önemli ölçüde etkilemektedir. Şiddet riskini en aza indirecek ve ortadan kaldıracak planlamaların yapılmasında yöneticilerin gerekli düzenlemelerde karar verici olarak yer almaları önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kocadağ S. Uzmanlık Tezi; “Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri’ndeki Sağlık Çalışanlarında İş Yeri Şiddeti ve İlişkili Etmenler” Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof.Dr. Recep Akdur. Ankara-2009.
2. Altıntaş N. Yüksek Lisans Tezi; “Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Belirlenmesi” İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Yrd.Doç.Dr. Yasemin Kutlu. İstanbul-2006.
3. Yeşildal N. Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları Ve Şiddetin Değerlendirilmesi” TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2005;(4): 280-302.
4. Beder C. Uzmanlık Tezi; “Erzurum İlinde Bulunan Yataklı Tedavi Kurumlarında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Hasta veya Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddetin Araştırılması” Atatürk Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof.Dr. Ahmet Nezih Kök. Erzurum- 2009.
5. Annagür B. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet, Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi Ve Önlenmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2010; (2): 161-173.
6. Tanrıkulu G. Yüksek Lisans Tezi; “Hemşirelerin Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Acil Servislerin Çalışma Ortamına İlişkin Görüşleri” Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Tez Yöneticisi; Prof.Dr. Nalan Özhan Elbaş. Ankara- 2010.

7. Turhan F. Yüksek Lisans Tezi; “Başkent Üniversitesi Hastanesi Çalışanlarının Mesleki Risk Faktörleri ve Davranışlarının Değerlendirilmesi” Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof.Dr. H.Seval Akgün. Ankara-2006.
8. Sever A. Uzmanlık Tezi; “Hemşirelerin İş Stresi İle Başa Çıkma Yolları ve Bunun Sonuçlarının Araştırılması” İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof.Dr. Çaylan Pektekin. İstanbul-1997.
9. Ayrançı Ü. Yenilmez Ç. Günay Y. Kaptanoğlu Ç. Çeşitli Sağlık Kurumlarında Ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2002; (3): 147-154.
10. Çelik ve ark. İzmir’de Çalışan Acil Servis Hemşirelerinin Eğitim Gereksinimlerinin İncelenmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2009; (9): 59-64.
11. Sağlam Z. Yüksek Lisans Tezi; “Acil Servis Hemşirelerinin Stres Kaynakları ve Başa Çıkma Yöntemlerinin Belirlenmesi” Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof.Dr. Necmiye Sabuncu. İstanbul-2005.
12. Taze S. Yüksek Lisans Tezi; “Acil Servis ve Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi” Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof.Dr. Necmiye Sabuncu. İstanbul-2008.
13. Taycan O. Kutlu L. Çimen S. Aydın N. Hemşirelerde Depresyon Ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyo Demografik Özelliklerle İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2006; (7): 100-108.
14. Kanber NA. Gürlek Ö. Çiçek H. Gözlükaya A. Bir Sağlık Kurumunda Sağlık Çalışanlarının Memnuniyeti. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2010; (2): 114-126

ÖĞRENCİLERİN MOBBİNG HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ*

Havva OLGUN¹ Zeynep POLATÖZ¹ Ayşe KARACA¹ Songül ÇİFTÇİ¹
Hatice ÖZTÜRK¹ Elif Yağmur ÖZORHAN² Hava ÖZKAN³ Serap APAY³

ÖZET

Öğrencinin okuldaki güvenilir bir ortamdan dolayı yaşadığı rahatlık, aynı zamanda o öğrencinin okul hayatındaki motivasyonunu da önemli düzeyde etkilemektedir. Bu durum göz önünde bulundurularak ebelik öğrencilerinin mobbing hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla bu araştırma yapılmıştır. Araştırma tanımlayıcı tiptedir ve Atatürk Üniversitesinde 26 Aralık 2011-20 Ocak 2012 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden 154 ebelik öğrencisi ile yapılmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında literatür ışığında oluşturulan; öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini ve mobbing hakkında bilgi düzeyini belirleyen toplam 23 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama ve yüzdelik dağılım kullanılmıştır. Öğrencilerin %60.4'ünün mobbing kavramını duyduğu, %44.8'inin mobbing'in iş ortamında, %69.5'inin mobbing'in kadınlara uygulandığı cevabını verdiği saptanmıştır. Öğrencilerin %57.6'sının mobbing uygulayıcısı, mağduru ve izleyicisinin rol aldığını, %44.8'inin mobbing için bir sürenin olduğunu, %67.5'inin mobbingin önlenebileceğini ve %56.5'inin mobbingin bir suç olduğunu ifade etmişlerdir. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun mobbing kavramını duyduğu, mobbing'in iş ortamında ve en çok da kadınlara uygulandığı, mobbing için bir süre olduğu, mobbing'in önlenebileceğini düşündükleri ve öğrencilerin yarısından fazlasının mobbingin bir suç olduğunu ifade ettikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Mobbing, Öğrenci, Bilgi Düzeyi

*Bu çalışma, 11-13 Nisan 2012 tarihleri arasında Malatya'da düzenlenen 3. Ulusal Ebeklik Öğrenci Kongresi'nde Poster Bildiri olarak sunulmuştur.

¹ Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Ebeklik Bölümü Öğrencileri

² Arş. Gör. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

³Yrd.Doç. Dr. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İletişim/Corresponding Autor: Hava ÖZKAN

Tel: 05323300036 **e-mail:** havaorhan67@hotmail.com

Geliş Tarihi/Received :08.03.2013

Kabul Tarihi /Accepted:18.07.2013

DETERMINING THE LEVEL OF STUDENTS ' KNOWLEDGE ABOUT MOBBING

ABSTRACT

Due to the student in the school environment where a reliable comfort, but also a significant influence on the motivation of the student's school life. In this situation considering midwifery students, this study was performed in order to determine the level of knowledge of mobbing. The research is a descriptive study and, 154 midwifery students who agreed to participate in the study were done between the dates of December 26 2011-20 January 2012 at Atatürk University. Collection of research data generated in the light of the literature about students' socio-demographic characteristics and determines the level of mobbing questionnaire consisting of 23 questions was used. Data were collected using face to face interviews. Average and the percentage distribution of the data used in the evaluation. 60.4% of the students heard of the concept of mobbing; 44.8% of mobbing business environment; 69.5% of mobbing is applied to women was the answer has been determined. 57.6 % of the students, mobbing practitioners, victims, and audiences taking part in the process of mobbing; 44.8% of a period of time for mobbing; 67.5% of could have been prevented mobbing and 56.5% of students has been expressed mobbing is a crime. Most of the students that heard of the concept of mobbing; mobbing applied to the business environment and most of the women, a period of time for mobbing, could have been prevented mobbing'in expressing their thought and concluded that more than half of mobbing is a crime.

Keywords: Mobbing, Student, Level Of Knowledge

GİRİŞ

Mobbing kavramı ilk kez, hayvan davranışlarını inceleyen etolog Konrad Lorenz tarafından, "bir grup ya da sürü halindeki küçük hayvanın, tek başına dolaşan büyük bir hayvanı tehdit etmesi"ni anlatmak için kullanmıştır (1). Mobbing 1980'li yılların başından itibaren İsveçli psikolog Heinz Leymann tarafından literatüre kazandırılmıştır (2) ve hedef olarak seçilen kişinin çevresinin kuşatılarak, kişiye fiziksel saldırıdan çok duygusal saldırılarda bulunulması anlamına gelmektedir (1). Mobbing kavramı; batı literatürüne yeni giren bir kavram olması nedeniyle, Türkçe karşılığı konusunda henüz bir netlik bulunmamakta ve Türkçe literatürde bir terminoloji sorunu yaşanmaktadır. Dolayısıyla Türkiye'de mobbing olgusu açıklanırken, işyerinde duygusal şiddet, duygusal taciz, duygusal terör, psikolojik şiddet, işyeri travması, işyerinde zorbalık, yıldırma gibi terimler tercih edilmektedir (2, 3). Mobbing sürecinde; *mobbing mağdurları*, *mobbing uygulayanlar* veyahut *mobbing izleyicileri* olmak üzere rol alan faktörler vardır (2, 3).

Mobbing, hastanelerde yaygın olarak görülen ve sağlık çalışanları için tedbir alınmasını gerektiren düzeyde ciddi bir mesleki risktir. İşyerlerinde gerek yönetim, gerekse çalışanlar bakımından alınacak tedbirler ve yapılacak düzenlemeler için, bu sorunun farkındalığının sağlanması oldukça önemlidir (1). Araştırmalar, sağlık çalışanlarının şiddete uğrama riskinin diğer hizmet sektörü çalışanlarına oranla 16 kat daha fazla olduğunu göstermektedir (4, 5, 6). Kamu hizmetlerinin yaygın olarak sunulduğu sağlık işyerlerinde, hasta sayısının yüksek olması nedeniyle çalışma temposunun yoğun olması, düzensiz ve belirsiz çalışma koşulları, yoğun çalışma şartları ve nöbetler nedeniyle aile hayatını devam ettirmenin zorlaşması, bürokratik engellerin çokluğu, mesleğin gereklerinin tam olarak yerine getirilememesi, sağlık çalışanlarının psikolojik şiddete uğrama riskini arttıran nedenler olarak görülmektedir (4).

Mobbinge ilgili olarak sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda; kadınların, 39 yaşından küçük olanların, devlet hastaneleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların mobbinge karşılaştıkları; mobbingi uygulayanların daha çok üst yöneticiler oldukları; mobbinge karşı verdikleri tepkinin en fazla arkadaşlarıyla bu durumu paylaşmak olduğu şeklinde sonuçlar elde edilmiştir (7, 8, 9, 10). Mobbingin kişiler üzerinde bırakacağı etkiler farklılık gösterir. Bu farklılık kişilerin değer yargıları, inançları, yetişme tarzları, yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi gibi değişkenlerden kaynaklanabilir (1, 6).

Öğrencinin okuldaki güvenilir bir ortamdan dolayı yaşadığı rahatlık, aynı zamanda o öğrencinin okul hayatındaki motivasyonunu da önemli düzeyde etkilemektedir. Bu durum

göz önünde bulundurularak ebelik öğrencilerinin mobbing hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla bu araştırma yapılmıştır.

MATERYAL VE METOT

Araştırma tanımlayıcı tipte olup, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde 26 Aralık 2011-20 Ocak 2012 tarihleri arasında Erzurum'da yapılmıştır. Araştırma evrenini, Ebelik Bölümünün 2011-2012 eğitim ve öğretim yılında öğrenim gören toplam 184 ebelik öğrencisi oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçme yöntemine başvurulmamış ve 30 öğrenci araştırmaya katılmak istemediğini ifade etmiş evrenden araştırmaya katılmayı kabul eden 154 öğrenci örnekleme oluşturmuş olup katılım oranı % 83.7'dir.

Araştırma verilerinin toplanmasında literatür ışığında (6, 7, 8, 9, 10) oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Anket, öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini ve mobbing hakkında bilgi düzeyini belirleyen toplam 23 sorudan oluşmaktadır. Anket formu ebelik öğrencilerine dağıtılmış, araştırmanın amacı anlatılmış ve form öğrencilerin kendileri tarafından doldurulmuştur. Formun doldurulması yaklaşık olarak 5-10 dakika sürmüştür. Araştırma öncesi gerekli izinler alınmış, öğrencilere araştırma hakkında bilgi verilmiş ve sözlü onayları alınmıştır. Yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak sınıflarda toplanan veriler; SPSS 16.0 paket programında ortalama ve yüzdeler dağılım olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Öğrencilerin, %33.8'inin 20-21 yaş grubunda ve yaş ortalamasının 20.98 ± 2.26 olduğu, %31.8'inin dördüncü sınıf, %98.1'inin bekar, %50.6'sının üniversiteye gelmeden önce il merkezinde yaşadığı, %61.0'ının annesinin, %48.7'sinin babasının ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %77.9'unun çekirdek tipi aileye, %50.6'sının dört ve üzeri kardeşe sahip olduğu ve %64.9'unun gelir durumunun gidere denk olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin mobbing hakkındaki bilgi düzeyleri incelendiğinde; %60.4'ünün mobbing kavramını duyduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin; %44.8'inin mobbingin iş ortamında, %30.9'unun mobbing uygulayanların yöneticiler/üstler, aynı seviyedeki çalışma arkadaşları, astlar cevapları ile hepsi dediği, %33.8'inin mobbinge maruz kalanların yalnız, acayip tarzı olan, başarılı, işe yeni katılan kişiler cevapları ile hepsi dediği, %69.5'inin mobbingin kadınlara uygulandığı cevabını verdiği saptanmıştır. Öğrencilerin %57.6'sının mobbing

sürecinde mobbing uygulayıcısı, mağduru ve izleyicisinin rol aldığını, %44.8'inin “mobbing yaşıyorum” diyebilmek için bir süre olduğunu, %67.5'inin mobbingin önlenebileceğini ve %56.5'inin mobbingin bir suç olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir.

Tablo 1: Ebelik Öğrencilerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler (N=154)	Sayı	%
Yaş		
18-19	47	30.5
20-21	52	33.8
22-23	34	22.3
24 ve üstü	21	13.4
Sınıf		
1.	42	27.3
2.	36	23.4
3.	27	17.5
4.	49	31.8
Yaşadığı Yer		
İl	78	50.6
İlçe	54	35.1
Köy	22	14.3
Annenin Eğitimi		
Okuryazar değil	36	23.4
İlköğretim mezunu	94	61.0
Ortaöğretim mezunu	24	15.6
Babanın Eğitimi		
İlköğretim mezunu	79	51.3
Ortaöğretim mezunu	57	37.0
Yükseköğretim mezunu	18	11.7
Yetiştirdiğiniz Aile Tipi		
Geniş Aile	34	22.1
Çekirdek Aile	120	77.9
Kardeş Sayısı		
1-2	35	22.8
3 ve üzeri	119	77.2
Ailenin Gelir Durumu		
Gelir giderden az	44	28.6
Gelir gidere denk	100	64.9
Gelir giderden fazla	10	6.5
TOPLAM	154	100.0

Tablo 2: Öğrencilerin Mobbing Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Dağılımı (N=154)

Sorular	Sayı	%
Mobbing Kavramını Duyma Durumu		
Duydum	93	60.4
Duymadım	61	39.6
Mobbingi Uygulayanlar		
Yöneticiler/üstler	40	26.0
Çalışma arkadaşları	9	5.8
Astlar	4	2.6
Hepsi	60	39.0
Bilmiyorum	41	26.6
Mobbinge Maruz Kalanlar		
Yalnız kişiler	19	12.3
Acayip tarzı olan kişiler	5	3.2
Başarılı kişiler	5	3.2
İşe yeni katılan kişiler	32	20.8
Hepsi	52	33.8
Bilmiyorum	41	26.6
Mobbinge Maruz Kalanların Cinsiyeti		
Bayan	107	69.5
Erkek	6	3.9
Bilmiyorum	41	26.6
Mobbing Sürecinde Rol Alanlar		
Mobbing uygulacıları	11	7.1
Mobbing mağdurları	13	8.4
Mobbing izleyicileri	41	26.6
Hepsi	89	57.6
Mobbing İçin Gereken Süre		
Var	69	44.8
Yok	41	26.6
Bilmiyorum	44	28.6
Mobbingin Önlenme Durumu		
Önlenebilir	104	67.5
Önlenemez	7	4.5
Bilmiyorum	43	28.0
Mobbingin Suç Olma Durumu		
Suçtur	87	56.5
Suç değildir	23	14.9
Bilmiyorum	44	28.6
TOPLAM	154	100.0

TARTIŞMA

Mobbing her geçen gün daha da önem kazanan bir kavram olup pek çok çalışmanın araştırma konusunu oluşturmaktadır. Ebelik öğrencilerinin mobbing hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, öğrencilerin mobbing hakkındaki bilgi düzeyleri incelendiğinde; öğrencilerin %60.4'ünün “mobbing kavramını” duyduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Bu sonuç “mobbingin giderek yaygınlaşması her alanda bilinmesine neden olmuştur. Bu nedenle öğrencilerin büyük bir kısmı da mobbingi duymuşlardır. Ayrıca günümüzde medya da mobbingin duyulmasında önemli bir yere sahiptir” şeklinde açıklanabilir. Araştırmada öğrencilerin %44.8'i “mobbingin iş ortamında” yaşandığını belirtmiştir (Tablo 2). ILO (International Labor Organization, İsveç)'nin 1998 yılında “İşyerinde şiddet” isimli raporunda Avrupa Birliğine üye 15 ülkede yapılan araştırmanın sonuçlarında ortaya çıkan önemli bir sonuç da İngiltere de çalışanların %53'ünün işyerinde mağdur edildiğini ve % 8'ininde buna benzer davranışlara maruz bırakıldığını belirtmiştir (11). Ayrıca 2005 yılında dördüncüsü yapılan “Avrupa Çalışma Koşulları Araştırması”nda mobbinge maruz kalanların %15.2'sini sağlık sektörü çalışanları, %11.5'ini taşımacılık sektörü çalışanları, %10.8'ini kamu çalışanları, % 8.1'ini otel-restoran çalışanları ve %7.9'unu ise eğitim sektörü çalışanları oluşturmaktadır (12). Human Resources Management, 2008 yılında Türkiye'deki mobbing vakalarını araştırmak amacıyla bir anket düzenlemiş, söz konusu ankete 100 kişi katılmış, çalışmada iş hayatında mobbingle karşılaştıklarını söyleyenlerin oranı %81 olarak belirlenmiştir (6).

Araştırmada öğrencilerin %30.9'unun “mobbing uygulayanların” yöneticiler/üstler, aynı seviyedeki çalışma arkadaşları, astlar cevapları ile hepsi dediği saptanmıştır. Araştırmadaki önemli bir bulgu da öğrencilerin %26.0'sının mobbing uygulayıcısının yöneticiler/üstler olduğunu belirtmesidir (Tablo 2). Çögenli'nin yaptığı çalışmada (2010) akademik konumları daha düşük öğretim elemanlarının mobbinge daha fazla maruz kaldıkları bulunmuş olup araştırmamızın bulgusu, bu bulguyla paralellik göstermektedir (13). Ayrıca Human Resources Management, çalışmasında (2008) katılanların %70'i, bu davranışı, yöneticisi konumunda olan kişi ya da kişilerden gördüklerini ifade etmişlerdir (6). Kurumlardaki hiyerarşik bir örgüt yapısı çoğu zaman otoriter bir yönetim tarzını da beraberinde getirmekte ve bu durum mobbing için uygun bir ortam hazırlamaktadır. Sağlık sektöründe de hiyerarşik yapıya bağlı olarak benzer ortamlar oluşabilmektedir. Yapılan çalışmalarla araştırma sonuçları benzerlik göstermektedir. Yapılan araştırmalar mobbing

mağdurlarının; genellikle dürüst, çalışkan, kendilerini başkasına beğendirme ihtiyacı içinde olmayan, özgüveni yüksek, girişken, nitelikli, kısmen yargılayıcı ancak suçlayıcı olmayan, kişilerle ve olaylarla değil düşüncelerle uğraşmayı seven insanlar olduğunu ortaya koymaktadır (14). Araştırmada öğrencilerin %33.8'inin "mobbinge maruz kalanların" yalnız, acayip tarzı olan, başarılı, işe yeni katılan kişiler cevapları ile hepsi dediği saptanmıştır (Tablo 2). Efe ve Ayaz'ın (2010) çalışmalarında işe yeni başlayan hemşirelerin daha çok mobbinge maruz kaldığı (15), Heather, Grau, Finegan, Wilk'in (2010) yeni mezun hemşirelerle yaptıkları çalışmada bullyingin (zorbalık) engellenme ve kendini ifade edememekle ilişkili bulgularını vurgulanmıştır (16). Dilman'ın (2007) yaptığı çalışmada mobbinge maruz kalan hemşirelerin mobbinge maruz kalma sebeplerini incelemiş ve en büyük oranın (% 23,7) işteki başarılarının olduğunu bulmuştur (17). Yapılan çalışma sonuçları ile bu araştırma sonucuyla benzerlik göstermektedir. Mobbinge maruz kalmada yeni bir işe başlama, çalıştığı kurumda yabancılaşma, hemşehrilik ağı etkileşimi sonucuyla yalnız kalma, kültürel, ahlaki norm ve değerlerin dışında olma gibi sosyal nedenler ile yakından ilişkili olduğu söylenebilir. Araştırmada öğrencilerin %69.5'inin mobbing'in "kadınlara" uygulandığı cevabını verdiği saptanmıştır. Finlandiya da 2001 yılında yapılan ve 377 kişinin katıldığı bir araştırmada mobbinge maruz kalan kadınların erkeklerden daha fazla olduğu tespit edilmiştir (18). DiPasquale (2002)'nin Almanya da yaptığı araştırmanın sonuçlarında, çalışmaya göre yaş ve cinsiyet mobbing riskini artırmakta, kadınların ise erkeklere göre mobbinge maruz kalma risklerinin %75 daha fazla olduğunu belirtilmiştir (19). "Avrupa Çalışma Koşulları Araştırması" (2005) bulguları da benzerlik göstermektedir (12). Çögenli (2010)'nin %30.4'ünün kadınlar, %69.6'sının erkeklerin oluşturduğu akademisyenler üzerinde yaptığı çalışmada kadın öğretim elemanlarının, mobbinge neden olan saldırgan davranışlara, erkek öğretim elemanlarından daha fazla maruz kaldığı bulunmuştur (13). Bir başka çalışmaya göre 462 ebeğin %46'sının psikolojik şiddete maruz kaldığı rapor edilmiş ve bunların %55'i aynı yıl içinde işi bırakmayı düşündüklerini belirtmişlerdir (8). Yapılan çalışmalar araştırma bulgularını destekler niteliktedir.

Araştırmada öğrencilerin % 57.6'sının mobbing sürecinde *mobbing uygulayıcısı, mağduru ve izleyicisinin* rol aldığını belirttiği saptanmıştır. Araştırma bulgusu yapılan çalışmaları ve literatürü desteklemektedir (3, 6, 9, 20).

Araştırmada öğrencilerin %44.8'i "mobbing yaşıyorum" diyebilmek için bir süre olduğunu ifade etmişlerdir. İngiltere de 2001 yılında 5288 kişinin %52.4'ünün erkek,

%47.6'sının kadın olduğu araştırmada, katılımcıların 553'ü yani %10.6'sı son altı ay içerisinde mobbinge maruz kaldıkları (21), Danimarka ve Norveç'te yapılan araştırmada, katılımcıların %2-4 arasında mobbinge maruz kaldıkları ve mobbinge maruz kalanların %8 ile %25 oranında son altı ayda en az bir kez bu durumu yaşadıkları belirtilmiştir (22). Literatür (3, 20) ve araştırma sonuçları ile yapılan çalışma sonuçları paralellik göstermektedir. Araştırmada öğrencilerin %67.5'i mobbingin önlenebileceğini ve %56.5'i mobbingin bir suç olduğunu ifade etmişlerdir. Türkiye'de ise konuyla ilgili ilk yasal düzenlemelerden biri 2003 yılında kabul edilen 4857 sayılı İş Kanunu'dur. 4857 sayılı İş Kanunu, çalışma ortamında mobbing açısından yeterli hükümler içermemektedir. Kanun kapsamında yalnızca cinsel tacizle ilgili kısmı genişletilerek psikolojik taciz (mobbing) eklenmiş ve "işveren, özellikle işçilerin psikolojik ve cinsel tacize uğramamaları ve bu nevi tacizlere uğramış olanların daha fazla zarar görmemeleri için gerekli önlemleri almakla yükümlüdür" ifadesine yer verilmiştir (23). Duygusal tacizin en çok tartışıldığı ülke olan ABD, bu konuda hukuki açıdan istenilen düzeye henüz gelememiştir. Almanya'da mobbing, işyeri nedeniyle ortaya çıkan bir meslek hastalığı olarak görülmekte ve mobbing olgusuna maruz kalmanın getireceği tüm masrafları işveren karşılamak zorundadır (9). Türkiye'de de henüz yasal bir yaptırım olmadığı için duygusal tacize maruz kalan çalışanların içinde buldukları durumu ispatlamaları ve mobbingcinin cezalandırılmasını sağlamaları oldukça güçtür.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Ebelik öğrencilerinin mobbing hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan; öğrencilerin büyük çoğunluğunun mobbing kavramını duyduğu, mobbingin iş ortamında ve en çok da kadınlara uygulandığı, "mobbing yaşıyorum" diyebilmek için bir sürenin gerekli olduğu, mobbingin önlenebileceğini düşündükleri ve öğrencilerin yarısından fazlasının mobbingin bir suç olduğunu ifade ettikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Mobbing ile mücadele hem bireysel hem örgütsel hem de ülke açısından çok önemlidir. Bu sorunla mücadele edebilmek için de öncelikle bu durumun adı konulmalıdır. Medya önemli bir bilinçlendirme aracıdır ve insanları mobbing sendromu konusunda uyarabilir. Mobbingin tüm sektörlerde görülmesine rağmen, sağlık ve eğitim kurumlarında risk faktörünün daha yüksek olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Türkiye'deki kurumların da bu konudaki farkındalığının artırılması, hem kurum içi düzeni ve verimliliği arttırabilir hem de mali açıdan kayıpları önleyebilir. Yasamızdaki mobbing ile ilgili boşluk tam anlamıyla

doldurularak, mağdurların yasa önünde haklarını aramaları sağlanabilir ve hatta bunun için teşvik edilebilir.

Mobbing öğrencilerin akademik başarılarını olumsuz etkileyerek gelecek yaşantılarına negatif olarak yansiyabilir. Bu nedenle mobbing ve mobbing ile mücadele eğitim müfredatı içerisine yerleştirilebilir. Eğitimciler, özellikle bu konularda hassas olmalı ve öğrencilerin kendi öz benliklerini olumlu yönde geliştirmelerine yardım edecek rehberlik programlarına önem vermelidirler.

Gereken tüm önlemler alınmalı, çalışanlar bilgilendirilmeli, mobbing üzerinde yapılan çalışmalar derinleştirilmeli ve yeni araştırmalar (sağlık, ekonomi, kurumsal, psikoloji gibi) yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. ÖnerToy O.C (Çev.), Davenport N, Schwartz R.D, Eliot G.P. Mobbing, İşyerinde Duygusal Taciz. Sistem Yayıncılık, İstanbul- 2003; 4-15.
2. Tetik S. Mobbing Kavramı: Birey Ve Örgütler Açısından Önemi. Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi. 2010; 12 (18): 81-9.
3. Tutar H. İş Yerinde Psikolojik Şiddet. Ankara: BRC Basım Mat. Ltd, 2004. ss: 41
4. Çobanoğlu Ş. Mobbing, İşyerinde Duygusal Saldırı ve Mücadele Yöntemleri. Timaş Yayınları, İstanbul - 2005; 139-42.
5. Atan S.Ü, Dönmez S. Hemşirelere Karşı İşyeri Şiddeti. Adli Tıp Dergisi. 2011; 25 (1): 71-80.
6. İzmir G, Fazlıoğlu A. İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing) ve Çözüm Önerileri Komisyon Raporu. TBMM: Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu Yayınları. Nisan 2011; (6): 1-89.
7. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli Sağlık Kurumlarında Ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2002; 3 (3): 147-54.
8. Stevens S. Nursing Workforce Retention: Challengin A Bullyingculture, HealthAffairs . 2002; 21 (5): 189-93.
9. Tınaz P. İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing). Çalışma ve Toplum. 2006; 3 (10): 13-28.

10. Çöl S.Ö. İşyerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. Çalışma ve Toplum Dergisi. 2008; 4: 107-34.

11. Chappell D, DiMartino V. Violence at Work. Geneva, International Labour Office. 2000; 15-19.

12. Fourth European Working Conditions Survey. "Preventing Violence and Harassment in the Workplace". European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 2005. Erişim Tarihi: 24.08.2012.

<http://www.eurofound.europa.eu/docs/ewco/4EWCS/ef0698/chapter4.pdf>

13. Çöğenli M.Z. Yüksek Lisans Tezi; "Üniversitelerde Psikolojik Şiddet (MOBBING) Maruziyeti ve Akademik Personel Üzerine Bir Uygulama" Atatürk Üniversitesi Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Önder Barlı. Erzurum-2010.

14. Atman Ü. İşyerinde Psikolojik Terör: Mobbing. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2012; (3): 157-74.

15. Efe S.Y, Ayaz S. Mobbing against nurses in the workplace in Turkey. Int Nurs Rev. 2010; 57 (3): 328-34.

16. Heather K, Grau A.L, Finegan J, Wilk P. New Graduate Nurses' Experiences Of Bullying And Burn Out In Hospital Settings. J Adv Nurs. 2010; 66 (12): 2732-42.

17. Dilman T. Yüksek Lisans Tezi; "Özel Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Duygusal Tacize Maruz Kalma Durumlarının Belirlenmesi" Marmara Üniversitesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Yrd. Doç. Dr. Yasemin Ergün. İstanbul- 2007.

18. Salin D. "Prevalence and Forms of Bullying Among Business Professionals: A Comparison of Two Different Strategies for Measuring Bullying". European Journal of Work and Organizational Psychology. 2000;10 (4): 425-41.

19. Di Pasquale V. Study Examines "Mobbing" at the Workplace, 2002. Erişim Tarihi: 24.08.2012. <http://www.eurofound.europa.eu/eiro/2002/08/feature/de0208203f.htm>

20. Tınaz P, Bayram F, Ergin H. Çalışma Psikolojisi Ve Hukuki Boyutlarıyla İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing). 1. Basım. Beta Yayınları AŞ, İstanbul – 2008. ss: 1-76.

21. Hoel H, Cooper C.L, Faragher B. "The Experience of Bullying in Great Britain: The Impact of Organizational Status". European Journal of Work and Organizational Psychology. 2001;10 (4): 443-65.

22. Mikkelsen E.G, Einarsen S. "Basis Assumptions and Symptoms of Post Traumatic Stress Among Victims of Bullying at Work". European Journal of Work and Organizational Psychology. 2002; 11 (1): 87-111.

23. 4857 sayılı İş Kanunu, 2003. Erişim Tarihi: 24.08.2012.

<http://www.iskanunu.com/images/dokuman/4857-sayili-is-kanunu-guncel-tam-metin2012.pdf>

BİR EĞİTİM PROGRAMI GELİŞTİRME VE DEĞERLENDİRME SÜRECİ: ORTAÖĞRETİM KIZ ÖĞRENCİLERİ İÇİN “GENİTAL HİJYEN” EĞİTİM PROGRAMI

Ayşe KOYUN¹, Funda ÖZPULAT², Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ³

ÖZET

Çalışmanın amacı, kız öğrencilerin genital hijyenle ilgili uygulamalarını değerlendirerek eğitim ihtiyaçlarının saptanması ve bu ihtiyaçlar doğrultusunda geliştirilen ve verilen eğitimin değerlendirilmesidir. Tanımlayıcı tipte yapılan çalışma, Akşehir’de bir kız meslek lisesinde yürütülmüştür. İhtiyaç saptama çalışması 570 öğrenci üzerinde, genital hijyen eğitimi, iki oturumda toplam 40 öğrenci (20+20) üzerinde gerçekleştirilmiştir. Eğitimin değerlendirilmesi için eğitim sonunda uygulanan son test puanları kullanılmıştır. Veriler, SPSS-17 istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Genital hijyen eğitimine katılan öğrencilerin yaş ortalamaları 16.1±0.6’dır. Eğitim sonrasında tüm öğrencilerin pamuklu iç çamaşırını kullanmayı düşündükleri, her gün iç çamaşırını değiştirmeyi düşünenlerin oranının %72.5’e yükseldiği tespit edilmiştir. Eğitim sonunda öğrencilerin tamamı perine temizliğinin önden arkaya doğru tek seferde yapılması gerektiğini doğru bulmuştur. Eğitim sonunda menstruasyon döneminde her gün banyo yapmayı düşünenlerin oranı %90’a, ayakta banyo yapmayı doğru bulan öğrencilerin oranı %100’e yükselmiştir. Eğitim öncesi ve sonrası arasında el yıkama alışkanlığının tuvaletten önce ve sonra olması gerektiğini düşünme, pamuklu iç çamaşırını kullanma, perine temizliğinde su ve tuvalet kağıdı kullanma, menstruasyon döneminde banyo yapma ve hijyenik ped imha yöntemi seçiminde istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). Verilen eğitiminin öğrencilerin genital hijyen konusundaki bilgi ve düşüncelerini olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Genital Hijyen, Kadın, Sağlık Hizmetleri

¹ Öğr. Gör., Selçuk Üniversitesi Akşehir Kadir Yallagöz SYO,

² Öğr. Gör., Selçuk Üniversitesi Akşehir Kadir Yallagöz SYO,

³ Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD.

İletişim/ Corresponding Author: Funda Özpulat

Tel: +903328130572 **e-posta:** funda-ozpulat@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received : 01.03.2013

Kabul Tarihi / Accepted : 22.07.2013

TRAINING PROGRAM DEVELOPMENT AND EVALUATION PROCESS: SECONDARY EDUCATION FOR GIRL STUDENTS "GENITAL HYGIENE" EDUCATION PROGRAM

ABSTRACT

The purpose of this study, secondary school female students to evaluate their hygienic practices related to identification of training needs and in accordance with these requirements is to evaluate the training developed and provided. Made this descriptive study was conducted at vocational high school girl in Akşehir. Needs assessment study was conducted on 570 students. Genital Hygiene Education, a total of 40 students in two sessions (20 +20) have been performed on. Applied for the evaluation of educational training and post test scores are used at the end. Data were analyzed using SPSS-17 statistical program. Genital hygiene education to the students' average age 16.1 ± 0.6 years. After training, all students were considering using cotton underwear, underwear every day, consider changing the rate of 72.5% of those to have been found to increase. All of the students of education from the front to the back of perineal cleaning should be done at one time have been found correct. Menstrual period at the end of training each day in 90% of those who think taking a bath, foot bath to find the correct ratio of students increased to 100%. Education before and after between the hand-washing habits of the toilet before and after should be thinking, cotton underwear use, perineal hygiene, water and toilet paper use, menstrual period, bathing and sanitary napkin disposal method in the selection of a statistically significant difference was found ($p < 0,05$). Genital hygiene education and the students' knowledge about genital hygiene was found to positively affect their thinking.

Key Words: Genital Hygiene, Women, Health Services

GİRİŞ

Yaşamı boyunca sürekli gelişim ve değişim süreci içinde olan insan, bu değişim süreci içinde değişik dönemlerden geçmektedir. Bu dönemlerden birisi de adölesan dönemdir. Adölesan dönem, çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak kabul edilmekte ve değişim sürecinin en önemli evresini oluşturmaktadır. Bu dönemde fiziksel, psikolojik, cinsel büyümeye ve gelişmeye yönelik değişimler yaşanmaktadır (1).

Dünya nüfusuna baktığımızda yaşayan her beş kişiden biri “ergen”dir (2). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008’e (TNSA-2008) göre, nüfusumuzun %17.3’ünü 15–24 yaş arası genç nüfus (yaklaşık 13 milyon) oluşturmaktadır (3). Bu kadar geniş bir nüfusa sahip olan gençler birçok yeni norm, değer ve yaklaşımı benimseyerek davranışlarına yansıtmakta ve bu davranışlar da zaman içinde çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Bireysel hijyen davranışları da bireyin inançları, değerleri, alışkanlıkları, beden imgesi, sosyo-ekonomik ve kültürel özellikleri, bilgi düzeyi, bireysel tercihler, hastalıklar ve fizyolojik periyotlar (menstruasyon, gebelik, lohusalık v.b.), ailesel özellikler, yaşanan ortamın fiziksel ve sosyal özellikleri gibi pek çok faktörden etkilenmektedir (4). Özellikle genital sağlık ve hijyen ile ilgili konular bir çok toplumda ayıp, yasak kabul edilmekte; yanlış bilgi ve uygulamalar, duygu ve düşüncelerin paylaşılabilmesi gibi nedenlerle ciddi üreme sağlığı sorunlarına yol açmaktadır. En sık görülen üreme sağlığı sorunlarından biri de genital enfeksiyonlardır. Genital enfeksiyon açısından kişisel bazdaki risklere baktığımızda ise başta hijyen eksikliği olmak üzere, tuvalet sonrası genital bölge temizliğinin uygun bir şekilde yapılmaması, el yıkama alışkanlığının olmaması, vajinal lavaj yapılması, uygun iç çamaşırı kullanılmaması, menstruasyon sırasında hijyene yeterince dikkat edilmemesi, doğumların sağlıklı koşullarda gerçekleştirilmemesi ve düşüklerin adeta bir aile planlaması yöntemi olarak kullanılması gibi risk faktörleri karşımıza çıkmaktadır. (5).

Ülkemizde 2007 yılında yapılmış olan Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması sonuçlarına göre, gençlerin %96.3’ü üreme ve cinsel sağlık hizmeti sunulmasını olumlu karşılarken; gençlerin yarısı bu hizmetin okul tarafından verilmesini istemiştir (6). Sağlıklı bir toplum için önemli bir yatırım olan kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesi, kadınların kendi sağlıkları konusunda daha fazla sorumluluk almaları ile mümkün olabilir. Kadınlara bu sorumlulukların kazandırılması ve doğru hijyen davranışlarının öğretilmesi için en önemli görev, sağlık ekibi içinde hemşirelere düşmektedir. Hemşireler düzenledikleri eğitim programları ile toplumdaki adölesan çağıdaki genç kızları ve

kadınları eğiterek doğru sağlık davranışlarını öğretebilir, sağlığın korunması ve geliştirilmesine katkı sağlayabilirler. Bu eğitimler sonucunda doğru hijyen davranışlarının kazandırılması ile genital enfeksiyonların yaygınlığı ve tekrarlama olasılığı ortadan kaldırılmış olacaktır (7).

Bu çalışmanın amacı, ortaöğretim kız öğrencilerinin genital hijyenle ilgili uygulamalarını değerlendirerek eğitim ihtiyaçlarının saptanması ve bu ihtiyaçlar doğrultusunda geliştirilen ve verilen eğitimin değerlendirilmesidir.

MATERYAL VE METOT

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma, Akşehir’de bir kız meslek lisesi öğrencileri üzerinde yapılmıştır. Veri toplama araçları olarak ön test ve son test kullanılmıştır. Hazırlanan anket formunun (ön test) ön uygulaması, eğitim grubu olacak öğrencilerin dışında kalan ve basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiş 15 öğrenci üzerinde yapılmıştır. Ön uygulamadan sonra gerekli düzeltmeler yapılarak, öğrencilerin yaşına ve eğitim düzeyine uygun bir biçimde ön teste son hali verilmiştir.

Ön test, öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini, genital hijyene ilişkin mevcut bilgi, tutum ve davranışlarını saptamaya yönelik, literatüre dayalı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış ve toplam 25 çoktan seçmeli sorudan oluşturulmuştur. Eğitim sonrası bilgi düzeyinin saptanması için kullanılan son test ise ön teste paralel hazırlanan 17 sorudan oluşmaktadır.

Okul yetkilileri ile görüşülmüş, öğrencilerin genital hijyen konusundaki bilgi eksiklikleri değerlendirilmiş, kurumdan ihtiyaç saptama çalışması ve sağlık eğitimi için yazılı izin alınmıştır. 3-7 Mayıs 2010 tarihleri arasında okul öğrencilerine araştırma hakkında bilgi verilmiş, araştırmaya katılmayı kabul eden ve onamları alınan (genital hijyen eğitimi verilecek öğrencilerin dışındaki) 570 öğrenci üzerinde ihtiyaç saptama çalışması yürütülmüştür. Daha sonra ihtiyaca uygun olarak hazırlanan Genital Hijyen Eğitimi, 11 Mayıs 2010 tarihinde iki oturumda toplam 40 öğrenci (20+20) üzerinde gerçekleştirilmiştir. Eğitim öncesinde öğrencilere ön test ve son test formları dağıtılmış, formlar hakkında bilgi verilmiş, öğrencilerden ilk önce ön testi doldurmaları istenmiştir. İki grup öğrencilerinin birbirleriyle etkileşimi engellenerek, sabah oturumları 9:00-11:30, öğleden sonra oturumları ise 13:00-15:30 saatleri arasında yapılmış ve bir eğitim programı iki buçuk saat sürmüştür. Amaca uygun konular interaktif eğitim teknikleri (demonstrasyon, role-play, soru-cevap, beyin

fırtınası) kullanılarak, Tablo 1’de verilen eğitim programına göre ders işlenmiştir. Eğitimin sonunda her katılımcıdan eğitim programını değerlendirmeleri istenmiş ve eğitim programı ile ilgili eleştirileri alınmıştır. İçeriğe uygun etkinlikler sona erdikten sonra öğrencilerden son testi doldurmaları istenmiştir. Katılımcılar formu yanıtladıktan sonra sorular üzerinde tartışılmıştır. Eğitim programı verilerinin analizinde SPSS-17 istatistik paket programı kullanılmış; Kikare ve Mc-Nemar önemlilik testlerinden yararlanılmıştır.

Bu çalışma Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yapılmıştır.

BULGULAR

I. İhtiyaç Saptama Çalışmasına İlişkin Veriler

Genital hijyen konusunda gereksinimlerin belirlenmesi için Akşehir’de bir kız meslek lisesinde araştırmaya katılmayı kabul eden 570 öğrenci üzerinde ihtiyaç saptama çalışması yapılmıştır. Buna ilişkin veriler Tablo 2’de verilmiştir.

İhtiyaç saptama çalışmasına katılan öğrencilerin yaş ortalamaları 16.2 ± 1.1 olarak tespit edilmiştir. Öğrencilerin %32.8’i 1. sınıf, %28.6’sı 2. sınıf, %25.8’i 3. sınıf, %12.8’i 4. sınıf öğrencisidir. Hijyen alışkanlıkları incelendiğinde, öğrencilerin %54.6’sı hem tuvaletten önce hem de sonra ellerini yıkarken, %24.2’si yalnızca tuvaletten sonra ellerini yıkamakta, %83.2’si 2-3 günde bir banyo yapmakta, %70’i pamuklu iç çamaşırını kullanmakta, %22.3’ü yalnızca banyo yaptıktan sonra iç çamaşırını değiştirmektedir. Perine bölgesini temizleme (taharetlenme) alışkanlıkları incelendiğinde, öğrencilerin %59.6’sının önden arkaya doğru tekrarlayarak, %27.4’ünün arkadan öne doğru perine temizliği yaptığı belirlenmiştir. Öğrencilerin %10.9’unda vajinal akıntı sorunu mevcut olup, %27.4’ü yaşadığı genital sorunlarını ya önemsememekte ya da kimseye söyleyememekte, %58’i yaşadığı genital sorunlarda büyüklerine danışmakta, tıbbi yardım aldığını belirtenler ise öğrencilerin sadece %14.6’sını oluşturmaktadır (Tablo 2).

