

E-ISSN 2148-5348
ISSN 1300-0853

sted

'Bilimsel
ve Destçe'

SÜREKLİ TIP EĞİTİMİ DERGİSİ | JOURNAL OF CONTINUING MEDICAL EDUCATION
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAYINI | THE PUBLICATION OF TURKISH MEDICAL ASSOCIATION



OCAK | JANUARY
ŞUBAT | FEBRUARY
2024 | 2024
CİLT 33 | VOLUME 33
SAYI 1 | ISSUE 1

1



**Kurucu Editörler / Founding Editors**

Füsün Sayek, Dr.

Şükrü Hatun, Prof. Dr.

Editör/ Editor

Orhan Odabaşı, Prof. Dr.

Yardımcı Editör / Assistant Editor

Aylin Sena Beliner, Dr. (MSc, PhD)

Yayın Kurulu / Editorial Board

Alican Bahadır, Uzm. Dr.

Alpaslan Türkkân, Prof. Dr.

Alper Büyükkakuş, Uzm. Dr.

Burcu Tokuç, Prof. Dr.

Emrah Kırımlı, Uzm. Dr.

Münevver Kaynak Türkmen, Prof. Dr.

Onur Naci Karahancı, Dr. Öğr. Üyesi

Pınar Okyay, Prof. Dr.

Rana Savlu, Dr.

Bilimsel Danışma Kurulu / Scientific Advisory Board

Adile Öniz Özgören, Prof. Dr.

Alis Özçakır, Prof. Dr.

Alp Ergör, Prof. Dr.

Alper İskit, Prof. Dr.

Arif Onan, Doç. Dr.

Bahar Gökler, Prof. Dr.

Berna Arda, Prof. Dr.

Cem Terzi, Prof. Dr.

Çetin Turgan, Prof. Dr.

Deniz Çalışkan, Prof. Dr.

Dilek Aslan, Prof. Dr.

Erdal Akalın, Prof. Dr.

Fatih Şua Tapar, Dr.

Figen Şahin, Prof. Dr.

Hakan Şen, Dr.

Hülya Çakmur, Prof. Dr.

Hüsniye Çalışır, Prof. Dr.

İrem Yıldız, Dr. Öğr. Üyesi

İskender Sayek, Prof. Dr.

Mehmet Özen, Doç. Dr.

Mehmet Raşit Tükel, Prof. Dr.

Mehmet Zencir, Prof. Dr.

Mustafa Güler, Av.

Mustafa Sülkü, Dr.

Murat Akova, Prof. Dr.

Muzaffer Eskiocak, Prof. Dr.

Müge Demir, Dr. Öğr. Üyesi

Nalan Çelebi, Prof. Dr.

Naki Bulut, Uzm. Dr.

Nüket Örnek Büken, Prof. Dr.

Orhan Yılmaz, Prof. Dr.

Özen Aşut, Prof. Dr.

Özden Şener, Prof. Dr.

Özlem Sarıkaya, Prof. Dr.

Remzi Karşı, Dr. Öğr. Üyesi

S. Songül Yalçın, Prof. Dr.

Semih Baskan, Prof. Dr.

Serdar Kula, Prof. Dr.

Serhat Ünal, Prof. Dr.

Sibel Sakarya, Prof. Dr.

Sinan Adıyaman, Prof. Dr.

Süleyman Ayhan Çalışkan, Doç. Dr.

Şevkat Bahar Özvarış, Prof. Dr.

Şükrü Hatun, Prof. Dr.

Ufuk Beyazova, Prof. Dr.

Yeşim Gökçe Kutsal, Prof. Dr.

Yeşim Uncu, Prof. Dr.

Yılmaz Yıldız, Doç. Dr.

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Owner and Responsible Editor

Alpay Azap, Prof. Dr.

Hazırlık ve Tasarım / Preparation and Design

Mert S. Kaplan

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Türk Tabipleri Birliği tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin sürekli eğitimi için iki ayda bir yayımlanmaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is published bimonthly by the Turkish Medical Association for the continuing education of the physicians working at the primary health care services.

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini içinde yer almaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is indexed by TÜBİTAK Turkish Medical Database. *İvasdam nonera nostium te publina, nonemeist in taribus, omneris, etistrunte omnenius*

İletişim Adresi

Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi
GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok.
No: 2 Kat: 4, 06570 Maltepe/Ankara

Tel: 0 (312) 231 31 79 (pbx)

Faks: 0 (312) 231 19 52 - 53

Web: <http://www.ttb.org.tr/STED/>

E-posta: sted@ttb.org.tr



Merhaba,

Şehnaz Ceylan ve arkadaşları "Sağlık Bilimleri Fakültesi Lisans ve Yüksek Lisans Öğrencilerinin Cinsel Eğitime Yönelik Görüşlerinin İncelenmesi" isimli çalışmalarında, öğrencilerin cinsel gelişimi okudukları bölüm doğrultusunda farklı tanımlamış olduğunu saptamışlardır. Öğrenciler ailede aldıkları cinsel eğitim konusunda kendilerini yeterli görmemektedirler. Sağlık Bilimleri Fakültesinde cinsel gelişimi ve sağlığı içeren birçok ders bulunması sebebiyle öğrenciler okulda yeterli eğitimi aldıklarını düşünmektedirler. Öğrenciler cinsel eğitime erken yaşta ailede başlaması gerektiğini, çeşitli eğitim programlarıyla desteklenebileceğini belirtmişler, bu doğrultuda kendi cinsel eğitim programlarını tasarlamışlardır.

Deniz S. Yorulmaz Demir, "Bir İl Merkezinde Ortaokul Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Beslenme Özelliklerinin Belirlenmesi: Bir Tanımlayıcı Çalışma" isimli makalesinde öğrencilerin %35,8'inin haftada 2-3 kez şekerli içecek, %30,2'sinin haftada 2-3 kez fastfood ürünleri tüketmekte ve %71,0'inin öğün atlamakta olduğunu saptamıştır. Öğrencilerin Beden Kütle İndeksi (BKİ) dağılımları incelendiğinde %11,8'inin fazla kilolu ve %3,1'inin obez olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin beslenme sorunlarının ve sağlıklı beslenme konusunda eğitim ihtiyaçlarının olduğu belirlenmiştir.

Sevda Demiröz Yıldırım ve arkadaşları "Öğretmenlerin Afet ve Acil Durumlara Bireysel Hazırlıklarının Değerlendirilmesi: Mersin İli Örneği" isimli araştırmalarında öğretmenlerin acil durum ve afete bireysel hazırlık yapmak için yeterli bilgiye sahip olmadıkları sonucuna ulaşmışlardır. Yazarlar öğretmenlerin afet ve acil durumlarda bireysel hazırlıklarının artırılması ve bu konuda sürekli eğitimleri toplumsal dirençliliğin artmasına olumlu katkı sağlayacağını ileri sürmektedirler.

Sibel Özdemir Özmen ve Alev Yıldırım Keskin "Challenges Faced by Nurses Working in Palliative Care Centers" isimli çalışmalarında palyatif bakım merkezlerinde çalışan hemşirelerin yaşadıkları zorlukları belirlemeyi amaçlamışlardır. Çalışmaya katılan hemşirelerin iş ortamı koşullarının uygunsuzluğunu, iş yükü fazlalığını, mobbingi, kurum kültürü yetersizliğini, birebir karar verememeyi, fiziksel, ekonomik ve sosyo kültürel etkenleri palyatif bakım engeli olarak gördükleri belirlenmiştir. Palyatif bakımda çalışan hemşireler birçok zorlukla karşılaşmakta ve yaşanan bu engellerin kaldırılmasına yönelik sağlık hizmetleri ve politikaların güçlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Semanur Kızılaslan ve Çiğdem Samancı Tekin'in "Risk Factors of Ischemic Heart Disease and Risk-Related Awareness in University Students" isimli çalışmalarında üniversite öğrencilerinin iskemik kalp hastalığı risk faktörleri ve farkındalık düzeylerinin saptanması amaçlanmıştır. Yazarlar yüksek eğitim düzeyine sahip üniversite öğrencilerinin, yüksek oranda risk faktörü taşımalarına rağmen, düşük bilgi seviyesi ve risk farkındalığına sahip olduklarını saptamışlardır.

Güllü Demir ve Sevgi Özsoy "Kombine Oral Kontraseptiflerin Yan Etkilerinin Yönetimi" isimli çalışmalarında oral kontraseptiflerin ülkemizde kadınlar tarafından en çok bilinen yöntem olmasına karşın, kullanım ve devamlılık oranları; yan etkileri, yan etki korkusu, yanlış inanışlar ve uyum sorunları nedeniyle düşük olduğunu belirtmektedirler. Sağlık çalışanlarının yan etkiler konusunda vereceği danışmanlık ile kombine oral kontraseptiflerin kullanım ve uyum oranları artırılarak, kadınların istenmeyen gebeliklerden korunması sağlanabilir. Bu makalede, kombine oral kontraseptiflerin kullanımı sırasında ortaya çıkabilecek sorunların yönetimi için Dünya Sağlık Örgütü Aile Planlaması rehberi ve diğer rehberler doğrultusunda öneriler paylaşılmıştır.

Bilimsel ve dostça kalın.

Araştırma / Research

- Sağlık Bilimleri Fakültesi Lisans ve Yüksek Lisans Öğrencilerinin Cinsel Eğitime Yönelik Görüşlerinin İncelenmesi
Examination of the Opinions of Faculty of Health Sciences Undergraduate and Graduate Students towards Sexual Education 1
Şehnaz Ceylan, Feyza Yalman, Adile Dağ, Kevser Ayhan, Selen Ulu
- Bir İl Merkezinde Ortaokul Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Beslenme Özelliklerinin Belirlenmesi: Bir Tanımlayıcı Çalışma
Determination of Obesity Frequency and Nutritional Characteristics in Secondary School Students in a Provincial Center: A Descriptive Study 21
Deniz S. Yorulmaz Demir
- Öğretmenlerin Afet ve Acil Durumlara Bireysel Hazırlıklarının Değerlendirilmesi: Mersin İli Örneği
Evaluation of Teachers' Individual Preparedness for Disaster and Emergency Situations: Mersin Province Example 31
Sevda Demiröz Yıldırım, Bilge Evren, Ayla Açıkgöz
- Palyatif Bakım Merkezlerinde Çalışan Hemşirelerin Karşılaştığı Zorluklar
Challenges Faced by Nurses Working in Palliative Care Centers 42
Sibel Özdemir Özmen, Alev Yıldırım Keskin
- Üniversite Öğrencilerinde İskemik Kalp Hastalığı Risk Faktörleri ve Farkındalık Düzeyi
Risk Factors of Ischemic Heart Disease and Risk-Related Awareness in University Students 57
Semanur Kızılaslan, Çiğdem Samancı Tekin

Derleme / Review Article

- Kombine Oral Kontraseptiflerin Yan Etkilerinin Yönetimi
Managing of Side Effects of Combined Oral Contraceptives 73
Güllü Demir, Sevgi Özsoy

Kapak Fotoğrafı / Cover Photo



STED
Fotoğraf Yarışması
albümünden

Şehnaz Ceylan¹, Feyza Yalman Çetinkaya², Adile Dağ³, Kevser Ayhan⁴, Selen Ulu⁵

DOI: 10.17942/sted.1079697

Geliş/Received: 26.02.2022
Kabul/Accepted: 16.07.2024

Özet

Amaç: Bu çalışma Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan Lisans ve Yüksek Lisans öğrencilerinin cinsel eğitime yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Nitel veri toplama teknikleri ile ele alınan bu çalışmada, yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Araştırma verileri araştırmacılar tarafından geliştirilen 'Cinsel Eğitime Yönelik Görüş Anketi' aracılığı ile toplanmıştır.

Bulgular: Öğrenciler cinsel gelişime yönelik bilgilerinin büyük oranda okuldan (%53,3) edindiklerini, ilk cinsel eğitimlerini annelerinden (%21,0) aldıklarını yine anneden (%33,0) almak isteyeceklerini, aldıkları cinsel eğitimin yetersiz olduğunu (%73,3), eğitim hayatlarında cinsel gelişime yönelik yeterli eğitim aldıklarını (%63,3) belirtmişlerdir. Öğrenciler cinsel eğitimin 3-6 yaşlarında (%33,3), aile tarafından (%50,0) verilmeye başlanması gerektiği, daha sağlıklı bir cinsel eğitim için uzmanlar tarafından çocuklara yönelik cinsel eğitimler düzenlenebileceği (%50,0), öğrenciler bu eğitimleri verselerdi kendilerini yetersiz gördükleri yerlerde uzmanlara başvuracaklarını (%50,8) söylemişlerdir.

Sonuç: Öğrenciler cinsel gelişimi okudukları bölüm doğrultusunda farklı tanımlamışlardır. Öğrenciler ailede aldıkları cinsel eğitim konusunda kendilerini yeterli görmemektedir. Sağlık Bilimleri Fakültesinde cinsel gelişimi ve sağlığı içeren birçok ders bulunması sebebiyle öğrenciler okulda yeterli eğitimi aldıklarını düşünmektedirler. Öğrenciler cinsel eğitime erken yaşta ailede başlanması gerektiğini, çeşitli eğitim programlarıyla desteklenebileceğini belirtmiş, bu doğrultuda kendi cinsel eğitim programlarını tasarlamışlardır.

Anahtar Sözcükler: cinsel gelişim; cinsel eğitim; sağlık bilimleri

Abstract

Aim: This study was conducted to determine the views of undergraduate and graduate students studying at the Faculty of Health Sciences on sexual education.

Materials and Methods: In this study, which was handled with qualitative data collection techniques, semi-structured interview technique was used. The research data were collected through the 'Opinion Questionnaire on Sexual Education' developed by the researchers.

Findings: The students mostly obtained their knowledge about sexual development from school (53.3%), they received their first sexual education from their mothers (21.0%), they would like to receive it from their mothers (33.0%), the sexual education they received was insufficient (73.3%), stated that they received adequate training on sexual development in their education life (63.3%). Students stated that sexual education should start at the age of 3-6 (33.3%), by the family (50.0%), sexual education for children could be organized by specialists for a healthier sexual education (50.0%), and if students were going to provide this education in places where they consider themselves inadequate they would apply to specialists (50.8%).

Conclusion: Students defined sexual development differently in line with the department they studied. Students don't consider themselves sufficient about the sexual education they receive in the family. Since there are many courses on sexual development and health in the faculty of health sciences, students think that they have received adequate education at school. The students stated that sexual education should be started in the family at an early age, that it can be supported by various education programs, and they designed their own sexual education programs accordingly.

Keywords: sexual development; sex education; health sciences

¹ Prof. Dr., Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi AD (Orcid no: 0000-0001-9313-7353)

² Arş. Gör., Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi AD (Orcid no: 0000-0002-8787-6624)

³ Çocuk Gelişimci, Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi AD (Orcid no: 0000-0001-7997-9175)

⁴ Çocuk Gelişimci, Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi AD (Orcid no: 0000-0001-8892-5259)

⁵ Çocuk Gelişimci, Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi AD (Orcid no: 0000-0001-8644-5788)

Giriş

Cinsellik doğumla başlayıp hayat boyu devam eden bir süreçtir ve sadece cinsel organları değil tüm bedeni içerir. Cinsellik cinsel ilişkiden, üreme ve sosyal hijyenden fazlasıdır. Temel kimliğimizin bir parçası olan cinsellik, kişiler arası iletişimimizi ve rollerimizi etkiler. Cinsellikle ilgili temel kavramlar mevcuttur. Bunlardan bazıları; Cinsel sağlık bireyde yalnızca bir hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, duygusal, sosyal ve zihinsel açıdan sağlıklı bir cinsellik halidir (1). Cinsiyet, üreme ve cinselliğin biyolojik yönünü ifade eder. Bütün canlılarda bir türün üyelerini yapı ve üreme yönünden birbirini tamamlayan, 'erkek' ve 'dişi' olarak ayırt etme olanağı veren bedensel özelliklerin tümüne denir (2).

Sağlıklı bir cinsel gelişim için sağlıklı bir eğitim şarttır. Eğitim, bireyin davranışlarında yaşantı yoluyla istendik bir şekilde değişiklik meydana getirme sürecidir (3). Cinsel eğitimde bu sürecin amacı bedenini tanıyan, vücut bölümlerinin isimlerini ve işlevlerini bilen, üreme ve üreme sağlığı konusunda bilinçli bireyler oluşturmaktır. Cinsel eğitim çocuk henüz doğmadan anne karnında başlayan bir süreçtir. Bebeğin içinde doğduğu toplum, onu kadın ve erkeğe uygun gördüğü davranış kalıpları içinde şekillendirir (4). Aileler çocuklarının yerine kendi düşüncelerine ve yaşam tarzlarına uygun hayatı çoktan düşlemiştir (5). Kısaca, çocuğun toplum içerisinde nasıl bir tavır sergileyebileceği, ne tür bir cinsel kimlik oluşturacağı anne babanın kafasında şekillenmeye başlamıştır.

Cinsel eğitim gençlerin sağlıklı cinsel bilgilere erişimini sağlamayı amaçlamaktadır. Aynı zamanda bireyin fiziksel, duygusal ve cinsel gelişimini doğru anlaması, olumlu bir benlik algısına sahip olması ve başkalarının haklarına saygı duyması da amaçlanmaktadır. Bu sayede erken gebeliklerin önlenmesi, cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi ve cinsel davranışlarda sorumlu olunması amaçlanmaktadır (6). Cinsel eğitim, cinselliğin bireyler arasındaki önemini anlaşılmasına; erkeklik, dişilik kavramları, cinselliğe ilişkin toplumsal yargılara ilişkin bilgi edinilmesine; bireyin cinsel uyumunu bozacak korku, utanç ve suçluluk gibi psikolojik duygulardan uzak durmasına, sevmeye yetenekli kişilerin yetiştirilmesine yardımcı olur (2). Bir başka tanıma göre cinsel eğitim, çocuğun

kendini başkalarından koruması ve ortaya çıkabilecek cinsel problemlerin önlenmesi amacıyla yöneliktir. Cinsel eğitim zihinsel bir eğitimidir. Çocuğa bilgi aktarılır ve bu aktarılan bilgilerle kendi yaşamında neler yapması ve nasıl yapması gerektiği açıklanır (7). Sağlıklı bir cinsel eğitim ilk olarak ailede başlar. Çocuğun ilk cinsel bilgilerini vermek, çocuğu konuya yaklaştırmak, çocuğun diğer dış faktörlerden, kendi kendine edindiği bilgileri kontrol etmek anne-babanın sorumluluğudur. Ancak ebeveynler çocuklarına nasıl yaklaşmaları gerektiğini bilememekte, çocuklarının kafalarındaki soru işaretlerini nasıl giderebilecekleri ve sorularını düzeylerine uygun nasıl cevaplandıracakları konusunda büyük kaygı ve rahatsızlık yaşayabilmekte, cinsel oyunlar konusunda endişelenmektedirler. Oysaki tüm bunlar gelişimin doğal ve sağlıklı birer parçasıdır (8). Çocukla en çok vakit geçiren anne – babaların ve öğretmenlerin, çocuğun cinsel gelişimini, onun tüm gelişiminin ayrılmaz bir parçası olarak kabul etmeleri, buna ilişkin problemleri ele almaları, çocuğa gerekli bilgileri vermelerinin doğal bir eğitim görevi olduğunu benimsemeleri bir zorunluluktur ve bir sorumluluktur. Bunun için anne- babanın ve öğretmenin cinsel gelişimi iyi bilmeleri ve iş birliği içinde olmaları gerekmektedir (9).

Başka ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de cinsellikle ilgili konular üstü kapalı olarak konuşulmaktadır. Hatta çoğu zaman konuşulmamasının daha iyi olacağı düşünülmektedir. Ne yazık ki bu yüzden ülkemizde cinsellik hakkında eğitimler ve programlar yetersizdir. İlk olarak ailede verilmesi beklenen cinsel eğitim ailelerin de konuyu tabu olarak görmesinden ve yeterli bilgiye sahip olamamalarından dolayı yeterli önemi görememiştir. Sadece ailelerde değil aynı zamanda Türkiye’de cinsellikle ilgili önemli bilgilere sahip olması beklenen tıp fakültesi öğrencilerinde de durum pek farklı değildir. Aile, okul, öğrenciler fark etmeksizin ülkemizde genel olarak cinsellik hakkında bilgi eksikliği söz konusudur. (10). Geçmişte direkt cinsellikle ilgili olmasa bile alt yapı sayabileceğimiz aile yaşam eğitimi programları özellikle annelere 1960’lı yıllardan sonra verilmeye başlanmıştır. Daha sonraki süreçlerde hem konular genişlemiş hem de diğer aile üyeleri özellikle baba çalışmalarına dahil edilmiştir. Bu çalışmalarda daha çok çocuk

yetiştirme konuları üzerinde durulmuştur (11). Bunun dışında ülkemizde ergenlere cinsellik ile ilgili bilgilendirme çalışmaları yapılmıştır. 1993'te bunlardan biri olan 'Değişim ve Genç Kızlığa İlk Adım' kızların eğitimine yönelik çalışmalardır. 2000-2001'de ergenlik dönemi değişim projesi ile erkek öğrenciler ayrı gruplar olarak kapsama alınmıştır (12).

Cinsel eğitim ihmal edilmemesi ve erkenden başlanması gereken bir konudur. Toplumumuzun en önemli kurumu olan "aile", bireyin cinselliğe ilişkin ilk bilgilerinin oluştuğu ve cinselliğe yaklaşımının başladığı ve şekillendiği bir kurumdur. Ailelerin kültürel ve eğitim düzeyleri farklı olsa da pek çok ebeveyn bu konuda geleneksel tavrı sürdürmekte, cinsel konuları tabu olarak görerek çocuklarıyla cinsel konuları konuşmaktan kaçınmaktadır. İhtiyaç duyduğu bilgiyi ailesinden alamayan bireyler, farklı yollardan bilgi almaya çalışmakta ve bunun sonucunda zarar görebilmektedir (13). Bu konuda büyük sorumlulukları bulunan anne ve babalar çocuklarla cinsel konuları paylaşırken çocuğun gelişim dönemine dikkat etmelidir. Her yaş çocuğunun beklentileri farklıdır ve her yaş grubuna da verilmesi gereken cevap farklıdır. Aile çocuğun merak duygusunu yeterince karşılırsa çocuk da sağlıklı bir cinsel kimlik kazanacaktır. Bu konuda ne gereğinden fazla bilgi yüklemeli ne de konu hafife alınmalıdır. Aile bu konuda kendini yetersiz görüyorsa bir uzmandan yardım alması faydalı olacaktır (14). Bu uzman görevini en iyi üstlenebilecek kişiler, ailelerin kolaylıkla ulaşabilecekleri ve güvenebilecekleri sağlık personeli çocuk gelişimci, hemşire ve ebelerdir. Bu amaçla bu çalışma Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan Lisans ve Yüksek Lisans öğrencilerinin cinsel eğitime yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

1. Araştırmanın Türü ve Yapıldığı Yer

Nitel veri toplama teknikleri ile ele alınan bu çalışmada, yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Nitel araştırmalar, gözlem, görüşme ve doküman inceleme gibi nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamında gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik sürecin izlendiği araştırmalardır (15).

2. Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubunu, 2018-2019 eğitim öğretim yılında Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim görmekte olan Yüksek Lisans ve son sınıf Lisans öğrencileri oluşturmaktadır. Çalışma grubunda Çocuk Gelişimi (n=20), Ebelik (n=20), Hemşirelik (n=20) bölümü öğrencileri bulunmaktadır (n=60).

3. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri araştırmacılar tarafından geliştirilen 'Cinsel Eğitime Yönelik Görüşme Formu' aracılığı ile toplanmıştır. Soruların anlaşılabilirliğini test etmek için beş Lisans öğrencisi ile pilot uygulama yapılmış ve anlaşılmayan sorular düzeltilmiştir. Anketler öğrencilere dağıtılmadan önce çalışma ile ilgili bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilere anket formları dağıtılmıştır. Veri formlarının öğrenciler tarafından doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

4. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler toplandıktan sonra, ankette yer alan her bir soru "içerik analizi tekniği" ile analiz edilirken katılımcıların verdikleri cevaplardaki kategoriler belirlenmiş ve veriler böylece sınıflandırılmış, görülme sıklığı belirlenmiştir. Verilerin sayı, yüzde ve ortalama dağılımları verilmiştir.