Tablo 1. Eğitim Programı (Sabah Oturumu İçin)

Süre	İçerik	Amaçlar/Kazanımlar/Hedefler/Aktiviteler	Eğitim Yöntemleri	Araç-Gereçler
1.Oturum 09.00-09.30	Açılış ve olumlu eğitim ortamının başlatılması Öğrencilerin beklentilerinin saptanması Eğitim amaçlarının ve hedeflerinin açıklanması Eğitim öncesi bilgi düzeyinin saptanması Eğitim programının açıklanması	Açılış ve tanışmanın yapılması Öğrencilerin beklentilerinin saptanması Eğitim amaçlarının ve hedeflerinin açıklanması Eğitim öncesi bilgi düzeyinin saptanması Eğitim programının açıklanması	Sunum Soru-cevap Eğitim öncesi soru formunun doldurulması	Data Show Powerpoint sunumu Laser ışık kaynağı Eğitim öncesi soru formu
2.Oturum 09.40-10.10	Ergenlik Hormonal değişiklikler Kadın üreme organlarının anatomik yapısı Ergendeki fiziksel ve psikolojik değişiklikler	Oturum Özeti: Ergenlik, ve ortaya çıkan değişiklikler, kadın anatomisi hakkında bilgi verilir. Bu oturum sonunda öğrencilerin; Ergenlikte ortaya çıkan hormonal değişiklikleri açıklayabilmeleri Kadın üreme organlarının anatomisini çizebilmeleri Ergenlikteki fiziksel değişiklikleri açıklayabilmeleri hedeflenmektedir.	Sunum Soru-cevap Beyin Fırtınası	Data Show Powerpoint sunumu Laser ışık kaynağı
3. Oturum 10.20-10.50	Adet görme Ped kullanımı Genel hijyen kuralları Genital enfeksiyonların kadın sağlığına etkileri	Oturum Özeti: Adet görme mekanizması, nedenleri ve bu dönemde dikkat edilmesi gereken noktalar vurgulanarak genel hijyen kuralları açıklanır. Genital enfeksiyonların kadın sağlığına olan etkileri açıklanır. Bu oturum sonunda öğrencilerin; Adet görme döngüsünü açıklayabilmeleri, Normal ve anormal akıntı özelliklerini açıklayabilmeleri, Genel hijyen kurallarını anlatabilmeleri sağlanacaktır. Genital enfeksiyonların kadın sağlığına etkilerini açıklayabilmeleri gerekmektedir.	Sunum Soru-cevap Demonstrasyon	Data Show Powerpoint sunumu Laser ışık kaynağı
4. Oturum 11:00-11:30	Role play gösterimi Eğitim sonu bilgi düzeyinin saptanması	Oturum Özeti: konu ile ilgili role play gösterimi yapılacak ardından katılımcıların eğitim sonu bilgi düzeyleri saptanacaktır.	Role play Demonstrasyon Eğitim sonrası soru formunun doldurulması	Eğitim sonrası soru formu

Tablo 2. İhtiyaç Saptama Çalışmasına Katılan Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Hijyen Alışkanlıkları ve Yaşadıkları Genital Sorunları

	n	%
Yaş		
ortalama \pm SD=16.2 \pm 1.1		
Sınıf		
1	187	32.8
2	163	28.6
3	147	25.8
4	73	12.8
El yıkama alışkanlığı		
Tuvaletten önce	15	2.6
Tuvaletten sonra	138	24.2
Tuvaletten önce ve sonra	311	54.6
Diğer	106	18.6
Banyo yapma sıklığı		
Her gün	28	4.9
2-3 günde bir	474	83.2
Haftada bir	66	11.6
İki haftada bir	2	0.4
İç çamaşırı türü		
Pamuklu beyaz	172	30.2
Pamuklu renkli	227	39.8
Sentetik Naylon	38	6.7
İpek	19	3.3
Fark etmez	114	20.0
İç çamaşır değiştirme sıklığı		
Hergün	138	24.2
2-3 günde bir	271	47.5
Banyodan sonra	127	22.3
Kirlendiğinde	25	4.4
Diğer	9	1.6
Perine temizliği şekli		
Önden arkaya bir kez	60	10.5
Önden arkaya tekrarlayarak	340	59.6
Arkadan öne	156	27.4
Rastgele	14	2.5
Menstruasyon dönemlerinde banyo sıklığı		
Yapmıyor	20	3.5
Bazen yapıyor	265	46.5
Hergün yapıyor	186	32.6
Diğer	99	17.4
Yaşanılan genital sorunlar		
Yok	491	86.1
Kaşıntı	6	1.1
Yanma	8	1.4
Yara	3	0.5
Akıntı	62	10.9
Yaşadığım genital sorunları		
Önemsemiyorum	74	13.0
Büyüklerime danışıyorum	331	58.0
Tibbi yardım alıyorum	83	14.6
Kimseye söyleyemiyorum	82	14.4
TOPLAM	570	100.0

II. Genital Hijyen Eğitimi Verilen Öğrencilere Ait Veriler

İhtiyaç saptama çalışmasına uygun olarak hazırlanan Genital Hijyen Eğitimi, 11 Mayıs 2010 tarihinde her oturumda 20 öğrenci olmak üzere iki oturumda (20+20) gerçekleştirilmiştir. Tablo 3'te genital hijyen eğitimine katılan öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri sunulmuştur.

Tablo 3. Genital Hijyen Eğitimine Katılan Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri

	S	%
Yaş ortalama \pm SD=16.1 \pm 0.6		
Annenin Öğrenim Durumu		
Okuryazar değil	3	7.5
İlkokul	30	75.0
Ortaokul	6	15.0
Lise	1	2.5
Annenin Çalışma Durumu		
Çalışıyor	5	12.5
Çalışmıyor	35	87.5
Babanın Öğrenim Durumu		
İlkokul	15	37.5
Ortaokul	17	42.5
Lise	6	15.0
Üniversite	2	5.0
Babanın Çalışma Durumu		
Çalışıyor	33	82.5
Çalışmıyor	7	17.5
TOPLAM	40	100.0

Genital Hijyen Eğitimi'ne katılan öğrencilerin yaş ortalamaları 16.1 \pm 0.6'dır. Öğrencilerin %75'inin annesi ilkokul mezunuyken, %42.5'inin babası ortaokul düzeyinde eğitime sahiptir. Ebeveynlerin çalışma durumu incelendiğinde, babaların %82.5'i çalışırken, annelerde bu oranın %12.5 olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 4. Öğrencilerin Genel Hijyen Alışkanlıklarına Göre Ön Test –Son Test Cevaplarının Karşılaştırılması

	ÖN TEST		SON TEST	
	S	%	S	%
El Yıkama Alışkanlığı				
Tuvaletten sonra	5	12.5	-	-
Tuvaletten önce ve sonra	27	67.5	40	100.0
Diğer	8	20.0	-	-
El Yıkarken Kullanılan Madde				
Su	1	2.5	-	-
Su ve sabun	7	17.5	35	87.5
Su ve sıvı sabun	32	80.0	5	12.5
Banyo Yapma Sıklığı				
Her gün	2	5.0	17	42.5
2-3 günde bir	30	75.0	21	52.5
Haftada bir	7	17.5	2	5.0
Diğer	1	2.5	-	-
Tırnak Kesme Sıklığı				
Haftada bir	18	45.0	25	62.5
İki haftada bir	8	20.0	4	10.0
Uzadığında	14	35.0	11	27.5
TOPLAM	40	100.0	40	100.0

Genel hijyen eğitimine katılan öğrencilerin genel hijyen alışkanlıklarına göre ön test–son test cevaplarının karşılaştırılması Tablo 4’te sunulmuştur. El yıkama alışkanlığının tuvaletten önce ve sonra olması gerektiğini belirten öğrenciler %67.5 oranındayken, eğitim sonrasında öğrencilerin tamamının tuvaletten önce ve sonra ellerin yıkanması gerektiğini belirttiği görülmüş ve el yıkama alışkanlığında eğitim öncesi-sonrası arasında istatistiksel fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Eğitim öncesi öğrencilerin %17.5’i, eğitim sonrasında %87.5’i el yıkarken kullanılması gereken maddeye su ve kalıp sabun cevabı vermiş, su ve sıvı sabun cevabını verenlerin sayısı eğitim sonrasında %80’den, %12.5’e düşmüştür. Eğitim öncesinde 2-3 günde bir kez banyo yapan öğrencilerin oranı %75, her gün banyo yapan öğrencilerin oranı %5’tir. Eğitim sonunda, her gün banyo yapılabileceğini düşünenlerin oranı %42.5’e yükselmiş, 2-3 günde bir kez cevabını veren öğrencilerin sayısı ise %52.5’e düşmüştür.

Tablo 5. Öğrencilerin Genital Hijyen Alışkanlıklarına Göre Ön Test –Son Test Cevaplarının Karşılaştırılması

	ÖN TEST		SON TEST	
	n	%	n	%
İç Çamaşır Türü				
Pamuklu	33	82.5	40	100.0
Diğer (Sentetik Naylon, İpek)	7	17.5	-	-
İç Çamaşır Değişirme Sıklığı				
Her gün	6	15.0	29	72.5
2-3 günde bir	25	62.5	10	25.0
Banyoda	7	17.5	1	2.5
Kirlendiğinde	2	5.0	-	-
İç Çamaşırının Temizliği				
Çamaşır makinesinde	35	87.5	22	55.0
Çamaşır suyuyla	2	5.0	2	5.0
Kaynatarak	1	2.5	16	40.0
Elde sabunla	1	2.5	-	-
Diğer	1	2.5	-	-
Perine Temizleme Sıklığı				
Her tuvaletten sonra	37	92.5	40	100.0
Miksiyondan sonra	2	5.0	-	-
Defekasyondan sonra	1	2.5	-	-
Perine Temizliği Yapılan Madde				
Suyla	12	30.0	1	2.5
Tuvalet kâğıdı ile	1	2.5	1	2.5
Su ve tuvalet kâğıdı ile	27	67.5	38	95.0
Perine Temizliği Şekli				
Önden arkaya bir kez	3	7.5	40	100.0
Önden arkaya tekrarlayarak	34	85.0	-	-
Arkadan öne	3	7.5	--	-
Menstruasyonda Banyo Sıklığı				
Bazen	29	72.5	3	7.5
Her gün	9	22.5	36	90.0
Yapılmıyor	2	5.0	1	2.5
Banyo Yapma Şekli				
Ayakta	24	60.0	40	100.0
Oturarak	14	35.0	-	-
Küvette	1	2.5	-	-
Diğer	1	2.5	-	-
Ped Değişirme Sıklığı				
Günde 1 kez	10	25.0	-	-
Günde 3-4 kez	26	65.0	37	92.5
Günde 5 ve üzeri	3	7.5	3	7.5
Diğer	1	2.5	-	-
Pedleri İmha Etme / Temizleme Yolu				
Çöpe atarak	27	67.5	38	95.0
Yakarak	13	32.5	2	5.0
Genital Sorunlarda Gösterilen Tutum				
Önemsememe	2	5.0	-	-
Büyüklerle danışma	29	72.5	16	40.0
Tıbbi yardım alma	7	17.5	24	60.0
Kimseye söyleyememe	2	5.0	-	-
TOPLAM	40	100.0	40	100.0

Genital hijyen eğitimine katılan öğrencilerin genital hijyen alışkanlıklarına göre ön test–son test cevaplarının karşılaştırılması Tablo 5’te sunulmuştur. Buna göre, eğitim öncesinde pamuklu iç çamaşırı kullanan öğrencilerin oranı %82.5 olup; bu öğrencilerin %45’i pamuklu beyaz iç çamaşırı, %37.5’i pamuklu renkli iç çamaşırı kullanmaktadır. Eğitim sonrasında tüm öğrencilerin pamuklu iç çamaşırı kullanmayı düşündükleri saptanmıştır. 2-3 günde bir kez iç çamaşırını değiştirdiğini belirten öğrencilerin oranı %62.5’tir. Eğitim sonrasında bu oranın %25’e düştüğü, her gün iç çamaşırını değiştirmeyi düşünenlerin ise %72.5’e yükseldiği görülmüş, iç çamaşır değiştirme sıklığı ve pamuklu iç çamaşırının tercih edilmesinde eğitim öncesi - sonrası arasında istatistiksel olarak fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). İç çamaşırının temizliğinde öğrencilerin %87.5’i çamaşır makinesini kullandığını belirtirken, eğitim sonrasında makine tercihi %55’e düşmüş, kaynatarak yıkamanın daha doğru bir uygulama olduğunu düşünenlerin oranı ise % 40’a yükselmiştir. %92.5 gibi yüksek bir oranla belirtilen her tuvalet sonrasında yapılan perine temizliği (taharetlenme alışkanlığı) oranı, eğitim sonrasında %100’e çıkmıştır. Öğrencilerin %67.5’i perine temizliğini su ve tuvalet kağıdı ile yaptığını belirtirken, bu oran eğitim sonrasında %95’e çıkmış ve eğitimin perine temizliğini su ve tuvalet kağıdı ile kurularak yapmak gerektiği konusunda etkisinin olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Öğrencilerin %85’i önden arkaya doğru tekrarlayarak perine temizliği yapmaktadır. Eğitim sonunda öğrencilerin tamamı perine temizliğini önden arkaya doğru tek seferde yapmayı doğru bulmuş ve verilen eğitimin öğrencilerin perine temizliği hakkında sahip olduğu bilgiler üzerinde istatistiksel olarak önemli bir fark oluşturduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Öğrencilerin menstruasyon döneminde banyo yapma durumlarına bakıldığında, bazen banyo yapan öğrencilerin oranının %72.5 olduğu, her gün banyo yapmayı düşünenlerin eğitim sonunda %90’a yükseldiği görülmektedir.

Menstruasyon döneminde ayakta banyo yapan öğrencilerin oranı %60 iken, eğitim sonunda öğrencilerin tamamı menstruasyon döneminde ayakta banyo yapılmasını uygun bulmuştur. Eğitim öncesi ve sonrası arasında menstruasyon döneminde banyo yapma şekli bakımından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Öğrencilerin hazır ped kullanma oranı %95’dir. Eğitim öncesi öğrencilerin %65’i menstruasyon döneminde günde 3-4 kez ped değiştirdiğini belirtirken, eğitim sonrasında öğrencilerin tamamı günde en az 3-4 kez ped değiştirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Pedlerini çöpe atarak imha eden öğrencilerin %67.5 olan oranı, eğitim sonunda %95’e yükselmiş ve

eğitim öncesi ve sonrası arasında ped imha yöntem seçiminde anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Genital sorunlarda gösterilen tutum incelendiğinde, öğrencilerin %72.5'inin yaşadığı genital sorunlarda büyüklerine danışmayı, %17.5'inin tıbbi yardım almayı tercih ettiği, genital sorunlarda tıbbi yardım alınması gerektiğini düşünen öğrencilerin oranının eğitim sonunda %60'a yükseldiği görülmektedir (Tablo 5).

TARTIŞMA

Genital hijyen eğitimine katılan öğrencilerin yaş ortalamaları 16.1 ± 0.6 'dır. Öğrencilerin çoğunluğunun (%75) annesi ilkokul, babası (%62.5) ise ortaokul düzeyinde eğitime sahiptir. Her on öğrenciden sekizinin babası, her on öğrenciden ikisinin de annesinin düzenli bir işi vardır.

Annelerin doğru genital hijyen alışkanlıklarının kazandırılmasında ve cinsel sağlığın korunmasında önemli olduğu, annelerin öğrenim düzeyi ve bilinç düzeyinin bu alışkanlık ve kazanımları etkilediği bilinmesine karşın, bu çalışmada annelerin öğrenim düzeyinin ve çalışma durumunun öğrencilerin kişisel ve genital hijyen alışkanlıkları üzerinde etkili olduğuna ilişkin istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Benzer biçimde Demirel ve Terzioğlu'nun (2003) çalışmalarında, annelerinin eğitim düzeyleri ve çalışma durumlarının kızlarının menstruasyon fizyolojisine yönelik bilgi puan ortalamaları üzerine etkisi incelenmiş, bu değişkenlerle bilgi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur (8).

El yıkama alışkanlığı küçük yaşlarda kazandırılması gereken, enfeksiyon etkenlerinin bulaşması ve yayılmasının engellenmesinde temel ve son derece önemli bir hijyen alışkanlığıdır. Yapılan çalışmada, tuvaletten önce ve sonra ellerini yıkayanların oranı, öğrencilerin %67.5'ini oluştururken, eğitim sonrasında öğrencilerin el hijyeninin önemini kavramış olduğu ve tamamının ellerinin tuvaletten önce ve sonra yıkanmasını gerekli bulduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Üner, Sevcen, Başaran, Balcı ve Bilaloğlu (2009) çalışmalarında ise, katılımcıların %94,7'sinin tuvaletten çıktıktan sonra, %28,9'unun tuvaletten önce ellerini yıkadığı saptanmıştır (9). Öğrencilerin eğitim öncesi %17.5'i, eğitim sonrasında %87.5'i el yıkarken kullanılması gereken maddeye su ve kalıp sabun cevabı vermiş, su ve sıvı sabun cevabını verenlerin %80'den, eğitim sonrasında %12.5'e düştüğü görülmüştür. Özel, Erbil,

Önal, Ayvaz, Gürtekin, Eroğlu ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada ise sıvı sabun kullanımını %86.8, katı sabun kullanım oranı %26.5 bulunmuştur (10).

Eğitim sonrasında menstural dönemde her gün banyo yapmayı düşünen öğrencilerin oranı %90'a, ayakta banyo yapmayı düşünen öğrencilerin oranı ise %100'e çıkmış ve düzenlenen eğitim programının öğrencilerin menstural dönemde ayakta banyo yapmayı tercih etmeleri üzerinde etkili olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Dhingra, Kumar, ve Kour (2009) çalışmalarında, araştırma kapsamına alınan adölesan kızların %98'inin menstruasyon döneminde banyo yapmadıklarını ortaya koymuştur (11). Yağmur'un (2007) yaptığı çalışmada da, kadınların %71'inin menstruasyon döneminde 2-3 günde bir banyo yaptığı saptanmıştır (12).

Genital bölgenin nemli kalmasına neden olabilecek kumaştan üretilmiş iç çamaşırlarının (sentetik, ipek gibi) ya da renkli boyalı iç çamaşırlarının kullanılması, üro-genital enfeksiyonların artmasına neden olabilmektedir. Eğitim sonrasında her gün iç çamaşırını değiştirmeyi düşünenlerin %72.5'e yükseldiği, pamuklu iç çamaşırı tercihlerinin ise %100'e ulaştığı, eğitimin öğrencilerin pamuklu iç çamaşırı kullanması ve iç çamaşırı değiştirme sıklığını artırması üzerinde etkili olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Yağmur'un (2007) çalışmasında kadınların pamuklu beyaz iç çamaşırı kullanım oranı %85.3; Karatay ve Özvarış'ın (2006) çalışmalarında ise beyaz renkte iç çamaşırı kullanım oranı %77, pamuklu iç çamaşırı kullanım oranı %79.2 bulunmuştur (13). Ünsal (2010) ise, üniversitede okuyan kız öğrencilerin çoğunun penye (%63.6) ve pamuklu (%51.1) iç çamaşırını kullandıklarını, beyaz (%62.7) ve renkli (%61.4) iç çamaşırı kullanım oranlarının birbirine yakın olduğunu saptamıştır (14).

Çalışmamızda eğitim sonrasında her tuvalet sonrasında perine temizliği (taharetlenme) yapılması gerektiğini düşünenlerin oranının %100'e yükseldiği tespit edilmiştir. Verilen eğitimin perine temizliğinin su ve tuvalet kağıdının birlikte kullanılması üzerinde etkili olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Öğrencilerin %92.5'i perine temizliğini önden arkaya doğru yaptığını belirtmesine karşın, %85'inin önden arkaya doğru tekrarlayarak perine temizliğini yaptığı, eğitim sonunda ise öğrencilerin tamamının perine temizliğini önden arkaya doğru tek seferde yapmayı doğru bulduğu saptanmıştır. Ünsal, Özyazıcıoğlu ve Sezgin (2010) çalışmalarında, kadınların %97.5'inin her tuvalet sonrası genital bölgelerini temizledikleri tespit edilmiş ancak bunların %39.9'unun genital bölge temizliğini yanlış ve gelişmiş güzel yaptıkları ortaya çıkmıştır (15).

Menstrual döneminde kullanılan ped türü ve ped değiştirme sıklığı, genital enfeksiyonları etkileyen diğer faktörlerdir. Eğitim programına katılan öğrencilerin neredeyse tamamı (%95) hazır ped kullanmaktadır. Öğrencilerin %65'i menstruasyon döneminde günde 3-4 kez ped değiştirdiğini belirtirken, eğitim sonrasında öğrencilerin tamamı günde en az 3-4 kez ped değiştirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Dasgupta ve Sarkar'ın (2008) çalışmasında adolesan kızlar arasında hijyenik ped kullanım oranı %11.2; Nijerya'da yapılan benzer bir çalışmada ise %44.3 olarak tespit edilmiştir (17). Turan ve Ceylan (2007) tarafından yapılan çalışmada, kadınlar arasında hijyenik ped kullananların oranı %96.7, pedini günde 3-4 kez değiştirenlerin oranı %49.5, pedini günde 5-6 kez değiştirenlerin oranı ise %35.7 bulunmuştur (18). Bevan, Maloney, Hillery, Gill, Montgomery ve Scott'un (2001) çalışmalarında ise menstruasyon döneminde ders aralarının kısıtlı olması ve sıkı okul kuralları gibi nedenlerden dolayı adolesanların yetişkinlerden daha fazla menstrual hijyen sorunları yaşadıkları belirtilmektedir (19).

Eğitim programına katılan öğrenciler arasında pedlerini çöpe atarak imha eden öğrencilerin oranı %67.5 olarak tespit edilmiştir. Eğitim programında role-play ve demonstrasyon yöntemleri kullanılarak ped kullanımına ve imha şekillerine ayrıntılı olarak yer verilmiş, eğitim sonunda ise pedlerin çöpe atılması gerektiğini belirten öğrencilerin oranının %95'e yükseldiği, düzenlenen eğitimin öğrencilerin ped imha yöntemleri üzerinde etkili olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır.

Öğrencilerin büyük çoğunluğu (%72.5) yaşadığı genital sorunlarında büyüklerine danışmayı tercih etmektedir. Bunun nedeni, genital sorunların mahrem ve gizlenmesi gereken konular olarak düşünülmesi ve tıbbi yardım almaktan utanılması/çekinilmesi olabilir. Eğitim sonunda genital sorunlarda tıbbi yardım alınması gerektiğini düşünen öğrencilerin oranı %60'a yükselmiştir. Erbil, Orak ve Bektaş'ın yaptığı çalışmada (2010) annelerin %60.8'inin kızlarına cinsel konular hakkında bilgi verdiği, bilgi verilen konuların; adet görme (%70.3), ped kullanımı (%68.8), banyo yapma (%65.1), adet sıklığı (%52.6), dış üreme organlarının temizliği (%50) ve dismenore ile baş etme (%35.4) olduğu belirlenmiştir (20). Nepal'de yapılan bir çalışmada (2007) ise genital sorunları olduğunda adolesan kızların %76'sının hiç kimseye danışmadığı (21), Hindistan'da yapılan başka bir çalışmada (2009) ise adolesan kızların %83'ünün bu konularda bilgi kaynağının kız arkadaşları olduğu ortaya çıkmıştır (21).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Ortaöğretim kız öğrencilerinin genital hijyenle ilgili uygulamalarını değerlendirerek eğitim ihtiyaçlarının saptanması ve bu ihtiyaçlar doğrultusunda geliştirilen ve verilen eğitimin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada verilen eğitimin öğrencilerin genital hijyen konusundaki bilgi ve düşüncelerini olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir.

Kadınların üreme sağlığı açısından doğru kişisel ve genital hijyen alışkanlıklarının kazandırılması son derece önemlidir. Çocukluk döneminden başlanarak hijyen alışkanlıklarının kazandırılmasında, annelere önemli görevler düşmektedir. Yapılan çalışmada, genital sorunlarında öğrencilerin büyük çoğunluğunun ailelerine danışmayı tercih etmesi nedeniyle adölesan dönemdeki genç kızların bu konuda yeterli ve nitelikli bilgi alabilmeleri için ebeveynlere özellikle annelere yönelik eğitim programları ve eğitim materyalleri geliştirilmesi ve uygulanması önerilmektedir.

Adölesan dönemdeki kızlara menstural siklus ve genital hijyenin önemine ilişkin düzenlenecek planlı eğitim programlarının sayısı artırılmalıdır. Bu eğitimlerin etkili bir şekilde uygulanmasının, adölesanlarda oluşabilecek genital sorunları önlemede ve adölesan üreme sağlığı üzerinde olumlu etkisi olacaktır.

Eğitim programında menstural siklusun önemi ve ped kullanımı ile ilgili role-play, demonstrasyon gibi yöntemlerin kullanılmasını öğrenciler okul yönetimi ve öğretmenler tarafından yararlı bulunmuştur. Bu nedenle, hemşirelerin danışman ve eğitici rolleri doğrultusunda, okul sağlığı hemşireliğinin ilköğretim okullarında yaygınlaştırılması sağlanmalıdır. Düzenlenecek eğitim programlarında, bilgi düzeyini artırabilen, kalıcı davranış değişikliği oluşturabilen, aktif katılımın sağlanabildiği, etkili eğitim yöntem ve tekniklerinin kullanılmasına özellikle dikkat edilmelidir.

KAYNAKLAR

1.Karabey S, Müftüoğlu N. Gençlik ve Cinsellik. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) Bilgilendirme Dosyası 2006; 7: 19-45.

2.Çetinkaya S, Nur N, Demir TQ, Sönmez S, Akan P. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Merkezi'nde Verilen Gençlik Danışma Birimi Hizmetleri. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 29 (3): 104-108.

3.Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve

Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi. ISBN: 978-975-491-274-6. Ankara 2009.

4.Yetkin A, Yiğitbaş C. Sağlık Yüksekokulu Birinci ve Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin Bireysel Hijyen İle İlgili Alışkanlıklarının Karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11 (2): 72-84

5.Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. VII. Baskı. ISBN: 9759466104 Ankara 2005. ss; 539-540.

6.Özcebe H, Ünal T, Türkyılmaz AS, Coşkun Y. Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması, Nüfusbilim Derneği. I. Baskı. Ankara 2007.

7.Young FB. Vaginal health. Nursing Standart 2002; 16(23): 47-55.

8.Demirel S, Terzioğlu F. Gaziantep İli Şahinbey İlçesine Bağlı İlköğretim Okullarında Öğrenim Gören 5. ve 6. Sınıf Kız Öğrencilerin Menstruasyon Fizyolojisine İlişkin Bilgilerinin Belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003; 2: 47-60.

9.Üner S, Sevcen F, Başaran E, Balcı C, Bilaloğlu B. Persons Admitted To A Health Center On Hand Washing Social Determination Of Knowledge And Attitudes Of Some. TAF Preventive Medicine Bulletin 2009; 8(3): 207-216.

10.Özel S, Erbil S, Önal AE, Ayvaz Ö, Gürtekin B, Eroğlu S ve ark. İlköğretim Öğrencilerinin Kişisel Hijyen Konusunda Bilgi ve Davranışları. Nobel Med 2009; 5(1):45-48.

11.Dhingra R, Kumar A, Kour M. Knowledge And Practices Related To Menstruation Among Tribal (Gujjar) Adolescent Girls. Ethno-Med 2009; 3 (1): 43-48.

12.Yağmur Y. Malatya İli Fırat Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Kadınların Genital Hijyen Davranışları. TAF Prev Med Bull. 2007; 6 (5): 325-330.

13.Karatay G, Özvarış BS. Bir Sağlık Merkezi Bölgesindeki Gecekondularda Yaşayan Kadınların Genital Hijyene İlişkin Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10 (1): 7-14.

14.Ünsal A. Üniversitede Okuyan Kız Öğrencilerin Genital Hijyen Davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2010; 5 (13): 79-93.

15.Ünsal A, Özyazıcıoğlu N, Sezgin S. Doğu Karadeniz'deki Bir Belde Ve Ona Bağlı Dokuz Köyde Yasayan Bireylerin Genital Hijyen Davranışları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; 13 (2): 12-19.

- 16.Dasgupta A, Sarkar M. Menstrual Hygiene: How Hygienic Is The Adolescent Girl? Indian Journal of Community Medicine 2008; 33(2): 77-80.
- 17.Adinma ED, Adinma JIB. Perceptions And Practices On Menstruation Amongst Nigerian Secondary School Girls. African Journal of Reproductive Health 2008; 12 (1): 74-83.
- 18.Turan T, Ceylan SS. 11-14 Yaş Grubu İlköğretim Öğrencilerinin Menstrurasyona İlişkin Bilgileri Ve Uygulamaları. Fırat Tıp Dergisi 2007; 2 (6): 42-54.
- 19.Bevan JA, Maloney KW, Hillery CA, Gill JC, Montgomery RR, Scott JP. Bleeding disorders: a common cause of menorrhagia in adolescents. J Pediatr. 2001; 138: 856-861.
- 20.Erbil N, Orak E, Bektaş AE. Anneler Cinsel Eğitim Konusunda Ne Biliyor, Kızlarına Ne Kadar Cinsel Eğitim Veriyor? Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2010; 7(1): 366-383.
- 21.Adhikari P, Kadel B, Dhungel SI, Mandal A. Knowledge And Practice Regarding Menstrual Hygiene In Rural Adolescent Girls Of Nepal. Kathmandu University Medical Journal 2007; 5 (3): 382-386.

FETÜSÜN CİNSİYETİNİN ANNELİK ROLÜNE VE GEBELİĞE İLİŞKİN DÜŞÜNCELERE ETKİSİ*

Ayşe KOYUN¹ Şengül DEMİR²

ÖZET

Bu araştırma, fetüsün cinsiyetinin annelik rolüne ve gebeliğe ilişkin düşüncelere etkisini belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma 1-31 Ocak 2012 tarihleri arasında Akşehir’de bulunan birinci ve ikinci basamak sağlık merkezlerinden ulaşılan araştırmaya katılmayı kabul eden 120 gebe kadınla yürütülmüştür. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan anket formu kullanılarak toplanmıştır. Veriler yüzdeler olarak değerlendirilmiştir. Kadınların yaş ortalaması 26.1±5.2 bulunmuştur. Kadınların %35’i ilkökul mezunu, %46.7’sinin eşi lise mezunu, %91,7’si ev hanımı, %57,5’i çekirdek aileye sahiptir. Gebelerin %76,7’sinin gebeliği planlı, %39,2’sinin ilk gebeliğidir. Kadınların %40’ı erkek bebeği olacağını bilmektedir. Gebelerin %21.7’si fetüsün cinsiyetinin gebeliği devam ettirme isteğini değiştireceğini belirtmiştir. Kadınların %88,3’ü fetüsün istenilen cinsiyette olmamasının nedenini kadere bağlarken, %57,5’i fetüsün cinsiyetini öğrenmek istememiştir. Annenin bebek sahibi olmadan önce annelik rolünü benimsemesi doğum sonrası uyumu da kolaylaştıran bir etkidir. Fetüsün cinsiyeti önlem alınması gereken bir problem değildir, toplum tarafından da böyle algılanmamalıdır. Cinsiyet eşitliği konusunda sağlık çalışanları öncelikle bebek bekleyen gebeleri, aileleri ve tüm toplumu bilinçlendirmeye çabalamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Annelik Rolü, Cinsiyet, Fetüs, Gebelik

*Bu araştırma, 19-21 Nisan 2013 tarihlerinde, 12. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi’nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

¹ Selçuk Üniversitesi, Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu, Öğretim Görevlisi Doktor

² Selçuk Üniversitesi, Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik 4. Sınıf Öğrencisi

İletişim / Corresponding Author: Ayşe KOYUN

Tel: 0 332 813 0572, **e-posta:** ayse.koyun@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received : 26.03.2013

Kabul Tarihi / Accepted: 11.09.2013

THE EFFECT OF THE SEX OF THE FETUS ON THE ROLE OF MOTHERHOOD AND THE IDEAS CONCERNING PREGNANCY

ABSTRACT

This study carried out to determine the effect of the sex of the fetus on the role of motherhood and the ideas concerning pregnancy. Research in Akşehir 1-31 January 2012, the first- and second-line health care centers reached 120 pregnant women who agreed to participate in the study was carried out. Data were collected using a questionnaire prepared by the researchers. Data evaluated as percentage. The average age of the women was 26.1 ± 2.5 . 35% of the women were primary school graduates, 46.7% were high school graduates, 91.7% percent were housewives, 57.5% have nuclear family. 76.7% of the pregnant women were of planned pregnancy, 39.2% were the first of gestation. 40% of women knew that male infants. 21.7% of the pregnant women were of the sex of the fetus change the stated desire to continue the pregnancy. 88.3% of the pregnant women thirds of the desired sex of the fetus why there is connecting destiny, 57.5% did not want to know the sex of the fetus. Adopt the role of motherhood pregnant before having a baby after birth is a factor that facilitates harmony. Sex of the fetus is not a problem to take action, should not be perceived as such by the community. Primarily on gender equality expectant pregnant women health workers, their families and the whole society should try to raise awareness.

Key Words: The Role of Motherhood, Sex, Fetus, Pregnancy

GİRİŞ

Kadınların tarihsel süreç içerisinde farklı roller üstlendikleri bilinmektedir. Çoğu zaman erkeğe bağımlı olarak algılanan bu roller içerisinde en kabul görüleninin, annelik olduğu aktarılmaktadır (1). Hemen her toplumda kadınlara gebe olma ve annelik rolünü üstlenme konusunda baskı yapılmaktadır (2).

Annenin sağlığı, doğacak çocukların ve ailenin sağlığı açısından önemlidir (3). Gebelik döneminde meydana gelen değişiklikler, önemli bir yük ve stres oluşturmaktadır (4). Bu değişiklikler, gebelik döneminde psikososyal tepkilerin kaynağını oluşturmaktadır (5).

Gebeliğe uyum sürecini farklı değişkenler etkilemektedir. Gebenin daha önce anneliğe hazırlayıcı olarak oynadığı roller, çevresinde bulunan olumlu ve olumsuz rol modelleri, gebeliğin planlanmış olması, gebelik ve doğum konusunda yeterli ve doğru bilgiye sahip olması, sahip olduğu sosyo-ekonomik koşullar ve benlik kavramı bu değişkenlerden bazılarıdır (6). Gebelik süreciyle birlikte ebeveynlerin çocuk sahibi olma arzuları daha da güçlenir. Bu dönemde fetüs ile ebeveyn arasında iletişim bağı gittikçe pekişir (7). Özellikle doğum sonrası ilk dakikalar, ilk saatler ve ilk günler anne-bebeğin yeni durumlara uyumlarını etkileyen kritik dönemlerdir (8). Eşlerin birbiriyle uyumları, ebeveynlere karşı sağlık bakım sunanların tutumları, doğumdan önceki pozitif deneyimler, doğumdan sonraki ayrılıkların kısa olması, gebeliğin planlanmış olması ve hatta bebeğin cinsiyeti bile ebeveyn-bebek ilişkisini kuvvetlendirebilmektedir (7).

Bebeğin cinsiyeti nedeniyle istenmemesi cinsiyet seçimini akla getirmektedir. Medikal olmayan nedenlerle yapılan cinsiyet seçimi; ailelerin sahip olmadıkları bir cinsiyetten çocuk sahibi olmak istemesi (family balancing reasons), ailenin ölen çocuğunun yerine aynı cinsten başka bir çocuk istemesi ya da sosyal, kültürel ve ekonomik nedenlerle bir cinsiyet (genellikle erkek lehine) yönünde tercih kullanılmasıdır (gender preference reasons) (9). Cinsiyet, insanı insan yapan özelliklerden yalnızca biridir, hastalık değildir. Bu nedenle de doğum öncesi dönemde belirlenerek önlem alınması gereken bir özellik de olamamalıdır (10).

Kadının toplumsal konumundaki düşüklük cinsiyet seçim talebini arttırmakta ve bu da ayrımcılığı körüklemektedir (11). Sınırlı kaynakların bu amaçlar için kullanılması adaletsizlik olarak görülmelidir. Bu çalışmada gebelerin bekledikleri bebeğin cinsiyetinin erkek ya da kız olmasının annelik rollerini ve gebeliğe ilişkin düşüncelerini etkileyip etkilemediğini değerlendirmek amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma 1-31 Ocak 2012 tarihleri arasında Akşehir’de bulunan birinci ve ikinci basamak sağlık merkezlerine gelen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 120 gebe kadınla yürütülmüştür. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan anket formu kullanılarak toplanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır. Veriler frekans dağılımları ve Ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan gebelerin sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin tümü evlidir ve yaş ortalamaları 26.1 ± 5.2 bulunmuştur. Gebelerin %35’i ilkokul mezunu, %46,7’sinin eşi lise mezunudur. Gebelerin %91,7’si ev hanımı, %57,5’i çekirdek ailede yaşamaktadır. Kadınların %39,2’sinin ilk gebeliği, %33,3’ünün bir tane çocuğa sahiptir, %23,3’ü bir tane düşük yapmıştır (Tablo 1).

Gebelerin %76,7’si gebeliğini planlamıştır. Kadınların %36,7’si gebeliğini planlamada bebeğin cinsiyetinin etkisinin olmadığını belirtmiştir. Kadınların %40’ının bebeği erkektir ve %75,8’i bebeğin cinsiyetini eşine ve çevresine söylemekten mutluluk duyduğunu, %78,3’ü bebeğin cinsiyetinin gebelik isteğini değiştirmediğini belirtmektedir. Kadınların %88,3’ü bebeğin istenilen cinsiyette olmamasının nedenini kadere bağlarken, %57,5’i bebeğin cinsiyetini öğrenmek istememekte, %86,7’si istediği cinsiyetteki bebeğe sahip olana kadar doğum yapmayı düşünmektedir. Kadınların %81,7’si bebeğin cinsiyetinin bebeğin geleceğini etkilemediğine inanırken, %97,5’i istemediği cinsiyette bebeğinin olacağını öğrendiğinde gebeliğini sonlandırmayı düşünmediğini, %75’i gebelik kararlarında kız çocuğunun etkisinin olmadığını belirtmiştir. Kadınların %80,8’i doğum sonrası kendini iyi hissetmede bebeğin cinsiyetinin önemi olmadığını, %46’sı toplumun bebeğin cinsiyetinin erkek olmasından yana olduğunu düşündüğünü, %90,8’i bebeğin cinsiyetinin eşinin ve çevrenin kendisine olan davranışlarını etkilemediğini, %99,2’si bebeğin cinsiyetinin bebeğe vereceği bakımı etkilemediğini düşünmektedir (Tablo 2).

Tablo 1. Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri

Özellik		S	%
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	2	1,7
	Okuryazar	1	0,8
	İlkokul mezunu	42	35,0
	Ortaokul mezunu	41	34,2
	Lise mezunu	25	20,8
	Üniversite mezunu	9	7,5
Eşinin öğrenim durumu	Okuryazar değil	1	0,8
	İlkokul mezunu	27	22,5
	Ortaokul mezunu	20	16,7
	Lise mezunu	56	46,7
	Üniversite mezunu	16	13,3
Çalışma durumu	Memur	6	5,0
	İşçi	3	2,5
	Ev hanımı	110	92,5
Eşinin çalışma durumu	Çalışmıyor	13	10,8
	Çiftçi	11	9,2
	Memur	18	15,0
	Serbest meslek	78	65,0
Aile tipi	Çekirdek aile	69	57,5
	Geniş aile	51	42,5
Yaşadığı yer	Köy	45	37,5
	İlçe	75	62,5
Kaçıncı gebeliği	1	47	39,2
	2	38	31,7
	3	17	14,2
	4 ve üstü	18	14,9
Yaşayan çocuk sayısı	Yok	62	43,4
	1	40	33,3
	2	19	15,8
	3 ve üzeri	9	7,5
TOPLAM		120	100,0

Tablo 2. Gebenin Annelik Rolüne ve Gebeliğe İlişkin Düşünceleri ile Gebeliğe İlişkin Bilgiler

		S	%
Bebeğin cinsiyeti	Kız	36	30,8
	Erkek	48	40,0
	Bilmiyor	35	29,2
Gebelik planlı mı?	Evet	92	76,7
	Hayır	28	23,3
Bebeğin cinsiyetinin çevreye söylenme durumu	Söylemeye çekiniyor	6	5,0
	Söylemekten mutlu oluyor	91	75,8
	Başkasının düşüncesini önemsemiyor	23	19,2
Bebeğin cinsiyeti gebeliği devam ettirme isteğini değiştirir mi?	Evet	26	21,7
	Hayır	94	78,3
Bebeğin istenilen cinsiyette olmamasının nedenini neye bağlar?	Kadere	106	88,3
	Kendine	1	2,5
	Eşine	11	9,2
Cinsiyeti belirleme isteği	Evet	51	42,5
	Hayır	69	57,5
İstedığı cinsiyetteki bebeğe sahip olana kadar doğum yapma düşüncesi	Var	15	13,3
	Yok	104	86,7
Bebeğin cinsiyeti bebeğin geleceğini etkiler mi?	Evet	22	18,3
	Hayır	98	81,7
Gebeliği sonlandırma isteği	Evet	3	2,5
	Hayır	117	97,5
Gebelik kararında kız çocuğu varlığının etkisi	Evet	30	25,0
	Hayır	90	75,0
Doğum sonrası kendini iyi hissetmede bebeğin cinsiyeti önemli midir?	Evet	23	19,2
	Hayır	97	80,8
Toplumun cinsiyet tercihi sizce nedir?	Kız	15	34,3
	Erkek	56	65,7
Bebeğin cinsiyeti çevrenin davranışlarını değiştirdi mi?	Evet	11	9,2
	Hayır	109	90,8
Bebeğin cinsiyeti bakımını etkiler mi?	Evet	1	0,8
	Hayır	119	99,2
TOPLAM		120	100,0

Yapılan istatistiksel analizde gebenin öğrenim durumu ile gebelik sayısı, aile tipi, kadının çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Annenin yaşı ile gebelik sayısı, gebeliğin planlanması, bebeğin cinsiyetini rahatça söyleyebilmesi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Annenin yaşı ile istediği cinsiyette bebeğe sahip olana kadar doğum yapmayı düşünmesi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Annenin öğrenim durumu ile bebeğin cinsiyetini bilmenin gebeliğe bakışını etkilemesi, bebeğin cinsiyetini belirleme isteği, gebeliği planlama ve bebeğin cinsiyetini rahatça söyleme arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Annenin çalışma durumu ile gebeliği planlama ve bebeğin cinsiyetini belirleme isteği arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Aile tipi ile annenin istediği cinsiyetteki bebeğe sahip olana kadar doğum yapmayı düşünmesi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Günümüzde gerçekleşen gebeliklerin yaklaşık yarısının beklenmedik gebelik olduğu belirtilmektedir (12,13). Yaptığımız bu çalışmada gebelerin %76,7'si gebeliğini planlamıştır ve %39,2'sinin ilk gebeliğidir. Gebelerin %80,8'i doğum sonrası kendini iyi hissetmede bebeğin cinsiyetinin önemli olmadığını belirtmiştir. Başka bir çalışmada ise bebeğin istenilen cinsiyette doğmasının olumlu duyguları artırdığı bulunmuştur (14). Çalışmamızda gebelerin yarısından fazlası (%57,5) çekirdek aileye sahipken, yalnızca %7,5'i üniversite mezunudur. Ankara il merkezinde bir sağlık ocağı bölgesinde 0-11 aylık bebekleri olan annelere yapılan çalışmada çekirdek aile tipinde olanların oranı %77,7 (15), Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Sosyal Pediatri Ünitesine çocuk sağlığı izlemi için getirilen 3-24 haftalık sağlıklı bebeklerin annelerine yapılan çalışmada ise annelerin %89,4'nün üniversite mezunu olduğu bulunmuştur (16). İl merkezinde yaşayan bireylerin öğrenim düzeylerinin ve çekirdek ailelere sahip olmalarının bu sonuçları etkilediği düşünülmüştür.

Araştırmamızda yapılan istatistiksel analizde öğrenim durumu ile gebelik sayısı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Başka bir çalışmada da annenin eğitim durumunun artmasıyla sahip olunan çocuk sayısının azaldığı gösterilmiştir (17). Araştırmamızda gebelerin çoğunluğu bebeğin cinsiyetinin eşinin ve çevrenin kendisine olan davranışlarını etkilemediğini (%90,8) bununla beraber bebeğin cinsiyetini eşine ve çevresine söylemekten mutluluk duyduğunu (%75,8) belirtmiştir.

Yapılan çalışmada bebeğin cinsiyetinin öğrenilmesi ile eşinde ve/veya eşinin ailesinde

tutum değişikliği olanlarda, olmayanlara göre postpartum depresyon tanısı alma sıklığı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (18). Çalışmamızda gebelerin hemen hepsi (%97,5) istemediği cinsiyette bebeğinin olacağını öğrendiğinde gebeliğini sonlandırmayı düşünmediğini belirtmiş ve yine her dört gebeden üçü gebelik kararlarında kız çocuğunun etkisinin olmadığını ifade etmiştir. Ancak bu konuda suiistimal olaylarının yaşanabileceği göz ardı edilmemelidir. Bazı ülkelerde ultrasonografi, bebeğin cinsiyetini belirlemek amacıyla kullanılmakta ve bebeğin cinsiyetine göre gebelik sonlandırılabilir (19). Bu durumun yaşandığı ülkelerden birisi Hindistan'dır. Örneğin Hindistan'da bebeğin cinsiyeti intrauterin dönemde belirlenerek kız çocuklarının yaşama hakkı daha doğmadan elinden alınmaktadır (20). Araştırmamızdaki gebelerin %88,3'ü bebeğin istenilen cinsiyette olmamasının nedenini kadere bağlarken, başka araştırmalarda doğumda cinsiyet oranı, hem biyolojik ve hem de çevresel faktörlerden etkilendiği belirtilmiştir (21-23).

Araştırmamızda gebelerin nerdeyse tamamı (%99,2) bebeğin cinsiyetinin bebeğe vereceği bakımı (emzirme, bebeğini sevme, alt değiştirme vb.) etkilemediğini düşünmektedir. Turgut Özal Tıp Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde doğum yapan kadınlara yapılan araştırmada da bebeğin cinsiyeti ile anne sütüne başlama gibi bebeğe verilen bakım arasında bir ilişki bulunamamıştır (24).