Bulgular

Çocuk Gelişimi Lisans öğrencilerinin %40,0'ı ve aynı şekilde Yüksek Lisans öğrencilerinin de %40,0'ı cinsel gelişimi "cinsiyet farklılıklarını fark etme/vücudu tanıma" olarak tanımlamıştır. Ebelik Lisans öğrencilerinin %70,0'ı 'ergenlik sürecinde meydana gelen fiziksel değişimler' olarak, Yüksek Lisans öğrencilerinin %50,0'ı "doğum öncesinden ölüme kadarki süreç" olarak tanımlamıştır. Hemşirelik Lisans öğrencilerinin %40,0'ı "ergenlik döneminde meydana gelen değişimler" olarak, Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencilerinin %30,0'ı "büyümek" olarak tanımlamıştır (Tablo 1).

Araştırmaya katılan öğrencilerin %53,3'ü cinsel eğitime yönelik bilgiyi okulda verilen eğitimden aldıklarını belirtmiştir (n=60). Çocuk Gelişimi Lisans öğrencilerinin %60,0'ı okulda verilen eğitimden, Çocuk Gelişimi Yüksek Lisans öğrencilerinin %50,0'ı aileden aldığını; Ebelik Lisans öğrencileri (%60,0), Ebelik Yüksek

Tablo 1. Öğrencilerin cinsel gelişimi nasıl tanımladıklarına ilişkin görüşlerinin dağılımı (n=60).

Görüşler	n	%
Çocuk Gelişimi (Lisans) (n=10)		
Cinsiyet farklılıklarını fark etme/vücudu tanıma	4	40,0
Belirli evreler sonrası ortaya çıkan cinsel olgunluk	2	20,0
Cinsel kimlik kazanma	2	20,0
Freud ve gelişim kuramları	2	20,0
Çocuk Gelişimi (Yüksek Lisans) (n=10)		
Cinsiyet farklılıklarını fark etme/vücudu tanıma	4	40,0
Belirli evreler sonrası ortaya çıkan cinsel olgunluk	3	30,0
Cinsel kimlik kazanma	3	30,0
Ebelik (Lisans) (n=10)		
Cinsiyet farklılıklarını fark etme/vücudu tanıma	3	30,0
Ergenlik sürecinde meydana gelen fiziksel değişimler	7	70,0
Ebelik (Yüksek Lisans) (n=10)		
Doğum öncesinden ölüme kadarki süreç	5	50,0
Belirli evreler sonrası ortaya çıkan cinsel olgunluk	2	20,0
Büyüme	2	20,0
Cinsel organlarda meydana gelen değişimler	1	10,0
Hemşirelik (Lisans) (n=10)		
Fiziksel ve psikolojik değişimlerin tümü	2	20,0
Büyüme	2	20,0
Sağlıklı gelişim süreci	2	20,0
Ergenlik döneminde meydana gelen değişimler	4	40,0
Hemşirelik (Yüksek Lisans) (n=10)		
Freud ve gelişim evreleri	2	20,0
Büyüme	3	30,0
Belirli evreler sonrası ortaya çıkan cinsel olgunluk	2	20,0
Cinsel kimlik kazanma	2	20,0
Cinsiyet farklılıklarını fark etme/vücudu tanıma	1	10,0

Lisans öğrencileri (%50,0), Hemşirelik Lisans öğrencileri (%70,0) ve Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencileri (%40,0) cinsel eğitime yönelik bilgiyi okulda verilen eğitimden aldığını belirtmiştir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan öğrencilerin %21,0'ı ilk cinsel eğitimlerini anneden aldıklarını, %33,0'ı aynı şekilde yine anneden almak istediklerini

belirtmişlerdir (n=60). Çocuk Gelişimi Lisans öğrencilerinin %30,0'ı anneden aldıklarını, %60,0'ı yine anneden almak istediklerini belirtirken; Yüksek Lisans öğrencilerinin %40,0'ı anneden aldıklarını, %40,0'ı uzman bir kişiden almak isteyeceklerini belirtmiştir. Ebelik Lisans öğrencilerinin %50,0'ı aile üyelerinden aldıklarını, %40,0'ı aile üyelerinden ve %40,0'ı anneden almak istediğini belirtmişlerdir. Ebelik

Tablo 2. Öğrencilerin cinsel eğitime yönelik bilgilerinin nereden aldıklarına ilişkin görüşlerinin dağılımı (n=60).

Bilgileri nereden aldıkları	n	%
Çocuk Gelişimi (Lisans) (n=10)		
Okulda verilen eğitimden	6	60,0
Ailemden	1	10,0
İnternet/Televizyon/Sosyal medya	2	20,0
Arkadaşımdan	1	10,0
Çocuk Gelişimi (Yüksek Lisans) (n=10)		
Okulda verilen eğitimden	4	40,0
Ailemden	5	50,0
İnternet/Televizyon/Sosyal medya	1	10,0
Ebelik (Lisans) (n=10)		
Okulda verilen eğitimden	6	60,0
Ailemden	3	30,0
İnternet/Televizyon/Sosyal medya	1	10,0
Ebelik (Yüksek Lisans) (n=10)		
Okulda verilen eğitimden	5	50,0
Ailemden	4	40,0
İnternet/Televizyon/Sosyal medya	1	10,0
Hemşirelik (Lisans) (n=10)		
Okulda verilen eğitimden	7	70,0
Ailemden	2	20,0
Kitap/Makale	1	10,0
Hemşirelik (Yüksek Lisans) (n=10)		
Okulda verilen eğitimden	4	40,0
Ailemden	3	30,0
İnternet/Televizyon/Sosyal medya	1	10,0
Arkadaşımdan	1	10,0
Kitap/Makale	1	10,0

Yüksek Lisans öğrencilerinin %30,0'ı okuldaki seminerlerden aldıklarını, %40,0'ı ebelerden almak isteyeceklerini belirtmiştir. Hemşirelik Lisans öğrencilerinin %60,0'ı anneden aldıklarını, %60,0'ı yine anneden almak isteyeceğini belirtirken; Yüksek Lisans öğrencilerinin %30,0'ı aile üyelerinden aldıklarını, %40,0'ı bu eğitimi ilk olarak bir uzmandan almak isteyeceğini belirtmiştir (Tablo 3).

Araştırmaya katılan öğrencilerin %73,3'ü aldıkları cinsel eğitimin yetersiz olduğunu düşünmektedir (n=60). Çocuk gelişimi Lisans öğrencilerinin %40,0'ı aileleri tarafından yeterli bilgi paylaşılmamasını, Yüksek Lisans öğrencilerinin %40,0'ı ayıptır diye üstü kapalı verilmesini gerekçe göstermişlerdir. Ebelik Lisans öğrencilerinin %40,0'ı eğitimi verenlerin uzman olmamasını, Yüksek Lisans öğrencilerinin

Tablo 3. Öğrencilerin cinsel eğitimlerini kimden aldıkları ve kimden almak istediklerine yönelik görüşlerinin dağılımı (n=60).

Kimden aldıkları	n	%	Kimden almak istedikleri	n	%
Çocuk Gelişimi (Lisans) (n=10)					
Aile	2	20,0	Aile	2	20,0
Anne	3	30,0	Anne	6	60,0
Öğretmen	1	10,0	Uzman	2	20,0
Arkadaşlar	2	20,0			
İnternet/Televizyon/Sosyal medya	1	10,0			
Hatırlamıyorum	1	10,0			
Çocuk Gelişimi (Yüksek Lisans) (n=10)					
Aile	2	20,0	Aile	3	30,0
Anne	4	40,0	Anne	3	30,0
Öğretmen	2	20,0	Uzman	4	40,0
Kitap	1	10,0			
Seminer	1	10,0			
Ebelik (Lisans) (n=10)					
Aile	5	50,0	Aile	4	40,0
Anne	2	20,0	Anne	4	40,0
Öğretmen	3	30,0	Uzman	2	20,0
Ebelik (Yüksek Lisans) (n=10)					
Öğretmen	2	20,0	Aile	2	20,0
Okuldaki seminer	3	30,0	Uzman	2	20,0
Kitap	1	10,0	Ebe	4	40,0
Doktor	1	10,0	Doktor	1	10,0
Hatırlamıyorum	3	30,0	Öğretmen	1	10,0
Hemşirelik (Lisans) (n=10)					
Aile	1	10,0	Aile	2	20,0
Anne	6	60,0	Anne	6	60,0
Öğretmen	2	20,0	Uzman	2	20,0
Hatırlamıyorum	1	10,0			
Hemşirelik (Yüksek Lisans) (n=10)					
Arkadaşlar	1	10,0	Aile	3	30,0
Aile	3	30,0	Anne	3	30,0
Öğretmen	2	20,0	Uzman	4	40,0
Okuldaki seminer	2	20,0			
İnternet/Televizyon/Sosyal medya	2	20,0			

%70,0'ı ayıptır diye üstü kapalı bilgi verilmesini gerekçe göstermişlerdir. Hemşirelik Lisans öğrencilerinin %30,0'ı ayıptır diye üstü kapalı bilgi verilmesinden dolayı aldığı eğitimi yetersiz

görürken, %50,0'ı doğru bilgiler aldığından dolayı yeterli eğitim aldığını düşünmektedir. Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencilerinin %30,0'ı ayıptır diye üstü kapalı bilgi verildiği için aldığı

Tablo 4. Öğrencilerin çocuklukta aldıkları cinsel eğitimin yeterliliği konusundaki düşünceleri ve nedenlerine yönelik görüşlerinin dağılımı (n=60).

Yeterliliği	n	%	Nedeni	n	%
Çocuk Gelişimi (Lisans) (n=10)					
Yetersiz	9	90,0	Kendime güvenim zayıf	1	10,0
Kısmen yeterli	1	10,0	Ailem yeterli bilgi paylaşmadı	4	40,0
			Ayıptır diye üstü kapalı verildi	3	30,0
			Eğitimi verenler uzman değildi	1	10,0
			Konu yeterince önemsenmiyor	1	10,0
Çocuk Gelişimi (Yüksek Lisans) (n=10)					
Yeterli	2	20,0	Doğru bilgiler aldım	2	20,0
Yetersiz	7	70,0	Konu yeterince önemsenmiyor	1	10,0
Kısmen yeterli	1	10,0	Ailem yeterli bilgi paylaşmadı	2	20,0
			Ayıptır diye üstü kapalı verildi	4	40,0
			Eğitim geç yaşta verildi	1	10,0
Ebelik (Lisans) (n=10)					
Yeterli	3	30,0	Doğru bilgiler aldım	3	30,0
Yetersiz	7	70,0	Ayıptır diye üstü kapalı verildi	2	20,0
			Eğitimi verenler uzman değillerdi	4	40,0
			Verilmedi	1	10,0
Ebelik (Yüksek Lisans) (n=10)					
Yeterli	1	10,0	Doğru bilgiler aldım	1	10,0
Yetersiz	9	90,0	Ailem yeterli bilgi paylaşmadı	1	10,0
			Ayıptır diye üstü kapalı verildi	7	70,0
			Soru sorulmadıkça bu konu konuşulmadı	1	10,0
Hemşirelik (Lisans) (n=10)					
Yeterli	5	50,0	Doğru bilgiler aldım	5	50,0
Yetersiz	5	50,0	Ailem yeterli bilgi paylaşmadı	2	20,0
			Ayıptır diye üstü kapalı verildi	3	30,0
Hemşirelik (Yüksek Lisans) (n=10)					
Yeterli	2	20,0	Doğru bilgiler aldım	2	20,0
Yetersiz	7	70,0	Ayıptır diye üstü kapalı verildi	3	30,0
Kısmen yeterli	1	10,0	Soru sorulmadıkça bu konu konuşulmadı	2	20,0
			Ailem yeterli bilgi paylaşmadı	2	20,0
			Eğitimi verenler uzman değillerdi	1	10,0

eğitimi yetersiz görmüştür (Tablo 4).

Araştırmaya katılan öğrencilerin %63,3'ü eğitim hayatlarında cinsel eğitime yönelik aldıkları eğitimi yeterli bulmaktadır (n=60). Çocuk Gelişimi Lisans öğrencilerinin %40,0'ı bu konuda birçok ders aldığını, Yüksek Lisans öğrencilerinin

%30,0'ı kaliteli eğitim aldığını gerekçe göstererek yeterli eğitim aldıklarını söylemişlerdir. Ebelik Lisans öğrencilerinin %80,0'ı bu konuda birçok ders aldıkları için yeterli görmüşlerdir. Yalnızca Ebelik Yüksek Lisans öğrencilerinin %60,0'ı bu eğitimi yetersiz bulmuştur. Buna gerekçe olarak

Tablo 5. Öğrencilerin eğitim hayatlarında cinsel eğitime yönelik aldıkları eğitimin yeterliliği konusundaki düşünceleri ve nedenlerine yönelik görüşlerinin dağılımı (n=60).

Yeterliliği	n	%	Nedeni	n	%
Çocuk Gelişimi (Lisans) (n=10)					
Yeterli	6	60,0	Bu konuda birçok ders aldım	4	40,0
Yetersiz	4	40,0	Kaliteli eğitim aldım	1	10,0
			Yeterli bilgiye sahibim	1	10,0
			Yeterli bilgi verilmedi	4	40,0
Çocuk Gelişimi (Yüksek Lisans) (n=10)					
Yeterli	6	60,0	Bu konuda birçok ders aldım	2	20,0
Yetersiz	4	40,0	Kaliteli eğitim aldım	3	30,0
			Yeterli bilgiye sahibim	1	10,0
			Bilgiler sadece teorik olarak verildi	2	20,0
			Yeterli bilgi verilmedi	2	20,0
Ebelik (Lisans) (n=10)					
Yeterli	9	90,0	Bu konuda birçok ders aldım	8	80,0
Yetersiz	1	10,0	Kaliteli eğitim aldım	1	10,0
			Öğrenmek hiçbir zaman bitmez	1	10,0
Ebelik (Yüksek Lisans) (n=10)					
Yeterli	4	40,0	Bu konuda birçok ders aldım	4	40,0
Yetersiz	6	60,0	Yeterli bilgi verilmedi	4	40,0
			Bilgiler sadece teorik olarak verildi	1	10,0
			Öğrenmek hiçbir zaman bitmez	1	10,0
Hemşirelik (Lisans) (n=10)					
Yeterli	7	70,0	Bu konuda birçok ders aldım	6	60,0
Yetersiz	3	30,0	Yeterli bilgiye sahibim	1	10,0
			Aldığım bilgiler yüzeysel	1	10,0
			Öğrenmek hiçbir zaman bitmez	2	20,0
Hemşirelik (Yüksek Lisans) (n=10)					
Yeterli	6	60,0	Bu konuda birçok ders aldım	6	60,0
Yetersiz	3	30,0	Yeterli bilgi verilmedi	3	30,0
Kismen	1	10,0	Bilgiler sadece teorik olarak verildi	1	10,0

%40,0'ı yeterli bilgi verilmediğini öne sürmüştür. Hemşirelik Lisans ve Yüksek Lisans öğrencilerinin %60,0'ı bu konuda birçok ders aldığını, bu yüzden verilen eğitimi yeterli bulduğunu ifade etmiştir (Tablo 5).

Araştırmaya katılan öğrencilerin %33,3'ü cinsel eğitimin 3-6 yaş arasında verilmesi gerektiğini savunmuştur (n=60). Çocuk gelişimi Lisans öğrencilerinin %50,0'ı, Yüksek

Lisans öğrencilerinin %60,0'ı, Ebelik Lisans öğrencilerinin %40,0'ı cinsel eğitimin 3-6 yaş arasında başlaması gerektiğini belirtmiştir. Ebelik Yüksek Lisans öğrencilerinin %40,0'ı, Hemşirelik Lisans öğrencilerinin %50,0'ı ve Yüksek Lisans öğrencilerinin %40,0'ı 6-12 yaş arasında verilmesi gerektiğini söylemiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %50,0'ı cinsel eğitimin aile tarafından verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Çocuk Gelişimi Lisans öğrencilerinin

Tablo 6. Öğrencilerin cinsel eğitimin kaç yaşından itibaren verilmesi gerektiği, kimler tarafından verilmesi gerektiği ve nedenine yönelik görüşlerinin dağılımı (n=60).

Kaç yaşından itibaren	n	%	Kimler vermeli	n	%	Nedeni	n	%
Çocuk Gelişimi (Lisans) (n=10)								
Doğum öncesi	1	10,0	Anne	2	20,0	Eğitim ailede başlar	4	40,0
Doğum sonrası	1	10,0	Aile	5	50,0	En yakın ailedir	5	50,0
1-3 yaş	3	30,0	Uzman	1	10,0	Kritik dönem	1	10,0
3-6 yaş	5	50,0	Arkadaş	1	10,0			
			Öğretmen	1	10,0			
Çocuk Gelişimi (Yüksek Lisans) (n=10)								
1-3 yaş	2	20,0	Aile	9	90,0	Kritik dönem	6	60,0
3-6 yaş	6	60,0	Uzman	1	10,0	Eğitimde ailede başlar	2	20,0
Ergenlikten itibaren	2	20,0				Daha donanımlı bilgi için	1	10,0
						Önemli bir konu	1	10,0
Ebelik (Lisans) (n=10)								
3-6 yaş	4	40,0	Anne	2	20,0	Kritik dönem	3	30,0
6-12 yaş	2	20,0	Aile	2	20,0	Çocuğa en yakın aile	2	20,0
Ergenlikten itibaren	4	40,0	Uzman	4	40,0	Daha donanımlı bilgi için	5	50,0
			Öğretmen	2	20,0			
Ebelik (Yüksek Lisans) (n=10)								
Doğumdan itibaren	1	10,0	Aile	3	30,0	Çocuğa en yakın aile	2	2,00
3-6 yaş	1	10,0	Uzman	6	60,0	Kritik dönem	2	20,0
6-12 yaş	4	40,0	Öğretmen	1	10,0	Daha donanımlı bilgi için	5	50,0
Soru sorunca	1	10,0				Tehlikeleri fark etmesi için	1	10,0
Ergenlikte	3	30,0						
Hemşirelik (Lisans) (n=10)								
1-3 yaş	2	20	Aile	8	80,0	Eğitim ailede başlar	1	10,0
3-6 yaş	2	20	Uzman	2	20,0	Çocuğa en yakın ailedir	3	30,0
6-12 yaş	5	50				Kritik dönem	4	40,0
Soru sorunca	1	10				Daha donanımlı bilgi için	2	20,0
Hemşirelik (Yüksek Lisans) (n=10)								
1-3 yaş	1	10,0	Aile	3	30,0	Eğitim ailede başlar	3	30,0
3-6 yaş	2	20,0	Uzman	5	50,0	Kritik dönem	2	20,0
6-12 yaş	4	40,0	Öğretmen	2	20,0	Daha donanımlı bilgi için	5	50,0
Ergenlikte	3	30,0						

%50,0'ı cinsel eğitimin ailede verilmesi gerektiğini, buna gerekçe olarak çocuğa en yakın aile olduğunu belirtmiştir. Çocuk Gelişimi Yüksek Lisans öğrencilerinin %90,0'ı cinsel eğitimin ailede verilmesi gerektiğini, buna gerekçe olarak da eğitimin ailede başladığını belirtmiştir. Ebelik Lisans öğrencilerinin %40,0'ı, Yüksek Lisans öğrencilerinin %60,0'ı daha

donanımlı bilgi için uzmanlar tarafından verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Hemşirelik Lisans öğrencilerinin %80,0'ı cinsel eğitimin ailede verilmesi gerektiğini, buna gerekçe olarak 'çocuğa en yakın ailedir' demiştir. Yüksek Lisans öğrencilerinin %50,0'ı daha donanımlı bilgi için bu eğitimin uzmanlarca verilmesi gerektiğini belirtmiştir (Tablo 6).

Tablo 7. Öğrencilerin, çocuk ve gençlerin daha sağlıklı bir cinsel eğitim alabilmeleri için ne gibi çalışmalar yapılabileceğine yönelik görüşlerinin dağılımı (n=60).

Yapılabilecek çalışmalar	n	%
Çocuk gelişimi (Lisans) (n=10)		
Çocuklara yönelik eğitimler düzenlenmeli	5	50,0
Eğitimciler bu konuda geliştirilmeli	1	10,0
Eğitim müfredatına bu konu eklenmeli	2	20,0
Aile eğitimi verilmeli	2	20,0
Çocuk Gelişimi (Yüksek Lisans) (n=10)		
Çocuklara yönelik eğitimler düzenlenmeli	5	50,0
Eğitim müfredatına bu konu eklenmeli	3	30,0
Aile eğitimi verilmeli	2	20,0
Ebelik (Lisans) (n=10)		
Çocuklara yönelik eğitimler düzenlenmeli	6	60,0
Aile eğitimi verilmeli	4	40,0
Ebelik (Yüksek Lisans) (n=10)		
Çocuklara eğitimler düzenlenmeli	5	50,0
Eğitim müfredatına eklenmeli	4	40,0
Aile eğitimi verilmeli	1	10,0
Hemşirelik (Lisans) (n=10)		
Çocuklara yönelik eğitimler düzenlenmeli	5	50,0
Eğitim müfredatına eklenmeli	4	40,0
Çocuklara birebir eğitim verilmeli	1	10,0
Hemşirelik (Yüksek Lisans) (n=10)		
Eğitim müfredatına bu konu eklenmeli	3	30,0
Çocuklara yönelik eğitimler düzenlenmeli	4	40,0
Aile eğitimi verilmeli	3	30,0

Araştırmaya katılan öğrencilerin %50,0'ı çocuklara yönelik eğitimler düzenlenebileceğini belirtmiştir (n=60). Bu durum Çocuk Gelişimi Lisans ve Yüksek Lisans'ta %50,0 iken; Ebelik Lisans'ta %60,0, Ebelik Yüksek Lisans'ta %50,0, Hemşirelik Lisans'ta %50,0, Hemşirelik Yüksek Lisans'ta %40,0'dır (Tablo7).

Araştırmaya katılan öğrencilerin %95,0'ı kendilerini yetersiz gördükleri yerlerde yardım alacaklarını (n=60), bu yardım alacak öğrencilerin %50,8'i bu konudaki uzmanlara başvuracağını belirtmiştir (n=57) (Tablo 8).

Araştırmaya katılan öğrencilerin %30,0'ı bir cinsel eğitim programı hazırlasalar 3-6 yaş grubunu hedefleyeceklerini belirtmişlerdir (n=60). Çocuk Gelişimi Lisans öğrencilerinin %60,0'ı, Yüksek Lisans öğrencilerinin ise %50,0'ı 3-6 yaş grubunu hedeflemiştir. Ebelik Lisans öğrencilerinin %50,0'ı 12-18 yaş grubunu, Yüksek Lisans öğrencilerinin %50,0'ı ise 6-12 yaş grubunu hedeflemiştir. Hemşirelik Lisans öğrencilerinin %50,0'ı 6-12 yaş grubunu, Yüksek Lisans öğrencilerinin ise %40,0'ı 3-6 yaş grubunu hedeflemiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %73,3'ü bir cinsel eğitim programı hazırlasaydılar çocukları

Tablo 8. Öğrencilerin cinsel eğitim veriyor olsalardı kendilerini yetersiz gördükleri yerlerde yardım alıp almayacakları, alacaklarsa nerelere başvuracaklarına yönelik görüşlerinin dağılımı (n=60).

Yeterliliği	n	%	Nereye başvuracağı	n	%
Çocuk Gelişimi (Lisans) (n=10)					
Evet	10	100,0	Uzmanlar	4	40,0
Hayır	0	0,0	Kitap/makale	2	20,0
			Eğitimciler	3	30,0
			Eğitim programları	1	10,0
Çocuk Gelişimi (Yüksek Lisans) (n=10)					
Evet	10	100,0	Uzmanlar	4	40,0
Hayır	0	0,0	Kitap/makale	4	40,0
			İnternet	1	10,0
			Bilmiyorum	1	10,0
Ebelik (Lisans) (n=10)					
Evet	10	100,0	Uzmanlar	4	40,0
Hayır	0	0,0	Kitap/makale	4	40,0
			Güvendiğim biri	1	10,0
			Sağlık kuruluşu	1	10,0
Ebelik (Yüksek Lisans) (n=10)					
Evet	8	80,0	Uzmanlar	2	20,0
Hayır	2	20,0	Eğitimciler	1	10,0
			ASM	1	10,0
			Kitap/makale	4	40,0
Hemşirelik (Lisans) (n=10)					
Evet	10	100,0	Uzmanlar	7	70,0
Hayır	0	0,0	İnternet	2	20,0
			Kitap/makale	1	10,0
Hemşirelik (Yüksek Lisans) (n=10)					
Evet	9	90,0	Uzmanlar	8	80,0
Hayır	1	10,0	Eğitim programları	1	10,0

hedefleyeceklerini söylemişlerdir. Çocuk gelişimi Lisans öğrencilerini %50,0'ı, Çocuk Gelişimi Yüksek Lisans öğrencilerinin ise %60,0'ı, Ebelik Lisans öğrencilerinin %80,0'ı, Ebelik Yüksek Lisans öğrencilerinin %100,0'ı, Hemşirelik Lisans öğrencilerinin %80,0'ı, Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencilerinin %70,0'ı çocukları hedefleyeceklerini söylemişlerdir. Bu öğrenciler tasarladıkları programa farklı isimler vermişlerdir. Bu isimler Tablo 9'da ayrıntılı belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %31,6'sı bir cinsel eğitim programı hazırlasalardı programın içeriğinin cinsel sağlık olacağını belirtmişlerdir (n=60). Çocuk Gelişimi Lisans öğrencilerinin %50,0'ı 'mahremiyet eğitimi', Yüksek Lisans öğrencilerinin ise %30,0'ı 'mahremiyet eğitimi', %30,0'ı 'cinsel gelişim konulu bilgiler', %30,0'ı 'cinsel sağlık' konusunu belirlemiştir. Ebelik Lisans ve Yüksek Lisans öğrencilerinin %50,0'ı 'cinsel sağlık' konusunu belirlemiştir. Hemşirelik Lisans öğrencilerinin %40,0'ı 'cinsel sağlık', %40,0'ı

Tablo 9. Öğrencilerin bir cinsel eğitim programı hazırlasalar di kaç yaş grubunu, kimleri hedefleyecekleri ve programın adının ne olacağı konusunda görüşlerinin dağılımı (n=60).

Yaş grubu	n	%	Kimler	n	%
Çocuk Gelişimi (Lisans) (n=10)					
1-3 yaş	1	10,0	Çocuk	5	50,0
3-6 yaş	6	60,0	Aile	5	50,0
12-18	3	30,0			
Programın adı	Mahremiyet eğitiminde anne-baba - Çocuğumun mahremiyeti - Çocuğumun mahremiyetini önemsiyorum - Haydi çocuklarımızı bilgilendirelim - Ergenliği sağlıklı atlatma - Ergenlik döneminde cinsel eğitim - Özel bölgelerim - Bedenini tanı - Cinsel sağlık programı - Kendini öğren				
Çocuk Gelişimi (Yüksek Lisans) (n=10)					
1-3 yaş	2	20,0	Çocuk	6	60,0
3-6 yaş	5	50,0	Aile	3	30,0
12-18	3	30,0	Kız çocukları	1	10,0
Programın adı	Çocuklarda cinsel eğitim - Çocuğunun yolunu aydınlat - Çocuğumun mahremiyeti - Cinsel gelişim - Ben biriciğim - Vücudumu fark ediyorum - Kimim ben? - Cinsel gelişimin desteklenmesi - Benimle öğren				
Ebelik (Lisans) (n=10)					
3-6 yaş	1	10,0	Çocuk	8	80,0
6-12 yaş	4	40,0	Aile	2	20,0
12-18 yaş	5	50,0			
Programın adı	Kendimi tanıyorum - Hepimiz aynıyız - Neler oluyor bana - Cinsel gelişim farkındalığı - Hep beraber geleceğe bir adım - Aydınlık aileler - Ergenlik ve cinsel yaşam - Cinsel sağlık eğitimi - Cinsel gelişim programı - Cinsel kimliğim				
Ebelik (Yüksek Lisans) (n=10)					
6-12 yaş	5	50,0	Çocuk	10	100,0
12-18 yaş	4	40,0			
18-24	1	10,0			
Programın adı	Ergenlikteki değişimler - Çocuğa bakış - Kendimizi tanıyalım - Cinsel kimliğim - Aslında ben kimim - Önce ben - Cinsellik tabu olmamalı - Gençlerle yaşama merhaba - Üreme sağlığı - Mahremiyet eğitimi				
Hemşirelik Lisans (Lisans) (n=10)					
3-6 yaş	2	20,0	Çocuk	8	80,0
6-12 yaş	5	50,0	Aile	2	20,0
12-18 yaş	3	30,0			
Programın adı	Vücudumu tanıyorum - Kendimizi tanıyalım - Ben özelim - Cinsel eğitim programı - Bedenim büyüyor - Büyüdüğünüzü fark edin - Çocuğumu tanıyorum - Bilmem gerekenler - Uzman ışığında - Bedenim bana ait				
Hemşirelik (Yüksek Lisans) (n=10)					
3-6 yaş	4	40,0	Çocuk	7	70,0
12-18 yaş	3	30,0	Aile	3	30,0
18-24	3	30,0			
Programın adı	Bedenimiz ve çevre - Cinsel kimlik kazanımı - Doğurganlık-annelik - Çocuklarda cinsel eğitim - Ergenliği sağlıklı atlatma - Doğru bilinen yanlışlar - Mahremiyet eğitiminde aile - Cinsel sağlık programı - Ergenlikte cinsel eğitim - Ben biriciğim				

Tablo 10. Öğrencilerin bir cinsel eğitim programı hazırlasalar di programın içeriği ve süresinin ne kadar olacağına dair görüşlerinin dağılımı (n=60).

Programın içeriği	n	%	Süresi	n	%
Çocuk gelişimi (Lisans) (n=10)					
Mahremiyet eğitimi	5	50,0	İlgi ve ihtiyaca göre	2	20,0
Anne-babaya düşen görevler	1	10,0	4 hafta	6	60,0
Cinsel gelişim konulu bilgiler	2	20,0	6 hafta	2	20,0
Ergenlikte yaşanan çatışmalar	1	10,0			
Çocuk Gelişimi (Yüksek Lisans) (n=10)					
Mahremiyet eğitimi	3	30,0	3 hafta	2	20,0
Cinsel gelişim konulu bilgiler	3	30,0	4 hafta	7	70,0
Cinsel sağlık	1	10,0	14 hafta	1	10,0
Cinsel kimlik kazanımı	3	30,0			
Ebelik (Lisans) (n=10)					
Üreme organları	2	20,0	4 hafta	8	80,0
Vücuttaki değişimler	3	30,0	6 hafta	2	20,0
Cinsel sağlık	5	50,0			
Ebelik (Yüksek Lisans) (n=10)					
Vücuttaki değişimler	2	20,0	4 hafta	7	70,0
Cinsel sağlık	5	50,0	1-2 hafta	3	30,0
Mahremiyet eğitimi	3	30,0			
Hemşirelik (Lisans) (n=10)					
Mahremiyet eğitimi	2	20,0	4 hafta	3	30,0
Cinsel sağlık	4	40,0	1-2 hafta	3	30,0
Fiziksel gelişim	4	40,0	10 hafta	4	40,0
Hemşirelik (Yüksek Lisans) (n=10)					
Cinsel kimlik kazanımı	3	30,0	4 hafta	5	50,0
Cinsel sağlık	4	40,0	12 hafta	3	30,0
Ergenlik dönemi	3	30,0	20 hafta	2	20,0

'fiziksel gelişim', Yüksek Lisans öğrencilerinin ise %40,0'ı 'cinsel sağlık' konusunu ele alacaklarını belirlemiştir (Tablo 10).

Tartışma

Bu çalışma, Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan Lisans ve Yüksek Lisans öğrencilerinin cinsel eğitime yönelik görüşlerini incelemek ve bilgi düzeylerinin ölçülmesi amacıyla yapılmıştır. Cinsellikten ve cinsel eğitimden ne anladıkları, bu konu ile ilgili bilgi tutum ve davranışlarının tespit edilmesi, ileride yapılacak olan cinsel eğitim programlarına katkı sağlamalarına rehberlik edecektir. Aynı zamanda

bu çalışmadan elde edilen bulgular öğrencilerin bilgi eksikliklerini gidermeleri, eksik ve yanlış bilgileri konusunda farkındalık kazanmaları açısından önemlidir.

Araştırmada bölüm öğrencileri kendi bölümlerinde gördükleri eğitimler doğrultusunda cinsellik tanımını nasıl yaptıkları ve adayların cinsel gelişimi nasıl tanımladıklarına ilişkin görüşlerinin incelendiği Tablo 1'de yer alan bulgulara göre Çocuk Gelişimi Lisans ve Yüksek Lisans öğrencilerinin cinsel gelişimi cinsiyet farklılıklarını fark etme ve vücudu tanıma olarak tanımlamışlardır. Ebelik Bölümü Lisans

öğrencileri ergenlik sürecinde meydana gelen fiziksel değişimler olarak tanımlamışlardır. Ebelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencileri ise cinsel gelişimi doğum öncesinden ölüme kadarki süreç olarak tanımlamışlardır. Hemşirelik Bölümü Lisans öğrencileri cinsel gelişimi doğum öncesinden ölüme kadarki süreç olarak tanımlarken Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencileri cinsel gelişim tanımını büyümek olarak nitelendirmişlerdir. Yapılan incelemeler doğrultusunda cinselliğin tanımlanmasında farklı görüşlere değinilmiştir. Cinsellik cinsiyetin belirleyicisi olan biyolojik kimlikten daha geniş bir çerçeveyi belirtir (3). İnsan, cinselliğinde bedensel, biyolojik ve anatomik yapısına, psikolojik durumuna, sosyal-duygusal becerilerine, kimlik oluşumuna kültürel sosyo-ekonomik boyutlara dikkat çeker (15). Ayrıca başka bir tanım olarak cinsellik, doğumla başlayıp hayat boyu devam eden fizyolojik bir olgudur (16,29). İnsanların cinsellik ile ilgili tutum ve düşünceleri aile, din, okul medya, arkadaşlar, sosyokültürel ve ekonomik düzeyden etkilenir (17). Araştırma sonucuna göre cinsellik; doğumla başlayan, cinsiyet farklılıklarını fark etme, vücudu tanıma, vücudunda meydana gelen değişiklikleri fark etme ve hayat boyu süren değişimlerin bütünü olarak çevresel uyarıcılardan da etkilenen doğal bir süreç olarak açıklanabilir. Çocuklar bedenlerini ve cinsiyetlerini doğru bir şekilde anlamak için yetişkinlerin doğru rehberliğine ve yönlendirilmesine ihtiyaç duyarlar (25).

Öğrencilere cinsel eğitime yönelik bilgilerini nereden aldıkları sorulduğunda Tablo 2’de yer alan bulgulara göre Çocuk Gelişimi, Ebelik, Hemşirelik Bölümü Lisans öğrencilerinin büyük bir kısmının cinsel eğitim bilgilerini okulda verilen eğitimlerden aldıkları saptanmıştır. Çocuk Gelişimi Yüksek Lisans öğrencileri cinsel eğitime yönelik bilgilerini aileden alırken Ebelik Bölümü ve Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencileri cinsel eğitime yönelik bilgilerini okulda verilen eğitimlerden aldıklarını belirtmişlerdir. Pek çok ebeveyn, eğer çocuk ve gençlere cinsel eğitim verilirse, onların cinsel bir yaşama başlayacaklarını ve cinsel eğitimin çocukların masumiyetini bozup onların gelişimlerini etkileyeceğini düşünür ve bu durum onlarda endişe yaratır (16). Bazıları da cinsel konular konuşulmadığı zaman cinsel konularla ilgili sorunların da olmayacağını düşünmektedirler. “Topluca” verilen cinsel eğitim sonrasında çocukların cinsel konulara daha

fazla merak duydukları, kendi aralarında cinsel içerikli iletişim başlattıkları gözlemlenmektedir. Ayrıca, çocukların tacize en çok maruz kaldıkları dönemin yedi yaş öncesi olduğu düşünülürse, “salt” cinsel eğitimin onları tacizden koruyacağı düşüncesi yetersiz kalır (6). Yapılan araştırmanın bulgularına göre bireyler cinsel eğitimlerini genel olarak okuldan aldıklarını ifade etmişlerdir. Bu konuda yapılan bilimsel açıklamalar cinsel eğitim için okul döneminin çok geç olduğunu açıkça ifade etmektedir. Ebeveynler, çocukların cinsellik eğitiminde ilk öğretmenleri olmaları ve cinsel eğitimdeki rollerinin önemini bilmelerine rağmen, cinsellik hakkında yeterli bir iletişim kurmamaktadırlar (29,30). Ebeveynlerin bu konuyu ayıp görmeleri nedeniyle yeterli önemi vermedikleri bu yüzden bu sorumluluğu okula yükledikleri düşünülmektedir. Bu noktada yapılması gereken en doğru şey cinsel eğitimin okul öncesi dönemde ailede başlaması daha sonra okul tarafından desteklenmesidir. Yapılan çalışma sonuçları ebeveynlerin cinsellik ve cinsel eğitime yönelik yetersiz bilgiye sahip olduklarını ve bu konularda eğitim almaları gerektiğini söyleyerek bu görüşü desteklemektedir (7,8).

Tablo 3’te araştırmamızda yer alan öğrencilere cinsel eğitimlerini ilk kimden aldıkları sorulduğunda Çocuk Gelişimi, Ebelik ve Hemşirelik bölümlerinde öğrenim gören Lisans öğrencileri cinsel eğitimi ilk olarak anneden aldıklarını belirtmişlerdir. Ebelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencilerinin bir kısmı eğitimi okuldaki seminerlerden aldıklarını bir kısmı ise bu eğitimi ilk olarak kimden aldıklarını hatırlayamadıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencileri ise cinsel eğitimlerini ilk olarak anneden aldıklarını belirtmişlerdir. Öğrencilere ilk cinsel eğitimlerini kimden almak istedikleri sorulduğunda Çocuk Gelişimi, Ebelik, Hemşirelik Bölümü Lisans öğrencileri aileden veya anneden almak istediklerini belirtirken Çocuk Gelişimi ve Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencileri bu bilgileri uzman kişilerden almak istediklerini ifade etmişlerdir. Ebelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencileri ise genel olarak bu bilgileri ilk önce ebevelerden almak isteyebileceklerini dile getirmişlerdir. Ülkemizde yapılan pedagojik araştırmalar sonucunda çocuğun ilk cinsel eğitimini ailesinden almış olduğu, genelde kız çocuklarının erkek çocuklara oranla cinsel gelişim dönemlerinde yaşanan değişiklikleri anneleriyle

daha rahat bir şekilde konuşabildiği sonucuna ulaşılmıştır (17). Diğer bir araştırmada ise gençlerin ilk cinsel bilgilerini arkadaş ortamından edindiği bilgilerle kazandıkları saptanmıştır (18). Cinsellik eğitiminin ilk kimlerden alındığı önemli bir konudur. Cinsellikle eğitim ile ilgili konular genellikle ülkemizde konuşulması istenmeyen, ayıplanan, dile getirilmemesi, dokunulmaması tercih edilen konulardır (19). Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı bir araştırmaya göre gençlerin cinsel konularda ilk bilgi kaynağı olarak en sık arkadaşlarından ve medya aracılığı ile bu bilgileri öğrendiği, öğretmen ya da sağlık personelinden cinsellik konusunda bilgi alımının az olduğu ve ebeveynlerin bu konu hakkında ilk gidilen kaynak merkezi olmadığı ortaya koyulmuştur (19). İlk cinsel bilgilerin edinimi çocuklar için zor bir süreci ifade etmektedir. Çocuklar bu süreç içerisinde hem yaşadıkları değişimleri anlamlandıramamakta hem de bu değişimlere bir cevap bulma eğilimi içerisine girmektedirler. Araştırmada büyük çoğunluk ilk cinsel bilgilerin anneden alınması gerektiğini ifade etmiştir. Yapılan araştırmada kadınların çalışma grubunun %93,4'ünü oluşturması Diiorio (1999) kız çocuklarının ilk cinsel eğitimlerini anneden almak isteyecekleri görüşünü destekler niteliktedir.

Tablo 4'te adayların aldıkları cinsel eğitimin yeterliliği konusundaki düşünceleri ve nedenlerine yönelik görüşleri incelendiğinde Çocuk Gelişimi Lisans ve Yüksek Lisans, Ebelik Bölümü Lisans ve Yüksek Lisans ve Hemşirelik Bölümü Lisans öğrencileri kendilerini bu konuda yetersiz olarak görürken; Hemşirelik Bölümü Lisans öğrencilerinin bir kısmı kendilerini bu konuda yeterli görmektedir. Çocuk Gelişimi Lisans Bölümü öğrencilerinin kendilerini yetersiz görmelerindeki neden onlara yeterli bilgi verilmediğini düşünmeleridir. Ebelik Bölümü Lisans öğrencileri yetersizliklerinin nedenini aldıkları eğitimlerin bir uzman tarafından verilmemiş olmasına bağlamışlardır. Hemşirelik Bölümü Lisans öğrencilerinin bir kısmının kendini yetersiz görmesinin nedeni hem ayıptır diye yeteri kadar bilginin verilmemesi hem de aile tarafından doğru bir şekilde bilgilendirilmemiş olmalarına bağlamaktadırlar. Genel olarak Çocuk Gelişimi, Ebelik, Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencileri kendilerini yetersiz olarak görmelerinin nedenini ayıptır diye üstü kapalı bir eğitim verilmiş olmasına bağlamaktadırlar. Çocuklar

ve gençlerin cinsel alanda kendi kendilerini eğitmelerini beklemek yanlıştır. Doğruluğu belli olmayan geçerliliği ve güvenilirliği net olmayan eksik ve yanlış bilgiler yerine, sağlam temellere dayandırılan sonuçları geçerli ve güvenilirliği yüksek, yaş gruplarına ve seviyelerine uygun olarak ayarlanmış ve uyarlanmış, basit aynı zamanda kavraması kolay kafa karıştırmayan bilgilendirilmelere ihtiyaçları vardır (20). Benzer amaçlarla gençler üzerinde yapılan çalışmalarda, gençlerin cinsellikle ilgili bilgilerini genellikle yetersiz olarak değerlendirdikleri sonucuna ulaşılmıştır (21). Ülkemizde aile içinde ve toplum önünde ayıplandığı için gerekli bilgi aktarımının yapılmadığı cinsellik konusu gençlerin ilerleyen zamanda cinsel eğitim konusunda kendilerini yetersiz görmelerine neden olmuştur. Araştırmamızda yer alan bulgular incelendiğinde Ardıç (1992)'in yaptığı araştırmada elde ettiği sonuçlarla kendi araştırmamızın sonuçları benzer sonuçlar göstermekte ve araştırmamızı destekler niteliktedir.

Tablo 5'te yer alan bulgular sonucunda adayların eğitim hayatlarında cinsel gelişime yönelik aldıkları eğitimin yeterliliği konusundaki düşünceleri ve nedenleri sorulmuştur. Çocuk Gelişimi, Ebelik ve Hemşirelik Bölümü Lisans öğrencileri ayrıca Çocuk Gelişimi ve Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencileri kendilerini bu konuda yeterli eğitimi almış olarak görürken; Ebelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencileri eğitim hayatlarında cinsel gelişime yönelik aldıkları eğitimlerde kendilerini yetersiz olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Nedenlerine bakılacak olursa Ebelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencileri yetersizliklerinin nedenini yeterli bilgi alamamalarına bağlamaktadırlar. Çocuk Gelişimi Bölümü Lisans ve Yüksek Lisans, Hemşirelik Bölümü Lisans ve Yüksek Lisans ve Ebelik Bölümü Lisans öğrencilerinin kendilerini yeterli görmelerinin nedenini bu konuda çok ders almış olmalarına bağlamışlardır. Yeterlilik konusundaki görüşleri inceleme amacıyla yapılan benzer bir çalışmada, yine gençlerin cinsellikle ilgili bilgilerini genellikle yetersiz olarak değerlendirdikleri belirtilmektedir (22). Yapılan diğer bir araştırmada cinsel gelişim konusunda okullarda yeterli bilgi verilip verilmediği ile ilgili düşünceleri araştıran bir çalışma sonucunda katılımcılardan okuldan bilgi aldığını belirtenlerin son iki yılda önemli derecede azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (23). Bu çalışma

Ebelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencileriyle benzer sonuçlar göstermektedir. Fakat öğrencilerin büyük çoğunluğu yeterli bir eğitim aldıklarını düşünmektedir. Sağlık Bilimleri Fakültesi ders içeriklerinde cinsel eğitim ile ilgili temel kavramlar, cinsel gelişim dönemleri, cinsel gelişim ile ilgili teoriler, cinsel gelişimin amacı ve önemini içeren bilgilerin çoğu dersin içerisinde bulunması sonucunda adayların cinsel gelişim konusunda aldıkları bilgileri yeterli görmeleri olağan bir durumdur.

Çalışmamızda Tablo 6'da yer alan bulgularda öğrencilerin cinsel eğitimin kaç yaşından itibaren verilmesi gerektiği, kimler tarafından verilmesi gerektiği ve nedenlerine yönelik görüşler incelendiğinde Çocuk Gelişimi Bölümü Lisans öğrencileri 3-6 yaşından itibaren aile tarafından verilmesi gerektiğini nedeninin ise; bu dönemde çocuğa en yakın olan insanların ailesi olduğunu belirtmişlerdir. Çocuk Gelişimi Bölümü Yüksek Lisans öğrencileri çocuğun cinsel eğitimin 6 yaşından itibaren aile tarafından verilmesi gerektiğini nedeninin ise çocuğun kritik dönemde bulunması olduğunu vurgulamışlardır. Ebelik Bölümü Lisans ve Yüksek Lisans öğrencileri çocuğun cinsel eğitimini 3-6 yaş civarında uzmanlar tarafından verilmesi gerektiğini çünkü uzmanların bu konuda daha donanımlı bilgiye sahip olduklarını dile getirmişlerdir. Hemşirelik bölümü Lisans öğrencileri eğitimin 6-12 yaşları arasında aile tarafından verilmesi gerektiğini nedeninin ise çocuğun o yaşlarda kritik dönemde olmalarına bağlamışlardır. Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencileri eğitimin 6-12 yaşları arasında verilmesi gerektiğini bu konuda daha donanımlı bilgiye sahip oldukları için cinsel eğitimin uzmanlar tarafından verilmesi gerektiğinin önemini vurgulamışlardır. Cinsel eğitimin kaç yaşında başlaması gerektiği herkes tarafından merak edilen bir konu durumuna gelmiştir. Yapılan benzer araştırmalarda ebeveynlerin çocuklara cinsel eğitimin ne zaman verilmesi gerektiği ve nedenlerine ilişkin görüşleri incelendiğinde çalışmaya katılan ebeveynlerin çocuğun merak duygusunun oluşmaya başladığı yaş olduğu için, kız ve erkek olarak vücudundaki organların farklılığını algılayabildiği için, cinsel kimlik kazanım yaşı olduğu için cinsel eğitimin 3-6 yaşında verilmesi gerektiğini belirttikleri saptanmıştır (7). Diğer bir araştırmada ise cinsel eğitime başlamak için belli bir yaş bulunmamasına

rağmen, genellikle cinsellikle ilgili soruların sorulmaya başladığı 3-4 yaşlarının cinsel eğitime başlamak için uygun olacağı düşünülmektedir (24). Yapılan diğer bir araştırmaya göre cinsel kimliğini sağlıklı olan ebeveynleri ya da başka bir yakını ile özdeşleştirerek sorulan sorular çocuğa o anda yanıtlandırılmalıdır (25). Doğru zamanda verilen yeteri kadar bilgide bireyin sağlıklı ergenlik ve erinlik dönemi geçirme şansı oldukça artar. Bu nedenle cinsel eğitimin ergenlikten önce yapılmış olması çocuk için büyük önem taşır. Cinsel eğitime başlama yaşı çocuğun gelişiminde önemli bir yere sahiptir ve önemli sonuçlar doğurmaktadır. Bu bulgulara göre hemşirelik bölümü öğrencileri cinsel eğitimin verilmesi gereken yaşı genelde 6-12 olarak ifade etmiştir. Bu konuda daha önce yapılan çalışmalar cinsel eğitime daha erken başlanması gerektiğini açıkça göstermektedir. Diğer yandan çocuk gelişimi ve ebelik bölümü öğrencilerinin görüşleri Ceylan ve Çetin (2015)'in yaptığı araştırma ve diğer araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Hem kendi araştırmamızda hem de diğer araştırmalarda çocuğun kendi vücudunu ve farklılıklarını fark etmesi, kendi cinsel kimliğini kazanmaya başlaması, merak duygusunun oluşması gibi nedenlere bağlı olarak cinsel eğitimin genel olarak 3-6 yaşından itibaren aile tarafından vermeye başlanması sonucu elde edilmiştir.