Annenin bebek sahibi olmadan önce annelik rolünü benimsemesi doğum sonrası uyumu da kolaylaştıran bir etkidir. Bebeğin cinsiyeti önlem alınması gereken bir problem değildir, toplum tarafından da böyle algılanmamalıdır. Sağlıklı toplum isteniyorsa, gebelik sürecinde gebelere destek olunmalı ve gebeler bu doğal yolculuklarında bebeklerinin cinsiyetleri ile ilgili olarak gereksiz problemlerle rahatsız edilmemelidir. Bu konuda herkesin yapabileceği bir şeyler olabilir. Vücudun taşıdığı yükü ağırlaştırmayı bir kenara bırakıp sorumluluk almaktan çekinilmemelidir. Cinsiyet eşitliği konusunda sağlık çalışanları öncelikle bebek bekleyen gebeleri, aileleri ve tüm toplumu bilinçlendirmeye çabalamalıdır. Gelecek hepimizindir.

KAYNAKLAR

1. Tortumluoğlu G, Okanlı A, Erci B. Gebelerin Aile Ortamını Algılamaları İle Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003; 6(1): 24-36.

2. Beydağ KD, Mete S. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlik Ve

Güvenirlilik Çalışması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11(1), 16-24.

3. Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O. Gebelerin Gebelik Süreci İle İlgili Bilgi Ve Davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006; 1(2): 92-104.

4. Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı Ve Gebelik İlişkili Demografik Risk Etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(4): 243-51.

5. Gümüş AB, Çevik N, Hyusni SH, Biçen Ş, Keskin G, Malak AT. Gebelikte Benlik Saygısı Ve Beden İmajı İle İlişkili Özellikler. Anatol J Clin Investig 2011; 5(1): 7-14.

6. Davis DC. The Discomforts Of Pregnancy. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1996; 25(1): 73-81.

7. Manav G, Yıldırım F. Term Ve Preterm Bebek Annelerinin Bebeklerini Algılama Durumları. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2010; 32: 149-57.

8. Yıldırım G, Gökyıldız Ş. Sağlıklı Bebeğe Sahip Olamayan Ailelerin Yaşadığı Psikososyal Sorunlar. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 7(3): 74-82.

9. World Health Organization, 2013. Sex Selection and Discrimination <http://www.who.int/genomics/gender/en/index4.html>. Erişim: 25.01.2013.

10. Şirin A (ed.), Vural G. Kadın Sağlığı. Kadın Sağlığı Alanında Etik Konular. Bedray Yayıncılık, İstanbul – 2008. ss:46-49.

11. Koyun A, Büken NÖ. Bir Eşitlik Ve Yaşama Hakkı İhlali: Cinsiyet seçimi. International Journal of Human Sciences 2013; (10)1: 34-46.

12. Henshaw SK. Unintended Pregnancy In The United States. Family Planning Perspectives 1998; 30(1): 29-46.

13. Cubbin C, Braveman PA, Marchi KS, Chavez GF, Santelli JS, Gilbert BJ. Socioeconomic And Racial/Ethnic Disparities In Unintended Pregnancy Among Postpartum Women In California. Matern Child Nursing 2002; 6(4): 237-46.

14. Manav G, Yıldırım F. Term Ve Preterm Bebek Annelerinin Bebeklerini Algılama Durumları. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2010; 32: 149-57.

15. Yıldız A, Emine Baran E, Akdur R, Ocaktan E, Kanyılmaz O. Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-11 Aylık Bebekleri Olan Annelerin Emzirme Durumları Ve Etkileyen Faktörler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2008, 61(2): 61-7.

16. Kondolot M, Yalçın S, Yurdakök K. Sadece Anne Sütü Alım Durumuna Etki Eden Faktörler, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2009; 52: 122-7.
17. Koçkaya T, Can E, Bülbül A, Uslu S, Arslan S, Kıray Baş E. Bir Yeni Doğan İzlem Polikliniğinde İzlenen Bebeklerin Ve Ailelerinin Özellikleri. Çocuk Dergisi 2009; 9(4): 176-80.
18. Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. Konya İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Riski Ve Etkileyen Faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin 2008; 7(5): 391-98.
19. Gölpınar S, Arda B. Tıbbi Etik Açısından Doğum Öncesinde Cinsiyet Belirlenmesi. Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik 1995; 2(3): 85-9.
20. Grant VJ. Sex Predetermination And The Ethics Of Sex Selection. Human Reproduction 2006; 21(7): 1659-61.
21. Peterka M, Peterkova R, Likovsky Z. Chernobil: Prenatal Loss Of Four Male Fetuses In The Czech Republic. Reprod Toxicol 2004; 18: 75-9.
22. Figa-Talamanca I, Tarquini M, Lauria L. Is It Possible To Use Sexratio At Birth As Indicator Of The Presence Of Endocrine Disruptersin Environmental Pollution? G Ital Med Lav Ergon 2003; 25: 52-53.
23. James WH. The Human Sex Ratio. Human Biology 1987; 59: 721-2.
24. Çetin F, Güneş G, Karaoğlu L, Üstün Y, Turgut Özal Tıp Merkezinde Doğum Yapan Annelerin Doğum Öncesi Bakım Alma Ve Emzirmeye Başlama Durumları Ve Etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 12(4): 247-52.

KADINLARIN SEZARYEN SONRASI SEÇTİKLERİ AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ VE BU YÖNTEMLERİ SEÇME NEDENLERİNİN DAĞILIMI *

Esra VERİM¹, Rabia SOHBET²

ÖZET

Hızlı nüfus artışı günümüzde dünyadaki en önemli sağlık sorunlarından biridir. Aşırı doğurganlık dar anlamda anne ve çocukların sağlığını, geniş anlamda toplumun genel sağlık düzeyini, ekonomik, sosyal ve kültürel gelişmesini olumsuz etkilemektedir. Ülkemizin de içinde yer aldığı gelişmekte olan ülkelerde aşırı doğurganlığa bağlı oluşan ana çocuk sağlığı sorunları, genel sağlık sorunları arasında ilk sırada yer almaktadır. Bu nedenle çiftlerin etkili ve uzun süreli bir aile planlaması yöntemi kullanmaları gerekmektedir. Bu çalışma, “Kadınların Sezaryen Sonrası Seçtikleri Aile Planlaması Yöntemleri Ve Bu Yöntemleri Seçme Nedenlerinin Dağılımı” amacıyla yapılmıştır. Anket formu kadınların sosyo-demografik özellikleri, doğurganlık özellikleri ve gebeliği önleyici yöntem kullanma özelliklerini içermektedir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler ve ki-kare testi uygulanmıştır. Kadınların tümüne yakınının gebeliği önleyici yöntem kullandıkları saptanmıştır. Kadınların eğitim, meslek, eşinin eğitimi, eşinin mesleği, ilk gebelik yaşı, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, başka çocuk isteme durumu ile seçtikleri yöntemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Gebeliği önleyici yöntem konusunda verilen eğitimlerde sadece yöntemler ve yöntemlerin teknik özellikleri hakkında değil aynı zamanda yöntemlerin yan etkileri kürtajın yan etkileri eşlerin (erkeklerin) eğitimi gibi konuların göz ardı edilmemesi ve bu konuların kadınları nasıl sınırladığı ve etkilediği düşünülerek çiftlere eğitim verilmesi ve yönlendirilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen, Aile Planlaması, Yöntem Seçimi

*Bu çalışma Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tarafından Hemşirelik Ana bilim dalı Yüksek Lisans Tez Çalışması Olarak Kabul Edilmiştir, Eylül, 2005.

*Bu Çalışma 19-22 Nisan 2007 tarihinde Ankara’da yapılan 5.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresinde Sözel Bildiri olarak sunulmuştur.

¹Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Görevlisi

²Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Yardımcı Doçent

İletişim/Corresponding Author: Esra VERİM

Geliş Tarihi / Received : 01.02.2013

Tel: +90 342 360 60 60 e-posta: sergek@gantep.edu.tr.com

Kabul Tarihi / Accepted:01.10.2013

WOMEN'S AFTER SECTION CASEREAN PRACTICING THE FAMILY PLANING METHODS AND FACTORS AFFECTING THEM

ABSTRACT

Rapid population growth is one of the world's most important health problems. Excessive fertility, maternal and child health in the narrow sense, broad sense, the general health level of society, economic, social and cultural development of the negative affects. In our country, including in developing countries due to over-fertility of the mother and child health problems, the first ranks of general health problems. Therefore, effective and long-term couples are required to use a family planning method. This study was carried out in order investigate "Women's After Section Practicing The Family Planing Methods And Factors Affecting Them" With In The Family Planing Polyclinic of 25 December Hospital. The survey form sociodemographic characteristics of women; prolificacy features of women; features of women related to use of contraceptin preventive methods. During evaluation of data percentage and chi-square test were used. There were significaly meaningful relationships between women's education, proficiency, husband's education, husband's proficiency, age of first pregnancy, number of pregnancy, number of children, and using contraceptive methods ($p<0.05$). It may be suggesed that in the trainings provided for contraception preventive methods not only methods and technical spections of the methods should be explained but also side effects of methods and abortion, traning of husbands should not be neglected and also further tranings should be planed for couples.

Key Words : Section Caserean, Family Planing, Methods of Choice

GİRİŞ

Hızlı nüfus artışı günümüzde dünyadaki en önemli sağlık sorunlarından biridir (1). Aşırı doğurganlık dar anlamda anne ve çocukların sağlığını, geniş anlamda toplumun genel sağlık düzeyini, ekonomik, sosyal ve kültürel gelişmesini olumsuz etkilemektedir (2). Ülkemizin de içinde yer aldığı gelişmekte olan ülkelerde aşırı doğurganlığa bağlı oluşan ana çocuk sağlığı sorunları, genel sağlık sorunları arasında ilk sırada yer almaktadır (3,4).

Aile planlaması ailelerin istedikleri zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olmasını, infertilite durumlarında gereken tedavinin uygulanmasını ve istenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasını kapsayan bir sağlık hizmetidir (5). 1994 Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda aile planlaması "üreme sağlığı ve cinsel sağlık" kavramı içinde ele alınmıştır (6,7,8,9). Özellikle gelişmekte olan ülkeler için üreme sağlığı Dünya Sağlık Örgütü için öncelikli bir alandır. Her yıl yarım milyon kadın yoksulluk ile hamilelik komplikasyonları nedeniyle hayatını kaybetmektedir (10).

Son yıllarda sezaryen doktorların ve anne adaylarının önemli ölçüde tercih ettiği ve kullandığı bir doğum yöntemi haline gelmiştir.1980'li yılların sonlarında sezaryen hızları Hollanda'da %10, İngiltere'de %15, Kanada'da % 20'dir.Türkiye'de sezaryen hızı 1965-70'li yıllarda % 3,4 iken 1998'de % 14 ve 2003'te % 24 olarak belirlenmiştir (11,12). Sezaryen oranı giderek gelişen ve yeterli güvenilir anestezi, operasyon ve postoperatif bakım uygulamaları, bebekler için yapılan bakım ünitelerinin ve antenatal dönemde daha çok fetusa yönelik risk faktörlerinin tespit yöntemlerinin geliştirilmesine bağlı olarak belirgin bir artış göstermiştir. Çalışmalar sezaryen doğumu geçiren kadınların normal doğum yapanlara göre daha az gebelik ve doğum geçirmeleri gerektiğini vurgulamıştır. Bu nedenle bu kadınlar sahip olmak istedikleri ideal çocuk sayısına ulaştıktan sonra etkili bir aile planlaması yöntemi kullanmak durumundadırlar. Aksi halde istenmeyen gebeliklerle ve bunların sonlandırılması ile karşı karşıya kalırlar. Bu durumun önlenmesi için sezaryen olan kadınların etkin aile planlaması yöntemleri kullanmaları konusunda bilinçlendirilmeleri gerekmektedir (13,14). Hemşirelik hizmetleri kapsamında sezaryen doğumu geçiren kadınlara etkin aile planlaması yöntemleri konusunda danışmanlık verilmesi önem taşımaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, “Kadınların Sezaryen Sonrası Seçtikleri Aile Planlaması Yöntemleri ve Bu Yöntemleri Seçme Nedenlerinin Dağılımı”nı belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi Aile Planlaması Kliniği’nde yapılmıştır. Araştırmanın Evrenini Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi Aile Planlaması Kliniğine 09 Mayıs-09 Ağustos 2005 tarihinde başvuran tüm kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın Örneklemine 6 aylık sürede başvuran sezaryen doğumu geçiren kadınlar arasından gebeliği önleyici yöntem kullanan veya kullanmak amacıyla başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden en az bir kez sezaryen doğumu geçirmiş, 15-49 yaşlarında, evli, menapoz, infertilite, sterilite dışı nedenlerle, aile planlaması hizmeti almak amacıyla başvuran 218 kadın oluşturmaktadır. Veri toplama formu, araştırmacı tarafından konuya ilişkin literatür ve yapılan çalışmalar incelenerek hazırlanmıştır. Anket formu kadınların sosyo-demografik özellikleri, doğurganlık özellikleri ve gebeliği önleyici yöntem kullanma özelliklerini içermektedir. Verilerin analizinde Statiscal Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 10.0 istatistik programı, yüzdellik ve ki-kare testi uygulanmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan kadınların % 5,5’i 19 yaş ve altında, %38,1’i 25-29 yaş, % 3,2’si 40 yaş ve üzeri grubunda yer almakta; % 10,6’sının okur-yazar olmadığı, % 61,9’unun ilköğretim, %8,3’ünün üniversite mezunu olduğu; % 87,6’sı çalışmadığı (ev kadını); %89’unun sosyal güvencesinin olduğu, % 72,9’unun çekirdek aileye sahip olduğu; % 73,4’ünün eşi ile akrabalığı bulunmadığı; % 89,9’unun il merkezinde yaşadığı belirlenmiştir. Araştırmamıza katılan kadınların eşlerinin % 1,8’inin okur-yazar olmadığı, % 62,4’unun ilköğretim mezunu oldukları; %51,8’inin işçi-çiftçi, % 13,3’ünün evde gelir getiren iş-esnaf, % 4,6’sının işsiz oldukları belirlenmiştir. (Tablo 1).

Tablo 1: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo-demografik özellikler	Sayı	%
Yaş		
15-19 yaş	12	5,5
20-24 yaş	55	25,2
25-29 yaş	83	38,1
30-34 yaş	40	18,3
35-39 yaş	21	9,6
40-49 yaş	7	3,2
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	23	10,6
İlköğretim	135	61,9
Okur-yazar	12	5,5
Lise	30	13,8
Üniversite	18	8,3
Meslek		
Ev hanımı	191	87,6
Çalışıyor	27	12,4
Sosyal Güvence		
Var	194	89,0
Yok	24	11,0
Aile Tipi		
Çekirdek	159	72,9
Geniş	59	27,1
En Uzun Süreli Yerleşim Yeri		
İl Merkezi	196	89,9
İlçe	10	4,6
Köy	12	5,5
Akrabalık Durumu		
Yok	162	73,4
Var	56	25,7
İlk Evlenme yaşı		
≤ 15 yaş	16	7,3
16-20	138	63,3
21-25	54	24,8
26 yaş ≥	10	4,6
Ekonomik durum		
Gelir giderden az	99	45,4
Gelir gidere eşit	15	52,8
Gelir giderden fazla	4	1,8
Eşinin eğitim durumu		
Okur yazar değil	4	1,8
İlköğretim	136	62,4
Okur-yazar	3	1,4
Lise	46	21,1
Yüksekokul	29	13,3
Eşinin işi		
İşçi, Çiftçi	113	51,8
Memur	38	17,4
Emekli	28	12,8
Evde gelir getiren iş, esnaf	29	13,3
İşsiz	10	4,6
TOPLAM	218	100

Çalışmaya katılan kadınların doğurganlık özellikleri incelendiğinde; % 57,8'inin 19-24 yaşında ilk kez gebe kaldıkları; % 47,2'sinin 1-2 kez gebe kaldıkları; % 64,7'sinin 1-2 canlı doğumunun olduğu; % 66,1'inin 1-2 çocuğa sahip oldukları; % 19,3'ünün 1 kez düşük geçirdiği; % 16,5'inin küretaj yaşadığı; % 12,4'ünün ölü doğum geçirdiği; % 56,9'unun başka çocuk istemediği; % 54,1'inin ideal çocuk sayısının 3-4 olduğu; % 51'inin ideal gebelik aralığının 4 yıl ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Kadınların % 45'inin son gebeliklerinin üzerinden 1 yıl ve daha az süre geçtiği; % 87,2'sinin son gebeliğini canlı doğum şeklinde sonlandırdığı belirlenmiştir. araştırmaya katılan kadınların sezaryen olma nedenlerine bakıldığında % 31,2'sinin anneye ait nedenler, % 32,6'sının diğer nedenlere bağlı olarak sezaryen geçirdikleri belirlenmiştir(Tablo 2).

Araştırmaya katılan kadınların % 40,4'ünün kontrol, % 16,1'inin yöntem değiştirmek, % 43,6'sının yöntem kullanmaya başlamak amacıyla aile planlaması kliniğine başvurdukları belirlenmiştir. Kontrol ve yöntem değiştirmek amacıyla başvuran kadınların % 41,5'inin RİA, % 16,3'ünün kondom kullandıkları; kadınların % 49,6'sının bu yöntemleri 1 yıl ve 1 yıldan daha kısa süredir kullandıkları belirlenmiştir. Yöntem kullanmak amacıyla aile planlaması kliniğine başvuran kadınların % 46,2'sinin RİA, % 33,8'inin hormonal yöntemleri tercih ettiği belirlenmiştir. kadınların % 33,5'inin seçtikleri gebeliği önleyici yöntemleri kullanımı kolay olduğu için tercih ettiklerini, % 16,5'inin eşinin istemesi nedeniyle bu yöntemi seçtikleri belirlenmiştir.

19 ve altı yaş grubundaki kadınların % 3,2'sinin RİA'yı seçmiştir. Sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,005$). Okur-yazar olmayan kadınların % 57,1'i, ilköğretim mezunu kadınların % 51,9'u RİA'yı; lise mezunu kadınların % 36,7'si hormonal yöntemleri, yüksekokul mezunu kadınların % 44,4'ü prezervatifi seçtikleri belirlenmiştir. Sonuç istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0,0001$).Mesleği ev hanımı olan kadınların % 44,5'i RİA'yı seçerken, çalışan kadınların % 4,6'sı prezervatifi seçmişlerdir. Sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,005$) . Ekonomik durumu geliri giderine eşit ve fazla olan kadınların % 42,9'u aile planlaması yöntemi olarak RİA'yı seçtikleri belirlenmiştir. Sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,005$) (Tablo 3).

Tablo 2: Kadınların Doğurganlık Özellikleri Dağılımı

Doğurganlık Özellikleri	Sayı	%
İlk gebelik yaşı		
18 ≤	61	28
19-24	126	57,8
25 ve üzeri	31	14,2
Toplam gebelik sayısı		
1-2	103	47,2
3-4	81	37,2
5-6	25	11,5
7-8	9	4,1
Canlı doğum sayısı		
1-2	141	64,7
3-4	66	30,3
5-6	11	5,0
Yaşayan çocuk sayısı		
1-2	144	66,1
3-4	66	30,3
5-6	8	3,7
Düşük		
Yok	164	75,2
1	42	19,3
2 ve ↑	12	5,5
Küretaj		
Yok	172	78,9
1	36	16,5
2 ve ↑	10	4,6
Ölüdoğum		
Yok	191	87,6
Var	27	12,4
Başka çocuk isteme durumu		
Evet	94	43,1
Hayır	124	56,9
İdeal çocuk sayısı		
1-2	90	41,3
3-4	118	54,1
5 ve ↑	10	4,6
İdeal gebelik aralığı		
1 yıl	12	5,5
2 yıl	40	18,3
3 yıl	53	24,3
4 yıl ve ↑	113	51,8
TOPLAM	218	100

Tablo 3: Kadınların Demografik Özelliklerine Göre Seçtikleri Kontraseptif Yöntemlerin Dağılımı

Yaş	Seçtikleri Kontraseptif Yöntemler										X ² ve p değeri
	RiA		Hormonal Yöntemler		Prezervatif		Tüpligasyon*		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	-	-	sayı	%	
19 yaş ve ↓	7	53,3	5	41,7	-	-	-	-	12	100,0	Sd :8 x ² = 10,416 p=0,237
20-24 yaş	25	45,5	19	34,5	11	20,0	-	-	55	100,0	
25-29 yaş	38	45,8	25	30,1	20	24,1	-	-	83	100,0	
30-34 yaş	19	50,0	12	31,6	7	18,4	-	-	38	100,0	
35 ve üzeri	14	77,8	2	11,1	2	11,1	-	-	18	100,0	
Eğitim											Sd : 9 x ² = 35,088 P=0,000
Okur yazar değil	20	57,1	5	14,3	4	11,4	6	17,1	35	100,0	
İlköğretim	70	51,9	44	32,6	19	14,1	2	1,5	135	100,0	
Lise	8	26,7	11	36,7	9	30,0	2	6,7	30	100,0	
Üniversite	5	27,8	3	16,7	8	44,4	2	11,1	18	100,0	
Meslek											Sd : 3 x ² = 11,716 p=0,008
Ev hanımı	97	50,8	55	28,8	30	15,7	9	4,7	191	100,0	
Çalışıyor	6	22,2	8	29,6	10	37,0	3	11,1	27	100,0	
Ekonomik durum											Sd : 3 x ² = 5,627 p=0,131
Gelir giderden az	52	52,5	24	24,2	15	15,2	8	8,1	99	100,0	
Gelir gidere eşit ya da fazla	51	42,9	39	32,8	25	21,0	4	3,4	115	100,0	
Toplam	103	47,2	63	28,9	40	18,3	12	5,5	218	100,0	

* Bu yöntem 35 yaş üstü kadınlara uygulandığı için yaş grubuna dahil edilmemiştir.

Kadınların eşlerinin meslekleri ile seçtikleri kontraseptif yöntemler arasındaki ilişki incelendiğinde; eşi işçi olan kadınların % 55,6'sı RiA, eşi memur olan kadınların % 40,5'i RiA, eşi emekli olan kadınların % 48,1'i hormonal yöntemleri, eşi esnaf ya da evde gelir getiren bir işle uğraşanların % 76'sı RiA, eşi işsiz olan kadınların % 55,6'sı RiA'yı seçmişlerdir. Sonuç istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0,0001$) (Tablo 4).

Tablo 4: Kadınların Eşlerinin Eğitim Durumuna ve Mesleğine Göre Seçtikleri Kontraseptif Yöntemlerin Dağılımı

Eğitim Durumu	Seçtikleri Kontraseptif Yöntem										X ² ve p değeri
	RiA		Hormonal Yöntemler		Prezervatif		Tüpligasyon*		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	sayı	%	
Okur yazar değil	2	33,3	2	33,3	2	33,3	-	-	6	100,0	Sd: 6 x ² = 19,723 p=0,003
İlköğretim	75	57,3	39	29,8	17	13,0	-	-	131	100,0	
Lise	21	50,0	12	28,6	9	21,4	-	-	42	100,0	
Üniversite	5	18,5	10	37,3	12	44,0	-	-	27	100,0	
Meslek											
İşçi	60	55,6	34	31,5	14	13,0	-	-	108	100,0	Sd :8 x ² = 30,235 p=0,000
Memur	15	40,5	9	24,3	13	35,1	-	-	37	100,0	
Emekli	4	14,8	13	48,1	10	37,0	-	-	27	100,0	
Evde Gelir Getiren İş, Esnaf	19	76,0	5	20,0	1	4,0	-	-	25	100,0	
İşsiz	5	55,6	2	22,2	2	22,2	-	-	9	100,0	
Toplam	103	47,2	63	28,9	40	18,3	12	5,5	218	100	

* Ki-kare analizinin doğru yapılabilmesi için uygun sütun çıkarılması yapılmıştır.

Evlilik yaşı 20 ve altında olan kadınların % 52,6'sı, 21 ve üzeri olan kadınların % 37,5'i RİA'yı seçmişlerdir. Sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,005$). İlk gebelik yaşı 18 yaş ve altı olan kadınların % 60,7'si, 19-24 yaş olanların % 44,4'ü RİA'yı, 25 yaş ve üzeri olanların % 38,7'si hormonal yöntemleri seçmiştir. Sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,005$). 1-2 gebeliği olan kadınların % 42,7'si, 3-4 gebeliği olan kadınların % 46,9'u, 5 ve daha fazla gebeliği olan kadınların % 61,8'i RİA'yı seçmişlerdir. Sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,005$). Yaşayan çocuk sayısı 1-2 olan kadınların % 43,8'i, 3 ve daha fazla olan kadınların % 54,1'i RİA'yı seçmişlerdir. Sonuç istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0,0001$) (Tablo 5).

Tablo 5: Kadınların Evlilik Yaşı, İlk Gebelik Yaşı ve Toplam Gebelik Durumu Özelliklerine Göre Seçtikleri Kontraseptif Yöntemlerin Dağılımı

Evlilik yaşı	Seçtikleri Kontraseptif Yöntem										X ² ve p değeri
	RiA		Hormonal Yöntemler		Prezervatif		Tüpligasyon		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	sayı	%	
20 ve altı	81	52,6	39	25,3	25	16,2	9	5,8	154	100,0	Sd : 3 x ² = 6,885 p=0,076
21 ve üzeri	22	34,4	24	37,5	12	23,4	3	4,7	64	100,0	
İlk gebelik yaşı											
18 yaş ve altı	37	60,7	11	18,0	6	9,8	7	11,5	61	100,0	Sd :6 x ² = 17,076 p=0,009
19-24 yaş	56	44,4	40	31,7	26	20,6	4	3,2	126	100,0	
25 ve üzeri	10	32,3	12	38,7	8	25,8	1	3,2	31	100,0	
Toplam gebelik sayısı											
1-2	44	42,7	37	35,9	21	20,4	1	1,0	103	100,0	Sd : 6 x ² = 22,781 p=0,001
3-4	38	46,9	21	25,9	17	21,0	5	6,2	81	100,0	
5 ve üzeri	21	61,8	3	14,7	2	5,9	5	17,6	25	100,0	
Yaşayan çocuk sayısı											
1-2	63	43,8	48	33,3	31	21,5	2	1,4	144	100,0	Sd :3 x ² = 19,376 p=0,000
3 ve üzeri	40	54,1	15	20,3	9	12,2	10	13,5	66	100,0	

TARTIŞMA

Çalışmaya katılan kadınların çoğunluğunun 20-34 yaş grubunda olması aile planlaması yöntemi kullanmaya aday kadınların oranının yüksek olduğunu göstermektedir. Tüm yaş gruplarında en fazla seçilen yöntem RİA olduğu belirlenmiştir. Mahmoudi'nin çalışmasında da kadınların yaşları ile seçtikleri yöntemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (15).

Kadınların eğitim durumları ile seçtikleri yöntemler arasındaki ilişki incelendiğinde okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu kadınların daha çok RİA'yı, lise mezunu kadınların hormonal yöntemleri, üniversite mezunlarının ise çoğunluğunun prezervatifi seçtikleri belirlenmiştir. Eğitim düzeyi düşük olan kadınlar RİA'yı tercih ederken üniversite mezunlarının çoğunlukla prezervatifi seçtikleri görülmektedir. Bu sonuç TNSA 2003 verileriyle paralellik göstermektedir (11).

Mesleği ev hanımı olanların çoğunluğunun RİA, çalışan kadınların büyük çoğunluğunun prezervatifi seçtikleri belirlenmiştir.

Ekonomik durumun sağlık hizmetlerinden yararlanma oranını arttırdığı bir gerçektir (1). Ancak çalışmamızda ekonomik durumun gebeliği önleyici yöntem seçimine etkisi olmadığı saptanmıştır. Tüm gruplarda en fazla seçilen yöntemin RİA olduğu belirlenmiştir. Bu durum Mahmoudi'nin İzmir'de aile planlaması ile ilgili yaptığı çalışmayla desteklenmektedir (16).

Kadınların eşlerinin eğitim durumlarının aile planlaması yöntem seçimini ve kullanımını etkilediği çeşitli çalışmalarla bildirilmiştir (17,18,19). Çalışmamızda eş üniversite mezunu olan kadınların büyük çoğunluğunun cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuğu en yüksek olan ve eşlerinde aile planlamasına katılımını sağlayan yöntemlerden olan prezervatifi tercih ettikleri belirlenmiştir. Bu bulgunun Uyar, Çetinkaya ve arkadaşlarının benzer çalışmalarıyla paralellik göstermekte olduğu gözlenmiştir (19,20) .

Kadınların eşlerinin meslekleri incelendiğinde eş işçi, memur, esnaf ve evde gelir getiren bir işle uğraşan kadınların çoğunluğu koruyucu yöntem olarak RİA'yı seçmişlerdir.

İlk evlilik yaşı yüksek olan kadınların hormonal yöntemleri daha yüksek oranda tercih ettikleri belirlenmiş, nedeni kadınların daha bilgili olmalarına, ilk evlendiklerinden beri aile planlaması konusunda danışmanlık almalarına ve hormonal yöntemleri bilinçli olarak temin edip kullanabilmelerine yorumlanabilir.

İlk gebeliğini 18 yaş ve altında geçiren kadınların çoğunluğu RİA'yı seçmiştir. İlk gebelik yaşı 25 ve üzeri olan kadınlar düzenli olarak kullanım gerektiren hormonal yöntemleri seçtikleri belirlenmiştir.

Günümüzde gelişmekte ve geri kalmış ülkelerde koruyucu sağlık hizmetleri giderek önem kazanmaktadır. Bu doğrultuda aile planlaması hizmetlerinde esas amaç kadını istemediği ve riskli gebeliklerden koruyarak sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürmesini sağlamak olmalıdır (21). Bu amaçla kadınlarımızın bilgilendirilmesi ve kendi doğurganlıklarını sınırlayabilecek düzeye ulaştırılması gerekmektedir. Toplam gebelik sayısı ile ilgili tüm gruplarda en fazla kullanılan yöntemin RİA olduğu belirlenmiştir.

Yaşayan çocuk sayısı en az 1 olan kadınlarda RİA kullanımının en üst düzeyde ve beklenenden daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu durumun kadınların gebe kalmamak için etkinliği yüksek bir yöntemi tercih etmelerine ve olumlu bir sonuç olduğuna yorumlanabilir. Bu sonuç Uyar, Yardımcı ve arkadaşları, Şenol ve arkadaşlarının benzer araştırma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir(19,22,23,24).

2003 TNSA'ya göre istemeden oluşan gebeliklerin oranı % 21,3 olarak belirlenmiştir (11). Bu oran 20.yüzyıla girdiğimiz şu günlerde hala ailelerin istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde yeterince başarılı olunmadığını ortaya koymaktadır. Bu bulgu çalışmamızda kadınların düşük geçirme ve küretaj olma durumu ile seçtikleri aile planlaması yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamasını desteklemektedir.

Başka çocuk istemeyen kadınların büyük bir bölümünün aile planlaması yöntemi olarak RİA'yı seçtikleri belirlenmiştir. Bu sonuç kadınların uzun süreli koruyuculuğu olan

İdeal çocuk sayısı 3 ve üzeri olan kadınların çoğunluğunun uzun süre güvenle kullanılabilen bir yöntem olan RİA'yı seçtikleri belirlenmiştir.

İdeal gebelik aralığı 2 yıl ve altında olan kadınlar hormonal yöntemleri, 3 yıl ve üzerinde olan kadınlar gebeliği önleyici yöntem olarak RİA'yı seçtikleri belirlenmiştir.

Kadınların vajinal akıntı şikayeti ile seçtikleri aile planlaması yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Vajinal akıntı şikayeti olan kadınların % 52,5'i RİA'yı tercih ettikleri belirlenmiştir.

Son gebeliklerinin üzerinden 2 yıl ve daha kısa süre geçen kadınlar hormonal yöntemleri, son gebeliklerinin üzerinden 3 yıl ve daha fazla süre geçen kadınlar aile planlaması yöntemi olarak RİA'yı seçtikleri belirlenmiştir.

Son gebeliğini ölü doğum, kendiliğinden düşük ya da küretaj şeklinde sonlandıran kadınların çoğunluğunun aile planlaması yöntemi olarak RİA'yı seçtikleri belirlenmiştir.

Tüm nedenlere bağlı sezaryen olan kadınların büyük çoğunluğunun aile planlaması yöntemi olarak RİA'yı seçtikleri belirlenmiştir.

Kadınların aile planlaması yöntemlerini tercih etme nedenleri ile seçtikleri aile planlaması yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Kadınların % 50'si güvenilir olduğu için, % 45,2'si kullanımı kolay olduğu için, % 47,2'si eşi istediği için, % 46,3'ü ucuz olduğu ve kolay elde edildiği için RİA'yı seçmiştir. Bu bulgu benzer araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir (24,25,26).

Kadınların büyük bir çoğunluğu aile planlaması yöntemleri hakkındaki bilgiyi sağlık personelinin aldıklarını belirtmişlerdir. Bu bulgu Karaoğlu ve arkadaşlarının 2005 yılındaki çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir (26) .

Sonuç olarak; sezaryen olan kadınlara gebeliği önleyici yöntem konusunda verilen eğitimlerde sadece yöntemler ve yöntemlerin teknik özellikleri hakkında değil aynı zamanda yöntemlerin yan etkileri kürtajın yan etkileri eşlerin (erkeklerin) eğitimi gibi konuların göz ardı edilmemesi ve bu konuların kadınları nasıl sınırladığı ve etkilediği düşünülerek çiftlere eğitim verilmesi ve yönlendirilmesi hemşirelik hizmetleri kapsamında önerilebilir.

KAYNAKLAR

- 1.Ana Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, İstanbul, 1992.
2. Dirican, R., Bilgel, N.: Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), Uludağ Üniversitesi Basımevi, 2. Baskı, Bursa,1993; 361-376.
- 3.Bertan, M., Güler, Ç.: Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 3. Baskı, S.119-155, Güneş Kitabevi, İstanbul, 1997.
- 4.Çoşkun, A.: Ülkemizde Ana Sağlığı Ve Sorunları. I.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Hemşireliği Sempozyum Kitabı, İstanbul, 1992; 17-23.
- 5.Taşkın, L.: Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Sistem Ofset Matb., Ankara, 1997; 413-430.
- 6.Akın, A.: Uluslar Arası Kararlar; Paralelinde Üreme Sağlığı Konusunda Türkiye'deki Uygulamalar, Sağlık Ve Toplum 1998; 8(3-4): 16-22.

7.Biliker, MA.: Kadın Sağlığı Ve Aile Planlaması, VIII. Halk Sağlığı Kongresi, Diyarbakır, 2002.

8.Özvarış, ŞB., Akın A.: Üreme Sağlığı , Sağlık Ve Toplum 1998; 8(3-4): 16-22.

9.Akın, A.: Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş, Aktüel Tıp Dergisi, 2001; 6(1): 4-8.

10.56.Dünya Sağlık Örgütü Genel Kurulu, 1998-2003 Raporu, Www.Un.Org.Tr/Who/Dgbrundlandrapor.Htm. (02.02.2005).

11.2003 Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2004.

12.Aile Planlaması Temel Bilgiler. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, İstanbul, 1992.

13.Önderoğlu, L., Deren, Ö.,Ayhan, A., Gürkan, T.: Vajinal Doğum Mu? Sezaryen Mi? Hacettepe Tıp Dergisi 1999; 30(1): 61-65.

14.Kişnişçi, HA., Gökşin, E., Durukan, T., Üstay, K., Ayhan, A., Gürkan, T., Önderoğlu, LS., Temel Kadın Hastalıkları Ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitabevi, Ankara, 1996.

15.Mahmoudi, MF.: 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanım Durumu Ve Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2001.

16.Hampton, N.: Choice Of Contracepcion. Current Obstetric & Gynaecology, 2001; (11) 50-53.

17.Özdemir, A.: Kayseri Barbaros Sağlık Ocağı Bölgesinde Doğum Yapan Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumlarının Saptanması. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 1997.

18.Naçar, M.: Doğum Sonrası Dönemde Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Yöntem Kullanmaya Etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2002.

19.Uyar, H.: Muğla İli Merkezinde Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntem Seçimi Ve Kullanımını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999

20.Çetinkaya, F., Aykut, M., Öztürk, Y.: 15-49 Yaş Grubu Evli Memur Ve İşçi Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Bilgi, Tutum Ve Davranışları. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Didim, 1994, .106-109.

21.Daş, Z.: Kadınlara Doğum Sonrası Dönemde Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Etkin Yöntem Kullanmalarına Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 1998

22.Yardımcı, O., Yardımcı, E., İşsever, H., Baysal, B.: Kontraseptif Yöntem Seçiminde Etkili Olan Faktörler: Söylentilerin Rolü; Kullanımı Etkileyen Faktörler. IV. Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Didim, 1994, .81-83.

23.Şenol, V., Mıcık, S., Öztürk, Y.: Kayseri Doğumevi Aile Planlaması Polikliniğinde Sunulan Modern Aile Planlaması Yöntemlerinin (RİA Ve Kombine Oral Kontraseptif) Değerlendirilmesi. V. Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, İstanbul, 1996, .37-41.

24.Pehlivan, E., Genç, MF., Güneş, G., Yeşilyurt (Malatya) Merkezindeki 15-49 Evli Kadınların Bazı Demografik Özellikleri Ve Doğurganlığı Etkileyen Faktörler. Journal Of Turgut Özal Medikal Center 5(1): 1998.

25.Kıran, G., Çelik, M., Kıran., Ekerbiçer, HÇ., Akben M.: Kahramanmaraş'ta Üniversite Devlet Ve Sosyal Sigortalar Kurumu Hastaneleri Ve Doğum Polikliniklerine Başvuran 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması İle İlgili Bilgi Tutum Ve Davranışları. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2002; Cilt 27. 53-58.

26.Kararoğlu, L., Çetin F., Ilgar, M., Tekiner, S.,Güneş, G.: Turgut Özal Tıp Merkezinde Çalışan Evli Kadınların Doğurganlık Özellikleri Ve Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2005; 12(2) 93-97.

EVLİLİK ÖNCESİ CİNSEL DENEYİM: EBELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN GÖRÜŞ VE TUTUMLARI

Funda EVCİLİ¹, Büşra CESUR¹, Ayşe ALTUN²,
Zarife GÜÇTAŞ² Haldun SÜMER³

ÖZET

Çalışma, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü öğrencilerinin evlilik öncesi cinsel deneyim konusundaki görüş ve tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmaya, 181 öğrenci (%97,8) katılmıştır. Veriler “Evlilik Öncesi Deneyime İlişkin Görüş ve Tutumları Değerlendirme Formu” ile toplanmış, frekans dağılımı ve Ki-Kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Öğrencilerin yaş ortalamasının 20,5±1,7 olduğu, yalnızca % 6,1’inin cinsellikle ilgili konulardaki bilgilerini çok yeterli buldukları, % 85,1’inin evlilik öncesi cinsel deneyim yaşanmasını doğru bulmadığı, % 44,2’sinin “cinsellik tabu olmaktan çıkmalı” görüşüne katıldıkları saptanmıştır. Anne eğitimi, ailenin yaşadığı yer ve aile statüsü ile evlilik öncesi cinsel deneyime bakış açısı arasında ilişki bulunamamıştır. Öğrencilerin cinsel yönden aktif olduklarında cinsel sağlıklarını tehdit edecek riskleri öğrenebilmeleri ve bu risklerden korunabilmeleri açısından eğitim programlarına entegre sağlıklı cinsel yaşam konularına ağırlık verilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Evlilik Öncesi Cinsellik, Adölesan Dönem, Kız Öğrenci

*Makale 4-7 Ekim 2011 tarihlerinde Trabzon'da yapılan 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

¹Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Araştırma Görevlisi

²Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğrencisi

³Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.

İletişim/Corresponding Author: Funda EVCİLİ

Tel: 0 346 2191010-1916 **e-posta:** fundaevcili@hotmail.com

Geliş Tarihi/Received : 01.01.2013

Kabul Tarihi/Accepted : 21.10.2013

THE PREMARITAL SEXUAL EXPERIENCE: OPINIONS AND ATTITUDES OF STUDENTS FROM MIDWIFERY DEPARTMENT

ABSTRACT

This is done as a descriptive study with the purpose to determine opinions and attitudes of students from Cumhuriyet University Health Science Faculty Midwifery Department about the premarital sexual experience. Study, 181 students (97,8%) participated. Data "Opinions and Attitudes on Premarital experience to the Evaluation Form" is collected by using the frequency distribution and chi-square test were used. According to research findings, average age of the students $20,5 \pm 1,7$. Students only 6,1% so they had sufficient information on issues related to sexuality. 85,1% did not find the right Scroll the occurrence of sexual experiences before marriage, 44,2% of "get out of being a sexual taboo," the opinion was joined. Maternal education, place of residence and family status of the family perspective was no association between sexual experience before marriage. The students will threaten the health risks of sex when they are sexually active, learn and be protected from these risks in terms of integrated training programs to give emphasis on healthy sexual life.

Key Words: Premarital Sexual Experience, Adolescent, Girls Student.

GİRİŞ

İnsan, yaşamı boyunca sürekli bir gelişim ve değişim içindedir. Gençlik dönemi, bu gelişim ve değişim sürecinin belki de en önemli evresini oluşturmaktadır. Bu dönem, gençlerin fiziksel olarak yaşamın en aktif ve verimli döneminde bulunmaları nedeniyle karşılıklı etkileşime açık, yaşam deneyimleri edinme konusunda istekli oldukları bir dönem olarak da kabul edilmektedir (1, 2, 3, 4). Artık çocuk olunmayan, ancak henüz yetişkin de olunmayan bu yaş döneminde, sosyal koşullar, hızlı kentleşme, kitlesel medya iletişiminin sağladığı olanaklar, erken ergenleşme, eğitim düzeyinin yükselmesi, gençlerin kendi yaşamları ve bedenleri üzerinde hak sahibi olduklarına olan inançlarının artması gibi faktörler gencin kendini keşfetmesine, cinsel kimlik ve rollerinin farkına varmasına ve ilk cinsel deneyimlerin yaşanmasına da zemin hazırlamaktadır (5, 6, 7).

İlk kez deneyimlenen cinsel aktiviteler adölesan kızların ve erkeklerin yaşamında farklı şekillerde yankı bulmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2003) verilerine göre ülkemizde 15-19 yaş grubundaki kadınların %15,5'i, 20-24 yaş grubundaki kadınların ise %60,7'sinin cinsel deneyim yaşadığı saptanmıştır (8). TNSA 2008 verileri değerlendirildiğinde ise kadınların ilk cinsel ilişki yaşına ilişkin soru sorulmadığı ancak 15-19 yaş grubu kadınlarının %6,6'sının, 20-24 yaş grubu kadınların ise %44,7'sinin evli olduğu belirlenmiştir (9). Kocaeli'de lisede okuyan kız öğrencilerin %2,3'ünün cinsel ilişkiye girdiği, ilk cinsel ilişki yaşının Marmara Üniversitesi kız öğrencilerinde 17,9, İzmir'de bekar kadınlarda 20,3 olduğu görülmektedir. Mersin'de üniversitede okuyan ve cinsel ilişkisi olan kızların %75'inde, ilk cinsel ilişki yaşının 19-21 arasında olduğu saptanmıştır (10). Liseli ergenlerin cinsel tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırmalarda gençlerin ilk cinsel ilişkiye başlama yaşı gelişmiş ülkelerle benzerlik göstermektedir (11).

Adölesan dönemde yaşanan bilinçsiz ve sorumsuz cinsel aktivite, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve AIDS gibi hastalıklara yakalanma riskini artırmaktadır (12). Dünyada her yıl yaklaşık 333 milyon cinsel yolla bulaşan hastalık vakası meydana gelmekte, vakaların üçte birini yaşı 25'in altında olan gençler oluşturmaktadır (13). Amerika'da 15-19 yaşlarındaki genç insanlarda diğer yaş gruplarına göre yüksek oranda cinsel geçişli hastalık olduğu bildirilmektedir. Her yıl tüm HIV enfeksiyonlarının hemen hemen yarısı ve tüm cinsel yolla bulaşan hastalıkların üçte biri 25 yaşın altındaki insanlardan oluşmaktadır. (14).

Dahası globalleşme ve modernizasyon süreciyle birlikte evlilik öncesi cinsel deneyim olgusuna yönelik bakış açıları ülkeler arasında farklılık göstermekte ve cinselliğe onay veren

bakış açısı ile geleneksel / kültürel faktörlerin etkisiyle cinselliğin evlilik dışında yaşanmasını reddeden bakış açıları gençlerin yaşamlarında biyopsikososyal etkiler yaratan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (15, 16, 17). Özellikle ülkemizde tabu olarak kabul edilen, çoğu zaman konulaşamayan, göz ardı edilen cinsellik olgusu ve “bekâret” kavramı günümüzde hala önemini korumakta, özellikle erkeklerin eş seçimlerinde etkin rol oynamaktadır (15, 17, 18).

Yapılan bu araştırmada ise Ebelik Bölümü’nde okuyan kız öğrencilerin evlilik öncesi cinsel deneyime ilişkin görüş ve tutumlarını incelenmektedir. Araştırmadan elde edilen veriler evlilik öncesi cinsellik olgusunun genç kızlar açısından anlamını tartışmada, cinselliğe bakış açılarını anlamada, bakış açılarını şekillendiren toplumsal ve kültürel etkileri belirlemede bir gösterge olarak kullanılabilir. Çalışma, aynı zamanda bir fırsat dönemi olan gençlik döneminde adölesanların ilk deneyimlerini en sağlıklı biçimde yaşamaları, sağlığa zararlı davranışlar geliştirmemeleri, olumlu sosyal ilişkiler kurarak biyopsikososyal gelişimlerini sürdürmeye yönelik programların oluşturulmasına veri sağlayarak üreme sağlığının statüsünün geliştirilmesine de katkı verebilecektir.

MATERYAL VE METOT

Tanımlayıcı nitelikteki araştırma, 2009–2010 eğitim-öğretim yılı ikinci yarısında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü’nde öğrenim gören öğrencilerin 181’i (%97,8) ile yürütülmüştür. Araştırmanın verileri öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini, evlilik öncesi cinsel deneyim konusundaki görüş ve tutumlarını değerlendiren 29 sorudan oluşan iki form aracılığı ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Bu form, Ebelik Bölümü’nde okuyan kız öğrencilerin bazı sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Formda araştırmaya katılan öğrencilerin yaşı, doğum yeri, anne-baba eğitimi ve çalışma durumu, aile tipi, cinsellikle ilgili bilgi edinme yolları, cinsel konulardaki bilgi düzeyleri ve cinsellikle ilgili konularda aileleri ile olan iletişimlerini nasıl değerlendirdiklerine yönelik toplam 14 soru yer almaktadır.

Evlilik Öncesi Cinsel Deneyim Olgusunu Değerlendirme Formu: Bu form, kızların evlilik öncesi cinsel deneyim olgusuna verdikleri anlamı, bekaretin önemine ilişkin düşüncelerini, cinsel deneyim yaşama durumlarını, cinsel deneyim yaşayanlarda bu deneyimi yaşamasına etken eden faktörleri, cinsel deneyim yaşamayanlarda ise bu deneyimi yaşamasına engel olan faktörleri tanımlamaya yönelik toplam 15 sorudan oluşmaktadır. Anket formları, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölüm Başkanlığı’ndan

gerekli izinlerin alınmasının ardından 2009–2010 eğitim-öğretim yılı ikinci döneminde uygulanmıştır. Ebelik Bölümü'nde okuyan toplam öğrenci sayısına ilişkin veriler Ebelik Bölüm Başkanlığı'ndan sağlanmıştır. Anket uygulamasına katılacak öğrencilere araştırmanın konusu ve amacı hakkında gerekli bilgiler verilmiştir. Uygulamaya katılan öğrencilerden araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair sözlü izin alınmıştır. Anket uygulamasına katılmayı reddeden öğrenci olmamıştır. Anket formlarının doldurulması sırasında araştırmacı öğrencilerin yanında bulunmuş ve formlar öğrenciler tarafından doldurulduktan sonra araştırmacılar tarafından toplanmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından kodlandıktan sonra SPSS 15.0 bilgisayar programına aktarılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde yüzdelik dağılımlar ve bazı değişkenlerin karşılaştırılmasında (anne eğitimi, ailenin yaşadığı yer, aile statüsü vb.) Ki-kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmada ebelik bölümünde okuyan 181 kız öğrenci değerlendirilmiştir.

Kız öğrencilerin yaş ortalamasının $20,5 \pm 1,7$ olduğu, %31,5'inin Ebelik Bölümü 1. Sınıfta okuduğu, %50,8'inin İç Anadolu Bölgesinde ve %53,6'sının merkezde yaşadığı, %86,2'sinin aile statüsünü orta düzey olarak tanımladığı belirlenmiştir. Öğrencilerin annelerinin %81,1'i ilköğretim mezunu, %37,1'i 41-45 yaş grubu ve %89'u çalışmamaktadır. Öğrencilerinin cinsellikle ilgili ilk bilgilerini aldıkları kaynaklar kitap/gazete/dergi (%66,3), arkadaş (%60,8) ve öğretmen (%38,7) olarak sıralanmaktadır. Öğrencilerin yalnızca %6,1'inin cinsellikle ilgili konulardaki bilgilerini çok yeterli buldukları belirlenmiştir.

Tablo 1'de öğrencilerin evlilik öncesi cinsel deneyime yönelik görüşleri sunulmuştur. Tabloda öğrencilerin %85,1'inin evlilik öncesi cinsel deneyim yaşanmasını doğru bulmadığı, %57,5'inin evlilik öncesi cinsel deneyimi normal karşılamadığı ve %82,9'unun bekarete önem verdiği görülmektedir. Öğrencilerin %81,2'si kadınların, %66,9'u erkeklerin ilk cinsel deneyimlerini evlilik öncesi yaşamalarını uygun bulmamakta, %74'ü evleneceği kişinin bakir olmasına önemli verdiğini ifade etmektedir.

Tablo 1: Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Evlilik Öncesi Cinsel Deneyime Yönelik Görüşleri (n:181)

İFADELER	Sayı	%
Evlilik Öncesi Cinsel Deneyim Yaşanmasını		
Evet, doğru buluyorum	9	5,0
Hayır, doğru bulmuyorum	154	85,1
Kararsızım	18	9,9
Evlilik Öncesi Cinsel Deneyim		
Normal Karşılıyorum	9	5,0
Flörtün Ötesine Karşıyım	58	32,0
Normal Karşılıyorum	104	57,5
Kararsızım	10	5,5
Bekârete Verilen Önem		
Evet, bekâret önemlidir	150	82,9
Hayır, bekâret önemli değildir	13	7,2
Kararsızım	18	9,9
Kadınların İlk Cinsel Deneyimlerini Evlilik Öncesi Yaşamaları		
Evet, uygundur	5	2,8
Hayır, uygun değildir	147	81,2
Kararsızım	29	16,0
Erkeklerin İlk Cinsel Deneyimlerini Evlilik Öncesi Yaşamaları		
Evet, uygundur	21	11,6
Hayır, uygun değildir	121	66,9
Kararsızım	39	21,5
Evlenilecek Kişinin Bakir Olup Olmamasının Önemi		
Evet, önemlidir	134	74,0
Hayır, önemli değildir	26	14,4
Kararsızım	20	11,0

Tablo 2’de öğrencilerinin cinsel deneyim yaşama durumlarına göre dağılımı gösterilmektedir. Tabloya göre, öğrencilerin %79,6’sı hiçbir şekilde cinsel deneyim yaşamamış, %5,6’sının karşı cinsle sınırlı/tam bir cinsel deneyim yaşamış, cinsel deneyimi olan öğrencilerin %3,3’ünün ilk cinsel deneyim yaşının 18-20 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. İlk cinsel deneyimi yaşamada etken, aşk (%4,4) olarak belirtilmiştir. Öğrencilerin cinsel deneyim yaşamalarına engel olan faktörlere bakıldığında ilk sırada bireysel değerler (%70,2) yer almaktadır.

Tablo 2: Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Cinsel Deneyim Yaşama Durumları

İFADELER	Sayı	%
Cinsel Deneyim Yaşama Durumu (n:181)		
Evet, karşı cinsle tam bir cinsel deneyim yaşadım	1	0,6
Evet, karşı cinsle sınırlı bir cinsel deneyim yaşadım	9	5,0
Bu tür isteklerime rağmen cinsel deneyim yaşamadım	10	5,5
Hiçbir şekilde cinsel deneyim yaşamadım	144	79,6
Cevap vermek istemiyorum	17	9,4
İlk cinsel deneyim yaşı (n:10)		
18-20 yaş	6	3,3
21-23 yaş	2	1,1
24 ve üzeri yaş	2	1,1
*Cinsel Deneyim Yaşayan Öğrencilerin İlk Cinsel Deneyimi Yaşamalarına Etken Olan Durumlar (n:10)		
Fiziksel Zevk	1	0,6
Merak ve Deneyim	2	1,1
Aşk	8	4,4
Sosyal Ortamın Beklentileri	1	0,6
Partnerin Israrı	3	1,7
*Cinsel Deneyim Yaşamayan Öğrencilerin Cinsel Deneyim Yaşamalarına Engel Olan Faktörler (n:171)		
Dini İnançlar	118	65,2
Bireysel Değerler	127	70,2
Ailesel Faktörler	91	50,3
CYBH'a Yakalanma Korkusu	16	8,8
Hamilelik	21	11,6
Karşı Cinsle Güvensizlik	73	40,4

* Birden fazla yanıt olduğu için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 3'te öğrencilerinin "Cinsellik Tabu Olmaktan Çıkmalı" görüşüne katılımları sunulmuştur. Tabloya göre, öğrencilerin %44,2'sinin "Cinsellik Tabu Olmaktan Çıkmalı" görüşüne katıldıkları, %17,1'inin bu konuda kararsız oldukları belirlenmiştir. Araştırmada öğrencilerin anne eğitimi, ailenin yaşadığı yer ve aile statüsü gibi değişkenler ile evlilik öncesi cinsel deneyime bakış açısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3. Ebelik Bölümü Öğrencilerinin “Cinsellik Tabu Olmaktan Çıkmalı” Görüşüne Katılma Durumu (n:181)

İFADE	Sayı	%
Cinsellik Tabu Olmaktan Çıkmalı		
Evet, katılıyorum.	80	44,2
Hayır, katılmıyorum	70	38,7
Kararsızım	31	17,1

TARTIŞMA

Araştırmamızda yer alan öğrencilerin %86,2’sinin Dünya Sağlık Örgütü’nün genç tanımındaki yaş sınırları içinde bulunduğu belirlenmiştir (19). Gençlerin cinsel / üreme sağlığı konularında bilgi kaynaklarının farklı olduğu bilinmektedir. Çeşitli araştırmalarda ve çalışmamızda olduğu gibi sıralama değişse de adölesanların cinsellikle ilgili konularda ilk bilgilerini aldıkları kaynakları arkadaş, kitap, gazete, dergi olarak sıraladıkları ve cinsellikle ilgili konulardaki bilgilerini yeterli bulmadıkları belirlenmiştir (11, 17, 20, 21, 22, 23, 24). Yapılan birçok araştırmada gençlerin üreme fizyolojisi, gebelikten korunma ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH), Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) gibi temel cinsellik ve üreme sağlığı konularında yeterli bilgilerinin olmadığını, bilgi kaynaklarına ulaşmada zorluk yaşadıklarını ve bu bilgileri edindikleri kaynakların güvenilirliklerinin sınırlı olduğunu göstermektedir (5, 6, 25, 26).

Öğrencilerin %85,1’i evlilik öncesi cinsel deneyim yaşanmasını doğru bulmamakta, yaklaşık yarısı evlilik öncesi cinsel deneyim yaşamayı normal karşılamamaktadır. Pınar, Doğan ve Öktem’in (2009) üniversitede okuyan kız ve erkek öğrenciler üzerinde yaptıkları bir çalışmada gençlerin yalnızca %21,9’unun evlilik öncesi cinsel deneyim yaşamayı normal bir durum olarak görmediği, benzer bir diğer çalışmada gençlerin yarısından fazlasının (%54,3) evlilik öncesi cinsel deneyim yaşanmasını doğru bulmadığı saptanmıştır (18, 27). Çalışmamız ile bu iki araştırma arasındaki farkın araştırma kapsamına alınan erkek öğrencilerle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bilindiği gibi ülkemizin de içinde bulunduğu geleneksel toplumlarda erkek çocuklarının cinselliklerini özgürce yaşamalarının önünde herhangi bir engel bulunmamaktadır. Ayrıca, bu sonuçlar “cinsellik, yalnızca evlilik kurumu içerisinde yaşanabilir” düşüncesini desteklemektedir.

Çalışmamızdaki öğrencilerin önemli bir kısmı erkeklerin ve kadınların ilk cinsel deneyimlerini evlilik öncesi yaşamalarını uygun bulmamakta, bekaretin önemli olduğunu

düşünmekte, evleneceği kişinin bakir olmasının kendisi için önem taşıdığını ifade etmektedir. Üniversite öğrencileri arasında yapılan çeşitli araştırmalar gençlerin cinsel aktiviteye başlama yaşlarının düştüğünü, ilk cinsel deneyimlerini üniversite yıllarında ve evlilik öncesinde yaşadıklarını, bekaret kavramına verdikleri önemin azaldığını ortaya koymaktadır. (7, 15, 28, 29). Çalışmamızda bekarete önem verdiğini ifade eden öğrencilerin yüzdelik diliminin yüksek olmasının, araştırma kapsamındaki öğrencilerin tamamının kız olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Kırsal bölgelerde kızlar için tabu olarak kabul edilen cinsel deneyim olgusuna, erkekler için daha hoşgörülü bakılabilmektedir. Bu bakış açısı ile yetiştirilen kızların bekaret kavramı ve evlilik öncesi cinsel deneyimle ilgili düşüncelerinin günümüzde değişikliğe uğrasa da toplumun değer yargılarına paralellik gösterdiği sonucuna ulaşılabilir.

Çalışmamızdaki ilginç bir sonuçta şudur: Öğrenciler erkeklerin evlilik öncesi cinsel deneyim yaşamalarını kadınların evlilik öncesi cinsel deneyim yaşamalarından daha normal karşılamaktadırlar. Bu sonucun Türk toplumunun sosyokültürel yapısı ve cinsellikle ilgili bazı değer yargıları nedeniyle, cinsellik konusunda kızlar ve erkekler arasında farklı yaklaşımlardan kaynaklandığı düşünülebilir (20).

Evlilik öncesi cinsel ilişki dünyanın pek çok yerinde yaygındır ve giderek artmaktadır. Çalışmamızda yer alan öğrencilerin %79,6'sının cinsel ilişki deneyimlerinin olmadığı belirlenmiştir. Ülkemizde üniversite gençliği üzerinde yapılan çeşitli çalışmalarda ise gençlerin yarıya yakınının evlilik öncesi cinsel deneyiminin olduğu ve cinsel deneyimi olan gençlerde erkeklerin oranının kızlardan önemli derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (11, 20, 21, 27). Çalışmamızda öğrencilerin %5,6'sının sınırlı/tam bir cinsel deneyim yaşadığı ve %3,3'ünün cinsel deneyim yaşama aralığının 18–20 yaş olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde üniversitede okuyan gençlerin evlilik öncesi ilk cinsel deneyim yaşı ortalama olarak 17-19 yaş olarak belirtilirken (10, 29), bazı Afrika ülkelerinde 20 yaşın altındaki gençlerin % 43'ünün cinsel ilişkide bulunduğu, Latin Amerika'da ise bu oranın ABD'de 20 yaş altındaki gençlerin %68'inin, Fransa'da %72'sinin cinsel aktivitede bulunduğu görülmektedir (22, 30). Çalışmamızda cinsel deneyim yaşama oranının düşük olmasında ülkemize ait toplumsal, kültürel, ailesel, dinsel faktörlerin etkisinden söz edilebilir.

Çalışma kapsamında yer alan öğrencilerin ilk cinsel deneyim yaşamalarına etken olan faktör “aşk” olarak belirlenmiştir. Bu etken farklı bir çalışmada da gençlerin cinsel deneyim yaşamalarına neden olan faktörler içerisinde ilk sırada bulunmuştur (29). Kılıç ve ark. (2005) çalışmasında olduğu gibi bu çalışmada da öğrencilerin evlilik öncesi cinsel deneyim

yaşamalarına engel olan faktörler bireysel değerler, dini inançlar, ailesel faktörler olarak sıralanmıştır (15).

Öğrencilerin yaklaşık yarısı, bireylerin cinsellik hakkında bilinçlenmeleri yoluyla cinselliğin tabu olmaktan çıkarılabileceğine inanmaktadırlar. Aydemir (2009)'in çalışmasında ise "Cinsellik Hala Bir Tabudur" görüşüne katılanların oranın oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir (18). Bu sonuca ilişkin değerlendirmeler oldukça tartışmalıdır. Çünkü küreselleşme, teknolojik gelişmeler ve kültürel dejenerasyon ile birlikte cinsellik kavramı artık özgürce konuşulup tartışılan bir konu olmakla beraber bireysel, toplumsal, dinsel ve kültürel değerlerdeki farklılıklar adölesanın çelişkili duygu ve düşünceler yaşamasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları vardır. Bunlardan birincisi bulgular, çalışmada yer alan grubunun dışına genellenemez. İkincisi bu çalışma orta düzeyde gelişmişlik gösteren bir şehirde ve yalnızca kız öğrenciler arasında yapılmıştır. Türkiye'nin kentsel ve kırsal kentlerinde yapılacak farklı sosyoekonomik ve eğitim düzeylerinde olan gençleri kapsayan çalışmalara gereksinim vardır. Üçüncü olarak çalışma kapsamındaki öğrencilerin kendi görüşleri dikkate alınmış, bilgi değerlendirmesi yapılmamıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

İnsan yaşamında doğal ve önemli bir yere sahip olan cinsellik tarih boyunca insanlığın gündeminde kalmış, cinselliğe ilişkin değerler içinde bulunulan zamana ve kültüre göre farklı biçimlerde yorumlanmıştır. Ülkemizin de içinde bulunduğu geleneksel toplumlarda baskıcı bir ortamda yetişen bireylerin; özellikle kız çocuklarının cinsel sağlık konusunda eğitilmeleri yoluyla cinsellikle ilgili konularda doğru kararlar verebilmeleri toplumsal sağlığın korunmasını ve iyileştirilmesini sağlayacaktır. Kızların cinsel sağlıkla ilgili gereksinimlerinin saptanması ise; bu gruba cinsellikle ilgili gereksinim duydukları eğitim programlarının hazırlanması ve hizmetlerin sunulmasını olanak sağlayabilir.

Henüz cinsel yönden aktif olmayan ve cinsellikle ilgili bilgilerini yeterli bulmayan gençlerin cinsel yönden aktif olduklarında karşılaşılabilecekleri sağlığı tehdit edecek riskleri öğrenebilmeleri ve bu risklerden korunabilmeleri açısından eğitim programlarına entegre sağlıklı cinsel yaşam konularına ağırlık verilmesi, cinsellikle ilgili konulardaki bilgi

düzeylerini objektif olarak ölçmeye yönelik çalışmaların yapılması ve gençlerin bilgi düzeylerine ilişkin kendi değerlendirmeleri ve gerçekte var olan durumun karşılaştırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Behrman R, Kliegman R. Nelson Essentials of Pediatrics. 4. Baskı. Ankara 2002. s.251-263.
2. Kınık E. Adölesanlarda Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişme. 2. Uluslararası Adölesan ve Sorunları Kongresi Program ve Sunu Özetleri Kitabı, Nevşehir, 27-30 Eylül 2001. s.141-144.
3. Kayaalp E. Üniversitelerde Üreme ve Cinsel Sağlık Danışmanlığı. V. Ulusal Cinsellik ve Cinsel Tedaviler Kongre Kitabı, İstanbul, 24-26 Mayıs 2004. s.34-35
4. Creel LC, Perry RJ. Improving the quality of reproductive health care for young people. New Perspectives on Quality of Care. 2002; 4(1): 1-8.
5. Kotchick BA, Miller KS, Dorsey S, Forehand R, Ham AY. Family Communication about Sex: What Are Parents Saying and Are Their Adolescents Listening?. Family Planning Perspectives. 1998; 30(5): 218-222.
6. Raffaelli M, Bogenschneider K, Flood MF. Parent-Teen Communication About Sexual Topics. Journal of Family Issues. 1998; 19(3): 315-333.
7. Aile İle İletişim. Erişim: 24.07.2006.
ww.tusap.saglik.gov.tr/.../4%20GUN/4_11_Aile_ici_iletisim/4_11_Aile_ici_iletisim_A.doc.
8. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye, 2004
9. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Erişim: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/tnsa-2008_on_raportr.pdf. (1).
10. Giray A, Kılıç B. Kadınlar ve Üreme Sağlığı. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. 2004; 13(8): 286-289.
11. Aras Ş, Orçin E, Özcan S, Şemin S. Dokuz Eylül Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsel Bilgi, Tutum ve Davranışları. Sağlık ve Toplum Dergisi. 2004; 4(1): 23-28.

12. Gölbaşı Z. Adölesan Kızlara Yönelik Okula Dayalı Üreme Sağlığı Eğitim Programının Etkinliği. Yayınlanmamış Doktora Tezi. 2002; Hacettepe Üniversitesi, Ankara
13. Duyan V, Ünal F, Çok F, Ünal S. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Ailelerin ve Gençlerin Bilgilendirilmesi. AIDS Tıp Dergisi. 2001; 4(1):11-15.
14. Why Good Reproductive Health is Critical to the Well-Being of Youth. Erişim: 11.10.2010. www.populationaction.org/resources/factsheets/factsheet19Youth.htm
15. Kılıç D, Kaygusuz C, Bağ B. Üniversite Öğrencilerinin Cinselliğe Yönelik Görüşleri. Türk HIV / AIDS Dergisi. 2005; 8(2): 44.
16. Şatıroğlu H. Ergenlikte Cinsellik. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinliği Sürekli Eğitim Etkinlikleri. 2008; 1(63): 41-46.
17. Orçın E, Aras Ş, Açık R. Üniversiteli Gençlerin Cinsel Tutum ve Davranışları. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi. 2003; 17(3): 169-174.
18. Aydemir E. Gençlik ve Cinsellik. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2009; Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta
19. WHO. Definitions and indicator in family planning, maternal and child-reproductive health. Family And Reproductive Health European Regional Office, 2005.
20. Özkan H. Üniversite Gençliğinin Aile Planlaması ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan Korunmaya İlişkin Yaklaşımları. Yüksek Lisans Tezi. 1994; İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
21. Aydoğan A. Marmara Üniversitesi Araştırdı: Türk Gençliği Cinselliği Bilmiyor. 2001; Erişim: 30.07.2004. <http://www.milliyet.com/2001/05/19/yasam/yas03b.html>
22. Nalbant H, Bulut A. Gençler ve Üreme Sağlığı. Aktüel Tıp Dergisi. 2001; 6(1):30-36.
23. Uner S, Turan S. Ankara'da Lise Son Sınıf Öğrencilerinin HIV/AIDS Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. 2004; Erişim: 01.02.2005. www.thb.hacettepe.edu.tr/2000/20004
24. Pınar G, Doğan N, Ökdem Ş. Özel Bir Üniversitede Okuyan Öğrencilerin Cinsel Sağlıkla İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları. Tıp Araştırmaları Dergisi. 2009; 7 (2): 105-113.
25. Kaya F, Serin Ö, Genç A. Eğitim Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Yaşamlarına İlişkin Yaklaşımlarının Belirlenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni.2007; 6(6): 441-448.

- 26.** Özkan S, Aras Ş, Şemin S. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Cinsel Tutum ve Davranış Özellikleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004; 18(1): 27-39.
- 27.** Bulut F. Adölesan Kızların Cinsellikle İlgili Konularda Anneleri ile Olan İletişimlerini Değerlendirmeleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2006; Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi
- 28.** Nordin EH, Hanson MD, Tanja T. Sex Behavior Among High School Students inSweden: Improvement in Contraceptive Use Over Time. Journal Adolescent Health, 2002; 30(4): 288-295.
- 29.** Correa S. From reproductive health to sexual rights: achievements and future challenges. Reproductive Health Matters. 1997; 5(10):107-116.
- 30.** Aggarwal O, Sharma AK, Chhabra P. Study in Sexuality of Medical College Students in India. Journal of Adolescent Health. 2000; 26(3):226-229.

DETERMINATION OF THE SITUATION OF NURSES RELATED TO THE APPLICATION OF PERIPHERIC VENOUS CATHETER*

Gülçin AVŞAR¹, Zeynep K. ÖZLÜ², Kenan GÜMÜŞ³,
Nadiye ÖZER⁴, Aynur AYTEKİN⁵

ABSTRACT

This study has been conducted to determine the situation of the nurses related to the application of peripheric venous catheter (PVK). This study is conducted among the nurses who work at Aziziye ve Yakutiye Hospitals depending on the Atatürk University in Erzurum. The sample was nurses who accepted to attend the study and working in the signified units between the dates November 2010-February 2011. The questionnaire which was developed by the researchers by reviewing related literature was used. The personal characteristics of the nurses and their knowledge about peripheric intravenous catheters were included in the study. The collected data was evaluated in numbers and in percentage by using SPSS program. Nurses in the study, the most nurses (% 97,3) were before applying PVK made cleaning of the skin and the most nurses (% 90.7) was incorrect applications occlusion of catheter in the steps of the application of PVK.

Key Words: Nursing; Peripheric Venous Catheter; Clinical Applications, Nurse.

PERİFERİK VENÖZ KATATER UYGULAMAYA İLİŞKİN HEMŞİRELERİN DURUMLARININ BELİRLENMESİ

ÖZET

Bu çalışma, periferik venöz kateter (PVK) uygulanmasına ilişkin hemşirelerin durumunu belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma Erzurum Atatürk Üniversitesine bağlı Yakutiye ve Aziziye hastanelerinde çalışan hemşireler arasında yürütüldü. Örneklemi Kasım 2010-Şubat 2011 tarihleri arasında belirlenen ünitelerde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler oluşturmuştur. İlgili literatür gözden geçirilerek araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Çalışma, hemşirelerin bireysel özellikleri ve periferik intravenöz katater hakkındaki bilgilerini içerir. Toplanan veriler SPSS programında sayı ve yüzdelik olarak değerlendirildi. Hemşirelerin çoğunluğu (%97.3) PVK uygulamadan önce cilt temizliği yaptı ve % 90.7'sinin PVK uygulama basamaklarında katater tıkanıklığında yanlış girişimler uyguladı.

Anahtar Kelimeler: Periferik Venöz Kateter, Klinik Uygulama, Hemşire.

*The study has been presented a poster in 18th National Surgical Congress-13th Surgical Nursing Congress

¹Yrd.Doç.Dr. Atatürk Üniversitesi Faculty of Health Sciences, Nursing Fundamentals

²Yrd. Doç. Dr. Atatürk Üniversitesi Faculty of Health Sciences, Surgical Nursing Department

³Araş.Gör. Atatürk Üniversitesi Faculty of Health Sciences, Surgical Nursing Department

⁴Doç. Dr. Atatürk Üniversitesi Faculty of Health Sciences, Surgical Nursing Department

⁵Yrd. Doç. Dr. Atatürk Üniversitesi Faculty of Health Sciences, Child Health And Diseases Nursing

Corresponding Author: Zeynep KARAMAN ÖZLÜ

Tel: (442)2360983 **e-posta:**zynp_krmnzl@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received :16.04.2013

Kabul Tarihi/Accepted :21.10.2013

INTRODUCTION

An intravascular catheter insertion is one of the essential procedures in the healthcare field (1). At present various catheter procedures, such as peripheral, central, arterial, and venous, are used for different purposes. Today, a peripheral venous catheter (PVC), which started being used in clinics 50 years ago, is a common procedure (2). It is known fact that nowadays, 63% of inpatients in European countries, and 50% of the inpatients in the United States of America have a peripheral venous catheter (3).

Nurses are the individuals that conduct the peripheral venous catheterization procedure in clinics, as well as monitoring and providing the necessary care related to the peripheral venous catheter (3). Nurses are expected to improve their knowledge and skills regarding the peripheral venous catheter in order to provide patients with the care they require. In addition, rapid advances in technology and health care need nurses to apprehend that basics related to the up-to-date knowledge and applications, adopt the learning principle for life, and put new information into practice (4,5).

The peripheral venous catheterization is used for various purposes such as enabling the fluid electrolyte balance, giving blood and blood products, giving medication, giving total parenteral nutrition, and monitoring hemodynamic (1,6,7). Infiltration, phlebitis, ecchymosis (bruises), hematoma, septicemia, vascular laceration, hemorrhage, and air embolism are some of the complications that arise due to the peripheral venous catheterization (7-10). These complications are serious complications that are live threatening and can be prevented. Numerous factors can cause these complications, such as the type of catheter, the suitable location for the catheter, the type of infusion fluid, the entrance location of the catheter, the contaminated infusion fluid, the type of dressing used, the duration the catheter is left in, whether or not healthcare professional comply with asepsis, and the fluid used to keep vascular access open (11). The complications caused by the peripheral venous catheter can extend the hospitalization of patients, expose patients to unnecessary diagnosis procedures and treatment, can cause the patient and their close relative stress, increase the workload of healthcare professionals, and result in economical loss (12). The majority of complications can be prevented by carefully evaluating the patient, taking various precautions, and inserting the catheter using a good technique. A successful catheterization plays an extremely important role in maintaining a peripheral venous treatment without complications arising. Numerous factors such as the age, vein structure, skin, and subcutaneous tissue characteristics of the

patient affect the procedure success of the nurse (13). The fact that a number of factors affect the said complications and most of these factors are related to the nurse's practices emphasizes the important role the nurse plays in preventing these complications. Therefore, nurses must be capable of conducting the peripheral venous catheter without problems, and know the complications that could possibly occur. Based on the information provided above, the purpose of this descriptive study was to evaluate the peripheral venous catheter procedures conducted by nurses.

MATERIAL AND METHOD

The population of this descriptive study comprised of nurses working at Aziziye Hospital and Yakutiye Hospital, both connected to Erzurum Atatürk University. The sample group of this study comprised of 364 nurses who worked at the said units between November 2010 and February 2011, and who accepted participating in this study.

A questionnaire, prepared by the researchers based on information they collected reviewing literature (2,8-10,14-15), was used to collect data for this study. The questionnaire contained questions that identified personal characteristics of the nurses and measured their knowledge and procedural experience related to the peripheral venous catheter. A SPSS (Statistical Package for the Social Sciences for Windows-18.0) program was used to collected data and statistical analysis. Data were evaluated as number and percentage, mean in categorical and numerical measurements.

RESULTS

Illustrates the descriptive characteristics of nurses. The majority of nurses participating in this study were aged between 21 and 28 (55.5%) and were vocational school of health graduates (47.3%). 39% of the nurses participating in this study worked in internal diseases, 42.3% worked in surgery, 5.5% worked in pediatrics, and 13.2% of the nurses worked in Accident and Emergency. The longest experience the nurses had was between 6 and 10 years (42.9%) (n=364) (**Table 1**).

Table 1. The Distribution of Clinical Nurses According to Their Descriptive Characteristics
(n=364)

Characteristics	N	%
Age		
21–28	202	55.5
29–36	112	30.8
37–44	40	11.0
45 old and above	10	2.7
Level of Education		
High School diploma	172	47.3
Associate degree	68	18.7
Bachelor's degree	118	32.4
Post Graduate	6	1.6
Department of Employment		
Internal Services	142	39.0
Surgical Services	154	42.3
Children Services	20	5.5
Emergency Services	48	13.2
Year of Working		
5 year and under	110	30.2
6-10 year	156	42.9
11-15 year	56	15.4
16-20 year	34	9.4
21 and above	8	2.1

Illustrates the right and wrong applications of nurses related to the stages of inserting a PVC. In terms of the incorrect applications related to the stages of inserting a PVC, 90.7% of nurses applied the incorrect insertion to resolve a blocked PVC, 87.9% did not wash their hands before starting the procedure, 80.2% did not change the peripheral venous catheter at the right time, and 70.3% of nurses did not state the date of the PVC procedure and the name of the individual that conducted the procedure on the fixation material (**Table 2**).

Table 2. The Distribution of the Stages of Application PVC for Nurses (n=364)

The stages of application PVC	Correct		Incorrect	
	N	%	N	%
Give patients information about the application	284	78.0	80	22.0
Wash hands before application	44	12.1	320	87.9
Both venous of the arm to check by inspection and palpation	310	85.2	54	14.8
Venous to make significant	282	77.5	82	22.5
Wear gloves	132	36.3	232	63.7
The skin cleansing before in application of PVK	354	97.3	10	2.7
Wait to dry after cleaning the skin with antiseptic substance	102	28.0	262	72.0
Enter the appropriate angle to the venous	275	75.5	89	24.5
The date of the PVC procedure and the name of the individual that conducted the procedure on the fixation material	108	29.7	256	70.3
The follow before in application of PVK /Observe	153	42.0	211	58.0
The rate of change of PVK	72	19.8	292	80.2
The open of blocked PVC	34	9.3	330	90.7

In terms of the correct applications related to the stages of inserting a PVC, 97.3% of nurses cleaned the patient's skin before inserting the PVC, 85.2% controlled the inspection and palpation of the veins in both arms before choosing the right vein to insert the PVC, and 78% of nurses provided their patients with information regarding the procedure (**Table 2**).

Illustrates to what extent nurses can identify the symptoms and results of local complications that develop in patients that have had a PVC inserted, and to what extent they can identify the suitable nursing intervention to apply. Study results concluded that the complication nurses identified most was infiltration (89.6%). In terms of applying the suitable nursing intervention for local complications, nurses were able to identify the correct nursing intervention for infiltration the most (87.4%) (**Table 3**).

Table 3. The Distribution of Information on Local Complications PVC for Nurses
(n=364)

	Correct		Incorrect	
	N	%	N	%
Identify Signs And Symptoms Of Local Complications				
İnfiltrasyon	326	89.6	38	10.4
Ekstravazasyon	240	65.9	124	34.1
Flebit	254	69.8	110	30.2
Identify The Suitable Nursing Intervention To Apply Of Local Complications				
İnfiltrasyon	318	87.4	46	12.6
Ekstravazasyon	107	29.4	257	70.6
Flebit	138	37.9	226	62.1

DISCUSSION

The results of this study, conducted to evaluate the situation of nurses in relation to conducting the peripheral venous catheter, were compared to results of similar studies available in literature.

Patients should be told what the procedure entails before every procedure. After the necessary explanations are made, the patients should be asked if they have any further questions. The healthcare professional explaining the procedure to the patient must do so in a confident manner, because no patient will trust a nurse that does not trust themselves. The collaboration established between patient and nurse will reduce the stress level of both the patient and the nurse (16). The fact that the majority of nurses participating in this study inform their patients about the PVC procedure before each procedure was a pleasing result (Table 2).

Prior to inserting the PVC, the patient's skin should be cleaned thoroughly with an antiseptic in order to protect the patient from any possible infections that may develop (6). Catheter infections are evaluated as one of the indicators of quality nursing care (17). Therefore, cleaning the skin as part of the PVC procedure is essential. Study results concluded that the majority of nurses cleaned their patient's skin before inserting the PVC (Table 2).

Choosing the right vein is essential for a successful peripheral venous catheterization. Various factors such as the medical history of the patient, their age, their body type and

weight, their general state, their level of physical activity, the state of their veins, and their level of vascular access must be taken into consideration when choosing the right vein. Other properties that should be taken into consideration are the osmolarity of the treatment to be applied, the pH and length of application time, the state of the peripheral veins, any history of neurological disorders, the lymphatic system, any surgical interventions that might affect the procedure, thrombosis, or any problem treated in the past (13,18). Study results concluded that the majority of nurses checked veins in both arms with inspection and palpation before choosing the right vein to insert the PVC.

In the event that the PVC gets blocked during the PVC procedure, the clot should be removed using physiological serum in order to unblock the PVC. In the event that the clot cannot be removed, no force should be applied and the PVC should be changed (8). One of the most incorrect procedure conducted by nurses during the study was that the nurses usually were unable to unblock the blocked PVC using the correct procedure (Table 2).

Hospitalized patients are faced with risks such as a decrease in body resistance due to their illness and the medication they are taking, an environment suitable to create microorganisms due to invasive procedures, and being exposed to numerous microorganisms in the hospital environment. Therefore, it is essential that healthcare professionals working in a hospital environment and nurses, who spend the most time with patients, place importance on washing their hands (19). This is why nurses must wash their hands before and after conducting the PVC procedure. Study results concluded that one of the most incorrect procedure conducted by nurses was not washing their hands. Study results also concluded that the majority of nurses did not change the PVC at the correct intervals (Table 2). The correct interval at which the PVC should be changed is between 72 and 96 hours; therefore, it is essential to write the date on which the PVC was inserted, and by whom it was inserted on the fixation material. Writing the date prevents individuals from forgetting the time the PVC should be changed (10).

The PVC procedure can result in numerous complications. Study results concluded that the most common complications identified by nurses were infiltration, phlebitis, and extravasations; the nursing interventions related to these complications were known (Table 3). Researchs reported that 67.24% of patients developed phlebitis (20), and reported that 20% of patients developed infiltration, while 32.5% developed phlebitis (11). Based on results of conducted studies it is thought that as these complications are the most common

complications that develop in PVC patients, the nurses can identify their symptoms and results, and generally know nursing interventions of these complications.

CONCLUSION

Study results concluded that the nurses participating in the study had sufficient knowledge regarding certain stages of the PVC procedure; cleaning the skin before inserting the PVC, checking the inspection and palpation of veins in both arms before selecting the correct vein, and informing the patient about the procedure prior to conducting the procedure. However, nurses had insufficient knowledge level; applying the correct intervention to unblock a blocked PVC, washing their hands before conducting the procedure, changing the PVC at the right intervals, and writing down when and by whom the procedure was conducted on the fixation material.

In conclusion of these results, nurses should be provided with practical in-service training programs that refresh and update the knowledge of nurses related to the PVC procedure, and new studies should be conducted on PVC with a broader research group.

REFERENCES

- 1.Çelik Z, Anıl C. İntravenöz Uygulama Komplikasyonlari: Güncel Gastroenterol. 2004;8(2):1-6.
- 2.Karagözoğlu Ş. İntravenöz Sivi Tedavisi Komplikasyonu Olarak Gelişen Tromboflebitte Hemşirelik Bakimi Ve Sıcak - Soğuk Uygulamanın Yeri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001;5(1):18-25.
- 3.Altuntaş F, Yıldız O, Ünal A. Hematolojik Maligniteli Hastalarda İntravenöz Kateter İnfeksiyonları. Erciyes Tıp Dergisi. 2004;26(1):25-32.
- 4.Leblebioğlu H, Öztürk R. SVK ilişkin infeksiyonlar. Tani Ve Önlem Metodlarında Yeni Yaklaşımlar. Yoğun bakım Dergisi. 2002;2:97-105.
- 5.Türmen E. İstündağ M. Sepit D. ve arkadaşları. Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İntravenöz ve Oral Uygulamaya İlişkin Beceri Gelişiminin Değerlendirilmesi. I. uluslararası ve VII. Ulusal hemşirelik kongresi Kitabı; 29 Ekim-2 Kasım 2001, Antalya. 2001. p 493-486.
- 6.Karadağ A. Damar İçi Katater Uygulamalarında Kullanılan Pansuman Materyalleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999;3(2):35-39.

7.Ulusoy MF, Görgülü RS. Hemşirelik Esasları: Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler. Ankara (TU): TDF Ofset; 2001.

8.Karabacak G. Parenteral ilaç uygulamaları. In: Sabuncu N, Akça AF. Klinik Beceriler: Sağlığın Değerlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2010:250-273

9.Hall AM. Administration Of Injections. In: Nursing Interventions And Clinical Skills, ed. Elkin MK. Perry AG. Potter PA. St. Louis: Missouri, 2004.

10.Akça Ay F. İlaç Uygulamaları. İçinde: Akça Ay F (ed). Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, İstanbul: Medikal Yayıncılık, 325-341

11.Güner İC, Ovayolu N, Karadağ G. Hemşirelerin Periferik Venöz Kateter (Pvk) Uygulamaya İlişkin Durumlarının Belirlenmesi. Hemşirelik Forumu 2005:10-15.

12.Denat Y, Eşer İ. Yaşlı Hastalarda Periferik İntravenöz Kateterizasyon. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;10(1):43-9.

13.Moureau N. Intravenous Catheter Selection and Tip Termination- A Guide to Making the Best Choice. Business Briefing: Long-Term Healthcare Strategies. 2003. p. 1-4.

14.Harkreader H. Hogan MA. Caring and Clinical Judgment. In: Fundamentals of Nursing. USA: Elsevier Science 2004.

15.Sabuncu N (ed), Özdilli K. Özhan F. İlaçların Veriliş Yolları. İçinde: Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar. İstanbul. Alter Yayıncılık, 2008.

16.Lavery I. Peripheral Intravenous Cannulation And Patient Consent. Nursing Standart 2003;17 (28):40.

17.K Arzu Kateter Hemşireliği. [access 2011 Oct 10]; Available from: http://www.thd.org.tr/html/KATATER_KURS/KATATER__KURS_14.pdf.

18.Hadaway LC, Millam DA. On The Road To Successful Start: A Supplement to Nursing 2005;35(1): 1-14.

19.Akça Ay F (ed), Sarvan S. Asepsi, Ünlversal Önlemler Ve İzolasyon Uygulamaları. İçinde: Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. İstanbul: Medikal Yayıncılık, 2008.

20.Karadeniz G, Baykal D, Özbakkaloğlu B. Hemşirelerin İntravenöz Kateteri Olan Hastalarda Flebit Gelişimine İlişkin Bilgileri İle Hastalara Yaptıkları Uygulamalar. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999;15(2-3):103-118.

SAĞLIĞI GELİŞTİRİCİ BİR UNSUR OLARAK SOSYAL MEDYA: FACEBOOKTA SAĞLIK*

Emine ŞENER¹, Menevşe SAMUR²

ÖZET

Sosyal medya her alanda kişileri ve kurumları birer birer bünyesine katmaya devam etmekte ve kapsamı günden günde büyümektedir. Optimal sağlık durumunun sağlanması amacıyla, bireylerin yaşam tarzlarını değiştirmelerine yardım eden sağlığın geliştirilmesinde, sosyal medyanın durumu bu çalışmanın konusunu oluşturmaktadır. Facebook Türkiye’de en fazla etki ve kullanıcıya sahip sosyal bir ağıdır. Çalışmada Facebook’ta en çok izlenen/beğenilen, sağlık bilgileri içeren ilk oniki Türkçe sayfa Ocak 2012 tarihinden itibaren tarama modeli kullanılarak incelenmiş ve içerik analizi ile değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda; sayfa kurucularına ait bilgilerin bulunmadığı, ticari ürünlerin tanıtımının yapıldığı, bir kısmında kaynak göstermeden bir kısmında ise bir web sitesini kaynak göstererek sağlık bilgisi sunulduğu, daha çok koruyucu sağlık bilgilerinin yer aldığı, bazılarında sağlıkla ilgisiz videoların/fotoğrafların paylaşıldığı görülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, sosyal medyanın; sağlığı etkileyen rolünün ciddi bir şekilde ele alınması, informal ve sanal bir ortam olsa da Sağlık Bakanlığı tarafından gerekli denetim mekanizmalarının oluşturulması, sağlıkta bilinçli kullanımına ilişkin eğitimin ve yasal düzenlemenin yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal Medya, Sağlığı Geliştirme, Sağlık Eğitimi, Facebook.

* Bu çalışma 13-15 Eylül 2012 tarihinde Isparta’da yapılan 6. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresinde **Sözlü Bildiri** olarak sunulmuştur.

¹ Öğr. Gör., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Fethiye Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü,

² Araş. Gör., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Fethiye Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü,

İletişim/Corresponding Author: Emine ŞENER

Tel: 0 252 211 13 26 **e-posta:** eminesener@gmail.com

Geliş Tarihi/Received : 02.11.2012

Kabul Tarihi/Accepted: 15.07.2013

SOCIAL MEDIA AS A FACTOR HEALTH PROMOTING: HEALTH ON FACEBOOK

ABSTRACT

Social media continues to add in every field of individuals and institutions one by one and day by day its scope is growing. The subject of the study is "Social Media's role on to improve the state of health which helps individuals to change their lifestyle in order to ensure optimal health condition. Facebook is the way of social networking, has the most user and greatest impact on people in Turkey. This study analyzed that, most popular/watched Turkish twelve pages in facebook that contains health informations from the date of January 2012, using the model of scan and evaluating with the content analysis. As a result of research we found that pages contains; no information about the page's founders, shares advertisements/promotions on commercial products, some of them offers health informations with resources and some of them not, most informations are about preventive health informations, some of them shares the videos/photos which are not about to health. According to these results; the role of social media on the affect of health should considered seriously, although informal and virtual tract; Ministry of Health should establish the necessary control mechanisms/educate on using this system concious and organize legal regulations.

Key Words: Social Media, Health Promotion, Health Education, Facebook.