Araştırmamızda çocuk ve gençlerin daha sağlıklı bir cinsel eğitim alabilmeleri için ne gibi çalışmalar yapabilecekleri sorulduğunda çalışmaya katılan adayların hepsi ilk olarak çocuklara eğitimler düzenlenmeli cevabını vermişlerdir. Bunun dışında ayrıca bulgular kısmındaki Tablo 7 incelendiğinde çalışma grubunda yer alan öğrencilerin aynı fikirleri paylaştığı diğer bir nokta ise cinsel eğitimin müfredat konuları arasına girmesi gerektiği ve aile eğitimlerinin düzenlenmesi gerektiğidir. Yapılan benzer araştırmalar sonucunda çocuğun kendisinde meydana gelen fiziksel ve duygusal gelişimleri anlama ve kabullenme, bedeni hakkında olumlu düşünceler edinme, bireysel farklılıkların bilincinde olma süreçleri için cinsel eğitimin şart olduğu görülmüştür (29,30). Hayatlarında cinsel davranışlarıyla ilgili hür iradesiyle karar verebilmek, kadın ya da erkek olarak kendi cinsiyeti hakkında gerekli bilgi donanımına sahip olmak, cinsel konular hakkında rahat bir şekilde konuşabilmek, cinsel taciz ve suiistimale karşı

kendini koruyabilme gibi becerileri kazanması açısından çocuklara eğitimler düzenlenmesinin gerekli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (16). Aile eğitimi konusunda yapılan bir başka araştırma sonucuna göre ise anne babaların cinsellikle ilgili konularda çocuklarına yetemedikleri durumlarda uzman kişilerden veya kurumlardan yardım almadığı ayrıca çocuklarını uzman kişilere ve kurumlara yönlendirmedikleri sonucuna varılmıştır (18). Diğer bir çalışmada okullarla iş birliği yapılarak anne babalara cinsellikle ilgili konularda hangi kurum ve kuruluşlardan yardım alabileceklerine rehberlik etmelerinin gerekliliği göz önüne çıkmaktadır. Anne babalara eksik oldukları konularda aile eğitimi verilmesi göz önünde bulundurulması gereken bir konu haline geldiği sonucuna ulaşılmıştır (16). Araştırmamızda adayların çoğu bir cinsel eğitimin önemini kavramış oldukları ve bunun çocuklara düzenli olarak verilmesi gerektiği bunun yanında aile eğitimlerinin de etkisinin çocuğun gelişimi açısından faydalı olacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 8’de öğrencilerin cinsel eğitim veriyor olsalardı kendilerini yetersiz gördükleri yerlerde yardım alıp almayacakları ve nerelere başvuracaklarına yönelik görüşleri incelendiğinde çalışma gruplarında yer alan neredeyse bütün öğrencilerin yetersizlik durumlarında yardım almak isteyebilecekleri saptanmıştır. Nerelere başvuracaklarına yönelik görüşlerinde de bütün çalışma grupları uzmanlara başvurabileceklerini aynı zamanda kitaplardan ve makalelerden bilgi edinmek isteyebileceklerini belirtmişlerdir. Yapılan benzer araştırmaların sonuçlarında da ülkemizde öğrencilerin cinsel eğitim verme konusunda kendine güven duymadıkları belirtilmiştir. Sadece öğrenci açısından değil farklı branşlarda mesleğini icra eden görevlilerin cinsel eğitim vermeye yönelik görüşlerinin incelendiği bir çalışmada, okul psikolojik danışmanları, kendileri de dâhil hiçbir öğretmenin okullarda cinsel eğitim verebilecek nitelikte olduğuna inanmadıklarını ifade etmiştir (26). Genel olarak bakıldığında zaman okullarda cinsel eğitim bilgilendirmelerinin tam anlamıyla yapılmaması, cinsel eğitimin müfredat konuları içine alınmaması ve amacına uygun yürütülmemesi, cinsel eğitimde bilgi eksikliğinden kaynaklanan yetersizliklere sebep olmaktadır. Bu durum bir iş sahibi olduktan sonra da devam etmektedir.

Tablo 9’un bulgularında adaylar cinsel eğitim programı hazırlamaları halinde hangi yaş grubunu, kimleri hedefleyeceklerini ve programın adının ne olabileceği içeren soruların cevapları incelendiğinde Çocuk Gelişimi Bölümü Lisans öğrencileri 3-6 yaş grubundaki çocukları ve ailelerini hedefledikleri programın adının “mahremiyet eğitiminde anne\ baba” ve “çocuğumun mahremiyeti” olabileceğini belirtmişlerdir. Çocuk Gelişimi Bölümü Yüksek Lisans öğrencileri 3-6 yaş arasındaki çocukları hedeflediklerini ve programa “çocuklarda cinsel eğitim” adının verilebileceğini vurgulamışlardır. Ebelik Bölümü Lisans öğrencileri 12-18 yaş arasındaki çocuk ve ergenlere “kendimi tanıyorum” adı altında eğitim programı hazırlayabileceklerini belirtmişlerdir. Hemşirelik Bölümü Lisans öğrencileri 6-12 yaşları arasındaki çocuklara “vücudumu tanıyorum” başlığı altında eğitim programı hazırlayabileceklerini belirtmişlerdir. Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencileri ise 3-6 yaş grubu çocuklara “bedenimiz ve çevre” adlı program tasarlayabileceklerini belirtmişlerdir. Ülkemizdeki cinsel gelişim ve cinsel eğitimi kapsayan programın henüz olmadığı bilinmektedir. Gelişmiş ülkeler cinsel eğitim programlarına çok önceden başlamış ve toplum olarak da bu konuda çok fazla yol almış oldukları için bu zaman aralığında tartışılan konular ülkemizdeki konulara göre değişiklikler göstermektedir (27). Bu konuda ülkemizde yapılan çalışmaların yeterli geldiği söylenememektedir. Çocuklara ve gençlere yönelik planlanan cinsel sağlık eğitimlerinin en genel amacı cinsel sağlığın geliştirilmesi, gençlerin kendi vücutlarının farkına varmasıdır (15). Bu konuyla ilgili olarak yapılan bir çalışmada hazırlanacak olan cinsel eğitim program içeriğinin her toplumun kendi sosyo-kültürel yapısına, öğrencilerin yaşlarına uygun olarak, gelişimleri göz önünde bulundurularak ahlaki değerlere uygun bir şekilde planlanıp hazırlanması gerektiği önerilmektedir (20).

Araştırmamızda Tablo 10’da öğrencilere bir cinsel eğitim programı hazırlasalardı programın içeriği ve süresine dair görüşleri sorulduğunda; Çocuk Gelişimi Bölümü Lisans öğrencileri programın içeriğinin süresinin ilgi ve ihtiyaca göre belirlendiği mahremiyet eğitimi olması gerektiğini ve programın 4 hafta boyunca yapılabileceğini dile getirmişlerdir. Çocuk Gelişimi Bölümü Yüksek

Lisans öğrencileri içerik olarak mahremiyet eğitiminin ele alınması ve program süresinin 4 hafta olması gerektiğini vurgulamışlardır. Ebelik Bölümü Lisans öğrencileri içeriğinin cinsel sağlık olması ve program süresinin 4 hafta olması gerektiğini belirtmişlerdir. Ebelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencileri ise cinsel sağlığa yönelik olması 4 haftalık program olması gerektiğini belirtmişlerdir. Hemşirelik Bölümü Lisans öğrencileri program içeriğinin cinsel sağlık ve fiziksel gelişim konularını kapsayan süresi 10 hafta boyunca devam eden bir programı benimsemişlerdir. Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencileri ise; program içeriğinin cinsel sağlık konularından oluşmasını ve programın 4 hafta boyunca devam etmesinin uygun olabileceğini belirtmişlerdir. Literatürdeki benzer araştırmalarda yer alan bulgulara göre bazı ülkelerde okul personeli ya da rehber öğretmen tarafından, ayrı bir ders ya da ünite olarak cinsel sağlık eğitiminin verilebileceği bu eğitimin bir Sağlık dersi ya da Aile Yaşamı Eğitimi dersi olabileceği, haftada 2-3 hafta sürecek bir ünite şeklinde bu dersin bitirilebileceği tasarlanmıştır. Bu yaklaşıma en iyi yaklaşım olarak bakılmaktadır. Bunun nedeni bilgilerin etkili bir şekilde verilebileceklerini düşünmeleridir. Ayrıca bu program tasarısına göre çocukların amaçtan uzaklaşma olasılığı düşüktür (16). Araştırmamızın bulgularından edinilen sonuca göre programın içeriği bölümlere göre değişim göstermektedir. Sonuç olarak mahremiyet eğitimi ve cinsel sağlık konuları üzerinde yoğunlaşan; süresi, ilgi/ihtiyaca göre değişen ya da 4-10 hafta arasında gerçekleştirilebilen bir program oluşturulabileceği ortaya çıkmıştır.

Sonuç ve Öneriler

Sağlık Bilimleri Fakültesinde okuyan öğrencilerin kendi bölümlerinde gördükleri eğitimler doğrultusunda cinsel gelişime yönelik farklı tanımlamalar yaptıkları görülmüştür. Ailelerin cinsel konularda konuşulmasının tabu olarak görülmesi sonucunda çocuklarına yeterli cinsel eğitim veremediği, bu konuda büyük sorumluluğu okula yükledikleri bunun sonucu olarak cinsel eğitime olması gerekenden geç başladığı görülmektedir. Araştırmadan çıkarılan başka bir sonuç da kız çocuklarının ilk cinsel eğitimlerini genel olarak annelerinden almak istedikleri yönündedir. Bunun nedeni ise kız çocuklarının kendilerini annelerine daha yakın görmeleridir. Öğrenciler ailede aldıkları cinsel eğitim konusunda

kendilerini yeterli görmemektedir. Bunun sebebini cinselliğin ayıp olduğu düşüncesiyle üstü kapalı eğitim verilmesi, bu konuda yeterli bilgi paylaşılmaması ve konunun önemsenmemesi olarak ifade etmişlerdir. Sağlık Bilimleri Fakültesi ders içeriklerinde cinsel eğitim ile ilgili temel kavramlar, cinsel gelişim dönemleri, cinsel gelişim ile ilgili teoriler, cinsel gelişimin amacı ve önemini içeren bilgilerin çoğunun ders içeriklerinde bulunması sonucunda adaylar cinsel gelişim konusunda okulda aldıkları eğitimi yeterli görmektedir. Cinsel eğitim için geç kalınmamasının önemli olduğu, çocuğun kendi vücudunu ve farklılıklarını fark etmesi, kendi cinsel kimliğini kazanmaya başlaması, merak duygusunun oluşması gibi nedenlere bağlı olarak cinsel eğitimin genel olarak doğumdan itibaren aile tarafından verilmeye başlanması gerektiği sonucu elde edilmiştir. Öğrenciler cinsel eğitimin önemini kavramış oldukları belirtmiş, bunun çocuklara düzenli olarak verilmesi gerektiğini bunun yanında aile eğitimlerinin de etkisinin çocuğun gelişimi açısından faydalı olacağı savunmuşlardır. Öğrenciler, bireylere cinsel eğitim verirken kendilerini yetersiz gördükleri konularda uzmanlardan ve kitap/makalelerden destek alacaklarını belirtmişlerdir. Öğrenciler kendi cinsel eğitim programlarını tasarlamış ve genel olarak 3-6 yaşındaki çocukları hedef alacaklarını belirtmişlerdir. Mahremiyet eğitimi, bedenini tanıma konularına yoğunlaşmış, 4-10 hafta arasında gerçekleştirilecek bir program oluşturmuşlardır.

Ülkemizde aileler, cinsel eğitim konusunda yetersizdir. Bu durum, çocukların da cinsel eğitim konusunda yetersiz veya yanlış bilgilere sahip olmasına yol açmaktadır. Uzmanların ailelere yönelik eğitimler düzenlemeleri ailelerin bu konuda bilinçli olmasını ve çocuklarına doğru bir cinsel eğitim vermesini sağlayacaktır. Ailede başlayan cinsel eğitimin okulda da desteklenmesi önemlidir. Bu doğrultuda eğitim müfredatlarına cinsel eğitim konusunda içerikler eklenmeli, çocukların bu konudaki yanlış öğrenme ve yönlendirmelerinin önüne geçecektir. Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan öğrencilerin Lisans ve Yüksek Lisans öğrenimi boyunca bu araştırmada tasarlanan programlar gibi cinsel eğitime yönelik programlar hazırlamaları ve dezavantajlı bölgelerde eğitim vermeleri mesleki tecrübe kazanmalarını sağlayacaktır. Bunun

yanında dezavantajlı bölgedeki çocuklar daha nitelikli bir cinsel eğitim almış olacaktırlar. Cinsel eğitim konusunda sağlık çalışanlarına da büyük görev düşmektedir. Hastaneler, aile sağlık merkezleri ve birçok sağlık kurumları topluma hizmet çalışması olarak aileler ve çocuklarına yönelik cinsel eğitim hizmetleri sunabilir; bu hizmetleri broşürler, afişler, cep kitapçıkları gibi materyallerle destekleyebilir.

Toplumumuzda mahremiyet kavramı yalnızca kız çocuklarına atfedilmiştir. Oysa ki mahremiyet, çocuğun bedenini tanıması, koruması ve başkalarının bedenine saygı duymasındır. Bu yüzden bu konuda hem kız hem de erkek çocuklarının bilinçlendirilmesi toplumda meydana gelen cinsel taciz ve istismar vakalarının büyük oranda azalmasını sağlayacaktır.

İletişim: Feyza Yalman Çetinkaya
E-Posta: feyzaylmn@gmail.com

Kaynaklar

1. Bozdemir N, Özcan S. Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2011;5(4).
2. Deniz ME. Erken Çocukluk Döneminde Gelişim: Ankara, Türkiye, 2017; s 285.
3. Ulusoy A. Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi: Ankara, Türkiye. 2013; s 140.
4. Gümüüşoğlu F. Ders kitaplarında toplumsal cinsiyet. *Toplum ve Demokrasi Dergisi*, 2014;2(4).
5. Atabek E. Çocuktan beklentiler. *Erken Çocukluk Çalışmaları Dergisi*, 2018;2(2):459-71.
6. Bayhan P, Artan İ. Çocuk gelişimi ve eğitimi. 2004, İstanbul Morpa Kültür Yayınları.
7. Güneş A. Mahremiyet Eğitimi: 2016, İstanbul, Türkiye. s 31.
8. Ceylan Ş, Çetin A. Sexual education given to the families of three–five year old children Attending to a Preschool Education Institution and its analysis. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, 2015;2(3):41-59.
9. Eliküçük A ve Sönmez S. 6 yaş çocuklarının cinsel gelişim ve eğitimiyle ilgili ebeveyn görüşlerinin incelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 2011;7(25):45-62.
10. Set T, Dağdeviren N, Aktürk Z. Ergenlerde cinsellik. *Genel Tıp Dergisi*, 2006;16(3), :137-41.
11. Hamamcı Z, Sevim SA. Türkiye’de aile rehberliği çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2004;3(22):77-87.
12. Güler S, Yöndem ZD. The effect of group guidance activities regarding adolescence and sexual health education on knowledge and attitudes of 6th graders. *Elementary Education Online*, 2007;6(1):2-10.
13. Zeren F, Gürsoy E. Neden cinsel sağlık eğitimi? *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2018;8(1):29-33.
14. Corngold J. Misplaced priorities: Gutmann’s democratic theory, children’s autonomy, and sex education policy. *Studies in Philosophy and Education*, 2011;30(1):67-84.
15. Büyüköztürk Ş, Kılıç-Çakmak E, Akgün Ö, Karadeniz Ş, Demirel F. *Eğitimde Bilimsel Araştırma Yöntemleri Pegem Akademi*, 2008.
16. Haktanır G. Okul Öncesi Eğitimde Güncel Konular. İstanbul: Morpa Yayınları. 2005, s, 147-162.
17. PAHO Staff, & World Health Organization. *Health in the Americas (Vol. 1). Pan American Health Org*, 2002.
18. Diiorio C, Kelley M, Hockenbery-Eaton M. Communication about sexual issues: mothers, fathers, and friends. *Journal of Adolescent Health* 1999;24(3):181-9.
19. Vefikuluçay D, Zeyneloğlu S, Eroğlu K, Taşkın L. Kafkas Üniversitesi son sınıf öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin bakış açıları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2007;14(2):26-38.
20. Uzun Ö, Yıldırım V, Uzun E. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ergenlerde sosyal medya kullanım alışkanlıkları ve sosyal medya bağımlılığı, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek ilişkisi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2016;10(3):142-7.
21. Moore MJ, Rienzo BA. Utilizing the SIECUS guidelines to assess sexuality education in one state: content scope and importance. *Journal of School Health*, 2000;70(2):56-60.
22. Ardıç F. Ankara’nın iki lisesindeki adölesanların üreme sağlığı konusunda bilgi ve tutumları üzerine bir inceleme. *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*, 1992, Ankara.
23. Can R, Erenoğlu R, Tambağ H. Hemşirelik öğrencilerinin cinsiyet eşitliğine bakışı. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 2018;7(4):3039-58.

24. Akın A. Uluslararası kararlar panelinde üreme sağlığı konusunda Türkiye'deki uygulamalar 6. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı. 1998(Nisan):22-6
25. Aral N, Baral G, Bulut Ş, Çimen S. Çocuk Gelişimi 2. Turan Ofset, İstanbul.
26. Bulut A. Çocuklukta cinsel eğitim. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2007;2(2):53-7.
27. Gürşimşek I, Günay D. Çocuk kitaplarında cinsiyet rollerinin işlenişinde kullanılan dilsel ve dil dışı göstergelerin değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi, 2005;18:53-63
28. Coşkun A, Kızılkaya N, Arslan E. Lise öğrencilerine yönelik üreme sağlığı eğitim programı modeli. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu, 1997;10(12):126-33.
29. Kristiana S, Jamaris M, Sumantri MS. Utilization of demonstration methods as sex education in early childhood. International Journal of Multidisciplinary and Current Research, 2006;6:811-4.
- Ganji J, Emamian MH, Maasoumi R, Keramat A, Khoei EM. The existing approaches to sexuality education targeting children: A review article. Iran J Public Health. 2017Jul;46(7):890-8

Bir İl Merkezinde Ortaokul Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Beslenme Özelliklerinin Belirlenmesi: Bir Tanımlayıcı Çalışma

Determination of Obesity Frequency and Nutritional Characteristics in Secondary School Students in a Provincial Center: A Descriptive Study



Deniz S. Yorulmaz Demir¹

DOI: 10.17942/sted.1392572

Geliş/Received: 27.11.2023
Kabul/Accepted: 16.07.2024

Özet

Amaç: Bu araştırma ortaokul öğrencilerinde (5-8. sınıf öğrencileri) obezite sıklığı ve beslenme özellikleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Tanımlayıcı çalışma olarak yürütülen bu araştırma, bir il merkezine ortaokul düzeyinde eğitim alan 992 ortaokul öğrencisi ile tamamlanmıştır.

Araştırma verileri 15 Mart - 1 Mayıs 2023 tarihleri arasında, kişisel bilgi formu ve beslenme özellikleri soru formu ile toplanmıştır. Araştırma verileri sayı ve yüzde kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırma öncesinde etik kurul ve kurum izni alınmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin %52,5'i kız öğrenci, %31,9'unun annesi lise mezunu ve %12,0'inin herhangi bir kronik hastalığı bulunmaktadır. Öğrencilerin %49,4'ü beslenme konusunda eğitim almamışken, %71,1'i akşam yediden sonra yemektedir. Öğrencilerin %35,8'i haftada 2-3 kez şekerli içecek, %30,2'si haftada 2-3 kez fastfood ürünleri tüketmekte ve %71,0'i öğün atlamaktadır. Öğrencilerin Beden Kütle İndeksi (BKI) dağılımları incelendiğinde %11,8'inin fazla kilolu ve %3,1'inin obez olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Değerlendirmeler sonucu öğrencilerin beslenme sorunlarının ve sağlıklı beslenme konusunda eğitim ihtiyaçlarının olduğu belirlenmiştir. Beslenme bozukluklarının hem kısa hem de uzun dönemde bireyi ve toplumu etkileyen önemli bir sorun olduğu dikkate alınarak dengeli ve düzenli beslenmenin önemi hakkında öğrencilere ve ebeveynlere eğitim verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: beslenme değerlendirmesi; obezite; öğrenciler; beslenme değerlendirmeleri

Abstract

Aim: This research was conducted to determine the frequency of obesity and nutritional characteristics in secondary school students (5th-8th grade students).

Method: This research which was conducted as a descriptive study, completed with 992 secondary school students studying at the secondary school level in a city center. Research data was collected between March 15 and May 1, 2023, with a personal information form and a nutritional characteristics questionnaire. Research data were evaluated using numbers and percentages. Ethics committee and institutional permission were obtained before the research.

Results: 52.5% of the students are female, 31.9% have mothers who are high school graduates, and 12% have any chronic disease. While 49.4% of the students have not received nutrition education, 71.1% eat after seven in the evening. 35.8% of the students consume sugary drinks 2-3 times a week, 30.2% consume fast food products 2-3 times a week, and 71% skip meals. Examining the Body Mass Index (BMI) distributions of the students revealed that 11.8% were overweight and 3.1% were obese.

Conclusion: As a result of the evaluations, it was determined that the students had nutritional problems and needed training in healthy nutrition. Given that nutritional disorders pose significant short-term and long-term problems for individuals and society, it is recommended to educate students and parents about the importance of balanced and regular nutrition.

Keywords: nutrition assessment; obesity; students; nutrition assessments

¹ Arş. Gör. Dr., Artvin Çoruh Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü (Orcid no: 0000-0001-7115-5673)

Giriş

Zihinsel ve bedensel gelişimin sağlıklı bir şekilde gerçekleşmesi, üretken bir birey olarak yaşamın sürdürülmesi için gerekli besinlerin vücuda alınarak metabolik faaliyetlerde kullanılması 'beslenme' olarak ifade edilmektedir (1). Yetersiz ve/veya aşırı beslenme obezite, tip-2 diyabet, tiroid hastalıkları, gut, vitamin eksiklikleri, enfeksiyon hastalıkları gibi pek çok sağlık sorunu ile ilişkilidir. Dengeli ve düzenli beslenmenin sağlanması obezite, tip-2 diyabet gibi kronik hastalıkların önlenmesinde kilit bir faktör olmakla birlikte, ekonomik kayıpların azaltılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, halk sağlığının korunması ve geliştirilmesinde de önemli bir yere sahiptir (2).

Beslenme yaşamın her döneminde önemli bir konu olmak birlikte ergenlik döneminde önemi artan bir konudur. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre 10-19 yaş dönemi ergenlik dönemi olarak ifade edilmekte ve ergenlerin küresel nüfusun beşte bir gibi önemli bir kısmını oluşturduğu, yetişkinlik döneminde görülen pek çok sağlık sorununun temellerinin ergenlik dönemine uzanması sebebiyle bu dönemin özel ve ayrıcalıklı bir dönem olduğunu bildirilmektedir (3). Bu dönem büyüme ve gelişmenin hızlı olduğu, bireysel kararların ön plana çıktığı, özerklik ve bağımsızlığın arttığı bir dönemdir. Bu dönem ergenlerin evden uzaklaştığı, sosyal ortamlar ile etkileşiminin arttığı, yağ, tuz, şeker içeriği yüksek fastfood, hazır ve paketli gıda tüketimlerinin arttığı bir dönemdir. Ayrıca ergenlerin besin alımı ve besin seçimleri bağımsızlığın bir göstergesi olarak da yorumlanmaktadır (4).

Ergenlik dönemindeki beslenme alışkanlıkları yetişkinlik dönemindeki beslenme alışkanlıklarını etkilemekte olup; bu dönemde kazanılan doğru beslenme alışkanlıklarının dış çürükleri, diyabet, kalp-damar hastalıkları, obezite başta olmak üzere pek çok kronik hastalığın önlenmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve halk sağlığının sürdürülmesi için önemli bir yere sahiptir (5). DSÖ küresel düzeyde her yaş döneminde obezitenin arttığını, özellikler ergenlik döneminde obezite sıklığında ciddi bir artış olduğunu, 5-19 yaş döneminde 340 milyondan fazla aşırı kilolu ve obez birey olduğunu bildirmekte ve

obezitenin küresel halk sağlığı sorunu olduğuna vurgu yapmaktadır (6).

Bu bilgiler kapsamında yetişkinlik dönemine geçiş dönemi olan ergenlik döneminin hayatın içinde önemli bir yere sahip olduğu, ergenlerin toplum içinde önemli bir dilimi kapsadığı, beslenmenin sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemli bir belirleyici olduğu anlaşılmaktadır (2,4). Ergenlik döneminde beslenme özelliklerinin belirlenmesi sağlığın korunması ve geliştirilmesi, kronik hastalıkların önlenmesi, ergenlik döneminde ve yetişkinlik döneminde doğru beslenme alışkanlıklarının kazanılmasına yönelik planlamaların yapılması için önemlidir. Ayrıca ergenlerde obezite sıklığının belirlenmesi uzun dönemde görülebilecek sağlık sorunlarının önlenmesi için erken müdahalenin yapılması için de önemli olacaktır (7). Türkiye'de ergenlerde beslenme özellikleri ve obezite sıklığının belirlemeye yönelik çalışmalar incelendiğinde, sınırlı örneklem/küçük gruplar ile araştırmaların yapıldığı belirlenmiş (5,8), daha geniş örneklem grupları ile araştırmaların planlanmasının yararlı olabileceği düşünülmüştür.