GİRİŞ

Sağlık enformasyonu, kamu sağlığının hastalıkların önlenmesi yaklaşımında son derece önemli bir ögedir, çünkü bireyler ilgili sağlık enformasyonu ile kendi sağlıklarını güçlendirirler. Tıbbi tedavi ücretlerindeki artış ve diğer faktörler, son yıllarda sağlık hizmetlerinde erken teşhis ve öz yönetimi (self management) önemli kılmıştır. Sağlık enformasyonu, sağlık risklerini önlemede önemli bir malzemedir çünkü sağlık hizmeti sağlayıcılarını ve kamuyu potansiyel sağlık risklerini teşhis ve tedavi teknikleri hakkında, ayrıca sağlık risklerini minimize etmenin en iyi stratejileri konusunda eğitmek için gereklidir (1). Günümüzde çok yaygın kullanılan ve birçok insanı etkileyen sosyal medya önemli bir sağlık enformasyon kaynağı olup, sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme arasında bağımlı bir ilişkisi vardır.

Sosyal medya her alandan kişi ve kurumları birer birer bünyesine katmaktadır. Bu arada hızla gelişen ve kapsamını günden güne kartopu etkisiyle büyüten sosyal medyada bazı sektörler açısından dönüşüm sancıları yaşanmaktadır; bunların başında sağlık sektörü gelmektedir. Sağlık sektörü kendi içerisinde birçok kısıtlayıcı koşullara sahiptir ve sektörün gerek içerik gerekse sosyal medya üzerinden yapacağı pazarlama aktivitelerinde çok sayıda konuya dikkat etmesi gerekmektedir (2). Bu çalışma, sosyal medya araçlarından biri olan “Facebook’ta Sağlık” teması ile alana katkı sağlamayı amaçlamaktadır. Aşağıda sağlık iletişimi, sağlığı geliştirme ve sosyal medyanın sağlık üzerinde etkilerine ilişkin literatür bilgileri yer almaktadır.

I. Sağlık İletişimi ve Sağlığı Geliştirme

İletişim araçlarında, özellikle multi-medya ve yeni bilgi teknolojisindeki ilerlemeler sağlık bilgisine erişimi iyileştirmeye devam etmektedir. Bu açıdan, sağlık iletişimi bireylerin ve toplulukların daha fazla yetkilendirilmesi için gittikçe önem kazanan bir unsur olmaktadır. Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdüreceği şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri olarak tanımlanan sağlık okuryazarlığı iletişim sürecinde üzerinde durulması gereken konudur.

İnsanların sağlık bilgisine erişimini ve bunu etkili bir şekilde kullanma kapasitesini iyileştiren sağlık okuryazarlığı yetkilendirme için çok önemlidir. Sağlık okuryazarlığının zayıf olması, insanların kişisel, sosyal ve kültürel gelişimini sınırlandırarak ve sağlık okuryazarlığına engel olarak kişilerin sağlığını doğrudan etkileyebilir (3). Sağlık iletişimi,

sağlığın geliştirilmesi amacıyla bireyler arasında sağlıkla ilgili olarak oluşan, etkileşim ve işlemlere iletişim kavram ve kuramlarının uygulanmasıdır (4). Çeşitli boyutlarda gerçekleşen sağlık iletişiminin kalitesi, tıbbi başarının derecesini ciddi şekilde etkilemektedir. Amerika'nın önde gelen sağlık kuruluşlarından CDC (Centers for Disease Control and Prevention-Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi) sağlık iletişimini "sağlığı geliştirmek, kişilerin ve toplumun sağlıkla ilgili kararları üzerinde etkili olmak ve bilgilendirmek amacıyla iletişim bilimine ilişkin kural ve stratejilerin uygulanması" olarak tanımlamaktadır. Healthy People 2010 sağlık iletişimini, "önemli sağlık sorunları hakkında, kamunun, bireylerin ve kurumların bilgilendirilmesi, etkilenmesi ve harekete geçirilmesi sanat ve tekniği" şeklinde tanımlamaktadır. Buna göre sağlık iletişimi, toplumun içinde yaşayan bireylerin yaşam ve sağlık kalitelerinin artırılması, sağlık bakım politikalarının oluşturularak sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve hastalıklardan korunması işlevlerini kapsamaktadır. Kısaca sağlık iletişimi, sağlık bilgisinin yaratılması, toplanması ve paylaşılması süreçlerinden oluşmaktadır (5).

Dünya Sağlık Örgütü, 1958 yılında "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık" hedeflerine ulaşmak amacıyla 1986 yılında Kanada'nın Ottawa kentinde bir toplantı düzenleyerek sağlığın geliştirilmesi kavramını tanıtmıştır. Bu toplantıda Dünya Sağlık Örgütü sağlığın geliştirilmesini, "insanların kendi sağlıklarını üzerindeki sorumlulukları artırılarak sağlık düzeylerini yükseltme süreci" olarak tanımlamıştır (6). Sağlığın geliştirilmesi yaklaşımında toplum bireylerinin; sağlıklı beslenen, fizyolojik kapasiteleriyle orantılı günlük egzersiz yapan, uyumlu, sosyal, başkalarına yardım eden, dinlenmeye ve rahatlamaya zaman ayıran bireyler olmaları amaçlanmaktadır.

Sağlığı geliştirmede kimi noktalarda birbiriyle kesişen üç öge vardır: Hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması ve sağlık eğitimi (1). Bu çalışmada bu öğelerden "sağlık eğitimi" informal boyutuyla ele alınmıştır. "Bireyin sağlıklı olma koşullarını hazırlayan, sağlıklı olmayı mümkün kılan ve güçlendiren; ya da buna yönelik kollektif bir davranış için aynı etkileri yapan öğrenme yaşantılarının herhangi bir bileşeni" olan sağlık eğitimi pozitif sağlığı geliştirmek için bir iletişim aktivitesidir (1). Sağlık eğitimi mesajları hem formal hem de informal iletişim bağlamında yayılırlar. Formal iletişim bağlamında sağlık hizmeti sağlayan/kullanıcı (tüketici) etkileşimi, sınıf eğitimi, kitle iletişim programları ile sağlık eğitimini sayabiliriz. Sağlık enformasyonu, informal olarak da günlük temaslarla; yani aileyle, arkadaşlarla, çalışma arkadaşlarıyla ve popüler kitle iletişimi yoluyla dolaylı olarak hatta kimi

zaman da ima yoluyla yayılır. Formal ve informal sağlık eğitimi kanallarının birleşimi ile çok geniş sayıda birey, sağlık enformasyonunun sağlanması ve tüketilmesine katılır (1). İnformal sağlık eğitimi, sıklıkla doğruluğu kanıtlanmamış ve hatalı sağlık enformasyonu içerir. Bununla birlikte insanlar informal sağlık eğitimine açıktırlar çünkü enformasyon kaynakları ile genellikle yakın ilişki içindedirler.

II. Sosyal Medya-Facebook ve Sağlık

Sosyal medya, özellikle toplumun davranışlarını etkilemesi bakımından önemlidir. Öte yandan sosyal medya diğer insanların davranışlarını etkilemede birtakım avantajlara sahiptir. Özellikle kullanıcı için çok hızlı elde edilen geri bildirimler buna örnek olarak gösterilebilir. Ancak bu avantajları açık bir şekilde belirtmek oldukça zordur. Bu durum sosyal medyanın etkisinden ve gelişiminden ileri gelmektedir. Öte yandan sosyal medyanın çok hızlı yayılması onun takibini ve kontrolünü zorlaştırmaktadır (7).

Sosyal medya konusuna girildiğinde, ilk karşılaşılan kavramlardan biri web 2.0'dır. 2004'te kullanılmaya başlanan bu terim, toplumsal iletişim sitelerini, wikileri, iletişim araçlarını, kısacası internet kullanıcılarının ortaklaşa yarattığı sistem için kullanılır. Web 2.0 aynı zamanda; teknolojiyi, ikinci nesil web tabanlı araç ve servisleri ve toplu kullanılan çevrimiçi platformları ifade eder (7). Web 2.0; kullanıcı ve web sitesi arasında etkileşim sağlarken, sosyal medya kişilerin çevrimiçi (online) mecrayı kullanarak konuştukları, ortak ilgileri olan kişilerin bir araya gelerek düşüncelerini, yorumlarını ve görüşlerini paylaştıkları bir alandır. Web 2.0 kavramı altında tanımlanan ikinci nesil internet hizmetlerini ise bloglar, mikrobloglar, Youtube gibi video paylaşım siteleri, fotoğraf paylaşım siteleri, Facebook, Twitter, Myspace gibi sosyal ağlar oluşturmaktadır (2). Sosyal ağlar günlük hayatımızın niteliğini artırmaktadır. Profesyonel ve sosyal hayat, sosyal ağlar aracılığıyla gittikçe daha fazla rapor edilir, araştırılır, paylaşılır ve öğrenilir olmaktadır (7).

Yakın bir gelecekte yeni kuşak internet sitelerinde daha çok akıl göreceğiz. Web 3.0 ve web 4.0 kısa bir süre sonra yaşantımıza girecek ve sağlık alanında devrim yaratan gelişmelerle karşılaşacağız. İnternet gelecekte daha da etkileşimli olacak. Çünkü sadece siteler ve kişiler arası değil, internete bağlı olan ve bağlanacak tüm cihazlar, insanlar, sektörler, servisler arasında etkileşim sağlanacak. Böylece ortaya çıkan çok daha akıllı, hızlı ve entegre sistem, yaşamımızı birçok alanda kolaylaştıracak. İnternete erişimin kolaylaşması, yaygınlaşması ve ucuzlamasıyla daha çok sayıda insan internetten ve internet aracılığı ile

ulaşabileceği medikal bilgi ve sağlık hizmetinden yararlanabilecek. Üniversite, kamu kurum ve kuruluşları da bu alanda kaçınılmaz olarak yer alacaklar. İnternet tıp alanında, klinik çalışmalar, Araştırma-Geliştirme ve hasta iletişiminde şu an sınırlarını tanımlayamayacağımız yeni bir boyut açılıyor. Bugün düşünülmesi gereken ise gerek teknoloji, gerekse regülasyonlar açısından bu gelişime ne kadar hazırlıklı olduğumuz ve bilginin doğruluğunu nasıl sağlayacağımızdır (2).

Son birkaç yıl içinde, Facebook, YouTube, Twitter ve diğer sosyal medya araçlarının sağlık mesajları yaymak için kullanımı önemli derecede artmıştır ve yükseliş trendi devam etmektedir (8, 9). Sosyal medyanın, sağlık hizmetleri ve hastaların bilgiye ulaşımında devrim gerçekleştirdiği artık hepimiz tarafından kabul edilen bir gerçektir. Sosyal medya araçları kullanarak, sağlık mesajlarına erişimi genişletmek, katılımı teşvik etmek ve inandırıcı, bilime dayalı paylaşımları artırmak önemli bir konu haline gelmiştir.

Facebook, insanların başka insanlarla iletişim kurmasını ve bilgi alışverişi yapmasını amaçlayan bir sosyal paylaşım web sitesidir. 4 Şubat 2004 tarihinde Harvard Üniversitesi, 2006 sınıfı öğrencisi, Mark Zuckerberg tarafından kurulan Facebook, öncelikle Harvard öğrencileri için kurulmuştu. Daha sonra Boston civarındaki okulları da içine kapsayan Facebook, iki ay içerisinde Ivy Ligi okullarının tamamını kapsadı. İlk sene içerisinde de; Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tüm okullar Facebook'ta mevcuttu. Üyeler önceleri sadece söz konusu okulun e-posta adresiyle (.edu, .ac, .uk, vb.) üye olabiliyordu. Daha sonrasında da ağ içine liseler ve bazı büyük şirketler de katıldı. 11 Eylül 2006 tarihinde ise Facebook tüm e-mail adreslerine, bazı yaş sınırlandırmalarıyla açıldı. Kullanıcılar diledikleri ağlara; liseleri, çalışma yerleri ya da yaşadığı yerler itibarıyla katılım gösterebilmektedirler (10,11).

İnsanların algılarını yönetmede ustaca kullanılan bu paylaşım siteleri ve medya araçları, formal olmayan yollardan insanların düşüncelerini etkilemekte, informal yoldan bilgi edinmelerini sağlamaktadır. İnfomal yollardan paylaşılan bu tür bilgiler, videolar, fotoğraflar, hızla artmakta işin boyutu seçim kampanyalarına ve halk üzerinde bir etki uyandırmaya kadar uzanabilmektedir. Bu tür araçları kullananların sayılarının hiç de azımsanmayacak derecede olduğunu, söyleyebiliriz (12). Bu çalışma, informal düzeyde süren bu iletişim ve eğitim sürecini bilimsel bir temele dayandırması açısından önem arz etmektedir. Ritterband ve Tate'nin (13) "The Science of Internet Interventions" adlı makalelerinde de belirttikleri gibi; "sağlığı geliştirmede -internet uygulamalarında- bilimsel bir temel olmadan, sadece alanda debelenip duracağız".

MATERYAL VE METOT

Bu araştırmada sosyal bilimlerde son yıllarda yaygın olarak kullanılan ve genel kabul gören nitel araştırma teknikleri kullanılmıştır. Tarama modelinde, betimsel bir nitelik taşımakta olan araştırmada doküman incelemesi/analizi kullanılmıştır. Doküman incelenmesi, araştırılması hedeflenen olgu veya olgular hakkında bilgi içeren yazılı materyallerin analizini kapsar. Geleneksel olarak doküman incelenmesi, tarihçilerin, antropologların ve dilbilimcilerin kullandığı bir yöntem olarak bilinir. Oysa sosyologlar ve psikologlar da doküman incelemesi kullanarak önemli kurumların gelişmesine imza atmıştır (14). Dokümanlar, nitel araştırmalarda etkili bir şekilde kullanılması gereken önemli bir kaynaklardır. Bu tür araştırmalarda, araştırmacı, ihtiyacı olan veriyi, gözlem veya görüşme yapmaya gerek kalmadan elde edebilir. Bu anlamda doküman incelenmesi, araştırmaya, zaman ve para tasarrufu anlamında katkıda bulunacaktır.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın genel amacı, optimal sağlık durumunun sağlanması amacıyla, bireylerin yaşam tarzlarını değiştirmelerine yardım eden sağlığın geliştirilmesinde, sosyal medyanın durumunu vurgulamaktır. Araştırmada, yaygın olarak kullanılan Facebook Türkçe sayfalarında, sağlık olgusunun mevcut durumunu ortaya çıkarmak ve sağlığı geliştirici bir unsur olan sosyal medyanın ülkemizde etkinliğini artırıcı öneriler geliştirmek amaçlanmıştır. Bu amaç çerçevesinde aşağıdaki konulara açıklık getirilmeye çalışılacaktır. En fazla beğeni/izlem sayısına sahip Facebook sayfasının;

- Facebook'a katılım tarihi, beğeni sayısı,
 - Kurucusunun belirtilip belirtilmediği,
 - Kurucusunun sağlık ile ilgili bir mesleğe/kurumsal kimliğe sahip olup olmadığı
 - Paylaşımlarda kaynak gösterip gösterilmediği,
 - Gösterilen kaynakların bilimsel/sağlık bakanlığı onaylı olup olmadığı
 - Paylaşımlarda en çok hangi tür öğenin kullanıldığı (resim, video, metin vb.)
 - Paylaşılan öğelerin içeriklerinin neler olduğu,
 - Paylaşımların en çok sağlığın hangi boyutu ile ilgili olduğu,
 - Paylaşımların sağlık dışı öğe ve bilgiler içerip içermediği,
 - İlaç veya benzeri ticari markaların tanıtımının yapılıp yapılmadığı
- incelenmiştir.

Evren ve Örneklem

Türkiye, toplam internet kullanıcısının (30.5 milyon, Eylül 2011 (11)) %72'sinin erişim gösterdiği bir sosyal paylaşım sitesi olan Facebook'un, dünyada en popüler olduğu ülkedir (15). Bu çalışmada, Türkiye'de en fazla etki ve kullanıcıya sahip olan Facebook'ta sağlığın incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada, veri toplama kısmında verilen anahtar kelimeler ile Facebook sayfasında tarama yapılmış ve sağlık ile ilgili kurum, kuruluş, sendika ve sağlık çalışanlarına yönelik sayfalar Haziran 2012 tarihi itibarıyla (107 adet) örneklem dışı tutularak, sağlık, güzellik, beslenme, spor, sağlık ürünleri ve haberlerini içeren ve adında sağlık geçen sayfalar (62 adet) incelenmiştir. Araştırma betimsel nitelikte bir çalışma olduğundan evreni temsil yeteneği ve sayfaların beğenileri de dikkate alınarak bir sıralama yapılmış ve en çok beğeni/izlem sayısına sahip ilk 12 Türkçe sayfa Ocak 2012-Haziran 2012 tarihlerinde, nitel araştırma yöntemlerinden doküman inceleme kullanılarak, biçim ve içerik yönünden incelenmiştir.

Veri Toplama Aracı

Araştırmada hangi doküman önemli olduğu ve veri kaynağı olarak kullanabileceği araştırma problemi ile yakından ilgilidir. Bu araştırmada, temel problem, sosyal medyanın sağlığı geliştirici rolüne Türkiye'de Facebook'un katkısının resmini ortaya koymaktır. Bu amaçla tercih edilen ilgili sayfada, analiz birimi olarak sözcük seçilmiş ve arama motorunda (Facebook search engine) “sağlık” “sağlığı geliştirme”, “sağlık eğitimi” “sağlık bilgisi” “sağlık bakanlığı” anahtar kelimeleri ile arama yapılmıştır. Ancak “sağlığı geliştirme”, sağlık eğitimi” anahtar kelimelerine ilişkin bulunan sonuçlar beğeni ve sayfa sayısı çok az (10 adet beğeni) olduğundan dolayı dikkate alınmamış sadece “sağlık” ve “sağlık bilgisi” anahtar kelimeleri sonucu gelen beğeni ve izlenme sayısı en fazla olan ilk oniki sayfa incelemeye tabi tutulmuştur. Araştırma amacı doğrultusunda hazırlanan soru formu ile veriler toplanmıştır.

Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Araştırmada veriler, hazırlanan veri toplama formuna araştırmacılar tarafından, ilgili sayfalar ay/gün sınıflandırılması yapılarak incelenip kaydedilmiştir. Facebook istatistikleri ve sayfa içerikleri öylesine hızlı değişmektedir ki 2012 rakamlarının bile kısa sürede eskimiş hale geleceğini öngörmek zor değildir. Bu çalışmada 1 Ocak-12 Haziran 2012 tarihleri

arasındaki içerikler incelenmiştir. Elde edilen veriler, frekans, yüzde kullanılarak tablo ve grafik şeklinde gösterilmiştir.

BULGULAR

Araştırmada, ilgili sayfalarda, analiz birimi olarak sözcük seçilmiş ve “sağlık” “sağlığı geliştirme”, “sağlık eğitimi” “sağlık bilgisi” “Sağlık Bakanlığı” anahtar kelimeleri ile arama yapılmıştır. “Sağlık Bakanlığı” araması sonucunda: Sağlık Bakanlığı adıyla 3.846 beğenme (Haziran 2012), Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı adıyla 4.612 beğenme, sayısına sahip iki sayfa yer almakta ancak içerik bulunmamaktadır. Herhangi bir kullanıcı tarafından oluşturulmuş rastgele bir sayfa veya ilgi alanı (common interest) özelliği taşımaktadır. Ancak çalışmanın kongrede sunumu sonrası, Ekim 2012 tarihinde Sağlık Bakanlığı Resmi Facebook sayfası açmıştır.

Biçim ve İçerik Analizine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırma kapsamında yer alan sayfaların biçim ve içerik analizine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. İncelenen Sayfalara İlişkin Genel Bilgilerin Dağılımı

İncelenen Sayfalar	Katılım Tarihi	Beğeni Sayısı
Sağlık	07.07.2010	120.289
Sağlıklı Yaşam	01.03.2012	96.360
Her gün 1 Tıp ve Sağlık Bilgisi	11.05.2010	78.751
Yararlı Sağlık Bilgileri	02.07.2011	73.060
Sağlıklı Yaşam İçin Her gün 1 Bilgi	20.08.2010	56.385
Sağlık ve Güzellik	25.02.2011	54.664
Sağlık	25.03.2011	54.451
Hemen Sağlık	10.06.2011	48.027
Doğadan Gelen Sağlık	14.02.2010	47.456
Her gün 1 Yeni Sağlık Bilgisi	2010	38.334
Sağlığım Her şeyden Önemlidir Diyenler	12.04.2010	33.824
Bodybuilding Fitness Pilates Sağlıklı Yaşam	15.09.2009	25.878

Tablo 1 incelendiğinde, araştırma evrenindeki en çok beğeni/izlem sayısına sahip ilk 12 sayfanın tamamının 2010 ve sonrasında kurulduğu görülmektedir. Araştırma sürecinde örneklem kapsamına alınmayan diğer 50 sayfanın, beğeni sayısının dikkat çekici bir şekilde ani düşüş gösterdiği belirlenmiştir. Sayfaların kurucusunun belirtilip belirtilmediğine bakıldığında, 12 sayfanın sadece 5’inde kurucusunun belirtildiği ve sağlık sektöründe/sağlık mesleğinde yer aldığı belirlenmiştir.

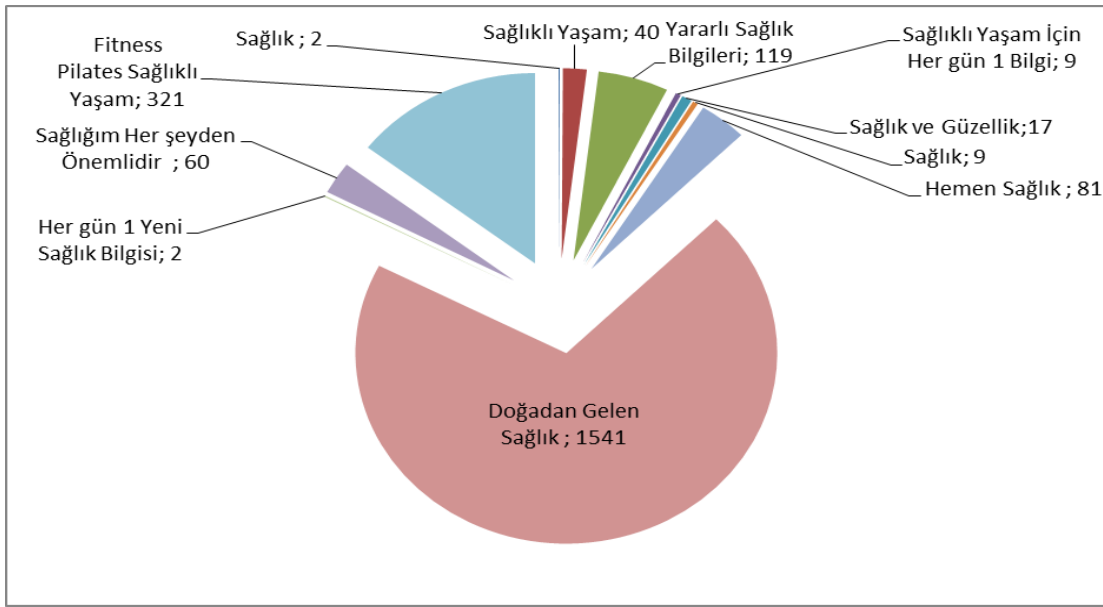
Tablo 2. İncelenen Sayfalarda Yayınlanan İçeriklerin Kaynak Gösteriminin Dağılımı

Sayfalar	Paylaşım Sayısı	Kaynak Gösterilen Paylaşım Sayısı	Bilimsel, Bakanlık Onaylı
Sağlık	5	0	0
Sağlıklı Yaşam	41	1	0
Her gün 1 Tıp ve Sağlık Bilgisi	Paylaşım bulunmamaktadır.		
Yararlı Sağlık Bilgileri	119	111	111
Sağlıklı Yaşam İçin Her gün 1 Bilgi	9	5	4
Sağlık ve Güzellik	20	3	3
Sağlık	9	0	0
Hemen Sağlık	89	82	82
Doğadan Gelen Sağlık	1655	685	620
Her gün 1 Yeni Sağlık Bilgisi	2	0	2
Sağlığım Her şeyden önemlidir Diyenler	60	30	30
Bodybuilding Fitness Pilates Sağlıklı	353	220	220
TOPLAM	2362	1137	1072

Tablo 2’de de görüldüğü gibi, araştırma kapsamında yer alan sayfalardan en fazla paylaşımın “Doğadan Gelen Sağlık” adlı sayfa olduğu ve sayfada daha çok alternatif tıp diye adlandırılan bilgiler yer almaktadır. Ancak her gün bir bitkinin faydasının anlatıldığı sayfada kaynak gösterimi ve bilimsel verilerle destekleme oranı çok düşüktür. Takip eden sayfa ise, 353 paylaşım ile vücut geliştirme ve sağlık yaşam ve beslenmeye ait bilgilerin paylaşıldığı bir sayfadır. Bu sayfanın kaynak gösterme sayısı ise 220’dir. En fazla beğeniye sahip olan sayfa ise 2012 yılı itibariyle sadece 5 paylaşımında bulunmuştur. Paylaşımların %48,13’ünde kaynak

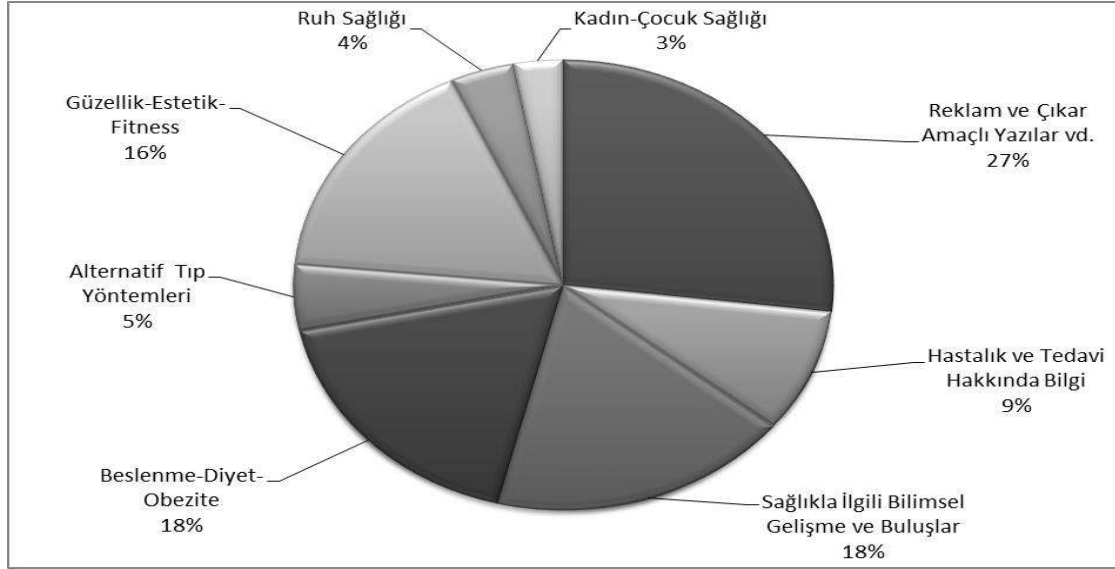
belirtildiği, %51,86'sında ise kaynak belirtilmediği tespit edilmiştir. Gösterilen kaynakların çoğunluğu bilimsel ve bakanlık onaylı olduğu belirlenmiştir.

Grafik 1'de ilgili sayfalarda yer alan paylaşımlarda resim, fotoğraf kullanımı verilmiştir. Toplamda 2201 adet fotoğraf, 29 adet video paylaşımı bulunmaktadır. En fazla paylaşıma sahip olan sayfada video paylaşımı sadece 15'tir. Her gün 1 tıp ve Sağlık Bilgisi sayfasının 2012 yılında paylaşımı bulunmamaktadır.



Grafik 1: Paylaşımlarda Resim Kullanımına İlişkin Dağılım

Grafik 2'de sayfalarda yer alan paylaşımların kategorileri verilmiştir. Bu sınıflandırma sayfalar incelendikten sonra oluşturulmuştur. Paylaşımların %27'si herhangi bir ürün (zayıflama, güzellik-estetik, bitki özlü ürünler), kişi ya da kurumu tanıtmaya amaçlıdır. %18 kısımda ise, sağlıkla ilgili bilimsel gelişme ve buluşlar, beslenme, diyet ve obezite içerikli paylaşımlar yer almaktadır. Güzellik ve estetik konulu içerik paylaşım oranı ise, %16'dır.



Grafik 2: Paylaşımların Sınıflandırılmasına İlişkin Dağılım

İlk beş sayfadaki paylaşımların diğer kişiler tarafından paylaşılması sayısı ise ortalama 798'dir. Yaklaşık 798 kişi buralarda yer alan paylaşımları kendi sayfalarında paylaşıp diğer kullanıcılarında görmesini sağlamaktadır. Böylece bilginin aktarımı katlanarak devam etmektedir.

TARTIŞMA

Sağlığı geliştirmede -internet uygulamalarında- bilimsel bir temel oluşturma sürecine katkıda bulunma çabasıyla Facebook'ta sağlık konusunda yapılan bu çalışmada, araştırma kapsamına alınan sayfaların, 2010 yılından sonra kurulması dikkat çekici bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Bu durumun, 2010 yılı sonrası Facebook'a katılım oranının artmasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir. Köseoğlu'nun çalışmasında da belirtildiği gibi , Facebook sosyal ağı 2010 yılı itibariyle 18 Avrupa ülkesinin 15'inde bir numaralı sosyal ağ sitesi haline gelmiştir. Türkiye'nin konumu gereği bu tablodan etkilendiği söylenebilir (16).

Araştırmada, son altı ayda ilgili sayfalarda 2362 adet paylaşımın yapıldığı, yapılan paylaşımın %73.12'si sağlığı ilgilendiren konulardır. Ancak yapılan paylaşımların %51,86'sında kaynak belirtilmediği tespit edilmiştir. Etkileşim ve diğer kullanıcılar ile içerik paylaşmak ve öğrenmek için her gün milyonlarca kişi tarafından kullanılan bu aracın sağlık alanında/sağlığı geliştirmede kullanımı bilimsel bir alt yapı oluşturma çabası açısından özellikle dikkate alınmasının gereken bir husustur.

Araştırmada, sayfaların ortalamanın altında paylaşım yaptığı ve sayfaların sürekliliğinin olmadığı, beğeni sayıları yüksek olsa da izlenirliğinin düşük olduğu gözlenmiştir. Facebookta ortalama bir kullanıcı her ay 90 adet içerik oluşturmakta ve aktif kullanıcıların % 50'si herhangi bir gün sitede oturum açmaktadır (9). Sistemde her ay 30 milyardan fazla içerik (web linki, haber, blog postası, not ve fotoğraf albümü) paylaşılmaktadır (16). Bu sayfaların sağlığı geliştirmede bir araç olarak kullanımının, resmi ve/veya profesyonel bir sayfa olmadığı takdirde etkili olmayacağını düşündürmektedir.

Araştırmada, ilgili sayfalarda sağlıkla ilgili gelişmeler, hızlı ve etkili olduğu iddia edilen bilgiler, beslenme, obezite ve diyet en fazla paylaşım yapılan konulardır. Bu sonucu, gerek dünya gerekse Türkiye nüfusunun beslenme ve yaşam şeklinin değişmesine bağlı olarak gelişen tablonun bir yansıması olarak görmek mümkündür. Araştırmada, kadın ve çocuk sağlığı ile ilgili bilgilerin oranının (%3) diğer konulara göre düşük olduğu bulunmuştur. Facebook'un Şubat 2012'de yaptığı açıklamada, 845 milyon kullanıcılarından 800 milyonu kadındır (11). Bu rakamdan hareketle, ilgili sayfaların kadın sağlığını geliştirme yönünde etkin olarak kullanılmadığını görmekteyiz.

Araştırmada, ilgili sayfalardaki paylaşımların %27'si herhangi bir ürün, kişi ya da kurumu tanıtmaya/reklam amaçlıdır. Paylaşımlar sınıflandırıldığında en yüksek oranın reklam ve çıkar amaçlı paylaşımlara ait olması ciddi önlemler alınmasını gerekli kılacak bulgulardan biridir. Zayıflama, güzellik, kozmetik ve bitki özlü ürünlerin tanıtımının yapılmasının yasal kontrolleri güçleştirdiği söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bireyin yaşam tarzını değiştirmesine yardım eden sağlığın geliştirilmesinde, sosyal medyanın rolünü vurgulamak ve yaygın olarak kullanılan Facebook sayfalarında sağlık olgusunun mevcut durumunu ortaya çıkarmak amacıyla yapılan bu çalışmada sonuç olarak; en çok beğeni/izlem sayısına sahip ilk 12 sayfanın tamamının 2010 ve sonrasında kurulduğu, sayfaların kurucu belirtme durumunun düşük olduğu, en fazla paylaşımın yapıldığı sayfada daha çok bitkilerin faydalarına ait bilgilerin yer aldığı, paylaşımların yarısından fazlasında kaynak belirtilmediği, paylaşımların tamamına yakınında resim ya da fotoğraf yer alırken video paylaşım oranının düşük olduğu, paylaşımların önemli bir kısmı herhangi bir ürün ya da kişi ya da kurumu tanıtmaya amaçlı olduğu, sağlıkla ilgili en fazla sağlıktaki gelişmeler ile beslenme ve obezite ile ilgili bilgilerin paylaşıldığı, güzellik ve estetiğin ise onu takip ettiği,

daha çok zayıflama, bitki özlü olduğu iddia edilen ürünler ve güzellik-kozmetik ürünlerinin reklamının yer aldığı belirlenmiştir.

Araştırma sonucunda sağlığı geliştirmede önemli bir yeri olan Facebook'un informal rolünün etkinleştirilmesi amacıyla aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- Sağlık Bakanlığı tarafından yapılacak taramalar sonucunda “iyi uygulamalar” çalışması ile ilgili web sayfaları ve Facebook sayfaları ödüllendirilebilir. Şartlar Sağlık Bakanlığı, alanın uzmanı ve akademisyenlerden oluşturulan çalışma ekibiyle belirlenebilir. Rutin aralıklarla kamuya açık ödüllendirme gerçekleştirilebilir. Böylece sosyal medya, görünmeyen denetlenmeyen medya olmaktan çıkarılmış olacaktır.

- Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer alan sağlığı geliştirme ve teşvik konusunda çalışmalar yapan birimlerde, alanın uzmanlarınca Facebook ve diğer sosyal medya araçlarının kontrol ve denetiminin yapılması sağlanabilir. Böylece, paylaşılan bilgilerin güvenilirliği, doğruluğu ve bilimselliği filtre edilerek kullanıcıya ulaştırılmış olacaktır.

- Sağlık Bakanlığı tarafından, sosyal medya kullanıcılarının “sağlık okuryazarlığını” artırıcı çalışmalar yapılabilir.

- Sağlık Bakanlığı tarafından, gerek sağlık çalışanları gerekse sosyal medya kullanıcıları için, sağlıkta sosyal medya rehberi/kullanım kılavuzu hazırlanabilir.

- Bu çalışmada, sağlık olgusunun sadece sağlığı geliştirme boyutu ele alınarak inceleme yapılmıştır. Bundan sonraki çalışmalarda sağlık kurum ve kuruluşları ile diğer sağlık organizasyonlarının sosyal medya uygulamaları incelenebilir.

- Facebook'ta sağlık ürünlerinin reklamına ilişkin düzenlemelerin uygulanır olup olmadığı kontrol edilmelidir.

- Benzer çalışmalar diğer sosyal medya araçları üzerinde yapılabilir (twitter vb.)

Sağlığın geliştirilmesi ve bireylerin/hastaların güçlendirilmesinde bir araç olarak sosyal medyanın mesajları hızlı şekilde kitlelere yayma bakımından sağladığı avantaj şüphe götürmez. Ayrıca sosyal medyada sağlık eğitimi sürecinde, eğitilenin pasif konumundan, kendi sağlıklarına ilişkin kararlara aktif olarak katıldıkları bir konuma geçmeye başlamasındaki rolü artık tartışmasız kabul görmektedir. Geleneksel yöntemlerden sıyrılarak enformasyonun aktarımında hızlı olan bu aracı etkin kullanmak sağlık profesyonellerinin kaçınılmaz rolü olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Çınarlı İ, Sağlık İletişimi ve Medya, Nobel Yayın Dağıtım. 1. Baskı. Ankara - 2008. ss: 25–28
2. Kayabalı K, İnternet Ve Sosyal Medya Evreninde Sağlık. İyi Klinik Uygulamalar Dergisi (İKU) 2011; 25: 14–20.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, Bakanlık Yayın No: 814, ISBN: 978–975–590–361–3, Ankara - 2011. ss: 10
4. Tabak R S, Sağlık İletişimi. 2. Baskı. Literatür Yayınları. İstanbul - 2003. ss: 29
5. Bulduklü Y, Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programları Ve İzleyicileri. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2010; 24: 75–85.
6. Sözen C, Sağlık Eğitimi, Palme Yayıncılık, Ankara - 2003. ss.62
7. Vural A, Beril Z, Bat M. Yeni Bir İletişim Ortamı Olarak Sosyal Medya: Ege Üniversitesi İletişim Fakültesine Yönelik Bir Araştırma. Journal of Yasar University 2010; 20 (5): 3348-3382.
8. Apatu E J I, Alperin M, Miner, K R Wiljer, D, A Drive Through Web 2.0: An Exploration Of Driving Safety Promotion On Facebook Health Promotion Practice, <http://hpp.sagepub.com>, Erişim Tarihi: 12.06.2012
9. Centers For Disease Control And Prevention (CDC, 2012), The Health Communicator's Social Media Toolkit, s. 36, www.cdc.gov/socialmedia,
10. Gupta Y.P, The Effect Of Social Networking Sites On The Personal Lives Of The People (<http://www.scribd.com>, 2012)
11. Facebook, (<http://tr.wikipedia.org>, 2012)
12. Erdem R, Akkaş E, Çelik R, Bardak N, İnfomal Bilgi Kaynağı Olarak Sosyal Paylaşım Siteleri: Facebook Kullanıcıları Üzerinde Bir Araştırma. 9th International Conference On Knowledge, Economy & Management Proceedings; Jun 23-25 2011, Sarajevo-Bosnia & Herzegovina. 2011. p 4
13. Ritterband L M, Tate Deborah F, The Science Of Internet Interventions. Annals of Behavioral Medicine 2009: 38 (1): 1–3.
14. Yıldırım A, Şimşek H, Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. 8. Basım, Seçkin Yayıncılık, Ankara - 2011. ss:187

15. Bekarođlu Ő B, Doktor-Hasta İlişkilerinde Sosyal Medya Kullanımı. Akademik Araştırmalar Dergisi 2011; 49: 139–159.

16. Köseoğlu Ö, Sosyal Ađ Sitesi Kullanıcılarının Motivasyonları: Facebook Üzerine Bir Araştırma. Selçuk İletişim 2012; 7 (2): 58–81.

CİNSELLİĞİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE PLISSIT MODELİ'NİN KULLANIMI

Nilüfer TUĞUT¹ Zehra GÖLBAŞI²

ÖZET

Cinselliğin yaş dönemlerine göre ayrıntılı değerlendirilmesi bütüncü sağlık bakımın bir parçasıdır. Cinselliği değerlendirmenin hemşirelik bakımının önemli bir parçası olması gerektiği kabul edilmesine karşın, hemşirelerin bu konuyu ele almada güçlük yaşadıkları ve bireyin cinselliğini değerlendirmede bazı engellere sahip oldukları bilinmektedir. Çalışmalar bu engellerden birinin hemşirelik uygulamasında cinselliği değerlendirme için rehber oluşturacak modellerin etkin bir şekilde kullanılmaması olduğunu göstermektedir. Cinselliğin değerlendirilmesinde önerilen rehber modellerden biri olan PLISSIT modeli hemşireler için önerilen ve en kullanışlı modellerden biridir. Bu derlemede cinselliğin değerlendirmesinde hemşirelere yol gösterecek olan PLISSIT modelinin tanıtımı amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Cinsellik, Cinselliğin Değerlendirilmesi, PLISSIT Modeli.

PLISSIT MODEL IN SEXUALITY ASSESSEMNET

ABSTRACT

A detailed sexual assessment according to age periods is part of holistic health care. Although it is accepted that sexual evaluation is an important part of nursing care, it is known that nurses have difficulty in these issue and have specific obstacles in evaluating sexuality of a person. Studies show that one of these obstacles is inefficient usage of models that serve as a guide for sexual evaluation in nursing practice. PLISSIT model which is guide models suggested in sexual evaluation is also one of the most useful models recommended for nurses. In this review it was aimed to introduce PLISSIT model which would serve as guide for nurses in sexual evaluation.

Keyword: Sexuality, Sexuality Assessment, PLISSIT Model

¹Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Yardımcı Doçent Dr

²Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doçent Dr

İletişim/Corresponding Author: Nilüfer TUĞUT

Geliş Tarihi / Received : 19.02.2013

Tel: +903462191010 **e-posta:** e-posta: nlfirtugut@gmail.com

Kabul Tarihi / Accepted: 15.07.2013

GİRİŞ

Cinsellik, bireyin emosyonel, mental ve fiziksel olarak erkeklik ya da dişiliği deneyimleme, gösterme becerisi olup, sahip olduğu cinsel organlarının fonksiyonlarını, cinselliği algılama düzeyini ve ifade etme tarzını içermektedir (1). Cinsellik bireyin kişiliğinin ayrılmaz bir parçasıdır. Her bireyin cinselliği algılaması, cinselliğe verdiği öznel anlam ve cinselliği ifade etme biçimi farklıdır. Bu yönüyle cinsellik subjektif bir deneyim olarak ifade edilebilir. Diğer tarafta cinsellik, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, insan yaşamının dinamik bir parçası, sağlık durumunun da önemli bir göstergesi olarak tanımlanmaktadır (2). Cinsellik, çok yönlü bir kavram olması nedeniyle bireyin yaşantısından ve yaşantısında meydana gelen değişimlerden kolaylıkla etkilenmekte, diğer taraftan cinsel yaşamda meydana gelen değişimler de bireyi fizyolojik, biyolojik, sosyolojik ve psikolojik olarak etkilemektedir (3). Buna karşın cinsellikle ilgili konuların, sağlık çalışanları tarafından da yeterince irdelenmediği ve hasta bakımında ele alınmadığı görülmektedir (4-6).

Hemşireler, hastanın var olan ve olası sorunlarına yönelik hemşirelik girişimlerini yerine getirirken, hastanın cinsel sağlığını da göz önünde bulundurmalıdır. Hemşirelik bakımının birincil amaçları arasında bütüncü ve kaliteli bakım sunmak yer almaktadır. Kaliteli ve bütüncü bir hemşirelik bakımının temelini, yaş dönemlerine göre bireyin tüm boyutlarını içine alan kapsamlı bir değerlendirme oluşturmaktadır (7). Ancak çok az hemşire cinselliği değerlendirebilmektedir (6,8-17). Hasta bakımında cinsel konuları ele almada güçlük yaşayan hemşireler birçok engel sıralamaktadır. Bu engeller arasında, cinsellikle ilgili danışmanlık için yeterli bilgiye sahip olmadığına inanmaları, utanmaları, önemsememeleri, iş yoğunluğu, zaman azlığı, cinselliğe ilişkin kişisel baskıcı tutumları ve cinsellikle ilgili konuları tartışırken anksiyete yaşamaları yer almaktadır (6,9,11,12,18,19). Yapılan başka çalışmalarda, hemşireler cinselliği değerlendirememesi nedenleri arasında ilk sıralarda, cinselliği değerlendirme becerilerinin yetersiz olduğunu ve cinsel fonksiyona yönelik uygun hemşirelik girişimlerini bilmediklerini ifade etmişlerdir (13-15). Ayrıca klinikte cinselliği değerlendirmede kullanılacak modellerin yetersizliği de bir engel olarak belirtilmektedir (18, 20-25).

Hemşirelerin cinselliği kapsamlı bir şekilde değerlendirebilmesi için dört beceri alanına sahip olması gerekmektedir. Bu alanlar aşağıda sıralanmıştır.

1. Cinsellikle ilgili rahatlık,
2. Etkili iletişim becerisi,
3. Sağlık ve hastalıkta cinsellikle ilgili temel bilgi,
4. Hemşirelik uygulamasında cinselliği kapsayan modelleri etkin kullanma (26).