Tüm bu bilgiler kapsamında bu çalışma bir il merkezinde ortaokul düzeyinde eğitim gören ergenlerin beslenme özellikleri ve obezite prevalansını belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırma sonuçlarının ergenlerde beslenme sorunlarının önlenmesi için yapılacak planlamalara kaynak olabileceği düşünülmüş ve araştırma kapsamında aşağıda yer alan sorulara cevap aranmıştır.

- Öğrencilerde obezite prevalansı nedir?
- Öğrencilerin beslenme alışkanlıkları ve özellikleri nasıldır?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırma Türkiye'de bir il merkezinde ortaokul düzeyinde eğitim gören ergenlerin beslenme alışkanlıkları ve obezite prevalansını belirlemek amacıyla tanımlayıcı-kesitsel araştırma olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer, Evren ve Örneklem

Araştırma Artvin il merkezinde, Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı ortaokullarda yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini 2022 – 2023 eğitim öğretim yılında il merkezinde bulunan ortaokul düzeyinde eğitim öğretim gören öğrenciler

oluşturmuştur. Araştırma kapsamında örneklem hesaplamasına gidilmeden evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. İl merkezinde 2022-2023 eğitim öğretim yılı içinde 1524 ortaokul öğrencisi bulunmaktadır. Araştırma kapsamında bu öğrencilerin 992'sini (%65,1) ulaşılmıştır. Araştırmanın Artvin il merkezinde yürütülme sebebi bu bölgede öğrencilerde beslenme alışkanlıkları ve obezite sıklığını belirlemeye yönelik bir araştırmanın yapılmamış olmasıdır.

Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri literatür taranarak hazırlanan 'Kişisel Bilgi Formu' ve 'Beslenme Özellikleri Soru Formu' ile toplanmıştır (2,6,7).

Kişisel Bilgi Formu: Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanan bu formda yaş, cinsiyet, ebeveyn eğitim düzeyi, ebeveyn çalışma durumu, kronik hastalık varlığı vb. özelliklerini değerlendiren 10 soru bulunmaktadır.

Beslenme Özellikleri Soru Formu: Öğrencilerin beslenme özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanan bu formda öğün sayısı, günlük su tüketimi, sebze-meyve tüketimi, süt ve süt ürünleri tüketimi, öğün atlama, fastfood tüketimi vb. değerlendiren 15 soru bulunmaktadır. Beslenme özellikleri soru formunun yapılandırılmasında ayrıca Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER, 2022) ve Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2021) da kaynak olarak kullanılmıştır (10,11).

Araştırma Verilerin Toplanması, Dâhil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Araştırma verileri 15 Mart - 1 Mayıs 2023 tarihleri arasında, araştırmanın yürütüldüğü il merkezinde bulunan Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı ortaokullarda toplanmıştır. Araştırmaya, araştırmanın yürütüldüğü kurumlarda eğitim öğretim gören, çalışmaya katılmasına ebeveyni rıza gösteren ve araştırmaya gönüllü olan öğrenciler dahil edilmiştir. Araştırma esnasında önce öğrencilerin boy ve kilo ölçümleri yapılmış, sonrasında veri toplama araçları öğrencilere verilmiştir. Boy ölçümleri duvara sabit mezura, kilo ölçümleri 100 gram hassaslıkta dijital baskül ile yapılmıştır. Boy ve kilo ölçümü esnasında ayakkabılar çıkartılmış ve düz zemin üzerinde ölçümler yapılmıştır. Veri toplama formlarının yanıtlanması öncesinde soruların nasıl

yanıtlanacağı ve porsiyon açıklamaları hakkında öğrencilere bilgilendirme yapılmıştır. Veri toplama araçlarının cevaplanma süresi 5-6 dakika olup; veriler etik kurul ve kurum izni alındıktan sonra toplanmıştır.

Araştırma Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 24.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Öğrencilerin Beden Kütle İndeksi (BKI) hesaplamasında DSÖ 2007 standartları $BKI = \frac{Ağırlık (kg)}{Boy (m^2)}$ referans değer olarak kullanılmıştır (12). $BKI < 18,5$ zayıf, $18,5 \leq BKI \leq 24,9$ normal, $25,0 \leq BKI \leq 29,9$ preobez/hafif kilolu, $30,0 \leq BKI$ obez olarak gruplanma yapılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesinde Artvin Çoruh Üniversitesi'nden etik kurul izni (E-18457941-050.99-68796, 01.11.2022) ve Artvin İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden kurum izni (E-82587833-030.03-81986, 15.02.2023) alınmıştır. Araştırma öncesinde araştırma konusu ve içeriği hakkında velilere bilgi vermek amacıyla okul müdürleri ile iletişime geçilmiş, okul müdürleri tarafından WhatsApp grupları aracılığıyla velilere duyuru yapılmıştır. Çocuğunun araştırmaya katılmasına rıza gösteren velilerden onam alınmıştır. Araştırma esnasında öğrenciler de araştırma konusu ve içeriği hakkında bilgilendirilmiş, onamları alınmıştır. Bu araştırma Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

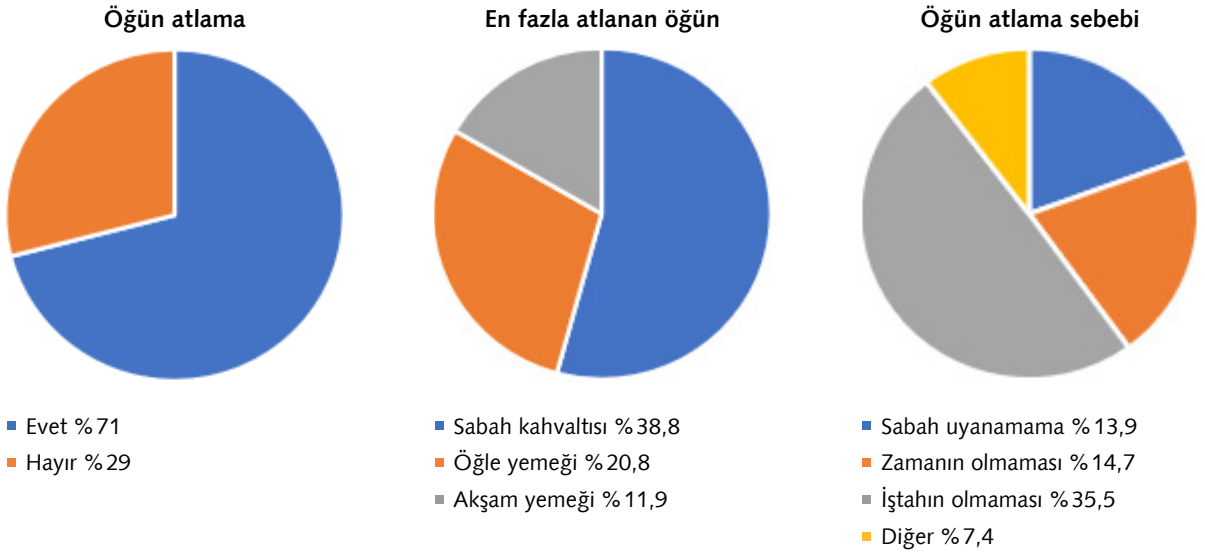
Bulgular

Öğrencilerin %52,5'inin kız öğrenci, %29,5'inin beşinci sınıfta eğitim gördüğü, %82,2'sinin aile tipinin çekirdek aile ve %12'sinin herhangi bir kronik hastalığının olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Öğrencilerin ortalama öğün sayısı $3,1 \pm 0,9$ öğün/gün ve su tüketimleri $7,0 \pm 4,3$ bardak/gündür. Öğrencilerin %35,8'i haftada 2-3 kez şekerli içecek, %30,2'si haftada 2-3 kez fastfood ürünleri tüketmekte ve en sık fastfood ürünleri tüketim sebebinin bu ürünleri sevme (%45,7) olduğu belirlenmiştir. Ayrıca öğrencilerin %17,2'si her gün süt ve süt ürünleri tüketmemektedir (Tablo 2).

Tablo 1. Öğrencilere ait bazı sosyodemografik özellikler (n=992)		
Özellikler	n	%
Yaş: 11,9±1,8 (Min: 9, Max: 14)		
Boy: 154,3± 11,0 cm (Min: 127, Max: 172)		
Kilo: 49,2±14,0 kg (Min: 23, Max: 86)		
Sınıf		
5. sınıf	293	29,5
6. sınıf	234	23,6
7. sınıf	280	28,2
8. sınıf	185	18,6
Cinsiyet		
Kız	521	52,5
Erkek	471	47,5
Aile tipi		
Çekirdek aile	815	82,2
Geniş aile	140	14,1
Tek ebeveynli aile	37	3,7
Anne öğrenim durumu		
İlkokul ve altı	187	18,9
Orta okul mezunu	199	20,1
Lise mezunu	316	31,9
Üniversite ve üzeri	290	29,2
Baba öğrenim durumu		
İlkokul ve altı	118	11,9
Orta okul mezunu	189	19,1
Lise mezunu	320	32,3
Üniversite ve üzeri	365	36,8
Anne çalışma durumu		
Ev hanımı/çalışmıyor	550	55,4
Çalışıyor	442	44,6
Baba çalışma durumu		
Emekli/çalışmıyor	145	14,6
Çalışıyor	847	85,4
Algılanan ekonomik durum		
İyi	469	47,3
Orta	499	50,3
Kötü	24	2,4
Kronik hastalık		
Yok	119	88,0
Var	873	12,0

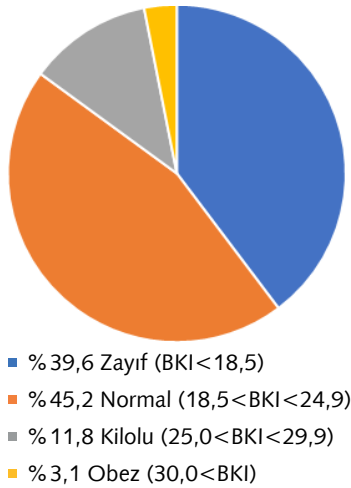
Tablo 2. Öğrencilere ait bazı beslenme ve besin tüketim özellikleri (n=992)		
Özellikler	n	%
Öğün sayısı: 3,1±0,9 (Min: 1, Max: 6) öğün/gün		
Su tüketimi: 7,0±4,3 (Min: 1, Max: 14) bardak/gün		
Meyve tüketimi: 2,1±1,4 (Min: 0, Max: 7) porsiyon/gün		
Sebze tüketimi: 1,7±1,4 (Min: 0, Max: 9) porsiyon/gün		
Süt ve süt ürünleri tüketimi: 1,8±1,2 (Min: 0, Max: 6) porsiyon/gün		
Beyaz et/balık tüketimi: 1,6±1,3 (Min: 0, Max: 8) porsiyon/hafta		
Kırmızı et tüketimi: 1,5±1,1 (Min: 0, Max: 5) porsiyon/hafta		
Beslenme konusunda eğitim alma		
Evet	502	50,6
Hayır	490	49,4
Akşam 7'den sonra yemek yeme		
Evet	705	71,1
Hayır	287	28,9
Şekerli içecek tüketim sıklığı		
Tüketmiyorum	51	5,1
Ayda 1 kez	188	19,0
Haftada 1 kez	280	28,2
Haftada 2-3 kez	355	35,8
Her gün	118	11,9
Ayaküstü beslenme/fastfood tüketim sıklığı		
Tüketmiyorum	570	4,4
Ayda 1 kez	422	26,8
Haftada 1 kez	304	30,6
Haftada 2-3 kez	301	30,3
Her gün	77	7,8
Ayaküstü beslenme/fastfood tüketim sebebi		
Okulda olma	208	21,0
Sevdiğim için	453	45,7
Evde yemek olmaması	76	7,7
Evdeki yemeği beğenmeme	51	5,0
Ucuz olması	15	1,4
Arkadaşlarla zaman geçirme	90	9,0
Diğer	99	9,9
Her gün süt ve süt ürünü tüketme		
Evet	821	82,8
Hayır	171	17,2



Şekil 1. Öğrencilerde öğün atlama ve öğün atlama sebepleri (n=992)

Öğrencilerin öğün atlama durumları incelendiğinde %71,0'ının öğün atladığı, en fazla atlanan öğünün sabah kahvaltısı ve en sık öğün atlama sebebinin iştahın olmaması olduğu belirlenmiştir (Şekil 1).

Öğrencilerin BKİ'ye göre dağılımları incelendiğinde %45,2'sinin normal ağırlıkta (n=451), %39,6'sının zayıf (n=393), %11,8'inin kilolu (n=117) ve %3,1'inin obez (n=31) olduğu belirlenmiştir (Şekil 2).



Şekil 2. Öğrencilerin Beden Kütle İndeksi'ne göre dağılımları (n=992)

Tartışma

Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde elzem bir öneme sahip olan beslenme, ergenlik döneminde önemi artan bir konu olarak değerlendirilmektedir. Ergenlik döneminde

kazanılan doğru beslenme alışkanlıkları yetişkinlik dönemi beslenme alışkanlıklarını etkilemekte olup; bu dönemdeki uygun olmayan beslenme alışkanlıklarının diyabet, obezite, kalp hastalıkları, vitamin ve mineral eksiklikleri, diş çürükleri ile ilişkili olduğu bilinmektedir (13). Literatürde Türkiye'de farklı illerde ergenlerin beslenme özellikleri ve obezite sıklığını değerlendiren çalışmalar olsa da Artvin ilinde ortaokul öğrencilerinde beslenme özellikleri ve obezite sıklığını değerlendiren bir araştırmanın olmadığı tespit edilmiştir. Literatürdeki bu eksiklikten yola çıkarak bu çalışma Artvin ilinde ortaokul öğrencilerinde beslenme özellikleri ve obezite sıklığını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın en önemli bulgusu büyüme ve gelişme döneminde olan ergenlerin besin tüketimlerinin yetersiz olduğudur. Öğrencilerin günlük süt ve süt ürünleri tüketiminin $1,8 \pm 1,2$ porsiyon/gün olduğu ve %17,2'sinin her gün süt ve süt ürünleri tüketmediği belirlenmiştir. Kalsiyum mineralinin temel kaynağı olan süt ve süt ürünleri, sağlıklı kas, kemik ve diş gelişimi için gerekli bir mineraldir. Kalsiyum eksikliği kemik yumuşaması ve kemik zayıflaması olarak tanımlanan raşitizm hastalığına ve büyüme geriliklerine sebep olmaktadır. Okul çağı çocukları için günde 2-3 porsiyon süt ve süt ürünlerinin tüketilmesi önerilmektedir (14). Öğrencilerin meyve tüketimi $2,1 \pm 1,4$ porsiyon/gün ve sebze tüketimlerinin $1,7 \pm 1,4$ porsiyon/gün olduğu belirlenmiştir. Meyve ve sebzeler A,

B ve C vitaminleri, potasyum, çinko, magnezyum gibi çeşitli vitamin ve mineralin kaynağı olup; yetersiz tüketildiğinde çeşitli mineral ve vitamin eksiklikleri, diş eti ve cilt sorunları, saç dökülmeleri, göz hastalıkları, konstipasyon gibi çeşitli sorunlar ortaya çıkabilir. Okul çağı çocukları için günde 2-3 porsiyon meyve ve 3-4 porsiyon sebze tüketilmesi önerilmektedir (14). Öğrencilerin beyaz et/balık tüketimleri $1,6 \pm 1,3$ porsiyon/hafta ve kırmızı et tüketimleri $1,5 \pm 1,1$ porsiyon/haftadır. Balık, kırmızı ve beyaz et protein, demir, bazı B vitaminleri, bazı minerallerin temel kaynağı olup; yetersiz tüketildiğinde büyüme ve gelişme gerilikleri, bazı cilt hastalıkları, diş eti ve saç problemleri, anemi/kansızlık gibi çeşitli sorunlar ortaya çıkabilir. Okul çağı çocukları için günde 2-3 porsiyon balık, kırmızı ve beyaz et tüketilmesi (14). Sağlık Bakanlığı'nın günlük tüketilmesi gereken besin miktarları dikkate alındığında öğrencilerin meyve, sebze, et, balık, süt ve süt ürünleri tüketimlerinin yetersiz olduğu görülmektedir. Hastalıkların önlenmesi, sağlıklı büyüme ve gelişmenin ilk adımının beslenme olduğu dikkate alınarak öğrencilere dengeli ve düzenli beslenme, besin grupları, günlük tüketim önerileri, yetersiz besin alımında ortaya çıkabilecek sağlık sorunları hakkında bilgilendirmelerin yapılması önerilmektedir. Ayrıca beslenmenin önemi, günlük önerilen miktarlar, yetersiz besin alımında ortaya çıkabilecek hastalıklar, yemek/tabak önerileri hakkında ebeveynlerin de bilgilendirilmesi ergenlerin dengeli ve düzenli beslenmelerini sağlamada önemli olacaktır (14,15). Ayrıca Millî Eğitim Bakanlığı tarafından ders müfredatlarına sağlık yaşam/sağlıklı beslenme konusunda bir dersin eklenmesi, okul kantinlerinde sebze, meyve, süt ve süt ürünlerinin bulundurulması sağlıklı besin tüketimini destekleme noktasında önemli olacaktır (16).

Çalışmada öğrencilerin %28,2'sinin haftada bir kez, %35,8'inin haftada 2-3 kez, %11,9'unun her gün şekerli içecek ve %30,6'sının haftada bir kez, %30,3'ünün haftada 2-3 kez, %7,8'inin her gün fastfood ürünleri tükettiği belirlenmiştir. Konuya ilişkin literatürde Çolak ve Ergün (2020) okul çağındaki çocukların %24'ünün günde bir bardak veya daha fazla hazır meyve suyu tükettiğini, Yılmaz ve Kocataş (2019) öğrencilerin %37,2'sinin haftada bir kez, %29,0'unun

haftada 3-4 kez, %8,7'sinin her gün fastfood ürünleri ve %84,2'sinin şekerli içecek tükettiğini bildirmektedir (17,18). Araştırma bulguları birbirine yakın olmakla birlikte öğrencilerin şekerli içecek ve fastfood tüketimlerinin fazla olduğu görülmektedir. Şekerli içecek, çikolata, fastfood, tatlı, katı ve sıvı yağ gibi yağ ve şeker oranı yüksek besinler besin piramidinde son basamakta yer almakta olup, bu ürünlerin çok az olarak ve nadir tüketilmesi önerilmektedir (14). Ayrıca literatürde şekerli içecek ve fastfood ürünleri tüketiminin yüksek BKİ ile ilişkili olduğu, şekerli içecek ve fastfood tüketimindeki artışın obezite riskini artırdığı da ifade edilmektedir (19,20). Öğrencilerin şekerli içecek ve fastfood tüketimlerini kontrol altına alınması ve azaltılması için beslenme danışmanlığı ve bilgilendirmelerin yapılması gerekmektedir. Şeker ve yağ içeriği yüksek besinleri tanınması, kontrollü tüketiminin farkında olunması için ebeveynlere yönelik bilgilendirmelerin yapılması da önemli olacaktır. Ayrıca öğrencilerin okulda bulunduğu zaman diliminde ve okulda olmaları sebebiyle fastfood ürünleri ve şekerli içecek tükettikleri de dikkate alındığında okul kantinlerinde düzenlemelerin yapılması, fastfood ürünleri yerine kuruyemiş, çerez, meyve gibi yiyeceklerin, şekerli içecek yerine taze meyve suyu, ayran, kefir, süt gibi içeceklerin yer alması da doğru beslenme alışkanlıklarını desteklemede önemli olabilir (21).

Çalışmanın diğer bir önemli bulgusu ise öğrencilerin büyük bir kısmının öğün atlamasıdır. Öğrencilerin en sık olarak atladığı öğün sabah kahvaltısı olup; en sık öğün atlama sebepleri ise 'iştahın olmaması' ve 'zamanın olmaması' olduğudur. Konuya ilişkin literatürde Yılmaz ve Kocataş (2021) ortaokul öğrencilerinin %44,1'inin öğün atladığını ve en sık atlanan öğünün %89,9'unun sabah kahvaltısı olduğunu bildirmektedir (18). Öğün atlama uzun süreli açlık duruma sebep olabilir. Uzun süreli açlık hali dikkat eksikliği, konsantrasyonda bozulma, öğrenme ve çalışma yeteneğinde azaltma gibi zihinsel faaliyetlerde yavaşlamaya, güçsüzlük hali, baş dönmesi, kan şekerinin düşmesine bağlı bayıllara sebep olabilir. Fiziksel ve zihinsel faaliyetlerin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi için öğün atlanmaması önemlidir (14). Bu kapsamda dengeli, düzenli beslenme ve öğün atlamamanın önemi hakkında öğrenci ve

ebeveynlerin bilgilendirilmesi, çocukların okula gitmeden kahvaltı yapmalarını sağlamak için ebeveynlerin okul saatinden önce kahvaltı hazırlaması, zamanı olmayan öğrenciler için sandviç, beslenme kutusunun hazırlanması önerilmektedir (22). Ayrıca öğrencilerin öğün atladığı dikkate alınarak okul kantinlerinde düzenlemelerin yapılması, okul kantinlerinde kahvaltı tabağı, sağlıklı besin, sağlıklı atıştırmalık tüketimini sağlamaya yönelik besinlerin bulundurulması da önemli olacaktır (23).

Çalışmada öğrencilerinin % 11,8'inin fazla kilolu ve % 3,1'inin obez olduğu belirlenmiştir. Konuya ilişkin literatürde Erzincan'da yapılan bir çalışmada ortaokul öğrencilerinin % 13,0 fazla kilolu ve % 7,7'sinin obez (24), Sivas'ta yapılan farklı bir çalışmada ortaokul öğrencilerinin % 20,5'inin fazla kilolu ve % 9,6'sının obez (18) olduğu bildirilmiştir. Türkiye'de 15-18 yaş bireylerin % 17,2'sinin fazla kilolu ve % 7,5'inin obez (% 5,7 obez, % 1,9 morbid obez), 15 yaş ve üzeri bireylerin % 34,0'ı fazla kilolu, % 27,8'i obez, % 3,7'si ise morbid obezdir (25). Bu çalışmada öğrencilerde obezite prevalansı daha düşük bulunmuştur. Obezite kalp damar hastalıkları başta olmak üzere, diyabet, hipertansiyon, felç gibi pek çok sağlık sorununa sebep olabilir. DSÖ 1974-2016 yılları arasında ergenlerde obezite sıklığının dört katından fazla arttığını, her yıl 4 milyondan fazla insanın fazla kiloluluk ve obezite sebebiyle hayatını kaybettiğini bildirmektedir (26). Fazla kilolu ve obez olan öğrencilerin ebeveynlerine bilgi verilmesi, diyetisyene yönlendirilmesi önerilmektedir. Diyetisyenler, hemşireler ve halk sağlığı hemşireleri tarafından beslenme ve kilo kontrolü hakkında okullarda eğitim ve danışmanlık yapılması, fazla kilolu ve obez öğrencilerin erken dönemde tespit edilerek diyetisyene yönlendirilmesi önemli olacaktır. Ayrıca beslenme eğitimlerinin verilmesinde teknolojik modellerin kullanılması da önemli bir yaklaşım olabilir (27).

Sınırlılıklar

Araştırma sonuçları mevcut literatüre katkı sağlamakla birlikte birtakım sınırlılıklar taşımaktadır. Öncelikle bu araştırmanın sadece il merkezinde gerçekleştirilmiş olmasıdır. Araştırmanın diğer sınırlılığı araştırma kapsamında evrenin tamamına

ulaşılabilmesidir. Veri toplama sürecinde lise geçiş sınavına hazırlık sebebiyle okula gelmeyen, devamsızlık kullanan öğrenciler bulunmakta olup; araştırma kapsamında bu öğrencilere ulaşılamamıştır. Araştırmanın diğer bir sınırlılığı ise değerlendirmelerin öğrencilerin bildirimleri esas alınarak yapılmasıdır. Araştırma öncesinde veri toplama formunun yanıtlanması ve porsiyon açıklamaları yapılsa da yanlış/hatalı beyan bildiren katılımcılar olabilir. Araştırma sonuçları araştırmanın yapıldığı gruba genellenebilir.

Sonuç ve Öneriler

Bu araştırma bir il merkezinde ortaokul öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve obezite sıklığını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Öğrencilerin süt ve süt ürünleri, sebze, meyve, balık, kırmızı ve beyaz et tüketimleri günlük alınması önerilen miktarların altında olup; önemli bir kısmı öğün atlamakta, şekerli içecek ve fastfood tüketmektedir. BKİ değerlendirildiğinde öğrencilerin % 11,8'i fazla kilolu ve % 3,1'i obezdir.