Cinsellikle ilgili yeterli bilgi sağlama ve gerekli müdahale için bu beceri alanlarından model kullanımının gerekli olduğu vurgusu yapılmaktadır. Hemşirelerin cinselliği etkin bir şekilde değerlendirebilmesi için farklı modeller önerilmektedir. Hasta cinselliğini değerlendirilmesinde, modelin basamaklarının ilk harflerinin birleşimi olacak şekilde kısaltılan PLISSIT, BETTER, ALARM ve ALLOW modelleri hemşireler için önerilen ve en kullanışlı modellerdir (23,27-30). Cinselliğin değerlendirilmesinde kullanılan PLISSIT modeli çeşitli çalışmalarda kullanılmış ve etkin olduğu saptanmıştır (31-38). Bu nedenle bu derlemede cinselliğin değerlendirmesinde hemşirelere yol gösterecek olan PLISSIT modelinin tanıtımı amaçlanmıştır.

PLISSIT MODELİ

PLISSIT modeli cinsellik konusunu uygulamaya dahil etme yöntemlerinden biri olan, yaygın olarak kullanılan ve uygulaması kolay olan bir modeldir. Model, 1976 yılında Annon tarafından, cinsellik ve cinsel sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması amacı ile geliştirilmiştir (39) ve 2006 yılında Davis ve Taylor tarafından yeniden gözden geçirilmiştir (30).

PLISSIT modeli, bireyin mevcut problemlerine yaklaşım için kavramsal bir şemadır. P-LI-SS-IT modeli bireyin her sorununa dört yaklaşım seviyesi sağlar. Bu model, cinselliği değerlendirme için bir yaklaşım tarzıdır ve açık uçlu soruları içerir. Model, birey ile işbirliğini sağlar, hastanın inançları, değer sistemi, kararlarını anlama ve saygı duyma kuralını destekler. Bu modelin her aşaması, farklı düzeyde eğitim almış hemşireler için müdahale ve değerlendirme için rehber oluşturur. (30). Modelin aşamaları ve her bir aşamada ne yapılacağı aşağıda açıklanmıştır.

I. İZİN VERME (P- PERMISSION)

Bireyin cinsel sağlık ihtiyaçlarını karşılamada ilk adım, değerlendirme sürecidir. Değerlendirme esnasında hemşire hastaya izin vermede sınırları belirlememişse, hastalar cinsellik ve cinsel sağlıklarıyla ilgili olarak ne anlatıp neyi anlatmamaları gerektiğine karar veremezler. Bu nedenle hemşire izin verme sınırlarını açık belirlemeli ve hastayı

cesaretlendirmelidir (30). Bu aşamada hemşirelerden, hastaların cinsellik ve cinsel sağlıkları ile ilgili sorunlarını ifade etmesine izin vermeleri ve hastaların duygularını anlamaya çalışarak uygun tedavi ortamı yaratmaları beklenmektedir. Hastaya yöneltilen sorular seçilirken dikkatli olunmalı ve açık uçlu sorular seçilmelidir. Aşağıda bu aşamada sorulabilecek açık uçlu sorulara örnekler verilmiştir.

- Hastalığınız cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi? (27, 40).
- Hastalığınızdan sonra cinsel ilişkiniz nasıl etkilendi? Bu konuda konuşmak ister misiniz?
- Hastalığınızın tedavisinden sonra cinsellikle ilgili düşüncelerinizde değişiklik oldu mu? (41).
- Bu tür hastalığı olan insanların cinsel istek kaybı veya tatmin sorunları gibi cinsel yaşamlarına ilişkin güçlüklerle karşılaşması sık görülen bir durumdur. Bu konuda konuşmak ister misiniz? (27,40).
- İlacınızı kullanmaya başladıktan sonra cinsel yaşamınızda herhangi bir değişiklik oldu mu? (41).
- Cinsel sağlığınız hakkında ne tür endişeleriniz var? (41).
- Siz cinselliğinizi nasıl ifade ediyorsunuz, bana söyleyebilir misiniz? (41).
- Cinsellikle yada cinsel tatmin ile ilgili herhangi bir endişeniz var mı?
- Yaşınızdaki değişimle birlikte eşinizle olan cinsel yaşamınızda değişim yaşıyor musunuz? (41).
- Bu tür özel durumu olan insanlar cinsel isteksizlik veya cinsel problemler gibi sık sık cinsel sorunlar yaşabilir. Siz bu durumdan etkilendiniz mi? (30).
- Bir çok kişi bu durumun veya bu tedavinin cinselliği etkileyeceği konusunda endişe yaşarlar. Sizin bu konuda endişeniz var mı?
- Siz ve eşiniz cinsel ilişki sırasında nasıl hissediyorsunuz?
- Hastalığınız eşinizle olan ilişkinizi nasıl etkiledi? Bu konu da konuşmak ister misiniz? (30).

Bireyin sağlık ekibi içinde ilk iletişim kurduğu kişi genellikle hemşire olduğu için, bu basamak genellikle hemşirenin sorumluluğu haline gelmiştir. Bu basamakta amaç bireyin duygu ve davranışlarının farkına varmasıdır. Hasta birey ve eşinin, cinselliğe yönelik düşünce/endişelerini ve cinsel aktivitelerinin önemini ifade etmelerine izin vermeyi (27,40) ve benzer durumda olan başka bireylerin olduğunu farketmeyi kapsamaktadır (42).

Bu basamakta hemşire ya da diğer sağlık çalışanları kendini rahatsız hissederse, duygularını istemeden hastalara da geçirebilmektedir. Hemşire yapıcı tartışma için hastalara açıklık hissini verebilmeli, onlarla önyargısız bir ilişki kurabilmelidir. Hemşire cinsellik konusunu açarak bireyi bu konularda konuşmaya, soru sormaya ve açık uçlu sorular ile endişelerini ifade etmesine teşvik etmektedir (27,40). İzin verme bireyin endişesini çözmede yeterli olmazsa ikinci basamağa geçilmelidir (29,30).

II. SINIRLI BİLGİ (LI-LIMITED INFORMATION)

PLISSIT modelinin sınırlı bilgi aşamasında, bilgi kaynağı olarak hemşirelerin önemli rolü bulunmaktadır. Hastalığın cinsellik üzerine etkisi, tedavinin cinsel fonksiyonları nasıl etkileyebileceği konusunda bilgi verilen bu bölümde, cinsel sağlık konusunda hastaları tedavileri ile ilgili bilgilendirilmelerinin, hemşirelik girişimleri arasında önemli bir yere sahip olduğu vurgulanmaktadır (30). Bu aşamada hemşireler yanlış bilgileri açığa çıkarma ve mitleri ortadan kaldırma konusunda bilgi kaynağı olmalıdır. Bu amaçla, hastalara konu ile ilgili broşür, kitapçıklar ve özel internet sitelerinin adresi verilebilir.

Bu basamaktaki hemşirelik girişimleri, hastanın bilgisini artırmayı amaçlamaktadır. Bu aşama cinsellikle ilgili bilgilerin hasta ile birlikte gözden geçirme, hastalığın ve uygulanan tedavilerin cinsellik üzerindeki etkileri (beden imajı, rol ve ilişkiler, sosyal ilişkiler ve cinsel yaşama), bu etkilere yönelik bilgi vermeyi (27,40,42) ve bu konudaki endişeleri ortadan kaldırmayı içermektedir (42). Uygun şekilde verilen bilgi ile hemşire, hastanın cinsellikle ilgili endişeleriyle daha iyi baş etmesine yardım edebilmektedir (27, 40, 42). Örneğin;

Histerektomi sonrası vajinal kuruluk yaşayan kişi için sınırlı bilgi:

- Vajinal kuruluğun nedeni hormonal değişikliklerdir.
- Vajinal kuruluğun en kolay ve etkili çözümü kayganlaştırıcılardır. Kendinize uygun olan kayganlaştırıcı deneyebilirsiniz.
- Bu ilaçların çoğu kokusuz, tatsız ve sterildir. Allerjen değildir.
- Kayganlaştırıcıya ek olarak pelvik kaslarınızı güçlendirecek olan kegel egzersizlerini uygulayabilirsiniz.

Cinsel ilişki sırasında kalp krizi geçirme korkusu olan biri için sınırlı bilgi:

- Cinsel aktiviteden bir - üç saat öncesine kadar aşırı yemek yemeyin ve alkol tüketiminden kaçının.

- Yorgunluğu azaltan pozisyonları seçebilirsiniz. Yan yana ya da altta olduğunuz bir pozisyonu deneyebilirsiniz.

- Ön sevişmeye daha çok zaman ayırabilirsiniz.

- Cinsel aktivitede bulunmak için, sabah saatleri gibi dinlenmiş hissettiğiniz bir zaman seçebilirsiniz.

- Göğüs ağrısını önlemek için cinsel ilişki öncesi nitrogliserin türevi ilaçlarınızı alabilirsiniz (43,44).

Cinsel ilişki sırasında astım krizi atağı için sınırlı bilgi:

- Cinsel ilişkiden 15 dakika öncesi bronkodilatör ilaçları kullanabilirsiniz.

- Solunum sıkıntısını en aza indirmek için üstte olduğunuz, yan yana ya da ayakta eşinizin arkasında olduğunuz pozisyonları tercih edebilirsiniz (Nedenleri ile açıklanır).

- Ağır bir yemekten sonra ya da alkol kullandıktan sonra cinsel ilişkiden kaçınmalısınız.

- Cinsel ilişki öncesinde balgam çıkarmayı kolaylaştırıcı teknikleri kullanarak balgamınızı çıkartabilirsiniz.

- Cinsel ilişki öncesi oda ısısını ayarlayabilirsiniz (45).

İzin verme aşamasında olduğu gibi sağlık profesyonellerinin bu aşamadaki rahatlık düzeyleri bilgi seviyeleri ve değer yargıları ile belirlenmektedir. Eğer sınırlı bilgi vermek yeterli değilse iki seçenek mevcuttur. Birey başka bir yere yönlendirilmelidir veya uygun mekan, bilgi, beceri ve tecrübe ile modelin üçüncü aşamasına geçilmelidir.

III. ÖZEL ÖNERİLER (SS-SPECIFIC SUGGESTION)

Bireye özgü sorunun giderilmesinde, bir problem çözme yönteminin kullanılmasını gerektiren bu bölümde yalnızca cinsel davranışlar üzerine odaklanmak yerine, cinsel sağlığın tüm yönlerinin ele alınması gerekmektedir. Özel öneriler, bireysel gereksinimlere göre farklılık göstermelidir (30). Hemşireler bireye özel öneriler vermeden önce ilgili özel bilgiyi edinmelidir. Bu konuda özel eğitimler almalıdır Bireyler hakkındaki gerekli bilgiyi ve şartlarını öğrenmeden özel önerilerde bulunmak uygun olmayacaktır. Özel öneriler hedeflenen amaca ulaşmak için bireylerin davranışlarını değiştirmelerine yardımcı olmaya yönelik doğrudan çabalaradır. Modelin önceki seviyelerinde olduğu gibi özel tavsiyeler de koruyucu tedbir olarak da kullanılabilir. Modelin önceki seviyelerinde olduğu gibi özel tavsiyeler de koruyucu tedbir olarak da kullanılabilir.

Bu basamak, cinsel yaşamın daha doyum verici olması için, bireye / eşe önerilen özel önerileri ve bilgileri içermektedir. Özellikle uyarılma, ereksiyon, ejakülasyon, orgazm ve

ağrılı ilişki ile ilgili sorunlar için etkilidir. Verilen özel öneriler cinsel sorun hikayesinden elde edilen bilgiye bağlıdır. Özel öneriler ve bilgi cinsel iyileşmeyi kolaylaştırmakta, başarısızlık korkusunu azaltmakta ve cinsel performansla ilgili gerçek dışı beklentileri ortadan kaldırmaktadır. Bu aşamada hastanın sorununa özel çözücü yaklaşım gösterilmelidir. Bu duruma romatizma ağrılarında ayrıntılı olarak farklı cinsel pozisyonların denenmesi ve cinsel aktivite öncesinde analjezik alınmasının önerilmesi örnek olarak verilebilir. Tartışma sırasında hemşire, bireyin değişen beden imajının ve cinsel fonksiyonunun cinselliğe zarar vermediğini anlamasını sağlamalıdır (27,40). Cinsel disfonksiyon sorunu olan bireye ayrıntılı olarak alternatif pozisyonlar, müdahaleler ve kayganlaştırıcılar önerilebilir (42). Cinsel sorunların çoğu bu yaklaşımla başarı ile tedavi edilebilmektedir. Bu yaklaşımla çözülemeyen bazı problemler son basamağa kalacaktır. Bu noktada birey uygun yere yönlendirilmektedir.

IV. YOĞUN TERAPİ (IT-INTENSIVE THERAPY)

Bu aşama PLISSIT modeli'nin en son aşamasıdır (30). Modelin üç basamağının başarılı olamadığı durumda yoğun terapi aşaması kullanılır (42). Bu aşamada primer hemşirenin hastaya yoğun terapi verebilecek düzeyde ek eğitimler almış bir uzman olması ya da bireyi uygun birime yönlendirmesi gerekmektedir (30,42).

EX- PLISSIT MODELİ

Taylor ve Davis (2006) PLISSIT modelinin bir uzantısı olarak Ex- PLISSIT modelini geliştirmişlerdir. PLISSIT modelinin girişim aşamaları ilerledikçe, daha kapsamlı bilgi, eğitim ve beceri gerektirmektedir. Ex-PLISSIT, PLISSIT modelinin genişletilmiş bir modeli olup, primer bakımdan sorumlu hemşireler için hastaların cinsellik ve cinsel sağlık ihtiyaçlarını karşılamada ve endişelerini gidermek için bir çerçeve oluşturmaktadır (30).

PLISSIT modelinde bir aşamadan diğer aşamaya doğrusal geçilebilirken, Ex-PLISSIT modelinde izin verme aşaması, diğer aşamalarının merkezinde bulunmaktadır. Modelde sınırlı bilgi, özel öneriler ve yoğun terpi aşamaları izin verme temeline dayanmaktadır. Bu modelin her aşamasında hastalara “Başka sorularınız var mı?, Bu konuda konuşmak ister misiniz?” gibi sorular yöneltilerek sorusunu yönelterek her aşamada bireye endişelerini ifade etme fırsatı verilmektedir.

Ex-PLISSIT modeli, hemşirelerin yalnızca hastalara cinsel sağlık ile ilgili kendilerini ifade etme fırsatı vermelerini değil aynı zamanda hasta ile açık iletişim kurmalarını,

etkileşimlerini tekrar incelemelerini ve böylece hastanın bireysel gereksinimlerinin karşılanmasını kapsamaktadır Hemşireler hastalara bu konuda konuşmak için istekli olduklarını hissettirmelidirler (30).

Sonuç olarak PLISSIT modeli, hemşirelik uygulamasında cinselliği değerlendirme için etkin bir rehber olarak kullanılabilir. Bu model hemşirelere, kendilerini daha rahat hissedebilecekleri bir ortam sağlayarak, ayrıntılı cinselliği değerlendirebileceği ve uygun hemşirelik girişiminde bulunacağı bir çerçeve sağlamaktadır.

KAYNAKLAR

1. French K. Sexual Health. This Edition First Published, Blackwell Publishing Ltd, USA-2009, p.9-22.
2. World Health Organization- WHO (2006). Defining Sexual Health: Report Of A Technical Consultation on Sexual Health. Geneva.
3. Guthrie C. Nurses' Perceptions Of Sexuality To Patient Care, J Clin Nurs. 1999; 8 (3):313-321.
4. Magnan M.A, Reynolds K.E, Galvin E.A. Barriers to Adressing Patient Sexuality In Nursing Practice. MedSur. Nurs. 2005; 14(5):282–289.
5. Magnan MA, Reynolds K. Barriers To Addressing Patient Sexuality Concerns Across Five Areas Of Specialization. Clinical Nurse Specialist 2006; 20(6):285-291.
6. Steinke E, Patterson-Midgley P. Sexual Counseling Following Acute Myocardial Infarction. Clinical Nursing Research 1996; 5(4):462-472.
7. Ohl L.E. Essentials of Female Sexual Dysfunction From A Sex Therapy Perspective. Urologic Nursing 2007; 27(1):57-63.
8. Akıncı AC, Yıldız H, Zengin N. The Level Of Comfort Among Nursing Students During Sexual Counseling To Patients Who Have Chronic Medical Conditions. Sex Disability 2010; 28:287-296.
9. Algier L, Kav S. Nurses' Approach To Sexuality-Related Issues In Patients Receiving Cancer Treatments. Turk J Cancer 2008; 38(3):135-141.
10. Albaugh J.A, Kellogg S.K. Sexuality and Sexual Health: The Nurse's Role and Initial Approach To Patients, Urol Nurs. 2003; 23:227-228.
11. Pınar G. Kanser Tedavisi Alan Hastalarda Cinsel Disfonksiyon ve Danışmanlığa İlişkin Hemşirelik Yaklaşımları. Gülhane Tıp Dergisi 2010; 52:241-247.

12. Verschuren J.E.A, Enzlin P, Dijkstra P.U, Geertzen J.H.B, Dekker R. Chronic Disease and Sexuality: A Generic Conceptual Framework. *J. Sex. Res.* 2010; 47(2):153–170.

13. Doherty S, Byrne M, Murphy AW, McGee HM. Cardiac Rehabilitation Staff Views About Discussing Sexual Issues With Coronary Heart Disease Patients: A National Survey In Ireland, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5May. 2010.

14. Okeahialam BN, Obeka N.C. Sexual Dysfunction In Female Hypertensives. *Journal of the National Medical Association* 2006; 98(4):638-640.

15. Saunamaki N, Andersson M, Engstrom M. Discussing Sexuality With Patients: Nurses' Attitudes and Beliefs. *J. Adv. Nur.* 2010; 66(6):1308–1316.

16. Güngör S, Başer I, Ceyhan S, Karaşahin E, Acikel CH. Mode of Delivery And Subsequent Long-Term Sexual Function Of Primiparous Women. *International Journal of Impotence Research* 2007; 19(4),358-365.

17. Ersay AR, Tortumluoğlu G, Şenyüz P, Pamukçu K. Sağlık Alanında Eğitim Gören Yükseköğretim Öğrencileri Cinsel Sağlık Eğitiminin Nasıl Verilmesi Gerektiğini Düşünüyorlar? *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2006; 3(2):1–12.

18. Güvel S, Çulha F, Yaşar F, Volkan Ş, Boyam F, Peşkircioğlu L. Hemşirelerde Kadın Cinsel Fonksiyonları Konusunda Bilgi Düzeyinin Sorgulanması. *Androl Bült.* 2005; (20):82-84.

19. Yıldız H. Sağlıkın Bozulduğu Durumlarda Hemşirelerin Cinsel Sağlığa Yaklaşımları. *İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi* 2002; 12(49):81-90.

20. Aygin D, Aslan F.E. Cinsel İşlev Bozukluklarında Ne Yapıyoruz? Ne yapmalıyız?. *Androloji Bült.* 2005; (22):264-267.

21. Denat Y, Demir Y. Hemşirelikte Gözardı Edilen Bir Durum: Cinselliğe Yönelik Veri Toplama. *Tepecik Eğitim Hast Dergisi* 2008; 18 (1):1-7.

22. McKelvey RS, Webb JA, Baldassar LV. Sex Knowledge and Sexual Attitudes Among Medical and Nursing Students. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1999; 33:260-266.

23. Mick J.M. Sexuality assesment: 10 Strategies For Improvement. *Clinical Journal Of Oncology Nursing* 2007; 11(5):671-675.

24. Haboubi N.H.J, Lincoln N. Views Of Health Professionals On Discussing Sexual Issues With Patients. *Disabil Rehabil* 2003; 25:291-296

25. Jolley S. Taking A Sexual History: The Role Of The Nurse. The Role Of The Nurse. 2002. <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/taking-a-sexual-history>
26. Duldt B.W, Pokorny M.E. Teaching Communication About Human Sexuality To Nurses And Other Healthcare Providers. Nurse Educ.1999; 24:27-32.
27. Dixon K.D, Dixon N.P. The PLISSIT Model: Care And Management Of Patients' Psychosexual Needs Following Radical Surgery. Lippincott's Case Management 2006; 11(2):101-106.
28. Katz A. The Sounds Of Silence: Sexuality Information For Cancer Patients. Journal of Clinical Oncology 2005; 23(1):238-241.
29. Katz A. Do Ask, Do Tell, Why Do So Many Nurses Avoid The Topic Of Sexuality? Am J Nurs.2005;105:66-68.
30. Taylor B, Davis S. Using The Extended PLISSIT Model To Address Sexual Healthcare Needs. Nursing Standard 2006; 21(11):35-40.
31. Ayaz S. Stomalı Bireylerde Hemşirenin Rolü, Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2008; 27:86-90.
32. Alteneder RR, Hartzell. Addressing Couples' Sexuality Concerns During The Childbearing Period: Use Of The PLISSIT Model. JOGNN 1997; 26:651-658 .
33. Howard HS. Sexual Adjustment Counseling For Women With Chronic Pelvic Pain. JOGNN 2012; 41:692-702.
34. Korean J. Effectiveness of PLISSIT Model Sexual Program On Female Sexual Function For Women With Gynecologic Cancer. Acad Nurs 2001; 41(4):471-480.
35. Marsden R, Botell R. Discussing Sexuality With Patients In A Motor Neurone Disease Clinic. Nurs Stand. 2011; 4:25(15-17):40-46.
36. Cleary V, Hegarty J, Mcauley C. Development Of An Educational Intervention Focused On Sexuality For Women With Gynecological Cancer. Journal of Psychosocial Oncolog 2012; 30:535-555.
37. Preneck P, Booth S, Kendall M. The Effectiveness Of A Sexuality Training Program For The Interdisciplinary Spinal Cord Injury Rehabilitation Team. Sexuality and Disability 2005; 23(2):51-63.
38. Katz A. Sexual Changes During and After Pregnancy, AJN 2010; 110(8): 50-53.
39. Annon J.S. The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme For The Behavioral Treatment Of Sexual Problems. Journal of Sex Education 1976; 4(6):81-88.

- 40.** McInnes R.A. Chronic Illness And Sexuality. MJA 2003; 179 (5):263-289.
- 41.** Wallaca M.A. Sexual Health Of Older Adults: Using The PLISSIT Model To Talk About Sex. AJN 2008; 8(7):50-60.
- 42.** Kaplan M. The Sexuality Discussion: Tools For The Oncology Nurse. Clinical Journal of Oncology Nursing 2011; 15 (1):15-19.
- 43.** Taylor H.A. Sexual Activity and The Cardiovascular Patient: Guidelines. Am J Cardiol 1999; 84 (Suppl 5B): 6-10.
- 44.** Jaarsma T, Steinke EE, Gianotten WL. Sexual Problems In Cardiac Patients: How To Assess, When To Refer. J Cardiovasc Nurs.2010; 25(2):159-164.
- 45.** Vincent E.E, Singh S.J. Adressing The Sexual Health Of Patient With COPD: The Needs Of Patient And Implications For Health Care Professionals. Chronic Respiratory Disease 2007; 4:111-115.

UTERUS TRANSPLANTASYONU VE ETİK

Ruşen ÖZTÜRK¹ Ümran SEVİL²

ÖZET

Son yıllarda transplantasyonda meydana gelen önemli gelişmeler, uterus transplantasyonunu da gündeme getirmiştir. Uterin faktör infertilitesi olan, bir çok hasta için transplantasyon umut ışığı olmuştur. Kadınların çoğu, sadece kendi doğurduğu çocuğa sahip olmak istemektedir. Ancak uterus transplantasyonu diğer transplantasyon cerrahilerinden ayıran en önemli özellik insanların yaşamlarını kurtarmak için değil, yaşam kalitesini artırmak amacıyla yapılmasıdır. Bu durum, birçok soru işaretini de gündeme getirmektedir. Uterus transplantasyonu, çağımızın tıp dünyasında yarattığı tıbbi ve bilimsel karmaşıklığı rağmen, bu konudaki etik sorular belki de daha fazla zorluklara yol açmaktadır. Bu derleme, uterus transplantasyonunun etik boyutunu ve anne-bebek ve donör açısından yarar ve risklerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, Uterus Transplantasyonu, Etik

UTERINE TRANSPLANTATION AND ETHICS

ABSTRACT

In recent years, significant improvements occurring in transplantation which brought to the uterus transplantation. Transplantation is a beacon of hope for many patients who has uterine factor infertility. A lot of women would like to have a child that is born just your own. But uterus transplantation is the most distinctive feature other transplant surgeries not to save people's lives in order to improve the quality of life of people so that reason question mark comes up a lot. Although uterus transplantation, created by the medical and scientific complexity of our time in the medical world, perhaps ethical questions in this regard leading to more difficulties. This article reviews the ethical dimension of the uterine transplantation, to evaluate the benefits and risks to transplantation for mother-infant and the donor.

Key Words: Infertility, Uterine Transplantation, Ethics

¹ Arş.Gör.Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği

² Prof.Dr.Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği

İletişim/ Corresponding Author: Ruşen ÖZTÜRK

Geliş Tarihi / Received : 07.01.2013

Tel: +90 232 388 11 03 **e-posta:** rusenozturk85@hotmail.com

Kabul Tarihi / Accepted: 01.10.2013

GİRİŞ

Uterin faktör infertilitesi, dünya çapında milyonlarca kadını etkilemektedir. Yaklaşık olarak 9 milyon üreme çağındaki kadın, histerektomi olmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde, 24 yaşın altındaki kadınlarda her yıl yaklaşık 5000 histerektomi yapılmaktadır (1). Histerektomi operasyonunun ülkemizde uygulanma sıklığına ait veriler bulunmamasına karşın; ABD'de 60 yaşa kadar varan kadınların %37'sinin histerektomi operasyonu geçirmiş olduğu, en yüksek histerektomi oranının 40-44 yaş grubunda olduğu belirtilmektedir (2). Aynı zamanda fekundabilite oranlarına dayanılarak, binlerce kadının uterus transplantasyonu için aday olabileceği tahmin edilmektedir. Devam eden çalışmalar, uterus transplantasyonu için kayıt yaptıran, "bekleme listesinde bulunan" potansiyel alıcıların; Rokitansky sendromu, geçirilmiş histerektomi, endometriozis ve servikal kansere sahip olduğunu ortaya koymuştur (1). Bu nedenle, bebek sahibi olamayan veya uzun süredir tedavi gören birçok çift için uterus transplantasyonu yeni bir umut kapısı olmuştur. Bu sebepten makalede amaç, uterus transplantasyonunun etik boyutu ve anne-bebek ve donör açısından yarar ve risklerini değerlendirmektir.

I. UTERUS TRAPLANTASYON ENDİKASYONLARI

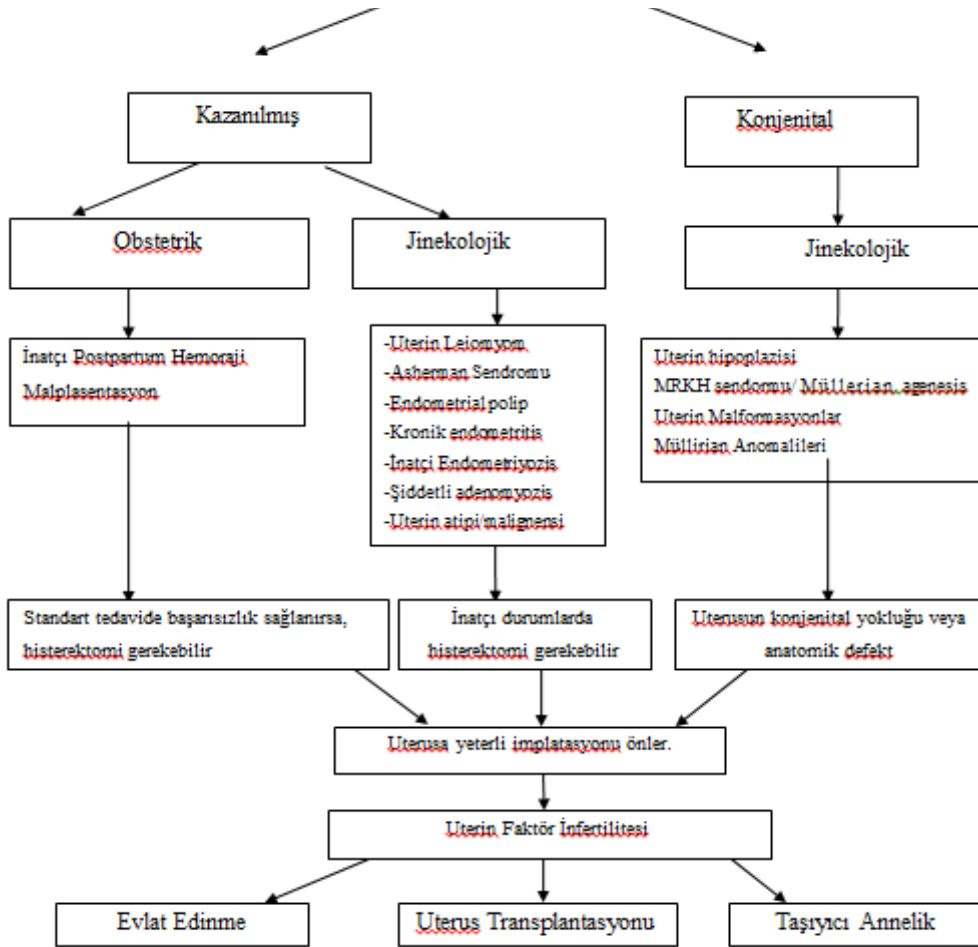
Son 10 yıllık dönemde hem kadın hem de erkek infertilitesi tedavilerinde, önemli gelişmeler olmuştur. Batı dünyasında üreme çağındaki çiftlerin % 8 ile % 30'unun infertil olduğu (3), Türkiye'de ise bu oranın %10-20 arasında olduğu tahmin edilmektedir (4). İnfertilite de tıbbi konsültasyon istenen çiftlerin yaklaşık % 40'ında kadına ait nedenler olduğu belirtilmektedir. IVF tedavisinin başlaması, ovulatuvar bozukluklar ve tubal faktörler gibi kadın infertilitesine ait nedenlerin tedavi edilmesine yol açmıştır. Ancak, uterus faktörüne bağlı infertilite de altta yatan anormalliklerin çoğu tedavi edilebilir değildir. Yalnızca İngiltere'de, 15.000 kadının (infertil kadınların % 3'ü) uterin faktör nedeniyle infertil olduğu tahmin edilmektedir (3,5-7).

Uterus faktörüne bağlı infertilite, agenesis, hipoplazi gibi konjenital müllerian anomalilerine bağlı olabileceği gibi sonradan kazanılmış da olabilmektedir (Şekil 1). Müllerian anomalilerin, 1/200 kadında mevcut olduğu tahmin edilmektedir. Septa veya unicornis gibi bu konjenital küçük müllerian anomalileri de infertiliteye neden olabilmektedir (3). Ayrıca Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) sendromu her 5000 doğumda 1 görülen, mülleriyen kanallarının embriyonik gelişimindeki duraksama sonucunda ortaya

çıkan, uterus ve vaginanın üst 2/3'lük kısmının konjenital aplazisidir. MRKH olgularında eksternal genitalya normal görünümde olup, adolesan dönemde sekonder seks karakterleri normal gelişim göstermektedir, ancak primer amenoreye yol açabilmektedir (8,9).

Kazanılmış uterus faktörüne bağlı infertilitenin, en büyük nedeni ise Leiomyomadır. Leiomyomlar, anatomik yerleri ya da boyutları ile submüköz veya başka şekilde yer alarak, uterus boşluğunun biçimini bozarak veya implantasyonu engelleyerek, infertiliteye neden olabilmektedir. Leiomyom, endometriyal anormallileri de doğrudan tetikleyebilmekte ya da uterus kasılmalarını artırarak spontan düşüklere neden olabilmektedir. Leiomyom nedeniyle infertil hastaların küçük bir kısmı, myomektomi ile başarılı bir şekilde yeniden doğurganlıklarını kazanabilmektedir. Kazanılmış uterus faktör infertilitesinin bir başka nedeni de Asherman sendromudur. Asherman sendromuna bağlı infertilite oranı %1.5 ila %3 arasında olduğu tahmin edilmektedir (3,10).

Şeki1. 1 Uterin Faktör İnfertilitesi Nedenleri ve Yönetimi



Kaynak: Lefkowitz A., Edwards M. and Balayla J. The Montreal Criteria for the Ethical Feasibility of Uterine Transplantation. European Society for Organ Transplantation 25 (2012) 440 (11).

II. UTERUS TRANSPLANTASYONU

Deneysel hayvanlarda uterus transplatasyonu geçmişi, 1960 ve 1970'li yıllarda gerçekleştirilen çalışmalar ile başlamış ve 20. yüzyılda yaygınlaşmıştır (12). Eraslan ve ark. tarafından (1966), ilk başarılı uterus ototransplantasyonu gerçekleştirmek için dişi köpekleri kullandıkları belirtilmiştir. Sonraki atılımlara rağmen, uterus nakli araştırmaları 1970'lerde in-vitro fertilizasyon başlangıcı ile ilgisini kaybettiği, benzer deneylerin, 2000 yılına kadar meydana gelmediği görülmektedir (11). İnsanlarda ilk uterus transplantasyonu girişimi, Nisan 2000 yılında postpartum kanama nedeniyle uterusunu kaybeden 26 yaşındaki bir kadında gerçekleştirilmiştir. Donör, benign over hastalığı nedeniyle histerektomi yapılan 46 yaşındaki bir hasta olmuştur. Uterus donörden alınmış ve büyük safen ven segmentleri, her üç uterin venlere ve her iki taraftaki uterin artere anastomoz edilmiştir. Sadece uterusun fiksasyonu, alıcının vajinasına yapılmıştır. İmmunosupresyon tedavisi; siklosporin, azatioprin ve prednizolon ile yönetilmiştir. Alıcıya, 99 gün sonra muhtemelen vasküler tromboza bağlı nekroz belirtileri nedeniyle histerektomi yapılmıştır. İlginç bir şekilde, fallop tüpleri canlı kalmıştır ve bunun reddedilmesine ilişkin hiçbir kanıt bulunmamıştır. Transplantasyondaki başarısızlığın, damarların gerilme ve torsiyonu sonucunda perfüzyonun azalması nedeniyle, uterusun yetersiz yapısal desteğinin neden olabileceği sonucuna varılmıştır (3,11-14). Gebelik asla elde edilmemesine rağmen, transplantasyon prosedürünün kendisi, teknik bir başarı olarak ilan edilmiştir (15).

UTx (Uterus Transplantasyonu) şu anda ABD ve Avrupa'da çok sayıda merkezde araştırma konusudur. Tavşan, koyun, insan olmayan primatlarda ve farelerde, başarı oranları değişen uterus transplantasyonu girişimlerinde bulunulmuştur (1,16). Hayvanlarda gerçekleştirilen nakillerdeki bu ciddi ilerlemelere rağmen, insanlarda başarılı uterus nakli girişimleri daha geride kalmıştır (11). Del Priore 2006 yılında, ABD'de, insanda uterus nakli için hazırlandığını ilan ederken, potansiyel alıcıları ve organ bağışçıları tespit ettiğini belirtmiştir (15,17). Del Priore ekibi, alıcılara yakın doku uyumu olmayan kadavrayı, uterus transplantasyonlarında kullanmayı planlamıştır. Del Priore yaklaşımında, ilk olarak; uterusun alıcıya yerleştirilmesi ve organ reddinin önlenmesi için bir immunosupresyon ilaç rejimi uygulanmasını, ikinci olarak; alıcının önceden dondurulmuş in vitro embriyoların taşınması ile stabilize edilen uterus içinde gebelik elde edilmesini, üçüncü olarak; anti-rejeksiyon ilaçlar ile ilişkili yan etkilere uzun süre maruz kalınmasını önlemek için gebelikten sonra (veya gebelikten iki yıl sonra) uterusun çıkarılması yer almıştır. Doğum sonrası histerektomi

yapıldığı göz önüne alınırsa; Del Priore kendi yaklaşımını geçici bir uterus nakli olarak açıklamıştır (15) .

Dr. Mats Brännström ve ark. hayvanlarda yapmış olduğu uterus transplantasyonu çalışmaları doğrultusunda insan deneyleri için hazırlanmıştır. Kendi çalışmasını Del Piore'nun çalışmasından ayıran özellik, alıcı ile yakın akrabalığı olan canlı vericilerden (anne veya kardeş) uygun donör doku uyumu ile uterin greft temininin sağlanabileceğini belirtmiş olmasıdır. Böyle bir greft ile, alıcının anti-rejeksiyon ilaçlar ile ilişkili risklerin bazılarının önlenilebileceği gibi aynı zamanda doğal gebelik denenebileceği ve bir postpartum histerektomiye gerektirmeyeceği belirtilmiştir. Teorik olarak, Brannström yaklaşımı kalıcı uterus grefti olarak tanımlanmıştır (15).

Geçtiğimiz üç yıl boyunca, bilim adamları var olan infertilite sorunlarını çözmek için büyük çaba sarf etmişlerdir. Nitekim, bu alanda meydana gelen başarılar ve gelişmeler önemli bir klinik etkiye sahip olmuştur. Dünyadaki ilk başarılı uterus nakli, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Plastik Rekonstrüktif Cerrahi Estetik Ana Bilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Ömer Özkan ve ekibi tarafından gerçekleştirilmiş, ancak gebelik devam etmemiştir. Kadavradan uterus nakli, konjenital uterus yokluğu olan 21 yaşındaki hastada gerçekleştirilmiştir. Transplantasyon sonrası, 8'inci haftada, embriyonun kalp atışlarının izlenmemesi üzerine gebelik sonlandırılmıştır (18,19).

III. UTERUS TRANSPLANTASYONUN ÖNEMİ

Üreme potansiyeli, bazı bireyler açısından anlamsız görülebilmekle birlikte bazı bireyler içinde kesinlikle hayati bir önem taşımaktadır (1). Bu nedenle, infertilite birçok kadın için yıkıcı olabilmektedir (17). ART'deki gelişmeler birçok infertil çiftin hayallerini gerçekleştirmesine yardımcı olmasına rağmen, yakın zamana kadar; uterin faktör infertilitesi olan kadınların, evlat edinme ve gestasyonel taşıyıcı annelik olmak üzere iki seçenekleri bulunmaktaydı. Şu an, uterus nakli üçüncü bir seçeneği oluşturmaktadır (1). Ancak dini inançlar, etik yaklaşımlar veya hukuki çatışmalara bağlı karmaşık ahlaki yapısı nedeniyle gestasyonel taşıyıcı annelik, Batı Avrupa'da dahil olmak üzere dünyada birçok ülkede yasadışıdır (1,3,19-21). Bu nedenle, taşıyıcı anneliğin dini ve de etik yetkili makamlar tarafından onaylanmadığı toplumlarda, kadınlar için uterus transplantasyonu tek seçenek olabilmektedir (1,6,13,14).

Organ ve doku nakli son elli yılda modern tıbbın kabul edilen bir parçası haline gelmiştir (17). Organ transplantasyonu, organ rejeksiyonu ve transplantasyon sonrası uygulanan immunosupresif tedavilerin komplikasyonları nedeni ile kritik hastalığı olan kişilerde, yaşam kurtarıcı yaklaşım olarak gerçekleştirilmektedir (1,22). Bu nedenle, transplantasyon, birçoğumuz tarafından sadece yaşam kurtarıcı bir işlem olarak düşünülmektedir. Ancak transplantasyon cerrahisi, hayatı koruyan bir alternatif olmasının yanı sıra, hastaların yaşam kalitesi de artırmaktadır (23). Uterus transplantasyonu hayat kurtarıcı olmaksızın nakil edilen organ grubunun bir örneğidir. Transplantasyona ait riskler büyük ölçüde azaltıldığı için, larinks, yüz, el ve overler gibi organların nakli de artık mümkün olmaktadır. Bu anlamda, uterus transplantasyonu yaşam kurtarıcı olmaksızın, kişinin fertilitasını sağlamak ve yaşam kalitesini artırmak için yapılmaktadır. Diğer bir deyişle, herhangi bir yöntem ile çocuk sahibi olması mümkün olmayan bir kadın ya da çiftin hayatında önemli ve olumlu bir fark yaratmak amacıyla uygulanabilecek deneysel bir uygulamadır (1, 22).

Uterus, bir kadında hem menstruasyonu hem de gebeliğin oluşumunu sağlar. Menstruasyon bir çok kadın için önemli olmayabilir ancak gebe kalabilme yeteneği oldukça önemlidir. Kadınlar için çocuk doğurma derin bir duygusal ve sosyal ihtiyacı doldurmaktadır. Birçok kadın için hamile kalmak arzusu, evrimsel biyoloji ile doğuştan gelen bir özellik olduğu düşünülmektedir. Ama bu arzunun güçlü bir sosyal bileşeni de olmaktadır (23). Türk toplumunda da çocuk ekonomik, psikolojik ve sosyal değer boyutları olan vazgeçilmeyen bir unsurdur. Çocuksuzluk aşağılayıcı bir durum olarak görülmektedir (4). Toplumumuzun; evli çiftlerin çocuk sahibi olması yönündeki beklentilerinin yüksek olması, uterus transplantasyonunun önemini daha da çok artırmaktadır.

IV. UTERUS TRANSPLANTASYONU VE ETİK İKİLEMLER

Uterus transplantasyonu, üreme tıbbı ve transplantasyon cerrahisini içeren iki tıbbi uzmanlığın kesişmesini temsil etmektedir. İnsan UTx etik analizleri; genellikle nakil tekniğine ve gebelik oluşurken kadın ve gelişmekte olan bebek için anti-rejeksiyon ilaçlara maruz kalınması nedeniyle, bunların risk/yarar oranına odaklanmıştır (15). Bu yüzden UTx'dan sonra gebelik oluşturma yeteneğinin yanı sıra, gebelik ve bebeğin olumsuz etkilenip etkilenmediğini belirlemek de önemlidir (3). UTx immunosupresyon ile ilgili temel sorun bu tedavinin en az 9 aylık gebelik sürecinde yer alacak olmasıdır (14). Uterus transplantasyonu,

fertiliteyi sağlamak amacı ile yapılan hayati olmayan bir organ transplantasyonudur. Bu nedenle uterus transplantasyonunun potansiyel fetal etkileri son derece önemlidir. Ancak insanlardaki araştırmaların yetersiz olması nedeni ile immunosupresif tedavinin gebelik durumunda fetus üzerindeki etkileri de bilinmemektedir. Diğer organ transplantasyonlarından sonra elde edilen gebeliklerde immunosupresif tedavinin teratojen etkisi gösterilmemiştir. Ancak bu gebeliklerde hafif prematürite, düşük doğum ağırlığı ve hipertansiyon/preeklampsi riskinin arttığı gösterilmiştir (22). Bazı immunosuppressanlar, alıcının enfeksiyon riskini artırabilmekte ve bazıları gelişmekte olan fetus için risk oluşturabilmektedir. İmmunosupresyonun yan etkileri, organ naklinin reddi gibi risklerin yanı sıra diyabet ve malignitelerin gelişimi açısından alıcıların yüksek risk altında olduğu belirtilmektedir (3,9,17,24). İmmunosupresif ilaçlar organ reddini önlemek için gerekli olduğu gibi bu yan etkileri de kaçınılmazdır. (11). Ancak, uterus başarılı bir gebelik sonrası çıkarabileceği için, immunsüpresiflere uzun süreli maruz kalınmayacaktır (3,9,17,24).

Diğer transplantasyon cerrahilerinde olduğu gibi, uterus transplantasyonuna etik, sosyal ve hukuki sorunlar bulunmaktadır (19). Bu yüzden, mevcut ailesiyle birlikte donör (kadavra veya canlı donör), alıcı aynı zamanda muhtemel alıcının eşi ve doğacak çocuk ile ilgili konular ele alınmalı ve uterus transplantasyonuna bağlı yarar ve riskler göz önüne alınarak etik ilkeler iyice analiz edilmelidir (3,14). Bir başka kritik soru, uterus transplantasyonu için uygun donör tespit etmektir (19). Anne veya yaşlı bir ablanın, en uygun yaşayan donör olacağı düşünülmekte, bu durumda uygun doku uyumu olasılığının da artacağı olacağı belirtilmektedir (3,14). Böbrek bağışlarında olduğu, eşleştirilmiş akraba bağışı, immunosupresif ilaç gereksinimini en aza indirebilmektedir. Bu durumda alıcıların, gebeliğe bağlı risklerinin azaltılabileceği belirtilmektedir (17). Ayrıca donörün yaşının, geç puberte sonrası (15 yaş sonrası) ve muhtemelen arteriosklerotik değişimler gelişmeden önceki yaş grubunda olması önerilmektedir (yaklaşık 45 yaş). Ancak son zamanlarda, postmenopozal kadınlarda, donörden alınan oositler ve uterusun hormonal hazırlanması ile başarılı gebelikler elde edilmiştir. Bu nedenle transplantasyon sonrası gebelik elde etmek için daha yaşlı donörlerinde kullanılabileceği belirtilmektedir (23).

Donör tarafından alınan riskler bugün kadınlarda en sık yapılan cerrahi prosedür olan histerektomiyle benzer olacaktır. Donörün bu riskler hakkında bilgi sahibi olması, transplantasyon bağışından önceki görüşmeler sırasında potansiyel risklerin değerlendirilmesi ve birey tarafından anlaşılması son derece önemlidir (3). Çocuk doğurma yeteneğini en üst

düzeğe çıkartmak için, ideal olan canlı donörün, uterus hastalığı öyküsü veya travma olmaksızın üreme çağında biri olmasıdır. Üreme çağındaki bir kadın, uterus nakli donörü olmayı kabul edebilir. Bu karar alması halinde, uterus naklinin gerçekleşmesi tamamen geri dönülmez olacaktır. Böyle bir durumda kadının daha sonraki bir tarihte pişman olabileceği gerçeği de unutulmamalıdır (11). Donör, ileride kendisi için isteyeceği bir gebeliğin olmayacağı konusunda, kararından emin olmalıdır. Ancak uterus transplatasyonunun donör açısından risk içermediği ve mantıklı olduğu çeşitli durumlar da vardır. Örneğin; bir daha gebe kalmak istemeyen prolapsuslu kadınlar için standart tedavi vajinal histerektomidir. Bu durumda uterus atılmak yerine nakilde kullanılırsa, donör için ilave bir risk söz konusu değildir. Yine endometrial kaviteyi bozan submukozal myom nedeniyle ciddi menorajisi olan hastalar için de histerektomi standart bir tedavi seçeneğidir. Böylece, gelecekte hiçbir gebelik arzusu olmayan veya menstrasyonunu sürdürmek istemeyen hastalar, uterus transplantasyonu için donör olmayı seçebilir (23).

Transplantasyonun, fiziksel sağlık üzerine sonuçları da düşünölmelidir. Böbrek nakillerinde, birey herhangi bir klinik bulgu vermediğinde ve donör için zararı olmadığı düşünöldüğünde tek bir böbrek nakli gerçekleştirilmektedir. Gebelik için uterus transplantasyonu diğer iç organların nakillerinden farklıdır. Uterusun alıcının yaşamı için hayati bir organ olmadığı, ancak alıcı ve ailesinin yaşam kalitesi ve alternatif olarak mutluluğunu artırmak için önemli olduğu unutulmamalıdır (11,20). Ancak uterus yinelenebilir nitelikte bir organ değildir. Uterus olmadan yaşamının klinik önemi küçük olmasına rağmen, uterus bağışının toplumsal cinsiyet, kimliği kaybı ve cinsellik üzerine etkileri gibi duygusal ve pratik sonuçları vardır. Histerektomi sonrası, kadınlarda cinsel işlev bozukluğunda artış ve cinsel tatminin düşmesiyle karşılaşabileceklerini düşündüren veriler vardır. Böyle önemli ve geri dönüşümsüz karar için olası donöre, düşünmek için zaman verilmeli ve sağlıklı bir uterusun verilmesi ile ilgili kapsamlı bilgilendirme verilerek; bağışçıların bilinçli, özerk kararlarından emin olunmalıdır (11).

Uterus transplantasyonuna ait psikolojik riskler de bulunmaktadır. Donör ve alıcı arasında gelişen karmaşık ilişki utanç, kaygı duymalarına ve bu durumun, sağlıklı bir donörü de içermesi daha fazla suçluluk duygusu yaşamalarına katkıda bulunabilir. Bunun ışığında donörün arkadaş ya da aileden olmadığı veya bilinmesinin istenmediği durumlarda donör ve alıcının kimliklerinin bilinmemesi ilkesinin güvence altına alınması, daha da önemli olmaktadır (11).

Yakın bir zamana kadar mutlak uterin faktör infertilitesine sahip hastaların genetik anne olabilmesi için tek seçenek, taşıyıcı annelik olarak bilinmekteydi. Ancak taşıyıcı annelikte, kadın genetik ve sosyal olarak anne olabilmekte ancak gebelik elde edilememektedir (5). Annelik, uterusta bebeğin taşınarak beslenmesi ve doğum deneyiminin yaşanması olduğuna inanılmaktadır. Bu nedenle, uterus transplantasyonunda taşıyıcı anneliğe oranla, annelik duygularının daha fazla beslediği düşünülmektedir çünkü kadın hem gebeliği hem de doğum deneyimini yaşamış olacaktır. Bunun yanı sıra doğumdan sonraki anne bebek etkileşimi ve iletişimini güçlendirecektir (20,25). Bu açıdan bakıldığında uterus transplantasyonun anne bebek etkileşimini artıracığı, annelik rolüne adaptasyonun taşıyıcı anneliğe oranla daha fazla olacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda, taşıyıcı annelik, ilgili tüm taraflar arasında bir güven ilişkisinin varlığını gerektirmektedir. Şu anda güvencesiz hukuki niteliği olan taşıyıcı gebelik anlaşmaları ve olumsuz kamuoyu algısı nedeniyle bu tür düzenlemeler için gerekli olan güven duygusu kolaylıkla sarsılmaktadır (17). Taşıyıcı annelik; ebeveynlik tanımı, taşıyıcı annenin özerkliği, embriyo için potansiyel riskler (alkol alımı, sigara, uyuşturucu) ve taşıyıcı anneye ait riskler (gebeliğe bağlı tromboemboli, hipertansiyon, diyabet, preeklampsi), aynı zamanda taşıyıcı anne ve muhtemel çocuk üzerindeki psikolojik etkileri hakkında soru işaretleri yaratmaktadır. Bu nedenle UTX daha iyi bir üreme alternatifi olabileceği de düşünülmektedir. Ancak taşıyıcı anneliğin, uterus nakline göre en belirgin avantajı, fetus ve annenin olası immunsupresif ilaçlara ait risklere maruz kalmaması ve majör cerrahiye bağlı risklerden (canlı donör ve alıcı) kaçınılmış olmasıdır. Bu risklerin, hasta için olası yararları göz önünde bulundurularak dengelenmesi gerekir (5).

SONUÇ

Uterus transplantasyonu, uterin faktöre bağlı infertilitesi olan birçok hasta için umut ışığı olmuştur. Özellikle uzun süredir çocuk bekleyen ve tedaviye rağmen çocuk sahibi olamayan çiftlerin yaşamında, önemli değişimlere yol açacağı kesindir. Ancak uterus nakilleri sırasında da donör ve alıcı için tüm riskler iyi düşünülmelidir. Bu konuda her iki taraf ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilmelidir. Kadının gebelik oluşması durumunda fetusun ve kendisinin maruz kalacağı riskler ve donörün göreceği zarar iyice ortaya konmalıdır. Özellikle, gebelikte anne ve bebek de oluşabilecek komplikasyonlar için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu görülmektedir. Nakillerin canlı donör kullanılarak yapılması durumunda, donörün bu durumdan olumsuz etkilenmemesi gerekmektedir. Özellikle, donörün fertil çağda bir kadın

olması durumunda, donöre ait riskleri daha fazla artırmaktadır. Ayrıca, donörün (varsa eşinin) fertilitésinin sona ermesi nedeniyle kararından emin olması ve bu işlemin kesinlikle geri dönüşümsüz bir işlem olacağı hususunda ayrıntılı bilgilendirilmesi gerekmektedir. Ancak, uterus transplantasyonunun, ülkemizde olduğu gibi kadavradan yapılması veya fertilitésini tamamlamış bireylerden oluşması halinde, donöre ait bir takım sorunların önüne geçilmiş olacağı düşünülmektedir. Tedavi, gebelik ve tüm bu süreç boyunca hekim açıkça sonuçların garanti edilemez olduğunu hastaya açıklaması gerekmektedir (23). Bu nedenle, transplantasyon öncesi hastaların seçimi için kapsamlı psikolojik değerlendirme yapılmalı ve transplantasyon sonrası da sürekli duygusal destek sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Nair A, Jeanetta S, Smith JR, Priore GD. Uterus Transplant Evidence And Ethics. N.Y. Acad. Sci. 2008; 1127: 83–91.
2. Tütüncü B. Yüksek Lisans Tezi; “PLISSIT Modeli Doğrultusunda Kadınlara Verilen Eğitimin Histerektomi Sonrası Cinselliklerine Etkisi” Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul-2009.
3. Brannstrom M, Wranning CA, El-Akouri RR. Transplantation Of The Uterus. Molecular And Cellular Endocrinology 2003; 202:177-184.
4. Kılıç M, Apay SE, Beji NK. İnfertilite Ve Kültür. İ.U.F.N. Hem. Derg 2011; 19 (2): 109-115.
5. Brännström M, Wranning CA, Enskog A, Hanafy A. Uterus Transplantation – Substantial Progress In Research But Not Yet Ready For The Clinic. Middle East Fertility Society Journal 2007; 12 (2):86-95.
6. Díaz-García C, Akhi SN, Wallin A, Pellicer A. Brannstrom M. First Report On Fertility After Allogeneic Uterus Transplantation. Acta Obstetricia et Gynecologica 2010; 89: 1491–1494.
7. Sieunarine K, Zakaria FBP, Boyle DCM et al. Possibilities For Fertility Restoration:A New Surgical Technique. Int Surg 2005;90:249–56.
8. Üstüner I, Keskin I, Öztürk Ö, Özyiğit E, Avşar AF. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) sendromu. Yeni Tıp Dergisi 2008;25: 241-244.
9. Bedaiwy MA, Shahin AY, Falcone T. Reproductive Organ Transplantation: Advances And Controversies. Fertil Steril. 2008; 90(6):2031-55.

10. Brannstrom M, El-Akouri RR, Wranning CA. Uterine Transplantation. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* 2003;109:121–123.
11. Lefkowitz A, Edwards M, Balayla J. The Montreal Criteria For The Ethical Feasibility of Uterine Transplantation. *European Society for Organ Transplantation* 2012;25: 439–447.
12. Brannstrom M., Wranning C., El-Akouri RR. *Molecular And Cellular Endocrinology*, 2003 ;202(1-2) :177-84.
13. Fageeh W, Raffa H, Jabbad H, Marzouki A. Transplantation Of The Human Uterus. *Int J Gynecol Obstet* 2002; 76: 245–51.
14. Díaz-García C, Johannesson L, Enskog A, Tzakis A, Olausson M, Brännström M. Uterine Transplantation Research: Laboratory Protocols For Clinical Application. *Mol. Hum. Reprod.* 2012;18(2):68-78.
15. Mirkes SR. The Ethics of Uterus Transplantation. *The Linacre Quarterly* 2008; 75(2): 112–131.
16. Brannstrom M., Wranning C.A., Altchek A. Experimental Uterus Transplantation. *Human Reproduction Update* 2010;16 (3): 329–345.
17. Catsanos R, Rogers W, Lotz M. The Ethics Of Uterus Transplantation. *Bioethics* ISSN 0269-9702 (print); 1467-8519. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8519.2011.01897.x/abstract>. Accessed January 10, 2012.
18. <http://www.tjod.org/tr/etkinlikler/tjod-kongreleri/10-tjod-kongres>. Erişim Tarihi:11.12.2012.
19. <http://www.hurhaber.com/haber/kadavradan-rahim-nakli-basarisiz-oldu/555318>. Erişim Tarihi: 01.09.2013.
20. Kisu I, Banno K, Mihara M, Iida T, Yoshimura Y. Current Status Of Surrogacy In Japan And Uterine Transplantation Research. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2011;158:135–140.
21. Ciccarelli JK, Ciccarelli JC. The Legal Aspects of Parental Rights In Assisted Reproductive Technology. *J Soc Iss* 2005; 61: 127–137.
22. <http://www.drondercelik.com/?link=makaleoku&ID=13588> Çelik Ö. Uterus Transplantasyonu. Erişim Tarihi:23.12.2012.
23. Altchek A. Uterus Transplantation. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 2003;70(3): 154–203.

24. Brannstrom M, Diaz-Garcia C. Transplantation Of Female Genital Organs. J Obstet Gynaecol Res 2011; 37: 271.

25. Golombok S, Murray C, Jadv V, Lycett E, MacCallum F, Rust J. Non-genetic And Non-Gestational Parenthood: Consequences For Parent–Child Relationships And The Psychological Well-Being Of Mothers, Fathers And Children At Age 3. HumReprod 2006; 21(7):1918–24.

AFETLERDE GÜVENLİ HASTANELER

Pelin ÖZMEN ¹, Y. Ziya TÜRK ², Mehmet ÇETİN ³

ÖZET

Fiziksel ekonomik ve sosyal kayıplara yol açarak yaşamı durdurabilen afetler, sağlık kuruluşlarına çok sayıda yaralı akışı ile ciddi kaotik ortamlar doğurabilir. Peki hastaneler bu duruma ne kadar hazırlar?

Hastaneler özellikle afetlerde toplumun güç kaynağı olmalıdır. Bu onların öncelikle kendi tesis emniyetlerini sağlamaları ile gerçekleşecektir. Dünyada hastanelerin de afetler sonucu yıkıldığı, ağır hasar gördüğü çok sayıda örnek vardır. Güvenli hastane kavramı işte bu tecrübeler ışığında ortaya çıkarılmıştır. Hastaneler; yapısal, yapısal olmayan ve fonksiyonel unsurlar ile değerlendirilerek güvenlik kategorilerine ayrılır. Güvenlik endeksi olarak belirtilen yöntem bu alanda hazırlanan bir risk yönetim aracıdır. Yöneticilere alınması gereken tedbirler hakkında fikir verir. Dünyada bu konuda pek çok çalışma yapılmıştır. Hastane Afet Planları da konunun Türkiye'deki karşılığı olmuştur. Afetlerde kesintisiz sağlık hizmeti afet öncesinde iyi bir planlama, sektörler arası işbirliği ve eğitim ile yakından ilişkilidir. Afet yönetimi bu yönüyle akılcı organizasyon gerektiren bir sanattır. Günümüzde bu sanata yönelik eğitim ve uygulamalar giderek ağırlık kazanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Güvenli, Hastane, Afet

*Bu çalışmanın bir bölümü 11-12 Nisan 2013 tarihinde Edremit Asker Hastanesi Baştabipliğinin Asker Hastanelerinde Afet Yönetimi Sempozyumunda Sözel Bildiri olarak sunulmuştur.

¹: Uzmanlık Öğrencisi, Askeri Sağlık Hizmetleri AD/Ankara

²: Yrd. Doç.Dr. Askeri Sağlık Hizmetleri AD/Ankara

³: Doç. Dr. Askeri Sağlık Hizmetleri AD/Ankara

İletişim/ Corresponding Author: Pelin ÖZMEN

Tel: 903123043357 e-posta:pozmen@gata.edu.tr

Geliş Tarihi / Received : 25.04.2013

Kabul Tarihi / Accepted : 10.10.2013

SAFETY HOSPITALS IN DISASTERS

ABSTRACT

Stop the loss of life, leading to physical, economic and social disasters, health care organizations with the flow of a large number of serious injuries may lead to chaotic environments. So how hospitals prepare this situation?

Hospitals should be a source of strength of the community, especially during disasters. This is to provide them with the safety of our own facility will take place. There were many examples severe damage or destroyed hospitals have been as a result of disasters around the world. Safety hospital concept in the lights of these experiences were uncovered by researchers. Hospitals are divided into categories of safety evaluation by structural, non-structural and functional elements. As an safety index prepared by the method of security risk management tool in this area. Gives an idea about the management measures to be taken. Around the world have been numerous studies on this issue. In Turkey, Hospital Disaster Plans has been the topic. Continuous health care is closely related advanced disaster planning before disasters, inter-sectoral co-operation and training. Disaster management is an art that requires this aspect of the rational organization. Today, this art is gaining weight steadily for the training and practice.

Key Words: Safety, Hospital, Disaster

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü afeti beklenmeyen, kurumun olanakları ve kapasitesini aşan normal işleyişi bozan dışarıdan yardım gerektiren ani ekolojik olgu olarak tanımlamaktadır. Bir olayın afet tanımı içine girmesini belirleyen en önemli özellik, dış yardıma gereksinim duyulmasıdır. Dış yardımdan salt uluslararası yardım anlaşılmamalıdır. Burada önemli olan, oluşan olay ile toplumun kendisinin baş edememesi ve olay yerinin dışından yardım alınmasının zorunlu olmasıdır (1).

Günümüzde literatürlerde afet kelimesi yerine Olağan Dışı Durum (ODD) kavramı kullanılmaktadır. Olağandışı durum, günlük yaşamın ve toplumsal düzenin bozulması, kesintiye uğraması ve işlevlerin yerine getirilememesi şeklinde tanımlanabilir (2). Olağandışı olaylar, diğer bir deyişle afet ve acil durumlar çok farklı biçimlerde ortaya çıkar; ancak yine de bazı ortak özelliklere sahiptir. Söz konusu özellikler şöyle sıralanabilir:

- Yaşam kaynaklarına ve altyapıya zarar verir.
- Oluştığında şok etkisi yaratır.
- Bir bölümünün ne zaman olacağı tahmin edilemezken, bir bölümününki tahmin edilebilir.
- Bazıları ani olur, bazıları yavaş gelişir.
- İlk anlarda organize müdahale gerçekleştiremeyebilir.

Afetler insan yaşamının ayrılmaz bir parçasıdır bu sebeple afetlere hem kişisel ve hem de kurumsal anlamda hazırlıklı olmak son derece önemlidir. Afetlerde kritik görevler alacak sağlık kuruluşları da bu hazırlıklarda büyük rol oynayacaktır. Dünyada maalesef hastanelerin afetler sonucu yıkıldığı ya da ağır zarar gördüğü çok sayıda olay yaşanmıştır (3-4).

1971 San Fernando-Los Depremi: Hastanede yatan 50 kişi ölmüş, büyük hastaneler tamamen boşaltılmıştır.

1972 Managua-Nikaragua Depremi: Kentteki bütün hastaneler yok olmuş.

1985 Meksiko-City Depremi: Toplam 1000 kadar ölüm iki büyük hastanenin çökmesi sonucu olmuş, 4000 hasta yatağı kullanılamaz hale gelmiştir.

1992 Erzincan Depremi: Üç hastanenin hasarı ölümlerin %20'sine neden olmuştur.

2003 Cezayir Depremi: Mevcut hastanelerin %50'si hasar görmüş.

2004 Endonezya Tsunami : 122 hastane hasar görmüştür.

Hastanelere en çok ihtiyaç duyulduğu anlarda oluşan bu durum, hem hizmeti engellemiş hem de halkın güvenini sarsmıştır. İşte bu çerçevede güvenli hastane kavramı ortaya

çıkıştır. Çalışma bu kavram üzerinden şekillendirilmiş, güvenli hastane kavramına değinilmiş bu kavramın unsurları ve sonuçta bundan doğan hastane afet planları incelenmiştir.

I.GÜVENLİ HASTANE KAVRAMI:

Türkiye sahip olduğu jeolojik, topografik ve meteorolojik koşulları nedeniyle büyük can ve mal kayıplarıyla sonuçlanan doğal afet olayları ile sıkça karşılaşmakta, afetlerle iç içe yaşamaktadır (5-6). Doğal afetler özellikle de deprem ülkemizin bir gerçeğidir. Türkiye'nin topraklarının %91'i, nüfusun da %95'i deprem kuşağı altında bulunmaktadır (7). Ayrıca ülkemiz politik, ekonomik ve sosyal olaylar bakımından istikrarlı olmayan bir coğrafyada bulunduğundan, kitlesel yaralanmalara neden olacak konvansiyonel, kimyasal ve hatta nükleer tehditlerle karşı karşıya kalabilir (8).

İyileştiren hastane tasarımında önemli bir yere sahip olan güvenlik, kurumun hastalar ziyaretçiler ve personel için güvenli bir fiziksel ortam yaratması, hastane içindeki enfeksiyon kontrolü, düşme ve yaralanmalar, emniyet, hırsızlık, gasp olayları, doğal ve diğer afetlere hazırlık, yangın korunması, su ve elektrik kesintileri konularını kapsamaktadır (9).

Hastane yapıları; "Deprem Bölgelerinde Yapılacak Binalar Hakkındaki Yönetmelik 2007", TS500, TS498 ve ilgili diğer şartnameler dikkate alınarak projelendirilir ve uygulama sırasında da projeye uygunluğu kontrol edilerek deprem dayanıklılığı ve güvenliği sağlanmaktadır (10).

Hastaneler aynı zamanda bilgi teknolojileri ve bilgi güvenliği konusunda gerekli alt yapıya da sahip olmalıdır. Uzman personel istihdamı ve teknolojik olarak yapılan yatırımlar afetlerde sağlık hizmeti sunumunda sorunların azalmasına yardımcı olacaktır (11).

Sağlık hizmetlerinde afet nedeniyle oluşan kesintiler, halkın o kuruma olan güveni üzerine kalıcı olumsuz etkiler yaratabilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde gözlemlendiği üzere; hastalar afet sonrasında izleyen yıllarda, depremden zarar gören hastaneler yerine, depremde hasar görmeyen ve hizmet veren tesislere yönelmişlerdir (12).

A.Güvenli Hastaneler İçin Yapılması Gerekenler (13):

- 1.Güvenli hastaneler için ulusal politika ve programların kabul edilmesi
- 2.Esnek hastane tasarım ve inşası
3. Hastanenin güvenliğinin değerlendirilmesi
- 4.Acil müdahale için planların hazırlanması

- 5.Acil durumlar için sağlık çalışanları eğitimi
- 6.Ekipman, ilaç ve malzemelerin korunması

B.Güvenli Hastanelerin Sağladığı Yararlar (14): Sağlık tesislerinin yapısal dayanıklılığını sağlayarak hastaların ve sağlık çalışanlarının hayatını korur. En çok ihtiyaç duyulan zamanda sağlık hizmetlerini acil ve afet sonrasında mümkün olduğunca işler tutar. Sağlık çalışanları ve kurumlarının acil durum yönetim kapasitesinin geliştirilmesini ve riskin azaltılmasını sağlar.

C.Güvenli Hastane Kavramının İçeriği:

-Binalar: Malzemelerin yeri ve tasarım özellikleri, esnekliği olumsuz doğa olaylarına dayanacak şekilde etki gösterir.

-Hastane Yatakları: Bir afet sonrasında, hastane yataklarının sayısı sık sık acil bakım artışlarına bağlı azalacaktır.

-Ekipman ve Tesisler: Ortaya çıkan hasar az masraflı olsa bile, hastane kimi kez operasyonlarını durdurmak zorunda kalabilir.

-Tıbbi ve Destek Personeli: Personel kaybı yaralı bakımını bozar; müdahale kapasitesinin sürdürebilmek için dışarıdan personel alımı gerekebilir bu da sağlık tesislerine ilave ekonomik bir yük getirir. Yine personel arasında uyum problemlerini doğurabilir.

-Temel Hizmetler: Hastane hizmetlerinin devamında elektrik, su ve sanitasyon, atık boşaltımı gibi diğer hizmetlerin devamlılığı da esastır. Bunların kesintiye uğraması tüm hastanenin etkilenmesine neden olacaktır.

II. ACİL DURUM VE AFETLERDE GÜVENLİ HASTANELER: FİLİPİNLER GÖSTERGESİ (PHİLİPPİNE INDİCATORS) (15-16 -17)

Filipinler Göstergesi yapısal olan, yapısal olmayan ve fonksiyonel unsurları içermektedir. Bu gösterge ile hastane güvenlik skorları elde edilmektedir. Sağlık tesisleri buna göre Yüksek, Orta ve Düşük olmak üzere üç güvenlik kategorisinden birinde değerlendirilmektedir.

Kategori A:Düşük risk kategorisindedir. Muhtemel felaket durumlarında hastane çalışmaya devam edecektir. (Puan: 1-0,66)

Kategori B: Orta derecede risk mevcuttur. Ekipman ve kritik hizmetler risk altındadır. (Puan:0,65-0,36)

Kategori C: Ciddi risk altındadır. Sağlık çalışanlarının da, hastalarında güvenliği tehlikededir. Acil tedbir alınması gerekmektedir.(Puan: 0,35-0)

Göstergede yer alan maddeler neticesinde bir kılavuz ortaya çıkmıştır. Kılavuz güvenli hastaneler için elbette tek kaynak değildir, bu; hastane ve sağlık tesislerinin güvenliğini sağlamada sonraki yapılanmalar için bir rehberdir.

Hastane Güvenlik Endeksini hesaplamada mühendisler ve sağlık profesyonelleri birlikte çalışır. Hesaplama bahsedilen yapısal, yapısal olmayan ve fonksiyonel 145 unsur değerlendirilir. Hızlı, güvenilir ve düşük maliyetli tanı aracıdır. Nispeten ucuz ve uygulanması kolay olduğundan, emniyet tedbirlerinin iyileştirilmesi konusunda ülkenin yatırımlarına öncelik verilmesinde önemli bir adımdır. Hastane Güvenlik Endeksinin belirlenmesi, sağlık sektöründe risk yönetimi için yeni bir yoldur. Bu sağlık tesisinin güvenlik seviyesinin zamanla takip edilmesine de olanak sağlamaktadır.

Hastane Güvenlik Endeksinin gelişimi başlangıçta Pan Amerikan Sağlık Örgütü Afet Azaltma Danışma Grubu (DiMAG) tarafından iki yıllık bir süre içinde diyalog, test ve revizyon ile yürütülmüş ve sonra Latin Amerika ve Karayipler'deki diğer uzmanların da katkısı ile, uzun bir sürecin sonunda şekillenmiştir. Hastane Güvenlik Endeksi çeşitli hastanelerde uygulanmaktadır. Bolivya, Ekvator ve Peru'da güvenli hastane pilot uygulamaları gerçekleştirilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Afet Azaltma Kampanyasında hastanelerin güvenliğini sağlamada destek olmuş, farkındalık yaratmayı amaçlamıştır.

2005 yılında gerçekleştirilen HYOGO Eylem Çerçevesinde bütün yeni hastanelerin afet durumlarında işlevsel kalmaları için esneklik ile üretilmeleri hedeflenmiştir (18). Şekil 1'de 2005-2015 HYOGO Eylem Çerçevesinin basamakları yer almıştır.

Şekil 1: 2005-2015 HYOGO Eylem Çerçevesi



<http://www.capwip.org/Making%20Hospitals%20Safe.pdf> 2013

III.YAPISAL RİSKİN AZALTILMASI (12- 19-20) :

Hastane mimarisi sadece güzel değil aynı zamanda özel olmalıdır. Bir depremde, ölüm ve yaralanmaların çoğu binaların yarattığı tehlikelerden kaynaklanmaktadır. İnşaat mühendislerinin, çağımızda gerçekleşen depremlerde binaların nasıl bir performans gösterdiğine ilişkin bilgileri artmıştır. Bununla bağlantılı olarak depreme dayanıklı binaların tasarlanması konusunda da ilerlemeler kaydedilmiş ve bunlar mevzuata aktarılmıştır. Ülkemizde 1998 yılında çıkarılan Bina Yapı Yönetmeliği bu konuda çağdaş bir düzenlemedir.

Yapısal risk boyutunda genel olarak; Binanın konumu; tasarım özellikleri ve hastane için kullanılan malzemeler değerlendirilmektedir.

1987 Whitter Narrows depreminde, bir sağlık tesisine ait binada ortaya çıkan kısmi yapısal bir hasar nedeniyle bina gereksiz yere boşaltılmış ve hizmet dışı kalmıştır. Bu sağlık tesisinde, hasarın yarattığı özgün riskleri değerlendirmede bir inşaat mühendisi yerine,

belediyeden gelen uzman olmayan bir yetkili değerlendirme yapmış ve binanın kapatılmasına karar vermiştir. Sonrasında, uzmanlar tarafından yapılan tetkikte aslında tahliye kararının gereksiz olduğu tespit edilmiştir. Bu sebeple olası bir deprem ertesinde bina tahliye kararının verilmesi için bir veya daha fazla inşaat mühendisi ile önceden yazılı anlaşmaya varmak gerekmektedir. Bu sözleşmenin gönüllülük çerçevesinde olmasına ve ilgili mühendisin başka bir kurumla anlaşmamış olmasına dikkat edilmelidir. Burada hastanenin yer aldığı ilçede veya yakın bölgede ikamet edenler tercih edilmelidir. İnşaat mühendisi, ilk incelemeleri yürütebilecek şekilde eğitilmiş olmalıdır. Örneğin; yapısal olmayan hasarlarla, yapısal hasarların birbiriyle karıştırılmaması için kontrol listeleri kullanılmalıdır. Ayrıca, deprem öncesi hastane binasının projeleri ilgili mühendise sunulmalıdır. Şekil 2’de hastane yöneticisi ile inşaat mühendisi arasında yapılan bir sözleşme örneği görülmektedir (21).

Şekil 2: Örnek Bir Sözleşme Protokolü

İşbu protokol.....ile İnşaat Mühendisi.....'nın hastanenin Afete Hazırlık Projesi kapsamında gönüllü/ ücretli danışman olarak katkıda bulunması amacıyla taraflar arasında düzenlenmiştir.

1. İşbu protokol ile gönüllü/ücretli inşaat mühendisi olarak vereceği bilgi ve yönlendirmeler kapsam olarak hastanenin Afet Hazırlık Projesi ile sınırlıdır.
2. Hastanenin afetin hemen sonrasındaki yapısal durumu ile ilgili vereceği bilgiler, hastane yönetimi tarafından uygunluğunun kabul edilmesi halinde yaşama geçirilecek ve hastanenin tahliye kararında esas olarak alınacaktır.
3.desteği, afetin hemen sonrasında hastaneye gelmesi ve hastanenin afetten etkilenme düzeyinin belirlenmesi ile hastanede hasta bakım hizmetlerinin sürdürülüp sürdürüleemeyeceği kararının verilmesine yönelik olacaktır.
4.işbu protokol süresince ve protokolün sona ermesinden sonraki süreçte, çalışmalarında hastane ile ilgili olarak edindiği gizli olsun veya olmasın hiçbir bilgiyi hastanenin bilgisi ve yazılı izni olmaksızın doğrudan veya dolaylı olarak üçüncü gerçek veya tüzel kişilere açıklamayacaktır.
5. Hastane, İnşaat Mühendisi.....'nın talep etmiş olduğu konu ile ilgili her türlü bilgi ve dokümanı vermekle yükümlüdür.
6., hastaneye vereceği hizmet karşılığında ileride her ne nam altında olursa olsun herhangi bir hak iddia etmeyeceğini kabul ve beyan eder.
7. Taraflar, hastane ve topluma olağanüstü durumlarda ve meydana gelecek doğal afetlerde faydalı olmak amacı ile imzalanan işbu protokolün tüm maddelerine istisnasız uyacaklarını karşılıklı kabul ve beyan ederler [TARİH].

Hastane Yöneticisi
Adı Soyadı
İmza

İnşaat Mühendisi
Adı Soyadı
İmza

IV.YAPISAL OLMAYAN RİSKLERİN AZALTILMASI (12, 20, 22):

Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması (YOTA) depremlerin, bina içindeki araç-gereçler, eşyalar, asansörler, iç sistemler, pencere camları, dekoratif mimari duvarlar ve tavanlar, mekanik, elektrik ve sıhhi tesisat gibi yapısal olmayan elemanlar üzerindeki etkilerinden kaynaklanan güvenlik tehditlerini ortadan kaldırmaktadır. Bu faaliyetler, depremde hasar görme riskine sahip olan ya da olağan işleyiş yönünden kamu güvenliği açısından tehdit oluşturan tesisat ile teçhizatın belirlenmesini de kapsamaktadır.

Yapısal hasar veya yıkım muhakkak ki bir hastaneyi devre dışı bırakma potansiyeline sahip olmakla birlikte, deneyimler göstermiştir ki yapısal olmayan hasar da kurumun işlevini devam ettirmesi karşısında ciddi bir tehdittir. Yapısal olmayan hasarlar bir hastanenin tamamen hizmet dışı kalmasına neden olabilmektedir. 1983 Amerika Birleşik Devletleri Coalinga depreminde, hastanenin tek x-ray cihazı sabitlenmediğinden, yere düşmüş ve kullanım dışı kalmıştır. 1994 yılında Amerika'daki Northridge depreminden sonra, yapısal hasarı olmayan 10 büyük hastane sadece yapısal olmayan unsurların yarattığı hasarlardan dolayı tahliye edilmek ya da kapatılmak zorunda kalmıştır. Marmara Depremi'nde de hastanelerimiz bu nedenle hizmet dışı kalmışlardır. Yapısal olmayan tehlikelerin azaltılması için katlanılacak maliyet; pahalı tıbbi cihazların kaybı, tıbbi bakım kapasitesinin yitilmesi ve bunun yol açtığı gelir azalması ile karşılaştırıldığında çok düşük kalacaktır. Yapısal olmayan elemanlar bir evin-ofisin yaklaşık %60'ını oluştururken, bir hastanenin %85-90'ını oluşturmaktadır. Marmara depreminden sonra yapılan bir araştırmada yaralanmaların %50'sinin, ölümlerin %3'ünün yapısal olmayan unsurlardan kaynaklandığı görülmüştür (21).

A.YOTA Çerçevesinde Alınabilecek Önlemler :

- Her türlü tıbbi cihazın sabitlenmesi,
- Düşme ve sallanma riski olan aydınlatma ile ilgili tesisat ve diğer unsurların tutturulması,
- Bilgisayar, televizyon, yazıcı, telefon gibi masa üstü araç-gerecin sabitlenmesi,
- Her türlü yüksek mobilyanın sabitlenmesi,
- Oksijen tüplerinin, hastane arabalarının, sedyelerin hastalara ve personele zarar vermeyecek, kaçış yollarını kapatmayacak şekilde yerleştirilmesi veya sabitlenmesi,
- Buzdolabı, fotokopi makinesi gibi ağır ya da büyük hacimdeki teçhizatın zemine ve duvara sabitlenmesi,
- Ağır unsurların çalışma alanlarından uzak yerlere asılması,
- Duvarlardaki tablo ve resimlerin kancalı vidalarla tutturulması,
- Raflardaki ağır cisimlerin daha alçak yerlere konulması,
- Çekmecelerin veya dolap kapaklarının sarsıntı esnasında çıkmalarını ya da açılmasını engelleyecek tarzda özel kilit sistemleri kullanılması,

- Pencere camlarının kırılıp insanların üzerine düşmesini engelleyecek koruyucu film kaplanması, kalın perdeler kullanılması veya kırılmaz cam takılması gibi önlemlerin alınması, bu uygulamanın öncelikle kaçış ve çıkış yollarının üzerindeki camlar için yapılması,
- Hastanelerin satın alma süreçlerinde depreme uygun standartlarda araç- gereç ve malzeme alımını sağlaması için, hazırlanan teknik şartnamelerde ilgili maddelere yer verilmesi,
 - Kablolü asansörlerin değerlendirmeye alınması,
 - Acil durum ışıklarının (kaçış işaretleri) tüm çıkış yollarında (koridor, merdivenler) bulunmasının sağlanması,
 - Jeneratörlere sarsıntıya duyarlı olan, depremden hemen sonra devreye girmesini önleyen sistem yerleştirilmesi,
 - Doğalgazın sarsıntı esnasında otomatik olarak kesilmesinin sağlanması,
 - Hastanenin sıhhi tesisatının sarsıntıya, bükülmeye ve kopmaya dayanıklı plastik malzemeden seçilmesi gibi birçok konu üzerinde çalışmak gerekmektedir.

V.FONKSİYONEL UNSURLAR (20):

Konu ile ilgili politikaların belirlenmesi, planların hazırlanması, eğitim verilmesi, grupların oluşturulması ve tatbikatların icrası bu bölümde değerlendirilmektedir. Keza, lojistik sistem ve yardımcı programlar, güvenlik ve alarm, ulaşım ve iletişim sistemleri, insan kaynakları bu anlamda incelenmektedir.

Özellikle acil durum ve afet zamanlarında güvenli hastanelerin sağlanması bir takım taahhütler gerektirir. Planlama, finans, kamu hizmetleri, mimarlık ve mühendislik gibi çeşitli sektörlerin bu alanda katılımı olmalıdır.

Görüldüğü üzere afetlere hazırlıkta fonksiyonel unsurlar ile yapısal olmayan unsurlar, konuya bu açıdan bakış ile gerçekleştirilebilecek kontrolü daha basit olan, daha az maliyet gerektiren konulardır.

Sağlık tesislerinin korunması için; tüm yeni sağlık tesislerinde inşaat riskini azaltmak maksadıyla uygun tasarım yapılmalıdır, mevcut sağlık tesislerinin yapısal olmayan riskleri ortadan kaldırılmalı ve fonksiyonel güvenlik durumlarının iyileştirilmesi sağlanmalıdır. Koruma düzeylerini artırmak için en kritik tesisler seçilmeli ve güçlendirme için yasal ve mali önlemler benimsenmelidir.

VI. HASTANE AFET PLANLARI (12, 23, 24):

Hastaneler sadece afet hali değil yangın, enfeksiyon, radyasyon, çevre kirliliği, hırsızlık, kaçakçılık vs gibi her ölçek ve türde fiziksel, kimyasal ya da psikolojik tehlikelere karşı azami önlem ve düzenlemeleri içeren, kullanıcı tüm bireyler için rahatlatıcı ve sağlıklı bir atmosfer üreten bir ortamı sağlamalıdır.

Kaliforniya Acil Hizmetler Dairesi'nin Eylül 1997 tarihinde hazırlanmış olduğu kaynak, ülkemize adapte edilmiş ve afetlerde sağlık hizmetleri için uyarlanmıştır. Sonuçta Hastane Afet Planları ortaya çıkmıştır. Hastane afet planları, afete müdahalenin yeni konsepti ve akreditasyon sürecinin bir unsurudur. Kaynakların doğru yönetilmesini sağlar. Amaç hastanedeki hastaların ve personelin can güvenliğini sağlamak ve dışarıdan gelecek afetzedelere sağlık hizmeti verebilmektir. Bu da öncelikle kendi tesis güvenliğinin sağlanması ile olacaktır. Bu sebeple tesis yönetim planları oluşturulmalıdır. Tesis yönetim planlaması iyi bir eğitim ve izlemeyi gerektirir.

Ülkemizde deprem sonrasındaki ilk müdahaleler yerel güçler tarafından sağlanmaktadır. İlde valilikçe kriz merkezi oluşturulmakta ve ülke genelinde depremin büyüklüğüne göre hükümet ve yardım kuruluşları harekete geçmektedir. Özellikle merkezi kaynakların ilk 72 saat içerisinde deprem bölgesine ulaşımı yetersiz kalabilmektedir. Yerel güçlerin o bölgedeki çöken binalar, yol ve köprüler ile meşgul olduğunu göz önüne aldığımızda, hastanelerin ilk saatlerde/günlerde yerel ya da merkezi kaynaklardan faydalanması pek olası değildir. Bu nedenle afet yönetimin ilk günlerinde hastanelerin kendisine yetebilecek şekilde yapılması uygun olacaktır.

A.Dünyada Hastanelerin Afetlere Hazırlıkları Üzerine Yapılan Bazı Çalışmalar: (25-26-27)

- 1.Kai ve arkadaşlarının1994 yılında Japonya'da ki hastanelere yaptıkları anket çalışması
- 2.Treat ve arkadaşlarının 2001 yılında yaptıkları çalışma
- 3.Higgins ve arkadaşlarının 2004 yılında yayınladıkları çalışma

B.Türkiye’de Hastanelerin Afetlere Hazırlıkları Üzerine Yapılan Bazı Çalışmalar: (28-29-30-31)

1.Aytekin’in İstanbul Büyükşehir Belediyesi sınırlarında bulunan toplam 79 hastaneyi kapsayan Aralık 2002 ve Ocak 2003 tarihli araştırma.

2.Sarp, Tengilimoğlu ve Bozkırlı tarafından 2003 yılında Ankara ilindeki kamu ve özel hastanelerde yapılan çalışma

3.Türk Tabipler Birliği’nin 2009 yılında “Hekimlerin Çalıştıkları Yataklı Tedavi Kurumlarının Olağandışı Durumlara Yönelik Hazırlığını Değerlendirmeleri” isimli çalışma

4.Gider ve Taş’ın Hastanelerin Afet Planları ve Afete Hazırlık Durumlarının İncelenmesi: 100 Yatak ve Üzeri Hastanelerden İzlenimler isimli 2010 yılında sundukları çalışma

Görüldüğü gibi bu konu, her dönem üzerinde çalışılan son derece güncel bir konudur. Yukarıda belirtilen çalışmalar özetle bize planların ve eğitimlerin olmadığı ya da eksik olduğu, tatbikatlara ihtiyaç duyulduğu, lojistik açıdan sıkıntıların yaşandığını göstermektedir.

SONUÇ

Çağdaş bir toplum olmanın ana şartlarından biri afetlerde zarar görenlerin mağduriyetini gidermek, yaralarını sarmaktır. Sağlık teşkillere bu durumlarda büyük işler düşmektedir. Yapısal unsurlar anlamında binaların proje olarak depremlere dayanıklı olarak inşası veya sonradan depreme dayanıklı hale getirilmesi afetlerde hastanelerde yaşanacak can ve mal kaybını engelleyecektir. Büyük harcamalar gerektirmeyen yapısal olmayan unsurlar ise hastaneler için oldukça kritiktir. Bu konuda alınacak tedbirler, afetlerde hastanelerin işlev kaybını önleyecektir. Fonksiyonel unsurlar anlamında eğitim ve tatbikatlar bizim her daim konuyla iç içe olmamızı sağlayıp eksiklerimizi göstererek tedbirler almamızı sağlayacaktır. Philipinler Endeksi olarak ifade edilen Hastane Güvenlik Endeksi bu anlamda elimizde çok sağlam bir argümandır. Her üç unsur yönünden Türkiye’deki hastanelerin denetlenmesi, hastanelerin afetlere hazırlığı konusunda bize ciddi veriler sunacaktır. Afetlerde kesintisiz sağlık hizmeti için buna benzer ulusal politikalar belirlenmeli ve sektörler arası işbirliği sağlanmalıdır. Sonuç olarak, doğal afetleri önlemek mümkün değildir ama alınacak tedbirlerle afetlerin zararlarını azaltmak mümkündür. Rahmetli Prof. Dr.Ahmet Mete Işıkkara’nın söylediği gibi afetlere hazırlıkların tamamı küçük adımlarla başlar.

KAYNAKLAR

1. Akdur R, Çöl M, Işık A, İdil A, Durmuşoğlu M, Tunçbilek A. Halk Sağlığı Kitabı 1. Baskı. ISBN:975-7226-15-7 Antıp Ankara 1998 Afetler ve Afetlere Karşı Alınacak Önlemler s:187-211.
- 2.Olağan Dışı Olaylarda Yaşamı Sürdürme AFAD-2011
- 3.Hospitals Safe From Disasters: Reduce Risk, Protect Health Facilities, Save Lives http://powershow.com/view/22a574MDFkM/Hospitals_Safe_from_Disasters_powerpoint_ppt_presentation 2013 (Erişim Tarihi:14.10.2013)
- 4.Özmen P,Çetin M. Afetlere Hazırlık ve Silahlı Kuvvetlerin Afetlerdeki Rolü. Acil ve Afet Dergisi 2012/2(1): 53.
5. Rodoplu Ü. Afet El Kitabı. İzmir 2000, s:12-15.
6. Ege Üniversitesi, Hastane Afet Planı Kursu Kitabı, 2005.
- 7.Afetlerde Sağlık Hizmetleri Yönetimi Sağlık Bakanlığı 2000 Yılı Yalova Kurs Notları s:12.
- 8.Özışık T. NBC Ortamında Acil Yardım Hizmetleri Ders Notları. GATA Basımevi, Ankara, 2003 s:1-5.
- 9.Erenoğlu A.S, Aytuğ A. Sağlık Kurumlarında Değişen Paradigmalar ve İyileştiren Hastane Kavramının Mimari Tasarım Açısından İrdelenmesi. Yıldız Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi E-Dergisi 2007; 2 (1): 11.
- 10.Demircioğlu M. Güvenli Hastanelerde Tasarım: Türkiye Uygulaması 2'nci Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Ankara 2010
- 11.Ada S. Afetlerde Bilgi ve Teknoloji Yönetimi Gaziantep ve Kahramanmaraş Hastanelerinde Bir Alan Araştırması Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 29/2013
12. Hastaneler İçin Afete Hazırlıklı Olma Kılavuzu. ISBN 975-6193-31-X Boğaziçi Üniversitesi Kandilli Rasathanesi ve Deprem Araştırma Afete Hazırlık Eğitim Birimi Enstitüsü
- 13.Health Risk Reduction and Safe Hospitals. http://www.preventionweb.net/files/10467_WHOPPPENG.pdf 2013 (Erişim Tarihi : 20.08.2013)
- 14.Safe Hospitals. www.who.int/hac/events/safe_hospitals_info.pdf 2013(Erişim Tarihi:24.10.2013)

15.Carmencita A Banatin (ed.) , Marilyn V Go (ed.), Rebecca M Penafiel (ed.), Romeo A Bituin (ed.) Safe Hospitals in Emergencies and Disasters: Philippine Indicators Protect Hospitals and Health Facilities in Emergencies and Disasters. Second edition Phillipines 2009

16.Safety In Hospitals. <http://www.slideshare.net/aranli/safety-in-hospitals> 2013(Erişim Tarihi:24.10.2013)

17.The WHO Safe Hospitals Initiative. <http://www.arubahospital.com/LinkClick.aspx?fileticket=rKX0AeZH6Hc%3D&tabid=202&mid=900> (Erişim Tarihi:14.07.2013)

18.Making Hospitals and Health Facilities Safe From Disasters <http://www.capwip.org/Making%20Hospitals%20Safe.pdf>2013(Erişim Tarihi:24.10.2013)

19.Depreme Karşı Yapısal Risklerin Azaltılması ve Yapısal Güçlendirme AFAD-2011

20.Safe Hospitals In Emergencies and Disasters http://www.wpro.who.int/emergencies_disasters/documents/SafeHospitalsInEmergenciesandDisastersweboptimized.pdf 2013(Erişim Tarihi:24.10.2013)

21.Sağlık Kuruluşları İçin Afet Acil Yardım Planlama Rehberi AFAD 2009, s:68

22.Depreme Karşı Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması AFAD-2011

23.Hastane Hizmet Kalite Standartları Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara 2011

24.HAP ve Tesis Güvenliği Sağlık Bakanlığı Türkiye Hastane Afet Planları Eğitimleri 2009

25. Kai T, Ukai T, Ohta M, Pretto E. Hospital Disaster Preparedness In Osaka, Japan Prehospital Disaster Med 1994; 9:29- 34.