Araştırma sonuçları mevcut literatürü desteklemekte ve literatüre katkı sağlamaktadır. Bu kapsamda doğru beslenme alışkanlıklarını kazanmak ve sürdürmek için öğrencilere ve ebeveynlere yönelik eğitim ve bilgilendirmelerin yapılması önerilmektedir. Millî Eğitim Bakanlığı tarafından ders müfredatlarına sağlıklı yaşam ve/veya sağlıklı beslenme konusunda bir dersin eklenmesi, okul kantinlerinde fastfood tüketimini azaltacak ve sağlıklı besin tüketimini artıracak düzenlemelerin yapılması da önemli olacaktır. Gelecek çalışmalar için öğrencilere verilecek beslenme eğitimlerinin beslenme alışkanlıkları ve besin tüketimi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

İletişim: Deniz S. Yorulmaz Demir
E-Posta: denizyrlmz.20144@gmail.com

Kaynaklar

1. Bahar M, Yılmaz M. Gıda okuryazarlığı: Bileşenlerin tespiti ve tanımlanması. International Journal of Social Sciences and Education Research 2021;7(1):38-62.
2. Sonay Türkmen A, Kalkan İ, Filiz E. Adölesan beslenme okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe'ye

- uyarlanması: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *International Peer-Reviewed Journal Of Nutrition Research* 2017;(10):1-16.
3. DSÖ, Adolescent health 2022 Erişim adresi Adolescent health (who.int) Erişim tarihi Kasım 17, 2023
 4. Vaitkeviciute R, Ball LE, Harris N. The relationship between food literacy and dietary intake in adolescents: A systematic review. *Public Health Nutrition* 2015;18(4):649-58.
 5. Özgenel M, Özden F. Deneysel ölçüme dayalı beslenme eğitiminin ortaokul öğrencilerinin beslenme davranışlarına ve beslenme öz-yeterliliklerine etkisinin incelenmesi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2019;7(3):181-9.
 6. Yılmaz S, Altunkürek ŞZ. Ortaokul öğrencilerinin beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarının belirlenmesi: Ankara Yenimahalle ilçesi Örneği. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020;1(2):70-80.
 7. Qutteina Y, Hallez L, Raedschelders M, De Backer C, Smits T. Food for teens: how social media is associated with adolescent eating outcomes. *Public Health Nutrition* 2022; 25(2):290-302.
 8. Taşdemir A. İlköğretim öğrencilerinde beslenme eğitimi üzerine bir araştırma. *Sağlık Akademisi Kastamonu* 2019; 4(1):34-52.
 9. Taras H. Nutrition and student performance at school. *Journal of School Health* 2005;75(6):199-213.
 10. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2022, Erişim adresi [Turkiye_Beslenme_Rehber_TUBER_2022_min.pdf](https://www.saglik.gov.tr/Beslenme_Rehber_TUBER_2022_min.pdf) (saglik.gov.tr) Erişim tarihi Kasım 17, 2023
 11. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021 Erişim adresi [saglik.gov.tr/Eklenti/45316/0/siy2021-turkcepdf.pdf](https://www.saglik.gov.tr/Eklenti/45316/0/siy2021-turkcepdf.pdf) Erişim tarihi Kasım 17, 2023
 12. Onis MD, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida, C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007;85(9):660-7.
 13. Roberts M, Tolar-Peterson T, Reynolds A, Wall C, Reeder N, Rico Mendez G. The effects of nutritional interventions on the cognitive development of preschool-age children: A systematic review. *Nutrients* 2022;14(3):532.
 14. T.C. Sağlık Bakanlığı, Okul Öncesi ve Okul Çağı Çocuklara Yönelik Beslenme Önerileri ve Menü Programları, 2013 Erişim adresi [okul-oncesi-ve-okul-cagi-cocuklara-yonelik-beslenme-onerileri-ve-menu-programlar-kitabi.pdf](https://www.saglik.gov.tr/okul-oncesi-ve-okul-cagi-cocuklara-yonelik-beslenme-onerileri-ve-menu-programlar-kitabi.pdf) (saglik.gov.tr) Erişim tarihi Kasım 17, 2023
 15. Taşçene K, Koçoğlu Tanyer D. İlçede öğrenim gören ortaokul öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2021;4(3):393-405.
 16. Şanlıer N, Sormaz Ü, Güneş E. Yiyecek içecek hizmetleri bölümünde okuyan öğrencilerin aldıkları mesleki eğitimin besin tercihleri ve beslenme bilgi düzeyleri üzerine etkisi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2016;8(15):248-65.
 17. Çolak B, Ergün A. İstanbul'un bir ilçesinde okul çağı çocuklarında beslenme alışkanlıkları ve sıvı tüketim durumunun vücut kütle indeksi ile ilişkisi: Kesitsel bir çalışma. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi* 2020;2(3):197-212.
 18. Yılmaz A, Kocataş S. Ortaokul öğrencilerinin obezite sıklığının, beslenme davranışlarının ve fiziksel aktivite düzeylerinin değerlendirilmesi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi* 2019;1(3):66-83.
 19. Dunn RA, Sharkey JR, Horel S. The effect of fast-food availability on fast-food consumption and obesity among rural residents: an analysis by race/ethnicity. *Economics & Human Biology* 2012;10(1):1-13.
 20. Basu S, McKee M, Galea G, Stuckler D. Relationship of soft drink consumption to global overweight, obesity, and diabetes: a cross-national analysis of 75 countries. *American Journal of Public Health* 2013;103(11):2071-7.
 21. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, 2013
 22. Asher RC, Shrewsbury VA, Bucher T, Collins CE. Culinary medicine and culinary nutrition education for individuals with the capacity to influence health related behaviour change: A scoping review. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 2022;35(2):388-95.
 23. Yabancı N. Okul Sağlığı ve Beslenme Programları. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2011;10(3):361-8.
 24. Kürklü NS, Özel HG. Farklı sosyoekonomik düzeydeki ortaokul öğrencilerinin beslenme

- durumu ve obezite sıklığının belirlenmesi.
Beslenme ve Diyet Dergisi 2015;43(2):100-10.
25. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2019, Erişim adresi TBSA_RAPOR_KITAP_20.08.pdf (karatekin.edu.tr) Erişim tarihi Kasım 17, 2023
26. DSÖ, Obesity 2023 Erişim adresi Obesity (who.int) Erişim tarihi Kasım 17, 2023
27. Garcia MB, Garcia PS. Intelligent tutoring system as an instructional technology in learning basic nutrition concepts: An exploratory sequential mixed methods study. In Handbook of Research on Instructional Technologies in Health Education and Allied Disciplines, 2023:265-84.

Sevda Demiröz Yıldırım¹, Bilge Evren², Ayla Açıköz³

DOI: 10.17942/sted.1378567

Geliş/Received: 19.10.2023
Kabul/Accepted: 16.07.2024

Özet

Amaç: Bu çalışma, farklı afet tiplerinin meydana geldiği Mersin İli Mut İlçesinde görev yapan öğretmenlerin acil durum/afete bireysel hazırlık düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Çalışma kesitsel tipte bir araştırmadır. Veriler toplanmadan katılımcılara yazılı ve sözlü bilgilendirme yapılmış ve bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Araştırma verileri 02.11.2022-31.01.2023 tarihleri arasında yüz yüze toplanmıştır. Veriler, veri kayıt formu ve Afete Bireysel Hazırlık Ölçeği (ABHÖ) ile toplanmıştır. Araştırma verilerinin analizi SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya 706 öğretmen katılmıştır. Katılımcıların %38,8'i meslek hayatında acil durum/afet yaşamış olup, bunların %85,8'i deprem yaşadığını belirtmiştir. ABHÖ toplam puanı, algılanan duyarlılık ve algılanan engeller alt boyutu puanı 18-27 yaş grubunda olanlarda daha yüksektir ($p<0,01$). Ölçeğin algılanan ciddiyet alt boyut puanı kadınlarda daha yüksek ($p<0,001$), öz yeterlilik alt boyut puanı erkeklerde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,002$). Evli olan öğretmenlerde ölçeğin algılanan engeller ve öz yeterlilik alt boyutu puanı daha yüksektir ($p<0,05$). Daha önce acil durum/afet eğitimi almadığını belirten öğretmenlerde algılanan ciddiyet alt boyut puanı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Meslek hayatında acil durum/afet yaşayanların ölçeğin algılanan duyarlılık ve öz yeterlilik alt boyutu ile ABHÖ toplam puanı anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$).

Sonuç: Araştırmada öğretmenlerin acil durum ve afete bireysel hazırlık yapmak için yeterli bilgiye sahip olmadıkları sonucuna varılmıştır. Öğretmenlerin afet ve acil durumlarda bireysel hazırlıklarının artırılması ve bu konuda sürekli eğitilmeleri toplumsal dirençliliğin artmasına olumlu katkı sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: acil durum; afet; afet yönetimi; afete hazırlık; öğretmen

Abstract

Objective: This study was carried out to determine the individual emergency/disaster preparedness levels and related factors of teachers working in Mut District of Mersin Province, where different types of disasters occur.

Method: The study is a cross-sectional study. Participants were informed verbally and in writing before data collection and informed consent was obtained. The research data were collected face-to-face between 02.11.2022 and 31.01.2023. Data were collected with a data recording form and Disaster Individual Preparedness Scale (ABHÖ). The research data were analyzed using SPSS 22.0 statistical package program.

Results: 706 teachers participated in the research. 38.8% of the participants have experienced an emergency/disaster in their professional life, and 85.8% of them stated that they experienced an earthquake. ABHÖ total score, perceived susceptibility and perceived barriers subscale scores are higher in those in the 18-27 age group ($p<0.01$). The perceived seriousness subscale score of the scale was found to be higher in women ($p<0,001$), and the self-efficacy subscale score was higher in men ($p<0,002$). Perceived barriers and self-efficacy subscale scores of the scale are higher in married teachers ($p<0.05$). Perceived seriousness subscale score was found to be higher in teachers who stated that they had not received emergency/disaster training before ($p<0.05$). Those who have experienced an emergency/disaster in their professional life have significantly higher perceived sensitivity and self-efficacy sub-dimensions of the scale and ABHÖ total score ($p<0.05$).

Conclusion: In the study, it was concluded that teachers do not have sufficient knowledge to make individual preparations for emergencies and disasters. Increasing the individual preparedness of teachers in disasters and emergencies and their continuous training on this issue will contribute positively to the increase in social resilience.

Keywords: emergency; disaster; disaster management; disaster preparedness; teacher

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Amasya Üniversitesi, Sabuncuoğlu Şerefeddin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, İlk ve Acil Yardım Programı (Orcid no: 0000-0002-0279-4241)

² Konya Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı (Orcid no: 0009-0007-0053-6285)

³ Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı (Orcid no: 0000-0001-7749-705X)

Giriş

Dünyada son yirmi yılda ortalama yıllık 347 afet meydana gelirken 2021 yılında bu sayı 432, 2022'de ise 387 afet meydana gelmiştir. 2022 yılında meydana gelen bu afet nedeniyle dünya çapında 30.704 kişi ölmüş, 185 milyon kişi etkilenmiştir. Sadece 2022 yılında meydana gelen doğal afet nedeniyle ortaya çıkan ekonomik kayıplar yaklaşık 223,8 milyar ABD dolarıdır. Afet ve acil durumların meydana getirdiği yıkımlar her geçen yıl daha da artmaktadır. (1,2).

Türkiye jeopolitik konumu nedeniyle farklı tipte çok sayıda afet yaşanan ülkelerden biridir. Ülke yüz ölçümünün büyük bölümü etkin deprem kuşaklarından olan ve yeryüzündeki tüm depremlerin beşte birinin meydana geldiği Akdeniz-Alp-Himalaya kuşağında yer almaktadır (3). Bu nedenle Türkiye'de sıklıkla büyük depremler yaşanmakta ve bu depremler çok sayıda insanın hayatını kaybetmesine neden olmaktadır. 2022 yılı içinde Türkiye'de toplam 22.982 doğa kaynaklı afet raporlanmıştır. Bu afetin 21.054'ü deprem, 859'u heyelan, 450'si sel/su baskını, 137'si kaya düşmesi, 18'i çığ, 13'ü obruk ve 451'i meteorolojik kaynaklı (fırtına, dolu, aşırı kış koşulları vb.) olaylardan oluşmaktadır (4). Meydana gelen depremlerin çok küçük bir bölümü görece büyük deprem (4.0 Mw ve üzeri) olarak kaydedilmekle birlikte maalesef ki 2023 yılında Kahramanmaraş (Pazarcık ve Elbistan) merkezli Cumhuriyet tarihinin en yıkıcı afeti olan Mw 7.7 ve Mw 7.6 iki büyük deprem meydana gelmiştir (5). Bu deprem sonucunda son resmî açıklamalara göre 50.783 kişi hayatını kaybetmiş, 107.204 kişi yaralanmıştır (6). Bu depremler sonucunda son rakamlara göre 3,3 milyon kişi bölgeden göç etmiştir (7).

Afet nedeniyle yaşanan göçün büyük kısmının yaşandığı illerden biri Mersin ilidir. Mersin ili bölgeye yakınlığı, gelişmişlik düzeyi ve deprem tehlikesinin nispeten diğer illere oranla az olması nedeniyle büyük göç almıştır. Mersin ili nüfus bakımından (1.916.432) Türkiye'nin en büyük 11. ili olmakla birlikte sürekli göç olarak büyüyen illerdendir (8). Mersin ilinde yaşanan afet ve etkileri bakımından sırasıyla; sel-su baskını, heyelan, kaya düşmesi, yangın, teknolojik afet, deprem ve diğer meteorolojik afet meydana gelmektedir. Kayıtlara göre farklı bölgelerde olmak üzere toplam 56 kere afete maruz bölge ilan edilmiştir. Çalışmanın gerçekleştiği Mut ilçesi farklı tip afetin yaşandığı

bir bölgedir. Mut ilçesi 9 kere (7 heyelan ve 2 kaya düşmesi) afete maruz bölge ilan edilmiştir ve en fazla afete maruz bölge sıralamasında ilde ikinci sırada yer almaktadır (9).

Küresel çapta ve Türkiye'de yaşanan çok sayıda farklı afetin meydana getirdiği zararları azaltmak için afet risk azaltma çalışmaları önem taşımaktadır. Hazırlık ve zarar azaltma çalışmalarını kapsayan risk yönetimi süreçlerinin etkin yürütülmesi afete karşı dirençliliği arttırmaya katkı sağlamaktadır. Bu nedenle eski yaklaşım olan afet olduğu an ve sonrasında müdahale ve iyileştirmeye odaklı yürütülen afet yönetim yaklaşımları yerine afet olmadan önce hazırlık ve zarar azaltma çalışmalarının da sürece dahil edildiği bütünlük bir afet yönetim yaklaşımına bırakmıştır. Yeni oluşturulan ulusal ve uluslararası afet eylem planlarında risk yönetimi süreçlerine eskisine oranla daha çok önem verildiği görülmektedir (10,11). Afet risk azaltma çalışmaları olan afete hazırlık sürecinde afet eğitim faaliyetleri de yer almaktadır. Afet eğitimi toplumsal afet dirençliliğini arttırmaya katkı sağlayan önemli bileşenlerdendir. Afet eğitiminin toplumdaki her bireye ulaşması için genellikle örgün öğretimde afet eğitimi konularının eklenmesi ile eğitim kurumları ve öğretmenler aracılığıyla eğitim süreçlerinin temel düzeyden başlaması hedeflenmektedir. Afet yönetiminde başarı sağlayan ülkelerde afet dirençliliğinin sağlanması için birey temelli afete hazırlığı yapılmaktadır. Bireyi temel alan yaklaşımla öncelikle toplumdaki her bireyin afete karşı dirençli olması sağlanmakta, böylelikle afete toplumsal direnç oluşturulmaktadır (12). Toplumdaki her bireyin dirençliliğini arttırmak için kullanılacak en iyi kurumlardan biri eğitim kurumlarıdır. Afette başarılı bir yönetim sağlayan ülkeler değerlendirildiğinde afet eğitiminin okul öncesi eğitimden başlayarak eğitim hayatı boyunca devam ettiğini görmek mümkündür (13,14). Bu yaklaşımda önemli bir konu da tabii ki afet eğitimi verecek eğitimcilerin afet bilinci ile afete bireysel hazırlıklarının düzeyidir. Afet eğitiminde görev alan öğretmenlerin bireysel hazırlıkları eğitim verdikleri öğrencilerin ve ailelerinin dolayısıyla da toplumun afet bilincinin oluşturulması için oldukça önemlidir.

Bu çalışma farklı afet tiplerinin meydana geldiği Mersin ili Mut İlçesinde görev yapan öğretmenlerin acil durum/afete bireysel hazırlık düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tasarımı ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Mersin İli Mut İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı tüm kamu okullarında öğretmen olarak görev yapan 18 yaş ve üstü kadın ve erkek bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri 02.11.2022-31.01.2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Bu araştırmada örnek seçimi yapılmaksızın evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde Mut ilçesinde toplam 766 öğretmen görev yapmaktadır (15). Veriler literatürden yararlanarak (12,13,16–18) araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olan bir anketle (Veri Kayıt Formu) ve Afete Bireysel Hazırlık Ölçeği (ABHÖ) ile toplanmıştır (19). Araştırma verileri toplanmadan önce katılımcılara yüz yüze ve yazılı olarak araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara araştırmaya yönelik bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve onam veren 706 öğretmene anket uygulanmıştır. Araştırmada kullanılan anketlerde öğretmenin kimliğini belirten herhangi bir bilgiye yönelik soru bulunmamaktadır.

Veri Toplama Aracı ve Değişkenler

Veri Kayıt Formu

Bu anket on üç (13) sorudan oluşmaktadır. Veri kayıt formu öğretmenlerin sosyodemografik özellikleri ile acil durum ve afet yaşama öyküsü ve eğitim alma durumlarını belirlemeye yönelik soruları içermektedir.

Afete Bireysel Hazırlık Ölçeği (ABHÖ)

Ölçek; afete ve acil durumlara bireysel olarak hazırlıklı olma davranışlarına engel olan durumları tanımlayarak bu faktörlerin bireylerin kişisel olarak hazırlık durumlarını incelemektedir. Ölçek İnal E. tarafından 2015 yılında geliştirilmiştir (19). Beşli Likert tipinde geliştirilen ölçeğin altı alt boyutu (algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engeller, eyleme geçiriciler, öz yeterlilik) bulunmaktadır. Algılanan duyarlılık kısmında 6 soru (1- 6), algılanan ciddiyet kısmında 3 soru (7-9), algılanan yarar kısmında 3 soru (10-12), algılanan engeller kısmında 6 soru (13-18), eyleme geçiriciler kısmında 5 soru (19-23) ve öz yeterlilik kısmında ise 8 soru (24-31) olmak üzere ölçek toplam 31 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 31, en yüksek puan ise 155'tir. Ölçekte 4, 6, 8, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 25, 26 ve 30. sorular tersine (5=

kesinlikle katılmıyorum – 1= kesinlikle katılıyorum) puanlanmaktadır. İnal E. ölçeğin tümü için Cronbach Alpha katsayısının 0,90 olduğu, tüm alt boyutlar için ise Cronbach Alpha katsayısının >0,70 olduğu saptamıştır (16,19).

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni afete bireysel hazırlık düzeyidir. Bağımsız değişkenleri ise öğretmenlerin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, öğretmen olarak çalışma yılı, daha önce acil durum/afet eğitimi alma durumu, aldığı eğitimin konusu ve eğitim yeri, acil durum/afet yaşama durumu, hangi acil durum/afet yaşadığı ve olay sırasında ne yaptığı, acil durum/afet için bireysel çanta hazırlığı, acil durum/afet konusunda bilgi durumu ve eğitim alma isteğidir.

Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri

Bu araştırmaya 18 yaş ve üstünde olan, 2022-2023 eğitim-öğretim döneminde öğretmen olarak çalışmaya devam eden bireylerden araştırmaya katılmayı kabul edenler dahil edilmiştir. 18 yaşın altında olan ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler araştırmadan dışlanmıştır. Ayrıca çalışma yapıldığı tarihlerde, sağlık, yıllık, başka ilçeye görevlendirme gibi nedenlerle kendilerine ulaşılamayan öğretmenlere ulaşmak için tekrar kurum ziyaretinde bulunulmuştur. Ancak buna rağmen ulaşılamayan öğretmenler araştırmaya dahil edilememiştir.

İstatistiksel Değerlendirme

İstatistiksel analiz SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı bulgular için kategorik değişkenler sayı ve yüzdelerle, sürekli değişkenler ortalama, standart sapma, en düşük değer ve en yüksek değerlerle sunulmuştur. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Kolmogorov-Smirnov normallik testleri kullanılmıştır. Veriler normal dağılıma uygun olmadığından istatistiksel çözümlemede bağımsız değişkenlerle bağımlı değişken arasındaki ilişki Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Varyans analizi ile grup ortalamaları arasında anlamlı fark bulunduğunda 'post hoc' analizde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Etik Onay

Araştırma için Amasya Üniversitesi Bilim Etik Kurulu Sosyal Bilimler Etik Kurulu (13/09/2022 tarih Sayı:

E-30640013-108.01-89633) ve Mersin Valiliği İl Millî Eğitim Müdürlüğü'nden (19/10/2022 tarih Sayı: E-34776202-605.01-61320456) yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın verileri toplanmaya başlanmadan önce katılımcı öğretmenlere araştırmacılar tarafından çalışmanın amacı açıklanmış, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı belirtilmiştir. Öğretmenlere araştırma kapsamında verilerin gizli tutulacağı konusunda bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcıların bilgilendirilmiş gönüllü onamları alınmıştır. Katılımcılardan gönüllü onamın alınması ve verilerin toplanması araştırmacılar tarafından yüz yüze yöntemle yapılmıştır.

Bulgular

Araştırmaya Mut ilçesinde görev yapan 766 öğretmenden 706'sı (%92,2) katılmıştır. Katılan öğretmenlerin %54,2'si kadındır. En fazla katılımcı 38-47 yaş aralığında (%37,4) olup, %80,5'i evli olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %93,5'i daha önce acil durum/afet eğitimi almış, eğitim alanların %80,6'sı 'İlk Yardım Eğitimi' almıştır. Öğretmenlerin %74,6'sı afet ve acil durumlara yönelik eğitimi hizmet içi eğitim olarak kurumdan aldığını belirtmiştir (Tablo 1).

Katılımcıların %38,8'i meslek hayatında acil durum/afet yaşamış olup, bunların %85,8'i

Tablo 1. Katılımcıların bazı sosyodemografik ve afet eğitimi özelliklerinin dağılımı (n=706)			
Özellikler		n	%
Cinsiyet	Erkek	323	45,8
	Kadın	383	54,2
Yaş grubu	18-27	62	8,8
	28-37	247	35,0
	38-47	264	37,4
	≥48	133	18,8
Medeni durum	Evli	568	80,5
	Bekar	138	19,5
Öğretmen olarak çalışma yılı	1-5	72	10,2
	6-10	135	19,1
	≥11	499	70,7
Daha önce acil durum/afet eğitimi aldınız mı?	Evet	660	93,5
	Hayır	46	6,5
Hangi konularda eğitim aldınız?* (n=660)	İlk Yardım Eğitimi	569	80,6
	Toplum Afet Gönüllüsü Eğitimi (TAG)	132	18,7
	Mahalle Afet Gönüllüsü Eğitimi (MAG)	47	6,7
	Temel Afet Bilinci Eğitimi	198	28,0
	Diğer (Yangın)	37	5,2
Eğitimi nerede aldınız?* (n=660)	Örgün eğitim (lise, üniversite vd.) sırasında	130	18,4
	Hizmet içi eğitim olarak kurumdan	527	74,6
	Hizmet içi eğitim olarak Afet ve Acil Durum Müdürlüğü'nden (AFAD)	93	13,2
	Özel kurs merkezlerinde	48	6,8
	Televizyon ve/veya internet üzerinden	104	14,7

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

deprem yaşadığını belirtmiştir. Öğretmenlerin %48,7'si acil durumlar/afet hakkında "kısmen", %48,4'ü afet/acil durumlar hakkında yeterli bilgiye sahibi olduğunu düşünmekte, yalnızca %23,9'u acil durumlar/afet için bireysel çanta hazırladığını, %63,6'sı ise acil durum/afet konusunda eğitim almak istediğini belirtmiştir. Deprem yaşayan öğretmenlerin %66,8'i (n=157) çök-kapan-tutun uygulamasını yapmıştır (Tablo 2).

Acil durum/afet yaşayan öğretmenlerin afet sırasındaki davranışlarının dağılımı Şekil 1'de verilmiştir. Tablo 3'te ABHÖ alt boyutları puanı ve ölçek toplam puan dağılımı gösterilmiştir. ABHÖ toplam puanı $113,59 \pm 16,47$ 'dir (Tablo 3).

Öğretmenlerin cinsiyetine göre ABHÖ toplam puan bakımından anlamlı fark saptanmamıştır ($p < 0,05$). Ancak ölçeğin algılanan ciddiyet alt boyut puanı kadınlarda daha yüksek ($p < 0,001$),

öz yeterlilik alt boyut puanı ise erkeklerde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,002$). ABHÖ toplam puanı ($p < 0,007$), algılanan duyarlılık ($p < 0,001$) ve algılanan engeller alt boyutu puanı 18-27 yaş grubunda olanlarda 28-37 ve 38-47 yaş grubunda olanlardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p < 0,011$). Evli olan öğretmenlerde ölçeğin algılanan engeller ($p < 0,002$) ve öz yeterlilik alt boyutu puanı bekar olanlardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p < 0,043$; Tablo 4).

Daha önce acil durum/afet eğitimi almadığını belirten öğretmenlerde ölçeğin algılanan ciddiyet alt boyut puanı eğitim alanlardan daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,021$). Meslek hayatında acil durum/afet yaşayanların ölçeğin algılanan duyarlılık ($p < 0,001$) ve öz yeterlilik alt boyutu ($p < 0,012$) ile ABHÖ toplam puanı anlamlı olarak daha yüksektir ($p < 0,008$). "Acil durumlar/afet hakkında bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?" sorusuna 'kısmen' diye

Tablo 2. Katılımcıların acil durumu/afet deneyimi, bilgi ve davranışlarının dağılımı

Özellikler		n	%
Meslek hayatınızda hiç acil durum/afet yaşadınız mı?	Evet	274	38,8
	Hayır	432	61,2
Hangi acil durumu/afeti yaşadınız?* (n=274)	Deprem	235	85,8
	Sel/Su baskını	8	2,9
	Yangın	25	9,1
	Fırtına	3	1,1
	Heyelan	8	2,9
Yaşadığınız acil durum/afet sırasında ne yaptınız?* (n=274)	Çök-kapan-tutun uygulamasını yaptım.	157	57,3
	Yüksek bir yere çıktım.	22	8,0
	Bulduğum yapıda bekledim.	46	16,8
	Koşarak bulduğum yapıyı terk ettim.	66	24,1
	Hiçbir şey yapamadım, olduğum yerde kalakaldım.	55	20,1
Acil durumlar/afet hakkında bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?	Evet	342	48,4
	Hayır	20	2,8
	Kısmen	344	48,7
Acil durum/afet için bireysel çanta hazırladınız mı?	Evet	169	23,9
	Hayır	537	76,1
Acil durum/afet konusunda eğitim almak ister misiniz?	Evet	449	63,6
	Hayır	257	36,4

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Alt Boyutlar	Ort ± SD*	Median (Çeyrekler Açıklığı: Q3-Q1)	Min-Max
Algılanan duyarlılık	23,39±4,70	24 (26-21)	6-30
Algılanan ciddiyet	10,82±2,90	11 (13-9)	3-15
Algılanan yarar	11,82±3,36	12 (15-11)	3-15
Algılanan engeller	20,92±3,81	22 (23-19)	10-30
Eyleme geçiriciler	18,50±3,58	19 (21-16)	7-25
Öz yeterlilik	28,10±5,13	28 (31-25)	8-40
ABHÖ toplam puanı	113,59±16,47	116 (125-103)	39-151

*Ortalama ± Standart sapma

Özellikler	AD Ort ± SD	AC Ort±SD	AY Ort±SD	AE Ort±SD	EG Ort±SD	ÖY Ort±SD	ABHÖ TP Ort±SD
Cinsiyet							
Erkek (n=323)	23,0±4,9	10,2±2,8	11,8±3,4	20,6±3,9	18,1±3,6	28,9±5,4	112,7±16,9
Kadın (n=383)	23,7±4,5	11,4±2,8	11,8±3,3	21,2±3,7	18,3±3,5	27,4±4,7	114,3±16,0
p*	0,069	<0,001	0,660	0,051	0,051	0,002	0,171
Yaş grubu							
18-27 (n=62)	25,3±4,6	10,9±3,1	12,3±3,3	20,5±3,4	19,3±3,7	29,3±5,6	117,7±16,5
28-37 (n=247)	22,7±4,5	10,7±2,9	11,6±3,6	20,8±3,9	18,1±3,6	27,6±5,1	111,7±16,5
38-47 (n=264)	23,0±4,6	10,7±2,7	11,9±3,3	21,1±3,6	18,3±3,4	28,1±5,0	113,4±15,8
≥48 (n=133)	24,4±4,8	11,1±3,0	11,9±3,1	21,0±4,1	19,1±3,6	28,3±5,0	115,6±17,5
p**	<0,001	0,743	0,323	0,241	0,011	0,307	0,007
Medeni durum							
Evli (n=568)	23,3±4,8	10,8±2,9	11,7±3,4	21,1±3,8	18,5±3,6	28,3±5,3	113,7±16,8
Bekar (n=138)	23,7±4,3	10,7±2,8	12,2±3,1	20,2±3,7	18,6±3,3	27,4±4,4	112,9±15,0
p*	0,637	0,701	0,180	0,002	0,909	0,043	0,367
Öğretmen olarak çalışma yılı							
1-5 (n=72)	24,5±4,6	10,8±3,0	12,1±3,4	20,5±3,5	18,9±3,7	29,3±5,4	116,2±16,9
6-10 (n=135)	23,5±4,4	10,5±3,0	11,8±3,7	21,2±4,0	18,4±4,0	28,1±5,5	113,6±17,0
≥11 (n=449)	23,2±4,8	10,9±2,8	11,8±3,3	20,9±3,8	18,5±3,5	27,9±4,9	113,2±16,2
p**	0,080	0,448	0,369	0,114	0,615	0,183	0,360

AD: Algılanan duyarlılık; AC: Algılanan ciddiyet; AY: Algılanan yarar; AE: Algılanan engeller; EG: Eyleme geçiriciler; ÖY: Öz yeterlilik; ABHÖ TP: Afete Bireysel Hazırlık Ölçeği toplam puanı.
Ortalama ± Standart sapma
* Mann-Whitney U testi ** Kruskal Wallis Varyans Analizi

Tablo 5. Katılımcıların acil durum/afet deneyimi ve bilgi düzeyine göre Afete Bireysel Hazırlık Ölçeği alt boyut ve toplam puanları

Özellikler	AD Ort±SD	AC Ort±SD	AY Ort±SD	AE Ort±SD	EG Ort±SD	ÖY Ort±SD	ABHÖ TP Ort±SD
Daha önce acil durum/afet eğitimi aldınız mı?							
Evet (n=660)	23,4±4,6	10,7±2,9	11,8±3,4	20,9±3,8	18,5±3,6	28,1±5,1	113,6±16,3
Hayır(n=46)	23,8±5,4	11,6±2,9	11,6±2,7	20,5±3,7	16,5±3,5	27,4±5,5	112,7±19,4
p*	0,279	0,021	0,104	0,606	0,328	0,605	0,994
Meslek hayatınızda hiç acil durum/afet yaşadınız mı?							
Evet (n=274)	24,3±4,8	10,6±2,9	11,8±3,5	20,9±4,3	18,7±3,6	28,8±5,6	115,2±18,3
Hayır(n=432)	22,8±4,5	10,9±2,9	11,8±3,2	20,9±3,4	18,3±3,5	27,7±4,6	112,5±15,1
p*	<0,001	0,150	0,485	0,189	0,095	0,012	0,008
Acil durumlar/afet hakkında bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?							
Evet (n=342)	22,9±4,9	10,1±2,8	11,7±3,6	21,3±3,9	18,4±3,7	28,8±5,8	113,4±18,1
Hayır(n=20)	21,7±4,4	10,1±2,6	10,3±3,6	21,3±3,7	16,1±2,9	25,5±4,7	105,0±14,9
Kismen(n=344)	23,9±4,4	11,5±2,8	11,9±3,0	20,8±3,6	18,7±3,4	27,6±4,2	114,3±14,7
p**	0,017	<0,001	0,076	0,063	0,002	0,001	0,036
Acil durum/afet için bireysel çanta hazırladınız mı?							
Evet (n=169)	24,9±5,1	10,4±3,1	12,2±3,5	22,0±3,7	19,5±3,7	30,1±6,1	119,1±18,5
Hayır (n=537)	22,9±4,4	10,9±2,8	11,7±3,3	20,6±3,7	18,2±3,5	27,4±4,6	111,8±15,3
p*	<0,001	0,067	0,020	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Acil durum/afet konusunda eğitim almak ister misiniz?							
Evet (n=449)	24,2±4,4	10,1±2,9	12,3±3,0	20,7±4,0	18,8±3,3	28,6±4,9	115,6±15,1
Hayır (n=257)	21,9±4,9	10,4±2,8	11,0±3,6	21,2±3,3	18,0±3,8	27,2±5,3	109,9±18,0
p*	<0,001	0,052	<0,001	0,135	0,009	0,001	<0,001
AD: Algılanan duyarlılık; AC: Algılanan ciddiyet; AY: Algılanan yarar; AE: Algılanan engeller; EG: Eyleme geçiriciler; ÖY: Öz yeterlilik; ABHÖ TP: Afete Bireysel Hazırlık Ölçeği toplam puanı. Ortalama ± Standart sapma * Mann-Whitney U testi ** Kruskal Wallis Varyans Analizi							

yanıtlayanlarda ölçeğin algılanan duyarlılık ($p<0,017$) ve algılanan ciddiyet puanları anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,001$). Bilgi sahibi olmadığını düşünenlerin ABHÖ toplam puanı ($p<0,036$), eyleme geçiriciler ($p<0,002$) ve öz yeterlilik boyutlarının puanı diğer gruplardan anlamlı olarak daha düşüktür ($p<0,001$). Acil durum/afet için bireysel çanta hazırladığını belirten katılımcıların ABHÖ toplam puanı ($p<0,001$) ve diğer alt boyut (algılanan ciddiyet alt boyutu hariç) puanları çanta hazırladığını belirtenlerden anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$). Afet çantası hazırlayan öğretmenlerin afetten olumsuz etkilenmeye yönelik maddeleri içeren algılanan ciddiyet alt boyutuna yönelik puanlarında anlamlı bir farklılık yoktur

($p=0,067$). Acil durum/afet konusunda eğitim almak istediğini belirten katılımcıların ABHÖ toplam puanı ($p<0,001$) ve diğer alt boyut (algılanan ciddiyet ve algılanan engeller alt boyutu hariç) puanları eğitim almak istemediğini belirtenlerden anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$; Tablo 5).

Tartışma

Öğretmenler afet yönetiminin risk azaltma süreçlerinde önemli role sahiptirler. Öğretmenler planlanan öğretim programlarındaki öğrenme çıktılarını öğrencilere kazandırmak için sürekli olarak eğitimlerle desteklenmelidir. Öğretmenlerin bilgi ve beceri düzeyini arttırmada kullanılan yöntemlerden birisi hizmet içi eğitimlerdir. Hizmet

içi eğitimlerde öğretmenler belirli alanlarda eğitilmekte ve eğitim alan öğretmenler kendi meslektaş ve öğrencilerini eğitim aldıkları alanda eğitmektedir (17). Araştırmamızda katılımcıların %93,5'i daha önce acil durum/afet eğitimi almış, eğitim alanların %80,6'sı 'İlk Yardım Eğitimi' almıştır. Tüm öğretmenlerin acil durum/afet konusunda eğitim alması beklenmekle birlikte araştırmaya katılan öğretmenlerin bu konularda eğitim almış olma durumları da azımsanmayacak düzeyde yüksektir. Eğitimi nereden aldınız? sorusuna öğretmenlerin %74,6'sı hizmet içi eğitim olarak kurumdan aldığını belirtmiştir. Türkiye'de öğretmenlerin hizmet içi eğitimleri arasında afet konusu da yer almaktadır. Özellikle Kahramanmaraş merkezli yaşanan depremler sonrası öğretmenlerin afet konusunda hizmet içi eğitimleri arttırılmıştır. Bu eğitimler arasında; Afet ve Acil Durum Temel Kavramlar, Afet Sonrası Ruh Sağlığı Semineri, Afet Sonrası Öğretmenlerin (okul öncesi, ilköğretim, ortaokul, ortaöğretim) Psikososyal Destek Becerilerinin Geliştirilmesi, Okul Tabanlı Afet Eğitimi Kursu yer almaktadır (18).

Afetin eğitim öğretim sürecinde okul saatlerinde meydana gelmesi öğrenci ve öğretmenlerin daha çok etkilenmesine neden olabilmektedir. Araştırmamızda meslek hayatına devam ederken acil durum veya afet deneyimi yaşayan öğretmenler (%48,7) olmasına rağmen, acil durum/afet hakkında yeterli bilgilerinin olmadığı (%51,6) ve bu durumlar için hazırlık yapmadıkları (%76,1), katılımcıların büyük kısmının (%63,6) ise acil durum/afet konusunda eğitim almak istediği belirlenmiştir. Yakın zamanda yaşanan ve büyük yıkımlara neden olan 2011 Tōhoku depremi ve tsunamisi Japonya'da öğretmenlerin başarılı tahliye protokollerini uygulamalarına rağmen afet sırasında okulda olan yaklaşık bin kadar öğrencinin ölmesine neden olmuştur. 2008 Çin Sichuan depreminde ise yaklaşık on bin öğrenci okulda hayatını kaybetmiştir. Hindistan Kumbakonam'da 2004 yılında meydana gelen yangında 94 öğrenci hayatını kaybetmiştir (20). Bu örnekler dünyanın farklı yerlerinde meydana gelen afetle çoğaltılabilir. Öğretmenlerin de içinde bulunduğu okul personelleri afet maruziyeti durumlarında bir yandan kendi stresi ve kayıpları ile baş etmeye çalışırken bir yandan da öğrencilerin ihtiyaçlarına doğrudan ilk yanıt veren kişilerdir (21). Bu nedenlerle eğitim ve öğretim

sürecinde meydana gelebilecek afet nedeniyle öğretmenlerin afet hakkında bilinçli ve hazırlıklı olması gerekmektedir.

Araştırmamızda ABHÖ toplam puanı 113,59 olarak bulunmuştur. Yalova'da akademik ve idari üniversite çalışanları ile yapılan çalışmada ABHÖ toplam puanı 107,03 olarak bulunmuştur. Öğretmenlerin ABHÖ toplam puanı çalışma yapılan diğer gruba oranla daha yüksek bulunmuştur. Yalova'da gerçekleştirilen çalışmada afet veya acil durum eğitimi alan katılımcıların oranı %3,5, afet deneyimi olan katılımcı oranı ise %5,2 olarak belirlenmiştir (22). Bizim araştırmamızda ise katılımcıların %93,5'i daha önce afet eğitimi almış ve %38,8'i afet yaşadığını belirtmiştir. Afet eğitimi almak ve afet yaşamak bireylerin farkındalıklarının artmasına katkı sağlayan etmenler arasında yer almaktadır. İki çalışmada ABHÖ arasındaki farkın afet eğitim alma ve afet yaşama oranları nedeniyle olduğu yazarlar tarafından düşünülmektedir.

Öğretmenlerin cinsiyetine göre ABHÖ toplam puan bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Ortopedik engelli bireylerle yapılan bir çalışmada katılımcıların ABHÖ tüm boyutlarında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (23). Yalova'da yapılan başka bir çalışmada da ABHÖ tüm boyutlarında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (22). Araştırma sonuçlarında ölçeğin algılanan ciddiyet alt boyut puanı kadınlarda daha yüksek, öz yeterlilik alt boyut puanı erkeklerde daha yüksek bulunmuştur. Kadınlar afet/acil durumlarda toplumsal cinsiyet rolleri gereği, bakım sorumlulukları gereği güçlükler, güvenlik ve üreme sağlığı sorunları ile karşılaşmaktadır (24). Bu nedenlerle kadınların afet/acil durumlara yönelik korkuları (25) ile bu durumlarda da kırılganlıkları artmaktadır (26). Bu durumun afet/acil durumlardan kadınların afetten etkilenmeye yönelik maddeleri içeren algılanan ciddiyet puanının daha yüksek çıkmasına neden olduğu düşünülmektedir. Erkeklerin eğitim süreçlerine katılımlarının yüksek olması, afet sonrası yardım kaynaklarına kadınlara oranla daha çok erişebilmeleri, toplumsal cinsiyet rolleri gereği afette daha az sorumluluk üstlenmeleri afet/acil durumlara karşı daha dirençli olmalarını sağlamaktadır. Yaşanılan afet deneyimlerinde basit yeteneklerden olan koşma, tırmanma yüzme

gibi aktivitelerin giysi veya toplumsal eğitim eksikliği nedeniyle kadınlara kazandırılmaması çok sayıda kadının afette hayatını kaybetmesine neden olmuştur (27). Erkeklerin ise bu tür sorunlarla daha az karşılaşması eğitim süreçlerinde daha yüksek oranlarda dahil olabilmesi afet/ acil durumlara daha hazır olmalarına neden olmaktadır. Çalışmada afet/acil durumlara yönelik hazırlıklı olma ve bu durumlarla baş edebilmeye yönelik maddeleri içeren öz yeterlilik boyutu puanının erkek katılımcılarda daha yüksek olmasının nedenlerinin değinilen konular nedeniyle olduğu düşünülmektedir.

ABHÖ toplam puanı, algılanan duyarlılık ve algılanan engeller alt boyutu puanı 18-27 yaş grubunda olanlarda 28-37 ve 38-47 yaş grubunda olanlardan daha yüksektir. Alanda konu ile ilgili yapılan çalışmalarda 25 yaş ve altında olan katılımcıların acil durum ve afete karşı eyleme geçiren faktörlere daha fazla dikkat ettikleri ve bu afete karşı daha duyarlı oldukları belirlenmiştir (23). Yeni mezun öğretmenlerin afet ve acil durumlara ilgili bilgilerinin diğer katılımcılara göre daha taze olması afet ve acil durumlara ilgili hizmet içi eğitimlerine daha yakın süre zarfında katılmış olmaları nedeniyle algılanan duyarlılık ve ABHÖ toplam puanlarının diğer katılımcılara oranla daha yüksek çıktığı düşünülmektedir.

Araştırma sonuçlarına göre evli olan öğretmenlerde ölçeğin algılanan engeller ve öz yeterlilik alt boyutu puanı bekar olanlardan daha yüksektir. Yapılan çalışmaların bazılarında medeni durumun afete bireysel hazırlık üzerinde etkisinin olmadığı (22,23) bazılarında ise evli, çocuklu ve hane halkının fazla olması bireylerin afete hazırlık durumuna katkıda bulunabileceğini ortaya koymaktadır (28,29). Evli ve çocuğu olan bireylerin afet anında çocuklara bakım yükümlülükleri nedeniyle doğru davranış sergileyemedikleri yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur. Kişiler afette çocukları nedeniyle tahliye olamama, sağlıklı düşünememe ve daha fazla riske maruz kalma gibi durumlarla karşı karşıya kalmaktadırlar (24). Yapılan bu çalışmalar araştırma sonuçlarında ortaya konulan evli bireylerin afette algılanan engellerin ve öz yeterliliğin yüksek çıkma durumunu destekler niteliktedir.

Araştırmamızda daha önce acil durum/afet eğitimi almadığını belirten öğretmenlerde

ölçeğin algılanan ciddiyet alt boyut puanı eğitim alanlardan daha yüksek bulunmuştur. Afet eğitimi almak afet konusunda bilinç düzeyini arttırmaktadır. Afet eğitimi alan bireyler afet anında doğru davranış sergilemektedir (30-32). Afet eğitimi almamış bireyler kendilerini afet konusunda daha kırılgan hissedebilmektedir. Bu nedenle araştırmamıza katılan öğretmenlerden afet eğitimi almayanların afetten etkilenmeye yönelik maddeleri içeren algılanan ciddiyet alt boyutu daha yüksek çıktığı düşünülmektedir.

Meslek hayatında acil durum/afet yaşayanların ölçeğin algılanan duyarlılık ve öz yeterlilik alt boyutu ile ABHÖ toplam puanı daha yüksektir. Afet deneyimi kişilerin afete karşı daha bilinçli hale gelmesine, farkındalıklarının artmasına neden olan olgulardan birisidir. Yapılan çalışmalar afet deneyimi olmayan bireylerin afete hazırlıksız olduğunu, afet yaşayan bireylerin ise afete daha hazırlıklı olduğunu ve afet anında doğru davranışları sergilediklerini ortaya koymaktadır (30,33). Araştırmada afet/acil durum deneyimi olan öğretmenlerin algılanan duyarlılık ve öz yeterlilik alt boyutu ile ABHÖ toplam puanı daha yüksek çıkmasının nedeninin bu deneyimleri olduğu düşünülmektedir.

Afet ve acil durumlar hakkında bilgi sahibi olmadığını düşünenlerin ABHÖ toplam puanı, algılanan engeller ve öz yeterlilik boyutlarının puanı diğer gruplardan anlamlı olarak daha düşüktür. Acil durum/afet hakkında yeterli bilgiye ve deneyime sahip olmayan bireyler afete hazırlıklı olmamakta ve afette daha çok engelle karşılaşabilmektedir (30). Araştırma sonuçlarına göre acil durum/afet hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını düşünen katılımcıların ABHÖ toplam puanı ve afete karşı öz yeterlilikleri daha düşük olarak belirlenmiştir. Ayrıca acil durum ve afete hazırlıkta daha çok engelle karşılaşacaklarını düşündükleri belirlenmiştir.

Afet/acil durum konusunda bilinçli bireyler bu durumlara hazırlık yapmaktadır. Yapılan hazırlıklar arasında yapısal ve yapısal olmayan hazırlıklar yer almaktadır. Yapısal olmayan hazırlıklar genellikle mühendislik disiplini kapsamında yer almaktadır. Bu nedenle bireysel olarak daha çok yapısal olmayan hazırlıklar yapılabilmektedir. Yapısal olmayan afet hazırlıkları arasında; toplum eğitimi ve bilinci programları, tatbikatlar, yapısal olmayan fiziksel değişiklikler, düzenleyici önlemler, çevresel

kontrol ve davranış değişiklikleri yer almaktadır. Afete karşı bireysel afet çantası hazırlığı da yapısal olmayan hazırlıklar arasında yer almaktadır (34). Afet bilinci yüksek bireyler bu tür hazırlıkları yaparak dirençliliklerini arttırmaktadır. Çalışmada acil durum/afet için bireysel çanta hazırladığını belirten katılımcıların ABHÖ toplam puanı ve diğer alt boyut (algılanan ciddiyet alt boyutu hariç) puanları çanta hazırlamadığını belirtenlerden daha yüksektir. Afet/acil duruma yönelik bilgili ve bilinçli olan bireylerin bu durumlara yönelik daha çok hazırlık yaptıkları görülmektedir. Ortopedik engellilerle yapılan bir çalışmada afet eğitimi alan katılımcıların afete yönelik yapısal olmayan hazırlıkları yaptıkları belirlenmiştir (30). Alanda yapılan bu çalışma araştırmayı destekler niteliktedir.

Afet ve acil durum hakkında bilgi ve bilinç düzeyi daha yüksek olan bireylerin bu durumlara yönelik hazırlıklı ve afet eğitimi almaya daha istekli olmaktadır. Çalışmada acil durum/afet konusunda eğitim almak istediğini belirten katılımcıların ABHÖ toplam puanı ve diğer alt boyut (algılanan ciddiyet ve algılanan engeller alt boyutu hariç) puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu durum daha bilgili katılımcıların afet/acil durum eğitimi almaya istekli olduklarını ortaya koymaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Araştırmada toplumsal eğitim rolleri göz önüne alındığında her ne kadar farklı gruplarla yapılan çalışmalara oranla yüksek gibi görünse de; öğretmenlerin acil durum ve afete bireysel hazırlık yapmak için yeterli bilgiye sahip olmadıkları sonucuna varılmıştır.