26. Treat KN, Williams JM, Furbee PM, et al. Hospital Preparedness For Weapons Of Mass Destruction Incidents: An Initial Assesment. Ann Emerg Med 2001; 38:562.

27. Higgins W, Wainright C, Lu N, et al. Assessing Hospital Preparedness Using An Instrument Based On The Mass Casulty Disaster Plan Checklist: Results Of A Statewide Survey. Am J Infect Control 2004; 32:327.

28.Aytekin T. Yüksek Lisans Tezi: İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sınırları İçerisinde Yer Alan Hastanelerde Afet Yönetimine İlişkin Mevcut Durumun Değerlendirilmesi Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği İstanbul 2003

29.Sarp N, Tengilimoğlu D, Bozkırlı K. Hastaneler Afete Hazır mı? Ankara Uygulaması. Ulusal Afet Dergisi. 2006; 1(1):20-26.

30.Hekimlerin Çalıştıkları Yataklı Tedavi Kurumlarının Olağandışı Durumlara Yönelik Hazırlığını Değerlendirmeleri. Türk Tabipler Birliği Ağustos 2009 Ankara

31.Gider Ö,Taş Y. Hastanelerin Afet Planları ve Afete Hazırlık Durumlarının İncelenmesi: 100 Yatak ve Üzeri Hastanelerden İzlenimler. 2'nci Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi Ankara 2010 s: 274-287.

HEMŞİRELİK VE MOBBİNG

Sibel Asi KARAKAŞ¹ Ayşe OKANLI²

ÖZET

İş yerinde mobbing (psikolojik şiddet), bir ya da birkaç kişinin tek bir kişiye sistemli olarak yönelttikleri, etik dışı iletişim ile düşmanca davranışlarda bulunulması olarak tanımlanmaktadır. Bu derlemenin amacı; mobbing ve hemşirelikle ilgili literatür ve araştırmaları incelemek ve konunun bir özetini sunmaktır. Veriler, ‘hemşirelik’, ‘mobbing’, ‘psikolojik şiddet’ i içeren anahtar kelimelerle, tam metin elektronik dergileri de kapsayan süreli yayımlar üzerinden literatür taraması yapılarak toplanmıştır. Son yıllarda özellikle sağlık sektöründe mobbing oranı artmıştır. Literatür incelendiğinde sağlık ekibi içinde en çok hemşirelerin mobbinge maruz kaldığı ortaya çıkmıştır. Ülkemizde son yıllarda hemşirelerle yapılan mobbingle ilgili çalışmalarda da mobbinge maruz kalma oranının yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Bu nedenle son yıllarda bu konuya ilgi artmıştır.

Anahtar sözcükler: Hemşirelik; Mobbing; Psikolojik Şiddet

MOBBING AND NURSING

ABSTRACT

The term “mobbing” is defined as the presence of unethical and antagonistic behavior applied on a person by one or more individuals . The purpose of this study is to examine literature and researches about the mobbing and nursing is to present summary. The data were collected from serials including also whole text electronic journal and with key words including ‘mobbing’, ‘nursing’, ‘psychological violence’ by scanning literature. In recent years that healthcare workers is the group who seriously have the risk of being exposed to psychological violence behaviors . It was detected with many studies that psychological violence is experienced by nurses compared with other occupations within healthcare workers .It is thought that nurses’ rate of being exposed to mobbing in our country is high . For this reason, in recent years has increased interest in this subject.

Key words: Mobbing; Nursing; Psychological Violence.

¹ Yrd. Doç. Dr., Atatürk Üniversitesi, SBF, Psikiyatri Hemşireliği AbD.

² Doç.Dr., Atatürk Üniversitesi, SBF, Psikiyatri Hemşireliği AbD.

İletişim/ Corresponding Author: Sibel Asi KARAKAŞ

Geliş Tarihi / Received : 10.04.2013

Tel: 0442 2312788 e-posta: sibelasi_36@hotmail.com

Kabul Tarihi / Accepted: 21.10.2013

GİRİŞ

İş yerinde mobbing (psikolojik şiddet), bir ya da birkaç kişinin tek bir kişiye sistemli olarak yönelttikleri, etik dışı iletişim ile düşmanca davranışlarda bulunulması olarak tanımlanmaktadır (1,2). Leymann'a göre, Psikolojik şiddet bir psiko-terördür. Düşünce ve inanç ayrılığı, kıskançlık ve cinsiyet ayrımına kadar her tür etken etkili olabilmekte, korkutmak, sindirmek ve yılgınlığa uğratmak anlamına gelmektedir (3).

Dünyanın hemen her tarafındaki işyerlerinde mobbing eylemlerinin bulunduğu kabul edilmektedir (4). Günümüzde örgütlerde performans düşüklüğü ve başarısızlığın en önemli nedenlerinden biri olan mobbinge Dünya'da ve Türkiye'de birçok kamu ve özel kuruluşlarda rastlanmaktadır (4,5).

Mobbing durumlarının ortaya çıkma nedeninin; iş tatmini, performans ve kalıcılık ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (6). Mobbingin amacı, bir işyerindeki kişi ya da kişiler üzerinde sistematik baskı yaratarak, ahlak dışı yaklaşımlarla performanslarını ve dayanma güçlerini yok ederek işten ayrılmaya zorlamaktadır. Mobbing, genelde üst düzey yönetim kadrosu tarafından uygulandığı gibi, aynı düzeydeki akranlar, astlar ya da bir grup tarafından da uygulanabilir. Mobbing uygulayanların aşırı kontrolcü, korkak, nevroitik, iktidar açlığı çeken kişiliğe sahip olduklarını ve hareketlerinin güvensizlik, korkudan doğan kıskançlık ve hasetten kaynaklandığını ileri sürülmektedir (3,7,8). Hemşirelerin doktorlar, yöneticiler, meslektaşları, astları hasta ve hasta yakınları tarafından sözel şiddete uğradığı ortaya çıkmıştır (9).

Literatürde, sağlık çalışanlarının iş yerinde psikolojik şiddet davranışlarına maruz kalmada ciddi olarak risk taşıyan meslek grubu olduğu ifade edilmektedir (3, 10, 11). Sağlık çalışanları içerisinde ise psikolojik şiddetin hemşirelik mesleğinde diğer mesleklere göre daha fazla yaşandığı yapılan birçok çalışma ile tespit edilmiştir (3, 7,11-17).

Khorsid ve Akın çalışmalarında, mobbingin yüzleşilmesi gereken önemli bir konu olduğunu ve literatüre bakıldığında hemşirelikte şiddetin bu yönü üzerinde çok az araştırma yapıldığını belirtmiştir (17). Bu nedenle sağlık grubunun önemli ve büyük çoğunluğunu oluşturan hemşirelerinde bu durumla karşılaşp-karşılaşmadığını saptamak sağlık insan gücünün işyeri mutluluğu, sağlık hizmetlerinin maliyet ve verimliliği açısından önemli olarak görülmüştür (18).Ayrıca yapılacak olan yeni araştırmaların, bu zararlı davranışa karşı etkili bir çözüm bulmak ve ortadan kaldırmak için bu konu hakkında bilgiyi artırmak için gerekli

olduğu düşünülmektedir. Bu derlemenin amacı; mobbing ve hemşirelikle ilgili literatür ve araştırmaları incelemek ve konunun bir özetini sunmaktır.

Veriler, ‘hemşirelik’, ‘mobbing’, ‘psikolojik’ i içeren anahtar kelimelerle, tam metin elektronik dergileri de (pubmed) kapsayan süreli yayınlar üzerinden literatür taraması yapılarak toplanmıştır. Son yıllarda konuyla ilgili derlemeler, araştırma ve kitap bölümleri bu derlemeye kaynak oluşturan veri tabanıdır. İncelenen 41 yayından 13’ü araştırma olup bulguları Tablo 1’de verilmiştir.

I. Mobbing Kavramı

Örgütlerde, çalışanlar açısından rahatsız edici davranışlarla ortaya çıkan, çözülmediği takdirde iş bırakmaya kadar varabilen sonuçlara neden olan mobbing (psikolojik şiddet) sorununa son dönemlerde sıkça rastlanmaya başlanmıştır. Bu nedenle de, mobbing ile ilgili araştırmalar giderek yaygınlaşmakta ve pek çok çalışmada konusunu oluşturmaktadır (19).

Salin, bu saldırgan davranış açısından hedefteki kişinin kendisini savunmakta güçlük çektiğini ve bu bağlamda da “çatışma”dan farklı olduğuna dikkat çekmektedir (20).

Tınaz “Mob”u; kanun dışı şiddet uygulayan düzensiz kalabalık veya “çete” olarak tanımlamış; “Mob” kökünün İngilizce eylem biçimi olan “mobbing”i ise; psikolojik şiddet, kuşatma, taciz ve rahatsız etme veya sıkıntı verme olarak ifade etmiştir (21).

Arpacıoğlu ise, mobbing; (psikolojik şiddet)’i "Bir işyerinde başarısı, bilgisi ve olumlu tavırları sebebiyle bazı kişilere tehdit oluşturan bir çalışana, bir veya birkaç kişinin çeteleşerek uyguladığı, sistematik ve uzun süreli duygusal eziyet" olarak tarif ediyor (22).

Tutar’a göre mobbing uygulayan kişi; saldırgan, mütecaviz ya da hakaret edici davranışla, gücü kötüye kullanarak kurbanın kendisini tehdit altında, aşağılanmasına neden olmaktadır. Mobbing de amaç, mağdurun özgüvenini zayıflatarak, onun kronik bir endişe içine ve yoğun stres altına girmesidir (23).

Tablo.1 Mobbinge İlgili Yurt İçi ve Yurt Dışı Çalışma Sonuçları

Yazar/Yıl	Sayı/Method	Amaç	Bulgular
Yıldırım D. Yıldırım A. 2010	880 akademisyen. (%70 sağlık bilimleri) / kesitsel ve tanımlayıcı	Bu çalışma üniversitelerde çalışan akademik personelin işyerinde karşılaştığı psikolojik şiddet davranışlarını ve bu davranışların çalışanlar üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.	Araştırmaya katılan akademisyenlerin büyük kısmı (%90) üniversitede iş yerinde psikolojik şiddet davranışı ile karşılaştığını, %17'si ise iş yerinde kasten psikolojik şiddet davranışlarına maruz kaldıklarını raporlamıştır. İş yerinde psikolojik şiddet davranışları ile karşılaşan akademisyenlerin psikolojileri, sağlık durumları ve çalışma performanslarının olumsuz etkilendiği belirlenmiştir.
Pai HC, Lee S 2011	521 hemşire	Bu çalışma Tayvan'da çalışan hemşirelerin işyerinde karşılaştığı psikolojik şiddet davranışlarını ve bu davranışların hemşireler üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.	Katılımcıların, 155 (% 29.8)'i zorbalık / mobbinge, 67 (% 12.9)'si cinsel tacize, 268 (% 51.4) sözlü tacize maruz kaldıklarını ve 102 (% 19.6)'sinin de fiziksel şiddet yaşadığı belirlenmiştir. Sözlü tacizin anksiyete oranını artırdığı; 30 yaşından küçük ve lisans mezunu hemşirelerin sözel ve fiziksel şiddete daha fazla maruz kaldıkları; gece vardiyasında çalışmanın cinsel taciz riskini artırdığı belirlenmiştir. Hemşirelerin işyerinde yaşadığı şiddetin en ciddi psikolojik zararı post-travmatik stres bozukluğu olduğu belirlenmiştir.
Camerino et al. 2008	8 Avrupa ülkesinden 565 hemşire	Bu çalışma, işyerinde şiddet sıklığı ve bireysel, örgütsel ve psikososyal faktörler ve arasındaki ilişkiyi değerlendirmek; ayrıca örgütsel bağlılık ve algılanan sağlık üzerindeki şiddet ve psikososyal faktörlerin etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.	İşyerinde şiddetin, örgütsel bağlılık ve psikososyal etmenlerle ilişkili olduğu saptanmıştır. Şiddetin prevalansı katılımcı ülkeler arasında farklılık göstermiştir. Bu bulgular, şiddet ve şiddet davranışlarına müdahalelerin gerekliliğini göstermektedir.
Simons SR, Mawn B. 2010	184 hemşire/ tanımlayıcı	İşyerinde zorbalık davranışlarının olumsuz etkileri belirlemek amacıyla yapılmıştır.	İşe yeni başlayan genç hemşirelerin daha çok zorbalık davranışına maruz kaldığı belirlenmiştir.
<u>Sofield L. Salmond SW. 2003</u>	1000 hemşire/ilişkisel	Hastanelerde sözel şiddetle iş bırakma arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.	Katılımcıların ki, % 91 son bir ay içinde sözel şiddete; doktor hasta, hasta aileleri, meslektaşları, denetçiler ve aklar tarafından maruz kalmıştır. Örneklemin % 50'den fazlası işi bırakmak istemekte ve sözel şiddetle iş bırakma arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur.
Özençöl S. 2008	272 sağlık çalışanı/tanımlayıcı	Sağlık çalışanları arasında psikolojik şiddet ön değerlik ölçmek için taraf (mağdur ve agresif sors) şiddet olayları yaşandığı sosyo-demografik özelliklerini belirlemek ve psikolojik şiddet davranışları hangi sıklıkla maruz kaldıklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.	2007 yılı boyunca, hastane çalışanları psikolojik şiddete maruz kalan oranı 34,9 oranında (95 / n) ve psikolojik şiddet olayı tanık insanlar 21,8 oranında olduğu saptanmıştır. bulgular psikolojik şiddet sağlık çalışanları için ciddi bir güvenlik ve sağlık tehlikesi olduğunu göstermektedir.
Efe ve Ayaz 2010	206 hemşire/tanımlayıcı	Çalışmanın amacı , hemşire yada mobbinge maruz kalma durumlarını belirlemek için mobbing nedenlerini ortaya konmasıdır.	Mobbing ölçeğine göre, hemşirelerin % 9.7 kendi bildirimlerine göre mobbinge maruz kalmış % 33 maruz kalmıştır. onlar Mobbing uygulamakla % 9.2 ve başhemşire olduğunu bildirdi mobbing maruz kaldığı ifade hemşireler (% 25.2) Bazı mobbing için neden 'iletişim sorunları "olduğunu söyledi. 25 yaş altı ve yoğun bakım hemşireleri daha fazla mobbinge maruz kaldığı belirlenmiştir.

Yazar/Yıl	Sayı/Method	Amaç	Bulgular
Öztürk et al. 2007	974 hemşire/tanımlayıcı	Araştırma, hastanelerde çalışan hemşirelerin mobbing uygulamaları ile karşılaşma durumlarını saptamak ve mobbing ölçeği geliştirmek amacıyla yapılmıştır.	111 madde olarak hazırlanan ölçek, mobbing mağduru olduğunu belirten 329 hemşire üstünde test edilmiş ve güvenilirlik-geçerlik çalışmaları sonucunda 68 madde ile son şeklini almıştır. Tüm hemşirelerin %59'u mobbing mağduru olmadığını, %39'u mağdur olduğunu belirtmiştir. Mağdur olduğunu belirten 329 hemşirenin yalnızca %42'si gerçek mobbing mağdurudur ve ortalama 247,17±31,75 puan almışlardır.
Yıldırım D. Yıldırım A. 2006	505 hemşire/ kesitsel tanımlayıcı	Bu araştırma Türkiye'deki sağlık kuruluşlarında çalışan hemşireler üzerindeki mobbing davranışlarını ve duygusal , sosyal ve fizyolojik etkilerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.	Araştırmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğu (% 86.5) son 12 ayda işyerinde mobbing davranışının karşı karşıya bildirdi. özel hastanelerde çalışan hemşirelerin önemli ölçüde daha fazla kamu hastanelerde çalışanlara göre daha fazla mobbinge maruz kaldıkları belirlendi. Mobbing davranışı karşısında çeşitli duygusal ve fiziksel tepki verdikleri belirlendi. Mobbinge tepki olarak en yaygın davranışın 'daha fazla çalışmaya ve daha organize olmak' ve 'eleştiri önlemek için daha dikkatli çalışmak' olmuştur, ayrıca katılımcıların% 10'u bazen intiharı düşündüğünü ifade etmiştir.
Yıldırım D. 2009	286 hemşire/tanımlayıcı	Çalışma Türkiye'de mobbingin hemşirelik uygulamalarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.	Araştırmaya katılan hemşirelerin % 21'i mobbing davranışlarına maruz kalmıştır. İşyerinde zorbalık yeri ve eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark yoktur. İşyerinde zorbalık depresyona yol açtığı, çalışma motivasyonu düşürdü çalışmaya konsantrasyon yeteneği, kötü verimlilik, kararlılık eksikliği azalmış ve hastalar, yönetici ve iş arkadaşları ile ilişkileri kötüleştirdiği belirlenmiştir.
Heather et al. 2010	415 hemşire/tanımlayıcı	Çalışma Kanada'daki hastane ortamlarında zorbalık davranışının tükenmişlik düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.	Zorbalığa maruz kalmak ve tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.
Yavuz H. Çarıkçı H.2007	215 sağlık çalışanı/tanımlayıcı	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Akademik Personeli hariç Çalışanlarının, Mobbing (psikolojik şiddet) algılarının, değişkenler karşısında değişim gösterip göstermediğini saptamaktır.	Araştırmanın bulgularında; genel olarak, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çalışanlarının, ankette yer alan davranışlara maruz kalmadıkları gözlenmiştir. Çalışanların, Mobbing (psikolojik şiddet)algılarıyla ilgili tutumlarının yaşlarına, eğitim durumlarına, mesleklerine ve işi tercih etme sebeplerine göre farklılaştığı, cinsiyetlerine ,medeni durumlarına, haftalık çalışma sürelerine, buldukları işteki çalışma sürelerine ve son 10 yıl içerisinde kaç farklı işyerinde çalıştıklarına göre dikkate değer bir farklılık göstermediği saptanmıştır.
Demir Y.ÇavuşM. 2009	77 banka çalışanı/genel tarama modeli	Çalışmada uygulama alanına giren iş performansı ile mobbing (Psikolojik Yıldırma) uygulamaları arasındaki ilişkiler tespit etme amacıyla yapılmıştır.	Araştırmanın bulgularında, işletme çalışanlarının genel olarak psikolojik yıldırma davranışlarına maruz kalmadıkları görülmüştür. Çalışanların iş stresi ve iş performanslarının psikolojik yardım aile aralarında anlamlı bir ilişkinin bulunduğu saptanmıştır.

II. İşyerinde Mobbing Davranışları

Mobbing kavramına yönelik yapılan tanımlarda ortak olan üç unsur bulunmaktadır: Birincisi mobbing uygulayan kişinin niyetine bakmaksızın gerçekleştirdiği eylemin, mağdurun üzerinde bıraktığı etkilerdir. İkincisi bu etkilerin, olumsuzluğu yani mağdura zarar verip vermediğidir. Üçüncü unsurda mobbing eylemine devam edilmesindeki ısrarlı davranıştır. Yani eylemin ne kadar sıklıkla ve ne kadar sürede devam ettirildiğidir (3).

Psikolojik yıldırma, şiddetli bir stres faktörü olup, fiziksel problemlere, psikolojik bunalımlara ve iş tatminsizliğine neden olan travmatik hayati bir olaydır (24).

Leymann davranışın temel yapısına göre beş ana grupta topladığı toplam 45 farklı mobbing davranış özelliği tanımlamıştır (8). Bu beş ana başlık şöyledir:

1. Kendini göstermesini ve iletişimini engelleme
2. Sosyal ilişkilerden yalıtma
3. Saygınlığına saldırıda bulunulma
4. Yaşam kalitesine ve mesleki duruma saldırıda bulunmak
5. Doğrudan sağlığa saldırıda bulunmak

Bu davranışlar sürekli olarak ve değişik şekillerde sistemli bir şekilde yapıldığında mobbinge neden olmaktadır. Leymann'a göre bireye yönelmiş olumsuz davranışların mobbing kapsamında değerlendirilebilmesi için "haftada en az bir kez gerçekleşmesi", "en az 6 ay süregelmesi", "belirli bir hedefe yönelik olması" ve "mobbing davranışına maruz kalan mağdurun durumla başetmekte zorlanıyor olması" gerekmektedir (25,26).

Yıldırım'ın hemşirelerle yaptığı çalışmasının sonucu olarak sırası ile en çok başkasını küçümseme davranışını, daha sonra sorumlu olunmadığı işlerden suçlanılması ve son olarak sürekli kontrol etme davranışı mobbing davranışları olarak hemşireler tarafından ifade edilmiştir. Bu davranışlara karşı tepkiler ise genelde yorgunluk ve stres daha sonrası da iştahsızlık, baş ağrısı gibi fiziksel bozukluklardır. Bu davranışlardan kaçınma yolları olarak da eleştiriye maruz kalmamak için daha özenli çalışmayı, daha yoğun çalışıp çalışanlar ile organize olmayı, üstü ile yüz yüze bu olumsuz tavrı çözmek için konuşmayı tercih etmektedirler (27). Yine Yıldırım'ın başka bir çalışmasında, mobbingin hemşireler üzerinde etkileri incelenmiş ve bıraktığı en yoğun etkinin depresyon olduğu ortaya çıkmıştır (28). Heather ve arkadaşlarının yeni mezun hemşirelerde yaptıkları bir çalışmada mobbinge maruz kalmanın tükenmişlik seviyesini artırdığı ortaya çıkmıştır (29).

III. Mobbing Sürecinde Yer Alanlar

Mobbing süreci, iş yaşamının ayrılmaz bir parçasıdır ve tüm işyerlerinde kültür farkı gözetmeksizin ortaya çıkabilen bir olgudur. Bu süreç içerisinde kendilerine ait rolleri oynayan üç grup insan olduğu söylenebilir. Bunlar (22):

- Mobbing uygulayanlar
- Mobbing mağdurları
- Mobbing izleyicileri

Çalışma yaşamında herkes, bu roller bağlamında mobbing olgusu içinde rol almaya adaydır. Kendine ait rolü oynayan bu üç grubun her birinin, kendi özelliği ve etkinliği var olup, aynı zaman da birbirlerini de etkilemektedirler.

IV. Mobbing Uygulayanlar

Mobbing uygulayanlar, çoğunlukla organizasyon içinde amir pozisyonundaki kişilerdir (30). Mobbing uygulayanlar, kendi eksikliklerinin telafisi için, psikolojik şiddete (mobbinge) başvururlar (3). Kendi adları ve konumları adına duydukları korku ve güvensizlik, onları başka birini küçültücü davranmaya iter. Bu açıdan mobbing eylemi şüphesiz bir kompleksli kişilik sorunudur. İnsanın doğasından gelen sosyal olma, bir grup içinde yaşama arzusu ve ihtiyacı; onu bir grubu kabul ederken diğer grubu da dışlamaya itiyor ve mücadele de bu noktada başlıyor (32).

Psikolojik şiddet uygulayanların psikolojilerine ilişkin ampirik araştırmalar pek yapılmamıştır ancak, kendilerini olduğundan üstün göstermek isteyen bu kişilerin, iki yüzlü, astlarına zulüm edebilmek için, üstlerine karşı aşırı yaranmacı, onursuz ve sahtekar tavırlı insanlardır (22).

V. Mobbing Mağdurları

Mobbing araştırmalarından elde edilen bulgulara göre, mobbing mağdurlarının ayırt edici özellikleri yoktur, mobbing tüm işyerlerinde ve tüm kültürlerde herkesin başına gelebilir (3). Mobbing sürecinin mekanizması, farklı işyerlerinde farklı şekilde gelişse de, genelde süreç içerisinde çok tipik, benzer bir yol izlenir (25).

Çoğunlukla yavaş gelişmesi nedeniyle psikolojik şiddet sürecinin ilk başlarında çalışan, yaşadığı sorunu tanımlama ve sorunun nedenlerini belirleme güçlüğü çeker. Uzun bir süre boyunca (en az altı ay) ve belirli aralıklarla (en az haftada bir) çalışanın işyerindeki davranışları ve yaşam tarzı başkalarının önünde alay konusu olur, aşağılanır, başkalarıyla

iletişim kurma olanakları engellenir ya da yaptığı iş eleştirilir. Ancak çalışan, kendisine yöneltilen bu sinsî, örtük ve düşmanca davranışlara karşılık vermekte güçlük çeker, kendini çaresiz ve savunmasız bir halde hisseder. Kişiliği, iş güvencesizliği, saldırganın/saldırganların örgüt içindeki güçlü konumları, yaşadıklarına tanıklık eden olmaması ya da tanıkların tehditle susturulmuş olmaları gibi farklı nedenlerle mağdur konumundaki çalışan; üzerine atılan suçlamalardan kendini aklayamaz ve savunamaz. Üstelik mağdurun bu savunmasız hali psikolojik şiddeti ve etkilerini yeniden üretir. Böylece psikolojik şiddet süreci, mağdurun işyerindeki konumu, zihinsel ve fiziksel sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini arttırabilmektedir (13).

VI. Mobbing İzleyicileri

Mobbing sürecinde, uygulayan ya da mağdur olarak rol almayanlar, iş arkadaşları, amirler ve yöneticiler gibi sürece direk olarak karışmayan, ancak bir şekilde süreci yaşayan bazen de pasif olarak sürece katılan kişilerdir (22).

Dolaylı mobbing uygulayıcıları olarak da adlandırılabilirler izleyicilerin, niteliklerine ve davranış biçimlerine bakıldığında;

- Mobbing süreciyle hiçbir ilgileri yok gibi gözüken, iş arkadaşları, amirler veya ast konumda ki çalışanlar, gerçekte mobbing uygulayanların saflarındadırlar.
- Mobbing olgusuna ilişkin herhangi bir sorumluluğu kabul etmekten kaçınırlar; ancak süreç içinde kendilerini arabulucu olarak gösterirler.
- Kendilerine aşırı güvenir. Taraflardan birine yakınlık gösterebilirler.
- Bazen de çatışmanın anahtar kişisidirler.

Efe ve Ayaz'ın hemşirelerle yaptıkları çalışmada hemşirelerin mobbinge maruz kalanların pasif karakterli, mobbing uygulayanların ise saldırgan karakterli olduklarını ifade ettikleri belirtilmiştir (15). Yıldırım ülkemizde sağlık sektöründe hemşireler üzerinde yaptığı araştırmanın sonucu olarak mobbing davranışının yaş, cinsiyet veya eğitim durumu gözlemlenmediğini söyleyebilmektedir. Yine hemşireler üzerinde Öztürk'ün yaptığı bir çalışmada görülen bu davranışı sergileyen kişilerin özellikleri üzerine bir diğer sonuç; yıldırma eylemi içerisinde bulunan kişilerin kendine güveni olmayan, kıskanç, kuşkucu ve genellikle yönetici pozisyonundaki kişiler oldukları ve bu davranışları üç hafta ile üç yıl arasında sistemli ve sürekli bir biçimde gerçekleştiğidir. Buna karşı mobbing mağdurları durumlarını çok da fazla açığa vurmamak istemeyebilirler. Bazı güçlü mağdurlar ise kendilerinin değil yıldırma hareketi içinde bulunan insanların mağdur olduklarını ve onların

yardıma muhtaç olduklarını düşünmektedirler. Aslında en güçlü silah budur. Bu kişiler taciz eyleminde bulunan kişiye yardım etmeyi, organizasyonlarını bu halden kendilerinin kurtarabileceklerini bile düşünebilir (17).

VII. Mobbingin Nedenleri

Adams işyerindeki mobbing'in en çarpıcı kaynağının, kişisel hırs, çekememezlik, kıskançlık vb. duyguların olduğunu vurgulayarak; yetenekli ve gelecek vaat eden yöneticilerin taşıdığı riske dikkat çekmektedir. Buna göre temel mobbing nedenlerinin kişisel olduğu söylenebilir³³. Mobbing uygulayıcılarını mobbing yapmaya iten en önemli unsurun kişilikleri, tutumları ile ilgili nedenler olduğu söylenebilir. Ancak bazı örgütsel faktörlerinde mobbing'e zemin hazırladığı göz ardı edilmemelidir. Mobbing'e neden olan bazı örgütsel nedenler şöyle ifade edilebilir (8):

- Kötü yönetim Stresli iş ortamı
- Monotonluk
- Yöneticilerin Mobbing'in varlığına inanmamaları
- Ahlak dışı davranışların çokluğu
- Örgütsel küçülme, yeniden yapılanma vb. gibi olağandışı durumlar^[34]
- Aşırı hiyerarşik yapı
- Tacizin örgüt içi disiplinin sağlanması, verimin artırılması ve buna bağlı olarak şartlı reflekslerin oluşturulmasında bir araç olarak kullanılması
- İnsan kaynaklarına yapılan harcamaların azaltılması
- Örgüt içi iletişim kanallarının etkili çalışmaması
- Örgütte çatışma çözme yeteneğinin zayıflığı ya da etkisiz çatışma yönetimi
- Zayıf liderlik
- Takım çalışmasının azlığı ya da hiç olmaması
- Eğitim farklılığının dikkate alınmaması
- Kapalı kapı politikasının uygulanması (25)

Yavuz'un sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmasında mobbing davranışların kaynağının organizasyonlarda; iletişim ve güven eksikliği ile stres altında çalışmanın olumsuz getirilerinin neden olduğu belirlenmiştir (30).

VIII. Hemşirelik ve Mobbing

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün bir raporunda, son yıllarda işyerlerinde yaşanan şiddet olaylarının küresel ölçekte artan bir sorun olduğu ifade edilmektedir (4). Özellikle sağlık hizmetlerinde çalışanlar, diğer hizmet işyerleri ve mesleklere göre daha riskli çalışan grubunu oluşturmaktadır.

Araştırmalar, sağlık çalışanlarının şiddete uğrama riskinin diğer hizmet sektörü çalışanlarına oranla 16 kat daha fazla olduğunu, hemşirelerin ise diğer sağlık çalışanları arasında üç kat daha fazla risk altında olduğunu göstermektedir (35). Kamu hizmetlerinin yaygın olarak sunulduğu sağlık işyerlerinde, yoğun iş yükü, düzensiz ve belirsiz çalışma koşulları sağlık çalışanlarının psikolojik şiddete uğrama riskini arttıran nedenler olarak görülmektedir. Öte yandan sağlık sadece stres ve şiddete açık çalışma koşulları nedeniyle değil, aynı zamanda kadın çalışanların yoğun olarak bulunması nedeniyle de şiddetin en yaygın olduğu sektörlerden biridir. Özellikle istikrarsız, belirsiz, düşük ücretli ve düşük statülü işlerde kadınların daha çok çalışması, erkeklere oranla daha fazla şiddet riski doğurmaktadır (36).

Ülkemizde son yıllarda hemşirelerle yapılan mobbinge ilgili çalışmalarda da mobbinge maruz kalma oranı sırayla 70% , 84% ve %17 olarak belirlenmiştir (17,37). Yurt dışında yapılan bir çalışmada bu oran 1% ve 4% olarak belirlenmiştir (38). Bu sonuçlara göre ülkemizde, hemşirelerin mobbinge maruz kalma oranının dünya pervalansına göre yüksek olduğu düşünülmektedir (15).

Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası'nın (SES) asistan, pratisyen, uzman doktor, ebe ve hemşirelerin yer aldığı toplam 1771 kadın sağlık çalışanı üzerinde yaptığı anket, sağlık kurumlarında çalışan kadınların psikolojik baskı ve fiziksel şiddetten yoğun olarak sikayetçi olduğunu ortaya koymaktadır (5).

Çobanoğlu'nun çalışmasında mobbing'in genelde üst düzey yönetim kadrosu tarafından uygulandığını, sağlık sektöründe kadın çalışanların çok olduğunu ve nedenini hemşirelerin bayanlardan seçilmesinden kaynaklandığını belirtilmektedir. Farell'da çalışmasında hemşirelerin yaşadığı sözlü saldırıların %29'unu meslektaşlarının yaptığını, %27'sini hekimlerin yaptığını belirlemiştir (39).

Öztürk'ün çalışmasında hemşirelerin yaklaşık yarısı kurumlarından, mesleklerinden memnun değildir ve fırsatları olsa başka bir iş de çalışmak istemektedirler (17).

IX. Mobbingin Hemşireler Üzerindeki Olumsuz Etkileri

- Şok, inanmama, suçluluk, depresyon, korku
- Fiziksel yara, rahatsızlıklar (migren,kusma vb.)
- Yükselen stres seviyesi
- Benlik saygısında ve mesleki yetkiliğine olan inancında eksilme,
- Kendini suçlu görme,
- Kendini aciz ve sömürülmüş görme,
- Mesleki sorumlulukların için gereken davranışlardan kaçınma ve bakımın kalitesinin düşmesi,
- Cinsel rahatsızlıklar
- Kişilerarası ilişkilerde bozulma,
- İş doyumunu yitirme,
- İşe gelmeme,
- Personelinin moralinin ve verimliliğinin azalması
- Verimliliğin düşmesi
- Hasta-hemşire anksiyetesi (17).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Mobbing davranışı hemşirelerde bakımın kalitesini düşürmekte ve post-travmatik stres bozukluğu gibi çok ciddi psikolojik sorunlara neden olmaktadır (40).

İşyerinde duygusal tacizin ve saldırganlığın hastalık, düşük moral, verimliliğin azalması, yüksek oranlı işgücü devirleri, yoğun iş stresi ve düşük iş performansı gibi yüksek maliyetli sonuçlara neden olduğuna belirlenmiştir. Bu bağlamda, çalışanların kendi çalışma ortamları içerisinde duygusal saldırı hakkında eğitilmesi ve aydınlatılması onları tacize maruz kaldıklarında kendilerini koruyabilmeleri adına önemli bir çözüm yolu olarak önerilmiştir (41).

Mobbing davranışlarını önlemede en önemli adımlardan biri de örgütlerde zamanında önlemler almak, örgüte ve çalışanlara zarar vermesini engellemektir. Mobbingi yönetme konusunda öneriler özetle aşağıdaki başlıklar altında toplanabilir.

- Örgütün kültürel yapısı oluşturulmalı, kültürel değerler çalışanları tarafından benimsenmeli,
- İşyeri mobbing eğilimleri ve bu eğilimleri etkileyen faktörler saptanmalı,

- İş tanımları yapılmalı, çalışanların görev ve sorumlulukları belirlenmeli,
- Örgütlerde stres yaratıcı ortamlar ortadan kaldırılmalı (Eşit kariyer fırsatları, adaletli ücret politikalarının, iş güvenliğinin sağlanması, yıkıcı rekabetin azaltılması gibi)
- Etkin, güvenli, konusunun uzmanı yöneticilerle çalışılmalı,
- Sürekli eğitim programlarından yararlanmalı (Stres, Mobbing, Kişisel Eğitimleri gibi)
- Örgütlerde uzman rehberler, psikologlar çalıştırılmalı,
- Örgütlerde etik kodlar oluşturulmalı ve etik değerleri içselleştirmeleri sağlanmalı
- İletişime önem vererek, sık sık yüz yüze iletişim kurabilecekleri ortam yaratılmalı,
- İşe alım ve yerleştirme sürecinde kişilik iş uyumuna dikkat edilmeli,
- Mobbing davranışının örgüte olan maliyetleri belirlenmeli,
- Mobbingi önleyici hukuki tedbirler alınmalı ve mobbing mağdurları hukuken korunmalıdır (5).

KAYNAKLAR

1.Yıldırım D, Yıldırım A. Sağlık Alanında Çalışan Akademisyenlerin Karşılaştığı Psikolojik Şiddet Davranışları Ve Bu Davranışların Etkisi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2010;30(2):559-70.

2.Murray JS. Workplace Bullying In Nursing: A Problem That Can't Be Ignored. Official Journal Of The Academy of: Medical-Surgical Nurses 2009;18(5):273-6.

3.Çobanoğlu Ş. Mobbing-İşyerinde Duygusal Saldırı ve Mücadele Yöntemleri. İstanbul: Timaş Psikoloji Dizisi; 2005.

4.Chappell D, Di Martino V. Violence at Work, International Labour Organization, Third Edition. Geneva. 2006.

5.Kirel Ç. Örgütlerde Mobbing Yönetiminde Destekleyici ve Risk Azaltıcı Öneriler. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2007; 7 (2) : 317-334.

6.Simons SR, Mawn B. Bullying In The Workplace--A Qualitative Study Of Newly Licensed Registered Nurses. AAOHN JOURNAL 2010;58(7):305-1.

7.Bağ B. Hemşirelikte Şiddet Görünümleri. İstanbul: Aktif Yayınevi. 2004.

8.Devanport N, Distler Schwartz R, Pursell Elliott G. Mobbing, Emotional Abuse In The American Workplace. Çev: O.C. Onertoy. İstanbul: Sistem Yayıncılık. 2003.

9.Sofield L, Salmond SW. Workplace violence. A Focus On Verbal Abuse And Intent To Leave The Organization. Orthopaedic nursing 2003;22(4):274-83.

10.Tekin İ. Violence Against Emergency Staff. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2006;2(50):68-73.

11.Delbel J.C. De-Escalating Workplace Aggression. Nursing Management 2003; 34, 30-34.

12.West L.J. The Effect Of Anintervention On The Risk Of Eruptive Violence In The Emergency Department (Master of Science in Nursing), New Haven, Connecticut: Southern Connecticut State University. 2003.

13.Özen Çöl S. İşyerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerinde Yapılan Bir Araştırma. Çalışma ve Toplum 2008/4: 107-33.

14.Hutchinson M, Wilkes L, Jackson D, Vickers MH. Integrating Individual, Work Group And Organizational Factors: Testing A Multidimensional Model Of Bullying In The Nursing Workplace. Journal of Nursing management 2010;18(2):173-81.

15.Efe SY, Ayaz S. Mobbing Against Nurses İn The Workplace In Turkey. International Nursing Reivew 2010;57(3):328-34.

16.Camerino D, Estryng-Behar M, Conway PM, van Der Heijden BI, Hasselhorn HM. Work-Related Factors And Violence Among Nursing Staff In The European NEXT Study: A Longitudinal Cohort Study. International Journal Nursing Study 2008;45(1):35-50.

17.Khorsid L, Akın E. Hemşirelikte Meslektaş Şiddeti. Hastane Yönetimi 2006; Temmuz-Ağustos-Eylül:14-18.

18. Öztürk H, Yılmaz F, Hindistan S. Hemşireler için Mobbing Ölçeği ve Hemşirelerin Yaşadığı Mobbing. Hastane Yönetimi 2007; 11 (1-2), 63-69.

19. Aydın Ş, Şahin N, Uzun D. Örgütlerde Yaşanan Psikolojik Şiddet Sorunlarının Konaklama İşletmeleri Açısından Konaklama İşletmeleri Açısından Değerlendirmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2007; 16 (2), 61-74.

20.Salin D. Prevalence and Forms of Bullying Among Business Professionals: A Comparison of Two Different Strestegies For Measuring Bullying. European Journal of Work and Organizational Psychology 2001.10(4), 425-441. 30.

21.Tınaz P. İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing). İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım. 2006.

22.Arpacıoğlu G. İşyerindeki Stresin Gizli Kaynağı:Zorbalık ve Duygusal Taciz,<<http://www.ntvmsnbc.com/news/313446.asp#Body>>, (20.02.2013).

23.Tutar H. İşyerinde Psikolojik Şiddet. 3. Baskı, Ankara: Platin Yayınları; 2004.

24.Zapf D. Organizational Work Group Relatedand Personal Causes of Mobbing/

Bullying at Work. International Journal of Manpower 1999; 20(1/2),70-85.

25.Tetik S. Mobbing Kavramı: Birey ve Örgütler Açısından Önem KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi 2010;12(18):81-89.

26.Solmuş T. İş Yaşamında Travmalar: Cinsel Taciz ve Duygusal Zorbalık/Taciz (Mobbing). İş- Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi 2005; 7 (2).

27.Yıldırım A, Yıldırım D. Mobbing The Workplace by Peers and Managers: Mobbing Experienced by Nurses Working in Healthcare Facilities in Turkey And Its Effect on Nurses, Issues In Clinical Nursing Journal Of Clinical Nursing 2006; 1144-1149

28.Yıldırım D. Bullying among nurses and its effects. International Nursing Review 2009; 56,504-511.

29.Heather K, Spence Laschinger, Ashley L, Grau, Joan Finegan, Piotr Wilk. New Graduate Nurses'experiences Of Bullying And Burn Out In Hospital Settings. Journal of Advanced 2010; 66(12):2732-42.

30.Yavuz H. Çalışanlarda Mobbing (psikolojik şiddet) Algısını Etkileyen Faktörler: SDÜ Tıp Fakültesi Üzerine Bir Araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İsparta- 2007.

31.Cengiz R. Futbolda Psikolojik Şiddet ve Baskı, TFF FGM Futbol Eğitim Yayınları- 11, Elma Basımevi, 1. Baskı, Aralık İstanbul. 2009.

32.Minton S. J. Minton P. The Applicationof Certain Phenomenological/ Existential Perspectivesin Understanding the Bully-Victim Cycle. Existential Analysis Journal of the Society for Existential Analysis 2004; 15 (2) 230-242.

33.Adams A. Bullying at Work: How to Confrontand Overcome It. 1992. London:Virago.

34.Çarıkçı H, Yavuz H. Çalışanlarda Mobbing (psikolojik şiddet) Algısı: Sağlık Sektörü Çalışanları Üzerine Bir Araştırma Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2009/2:10.

35.Kingma M. Workplace Violence in the Health Sector: A Problem of Epidemic Proportion", International Nursing Review 2001, 48, 129-130.

36.Di Martino V. Relationship between Work Stressand Workplace Violence In The Health Sector, ILO/ICN/WHO/PSI, Geneva. 2003.

37.Dilman T. Özel Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Duygusal Tacize Maruz Kalma Durumlarının Belirlenmesi. Yayınlanmamış. Marmara Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. 2007.

38.Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper C.L. Bullying and Emotional Abuse in the Workplace: International Perspectives in Research and Practice. Taylor & Francis. London. 2003.

39.Farell G.A. Nursing study: Thirty percent of nurses report both verbal and physical abuse on the job, Health & Medicine Week, 2006; 25, 975.

40.Pai HC, Lee S. Risk factors for workplace violence in clinical registered nurses in Taiwan. Journal Clinical Nursing 2011;20(9-10):1405-12.

41.Demir Y, Çavuş M. Mobbing'in Kişisel ve Örgütsel Etkileri Üzerine Bir araştırma. Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi 2009; 2(1),13-2.



Gümüşhane University Journal Of Health Sciences

GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

İLETİŞİM	SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ
ADRES	Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Bilimleri Dergisi Sekreteryası Bağlarbaşı Mah. 29100 Gümüşhane
TELEFON	+90 456 233 76 37 - +90 505 34762 06
FAKS	+90 456 233 76 04
e-posta	sbd@gumushane.edu.tr Makalelerinizi hotmail üzerinden göndermeyiniz.