Çalışma sonucunda; öğretmenlerin afet ve acil durum bireysel hazırlıklarının diğer çalışmalarda yer alan gruplara oranla daha yüksek olmasına karşı toplumsal eğitici rolleri nedeniyle geliştirilmesi gereken bir noktada olduğu belirlenmiştir. Afet ve acil durumlar hakkında eğitim alma düzeylerinin yüksek olmasının yanında bilgi düzeyleri ve bireysel olarak kendilerini bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirtmeleri nedeniyle eğitimlerin yeterliliği hakkında eksikliklerin olduğu düşünülmektedir. Öğretmenlerin afet ve acil durumlar hakkında bilgi düzeyi ve deneyimleri arttıkça afete karşı dirençlerinin de arttığı belirlenmiştir. Öğretmenlerin afet ve acil

durumlarda bireysel hazırlıklarının artırılması toplumsal dirençliliğe direkt olarak olumlu katkı sağlayacaktır. Bu nedenle öğretmenlerin eğitilmesinde araştırma sonuçlarında da ortaya konulduğu gibi hizmet içi eğitimlerinin kullanılması önemli bir fırsattır. Ancak bu eğitimlerin başarıya ulaşması için sürekli ve etkin bir yöntemin kullanılması önerilmektedir.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırma Mersin İli Mut ilçesinde resmi okullarda görev alan öğretmenler ile yürütülmesi nedeniyle elde edilen bulgular tüm öğretmenlere genellenemez. Acil durum/afete öğretmenlerin bireysel hazırlıklarına yönelik durumları ölçme aracındaki maddelerle sınırlı olduğu için bu durumlara hazırlığın kapsayıcı olarak tüm boyutlarına yer verilmemiştir.

İletişim: Sevda Demiröz Yıldırım

E-Posta: sevda.demiroz@amasya.edu.tr

Kaynaklar

1. CRED. 2022 Disasters in Numbers. 2023. Available at: https://cred.be/sites/default/files/2022_EMDAT_report.pdf. Accessed April, 2023
2. CRED. 2021 Disasters in numbers. 2022. Available at: https://cred.be/sites/default/files/2021_EMDAT_report.pdf. Accessed October, 2022
3. AFAD. Türkiye’de Afet Yönetimi ve Doğa Kaynaklı Afet İstatistikleri. 2018. Available at: <https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/35429>. Accessed May, 2024
4. AFAD. 2022 Yılı Doğa Kaynaklı Olay İstatistikleri. 2023.
5. AFAD. Kahramanmaraş Depremleri Ön Değerlendirme Raporu. 2023.
6. TDB. 6 Şubat 2023 Depremi. 2023.
7. Sağıroğlu ZA, Ünsal R, Özenci F. 6 Şubat 2023 Deprem Sonrası Göç ve İnsan Hareketlilikleri: Durum Değerlendirme Raporu Ankara; 2023. Available at: www.aybu.edu.tr/gpm. Accessed April, 2023
8. TÜİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2022. 2023. Available at: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=49685>. Accessed July, 2023
9. AFAD. İl Afet Risk Azaltma Planı Mersin

- (İRAP). 2021.
10. UNISDR. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015 - 2030. Geneva; 2015.
 11. UNISDR. Hyogo Framework for Action 2005-2015: Building the Resilience of Nations and Communities to Disasters. Geneva; 2005.
 12. Leblebici Ö. Afetde kamu yönetiminin rolü ve toplum temelli afet yönetimine doğru. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2014;7(2):457-78.
 13. Kortak V. Sosyal bilgiler öğretmen adaylarının afete yönelik tutumlarının incelenmesi. Afet ve Risk Dergisi. 2023;6(2):448-63.
 14. Özmen B, İnce ZD. Okul Tabanlı Afet Eğitimi. Resilience. 2017;1(1).
 15. Mersin İl Milli Eğitim Müdürlüğü. Mersin İl Milli Eğitim Müdürlüğü Brifing - Ocak 2023. 2023 [Available at: https://mersin.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar. Accessed January, 2023
 16. İnal E, Altıntaş KH, Doğan N. The development of a general disaster preparedness belief scale using the health belief model as a theoretical framework. International Journal of Assessment Tools in Education. 2017;5(1):146-158.
 17. Izzadkhah YO, Hosseini M, Heshmati V. Training teachers on disaster risk reduction in developing countries: Challenges and opportunities. In: The 15th World Conference on Earthquake Engineering, Lisbon, Portugal. 2012.
 18. Millî Eğitim Bakanlığı. Yıllık Hizmet İçi Eğitim Planı. 2023. Available at: <https://oygm.meb.gov.tr/www/hizmetici-egitim-planlari/icerik/28>. Accessed Jun, 2023
 19. İnal E. Acil Durumlara/Afete Bireysel Hazırlığı Değerlendirmek için Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Ölçek Geliştirme. [Ankara]: Halk Sağlığı Enstitüsü; 2015.
 20. Stough LM, Kang D, Lee S. Seven school-related disasters: Lessons for policymakers and school personnel. Educ Policy Anal Arch. 2018;26.
 21. Costa R, Cross Hansel T. Teachers and school personnel as first responders following disasters: Survivors and supporters. J Trauma Stress Disord Treat. 2015;04(04). DOI:10.4172/2324-8947.1000146
 22. İnal E, Altıntaş KH, Doğan N. General disaster preparedness beliefs and related sociodemographic characteristics: The example of Yalova University, Turkey. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2019;17(1):1-15.
 23. Balun B, Yılmaz K. Sürdürülebilir bir yönetim paradigması: ortopedik engelli bireylerin afete hazırlık seviyeleri. Resilience. 2019 Jun 30;1-24.
 24. Gündüz F. Bütünleşik Afet Yönetiminde Kadınların Afet Deneyimi ve Öğrenilmiş Dersler [Doktora Tezi]. [İzmir]: Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2022.
 25. Goltz JD, Russell LA, Bourque LB. Initial behavioral response to a rapid onset disaster: A case study of the October 1, 1987 Whittier Narrows Earthquake. Int J Mass Emerg Disasters. 1992;10(1):43-69.
 26. Fothergill A, DeRouen Darlington JA, Maestas EGM. Race, ethnicity and disasters in the United States: A review of the literature. Disasters. 1999;23(2):156-73.
 27. Pincha Chaman. Gender sensitive disaster management: A toolkit for practitioners. Earthworm Books; 2008. 116 p.
 28. Kirschenbaum A. Families and disaster behavior: A reassessment of family preparedness. <https://doi.org/10.1177/028072700602400104>. 2006;24(1):111-43.
 29. Najafi M, Ardalan A, Akbarisari A, Noorbala AA, Jabbari H. Demographic determinants of disaster preparedness behaviors amongst Tehran inhabitants, Iran. PLoS Curr. 2015;7 (Disasters).
 30. Demiröz Yıldırım S. Integrated disaster management experience of people with disabilities: A phenomenological research on the experience of people with orthopedic disabilities in Türkiye. International Journal of Disaster Risk Reduction. 2023;88(1):1-16.
 31. Muttarak R, Lutz W. Is education a key to reducing vulnerability to natural disasters and hence unavoidable climate change? Ecology and Society. 2014;19(1):42.
 32. Hoffmann R, Muttarak R. Learn from the past, prepare for the future: Impacts of education and experience on disaster preparedness in the Philippines and Thailand. World Dev. 2017;96.
 33. Yalçın G. Doğal Afetin Etkilerine ve Afet Risk Yönetimine Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden Bakış: Türk ve Japon Kadınlarının Duruş Noktasından Doğal Afet [Yüksek Lisans Tezi]. [Ankara]: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2020.
 34. Coppola DP. Introduction to international disaster management. Third Edition. Butterworth Heinemann; 2015.

Sibel Özdemir Özmen¹, Alev Yıldırım Keskin²

DOI: 10.17942/sted.1391118

Geliş/Received: 15.11.2023

Kabul/Accepted: 16.07.2024

Abstract

Objective: This study was conducted to determine the difficulties experienced by nurses working in palliative care centers.

Methods: Data were collected using the descriptive "Personal and Professional Introductory Information Form" prepared by the researcher and the "Palliative Care Difficulties Scale (PCDS)". In the evaluation of the data; numbers, percentages and means, Independent t-test, One Way ANOVA test, Mann Whitney U test, Kruskal-Wallis test, Spearman Correlation test, and simple linear regression analysis test were used. The significance level of statistical tests was accepted as $p < 0.05$.

Results: It was determined that 92.5% of the nurses participating in the study were women, 49.1% were between the ages of 31-40, 75.5% had a bachelor's degree, and 82.1% worked with palliative care patients for 0-5 years. The total mean score of nurses' PCDS was 42.82 ± 7.69 , sub-dimensions of the scale communication in multidisciplinary teams 8.60 ± 2.38 , communication with patient and family 9.44 ± 2.29 , expert support 7.44 ± 2.35 , the mean score of 44 ± 2.35 , reducing symptoms 8.83 ± 2.55 , and communication coordination sub-dimension was 8.50 ± 2.59 , which was above the medium level. It was determined that the nurses participating in the study considered the inconvenience of work environment conditions, excessive workload, mobbing, the inadequacy of corporate culture, inability to make one-to-one decisions, and physical, economic and socio-cultural factors as palliative care barriers. Nurses stated that they needed team communication and expert support in wound care, tracheostomy care, positioning, and respiratory support practices, and they had difficulties. It was determined that there was a significant difference between the PCDS total score and its sub-dimensions ($p < 0.05$).

Conclusion: Nurses working in palliative care face many difficulties and it is thought that it is important to strengthen health services, and policies to remove these obstacles.

Keywords: palliative care; hospice and palliative care nursing; nursing care

Özet

Amaç: Bu çalışma, palyatif bakım merkezlerinde çalışan hemşirelerin yaşadıkları zorlukları belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan tanımlayıcı veri toplama formu ve Palyatif Bakım Zorlukları Ölçeği (PBZÖ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde ve ortalamalar, Independent t testi, One Way ANOVA testi, Mann Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi, Spearman Korelasyon testi, basit doğrusal regresyon analiz testi kullanılmıştır. İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan hemşirelerin %92,5'i kadın, %49,1'i 31-40 yaş arasında, %75,5'i lisans mezunu, %82,1'inin palyatif bakım hastalarıyla çalışma süresi 0-5 yıl olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin PBZÖ toplam puan ortalaması $42,82 \pm 7,69$, ölçek alt boyutlarından "multidisipliner ekiplerde iletişim" $8,60 \pm 2,38$, "hasta ve aile ile iletişim" $9,44 \pm 2,29$, "uzman desteği" $7,44 \pm 2,35$, "belirtilerin azaltılması" $8,83 \pm 2,55$ ve "iletişim koordinasyonu" alt boyutu puan ortalamaları $8,50 \pm 2,59$ olarak orta düzeyin üzerinde bulunmuştur. Çalışmaya katılan hemşireler iş ortamı koşullarının uygunsuzluğunu, iş yükü fazlalığını, mobbingi, kurum kültürü yetersizliğini, birebir karar verememeyi, fiziksel, ekonomik ve sosyo kültürel etkenleri palyatif bakım engeli olarak gördükleri belirlenmiştir. PBZÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Hemşireler, yara bakımı, trakeostomi bakımı, pozisyon verme ve solunum desteği uygulamalarında ekip iletişimi ve uzman desteğine ihtiyaç duyduklarını ve zorlandıklarını belirtmişlerdir.

Sonuç: Palyatif bakımda çalışan hemşireler birçok zorlukla karşılaşmakta ve yaşadıkları bu engellerin kaldırılmasına yönelik sağlık hizmetleri ve politikaların güçlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: palyatif bakım; hemşirelik; hemşirelik bakımı

* The research was presented as an oral presentation at the International Multidisciplinary School-Conference in Medical and Healthcare Sciences held on December 09-11, 2022. / Araştırma, 09-11 Aralık 2022 tarihlerinde düzenlenen "International Multidisciplinary School-Conference in Medical and Healthcare Sciences" konferansında sözel bildiri olarak sunulmuştur.

¹ Milli Eğitim Bakanlığı Sultanbeyli Celal Gündoğdu Halk Eğitimi Merkezi, Sultanbeyli/İstanbul (Orcid no: 0000-0002-9099-527X)

² Doç. Dr., Selçuk Üniversitesi Akşehir Kadir Yalagöz Sağlık Yüksekokulu (Orcid no: 0000-0003-0981-5364)

Introduction

Palliative care is defined by the World Health Organization (WHO) as care applied to alleviate symptoms and improve the life qualities of patients with severe and incurable diseases (1). Thanks to scientific advances in the healthcare field, sudden deaths due to diseases are decreasing, and the life expectancy of people with chronic and fatal diseases is extended with curative treatments. Thus, the prolongation of lifespan increases individuals' need for palliative care with each passing day (2). Every year, 40 million patients worldwide need palliative care, of which 7% (1.2 million) are children (3,4). 39% of people with diseases that require palliative care had cardiovascular diseases, 34% had cancer, 10% had Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), 6% had HIV/AIDS, and 5% had Diabetes Mellitus (DM) (4). While approximately 37.4% of the decedents need palliative care services, only less than 10% can access those services. In addition, both the decedents and their relatives are emotionally affected before and during their death. After the death of individuals, the palliative care process continues during the mourning period of their relatives (3). The increase in global chronic diseases, advanced age, difficulty in symptom control, holistic care needs (physiological, psychological, and sociological), and patient and family members' demands have made palliative care widespread (5). In meeting these increasing demands, health workers (from health care professionals to nurses) have serious responsibilities. Among these responsibilities, it is emphasized that nurses should have knowledge and experience about the palliative care system and increase their expertise (6).

No matter how experienced the nurses are in palliative care, caring for a fatal patient with a severe general condition is a stressful situation with various difficulties for nurses (7). When the studies conducted with nurses providing palliative care are examined, the difficulties experienced by nurses are as follows; lack of palliative care education (8), lack of communication between patient-patient relatives-team (9,10), insufficient specialist support, (11) lack of continuous palliative care education (9,10), emotional stress (11), emotional problems, weakness (7), feeling of inability to support patient relatives (10), compassion fatigue (11), hopelessness, anxiety (12), denegation,

helplessness (10), lack of funding (9), legal difficulties in opioid use (8), difficulties in pain management due to uncertainties in opioid use (7,8), and lack of research (12).

It is stated that palliative care nurses can overcome the barriers (lack of knowledge, difficulty in coping with stress, communication problems, lack of personnel, lack of finance and policy, lack of awareness of the society about palliative care services, cultural and social barriers, incompatibility among healthcare professionals, barriers to accessing opioids) foreseen for their palliative care management, thanks to their knowledge of palliative care and their awareness of the difficulties that may be experienced (3,8,13,14). Discussing the palliative care challenges in nursing is essential to overcome unmet needs in the healthcare system. In this sense, nursing skills and the usability of nursing care can directly affect the safety, quality, and efficiency of the healthcare system (7,15). By identifying the difficulties that nurses face while giving palliative care, improving the working environment can contribute to the nursing care service and the quality of life of sick individuals. Also, palliative care nurses can guide the team members during the care process (3,14). Therefore, this study was conducted to determine the challenges faced by nurses working in palliative care centers.

Research Questions:

1. What are the challenges that nurses face in the palliative care process?
2. What are the factors affecting the challenges faced by nurses providing care in palliative care units?
3. What is the mean score of the Nurses' Palliative Care Difficulties Scale?

Methods

1. Study Design

This cross-sectional and descriptive study was conducted to determine the challenges faced by nurses working in palliative care centers.

2. Study Setting and Sample

The study population consists of nurses working in palliative care units of five different hospitals in Istanbul, between August 2021 and October 2021. It was planned to include a total of 116 palliative care nurses working in these hospitals

in the study, but due to the pandemic, only the units that continued to serve could be reached. Since there were nurses who did not want to participate in the study (5), who was on leave at the time the study was conducted (3), and who filled in the questionnaires incompletely (2), the study sample consisted of 106 (91.37%) nurses.

3. Data Collection

The questionnaire was applied to the nurses working in the palliative care units of five different hospitals in Istanbul and who met the inclusion criteria of the research" (i) working as a palliative care nurse, (ii) volunteering to participate in the research, (iii) filling out the data collection forms completely", through the link created online on google forms due to the Covid-19 pandemic measures. Through the data collection form, which includes an informed consent form explaining the purpose of the study and giving information, and a consent box stating their participation in the study, informed consent was obtained from the participating nurses. To increase the visibility of the data collection form link, repeated reminders were shared by the researcher on their e-mail addresses and WhatsApp groups once a week, considering that the nurses were working hard during the pandemic process.

4. Data Collection Tools

While collecting the data, the Personal and Professional Information Form which was prepared by the researcher in line with the literature (7,11,16-20), the Palliative Care Difficulties Scale (21), and the Informed Consent Form were used.

Nursing Identification Form: The personal and professional information form is fifteen questions. There are questions about nurses' socio-demographic characteristics, working hours, total working time with palliative care patients, in which unit they work, and their knowledge about palliative care.

Palliative Care Difficulties Scale: The scale was developed by Nakazawa et al. (2010) (22). In addition, the Turkish validity and reliability of the scale was made by Kudubes et al. (2019) (21). It consists of 15 items describing palliative care difficulties, and five sub-dimensions Communication in multidisciplinary teams (items

1-3), communication with the patient and family (items 4-6), expert support (items 7-9), reducing symptoms (items 10-12), and communication coordination (items 13-15). It is a five-point Likert-type scale and is responded as "1=Never, 5=Always". Minimum score of the total score of the PCDS: 15, maximum score: 75, for each of the sub-dimensions of the scale, communication in multidisciplinary teams, communication with the patient and family, expert support sub-dimension, symptom reduction sub-dimension, communication coordination sub-dimension, minimum score: 3, maximum score: 15. An increase in the score obtained from the scale indicates that the difficulties faced by palliative caregivers increase. The Cronbach alpha value of the scale was found to be 0.81. Yet, for this study, it was determined as 0.79.

5. Ethical Considerations

Permission was obtained from the Non-Interventional Scientific Research Ethics Committee, Okan University (meeting decision number 120-10 dated 19.02.2020) to conduct the research and collect data. The online consent was taken from the participant nurses. Furthermore, this study was conducted under the Good Clinical Practice Principles of the Declaration of Helsinki.

6. Statistical Analysis

The data obtained from the data collection form was used with the SPSS for Windows 21.0 (IBM Statistical Package Social Sciences, Türkiye) program. The conformity of the variables to the normal distribution was evaluated with the Shapiro-Wilk test, Q-Q plots, and histograms. In data analysis, the number, percentage, minimum and maximum values, mean, and standard deviations were calculated. The Independent t-test was used to compare two independent groups in the analysis of normally distributed data, One-Way ANOVA to determine the difference between more than two independent groups, the Mann-Whitney U test for comparing two independent groups in the analysis of non-normally distributed data, and the Kruskal-Wallis test and Regression analysis to determine the difference between more than two independent groups. Spearman's rank correlation coefficient was used to determine the relationship between two quantitative variables. Significance was accepted as $p < 0.05$.

Results

The results obtained in this cross-sectional and descriptive study to specify the palliative care challenges faced by nurses that are working in palliative care centers are summarized under the following headings. The sociodemographic characteristics of the nurses participating in the study were given in Table 1. Accordingly, 92.5%

of the nurses participating in the study were women, the mean age was 32.96 years (min:22, max:56), 49.1% were 31-40 years old, 61.3% were married, 75.5% had a bachelor's degree, 67.9% had 1-10 years of work experience, 82.1% of them worked with palliative care patients around 0-5 years, 58.5% of them willingly chose the palliative care unit (Table 1).

Table 1. The distribution of nurses by sociodemographical characteristics. (N=106)		
Variables	Total (N=106)	%
Age, years, mean (SD)	32.96 (6.80), range=22 - 56	
Age group		
Up to 30	37	34.9
31- 40 years	52	49.1
41 and above	17	16.0
Gender		
Female	98	92.5
Male	8	7.5
Marital status		
Single	34	32.1
Divorced	7	6.6
Married	65	61.3
Educational status		
High school	3	2.8
Associate degree	14	13.2
Bachelor's degree	80	75.5
Postgraduate	6	5.7
Doctorate	3	2.8
Work experience		
1-10 years	72	67.9
11- 20 years	21	19.8
21 years and above	13	12.3
Total working time with palliative care patients		
0-5 years	87	82.1
6-10 years	19	17.9
Status of voluntarily selecting the palliative care unit		
Yes	62	58.5
No	44	41.5
Total	106	100.0

The distribution of the palliative care characteristics of the nurses participating in the study is shown in Table 2. Of the nurses who participated in the research, 45.1% of them stated that they received

in-service training on palliative care, 28.6% received information about the nursing process in palliative care, and 11.7% marked that they saw excessive workload as a palliative care barrier (Table 2).

Table 2. The distribution of nurses by their palliative care characteristics.		
Characteristics	n	%
Way to learn about palliative care		
I took a palliative care course in my education process.	35	24.3
I attended to a course.	22	15.3
I attended to a congress.	22	15.3
I attended to in-service training.	65	45.1
Knowledge in palliative care		
Palliative Care Process	75	23.3
Nursing Process in Palliative Care	92	28.6
Information on Loss and Mourning Period of Palliative Care	61	18.9
Information on Symptoms that May Occur in Palliative Care	59	18.3
Information on Interactions to Make Patients Feel a Sense of Control	35	10.9
Barriers in providing palliative care		
Excessive workload	97	11.7
Insufficient number of caregivers/personnel	91	10.9
Insufficient corporate culture	39	4.7
Intra-team conflicts	31	3.7
Mobbing	42	5.0
Policies	31	3.7
Lack of education	45	5.4
Socio-cultural factors	44	5.3
Physical factors	46	5.5
Economic factors	34	4.1
Patient's refusal of treatment	27	3.2
Attitudes of patients' relatives	82	9.9
Difficulty in patient positioning	74	8.9
Psychological distress of patients	65	7.8
Insufficient materials	42	5.0
Inability to make one-on-one decisions	37	4.4
I did not encounter any difficulties.	5	0.6
* More than one option was marked and percentages were calculated over "n".		

Table 3. Total mean score of nurses' PCDS and the average of sub-dimension score and Cronbach Alpha reliability coefficient.

		Avg.	Sd.	Min.	Maks.	α
Palliative Care Difficulties Scale Sub-dimension	Communication sub-dimension in multidisciplinary teams (Min: 3, Max: 15)	8.60	2.38	3	13	0.737
	Communication sub-dimension with patient and family (Min: 3, Max: 15)	9.44	2.29	3	14	0.736
	Expert Support sub-dimension (Min: 3, Max: 15)	7.44	2.35	3	14	0.687
	Reduction of symptoms sub-dimension (Min: 3, Max: 15)	8.83	2.55	3	15	0.765
	Communication coordination sub-dimension (Min: 3, Max: 15)	8.50	2.59	3	13	0.736
Total	(Min: 15, Max: 75)	42.82	7.69	22	61	0.796

Avg:Average, Min: Minimum, Max: Maximum, Sd: Standart deviation, α : Cronbach's Alpha.

The total score of the Palliative Care Difficulties Scale and sub-dimension mean score shown of the nurses participating in the research is given in Table 3. The total mean score of nurses' PCDS was 42.82 ± 7.69 , sub dimensions of the scale communication in multidisciplinary teams 8.60 ± 2.38 , communication with patient and family 9.44 ± 2.29 , expert support 7.44 ± 2.35 , the mean score of 44 ± 2.35 , reducing symptoms 8.83 ± 2.55 , and communication coordination sub-dimension was 8.50 ± 2.59 , which was above the medium level (Table 3).

The comparison of the Palliative Care Difficulties Scale (PCDS) and sub-dimension mean scores according to some characteristics of the nurses participating in the research is given in Table 4. In the study, it was found that the scores of male nurses' communication in multidisciplinary teams sub-dimension and single nurses' symptom reduction sub-dimension were significantly high ($p < 0.05$). According to the research findings, it was found that the nurses who see excessive workload as a palliative care barrier had significantly higher scores in expert support, symptom reduction, coordination of communication sub-dimensions, and total scale averages ($p < 0.05$). Also, nurses who see physical factors as palliative care barriers have significantly higher scores in reducing symptoms and coordination of communication sub-dimensions, and total scale averages ($p < 0.05$). In addition, nurses who see sociocultural factors as palliative care barriers have significantly higher

scores in symptom reduction sub-dimension and total scale averages ($p < 0.05$). Nurses who see corporate culture inadequacy as a palliative care barrier had significantly higher total scale score averages ($p < 0.05$). Nurses who see mobbing as a palliative care barrier have a significantly higher mean score of reducing symptoms sub-dimension ($p < 0.05$). Furthermore, nurses who see the inability to make a one-to-one decision as a palliative care barrier have significantly higher scores in expert support, symptom reduction, and coordination of communication sub-dimensions, and total score averages ($p < 0.05$). Moreover, nurses who see economic factors as palliative care barriers have significantly higher score averages in reducing symptoms and coordination of communication sub-dimensions ($p < 0.05$). Nurses who performed wound care and positioning practices in palliative care had significantly lower score averages in communication in the multidisciplinary teams sub-dimension ($p < 0.05$). Finally, nurses who performed respiratory support and tracheostomy care in palliative care had significantly higher score averages in the expert support sub-dimension ($p < 0.05$) (Table 4).

Table 5 shows the results of the simple linear regression analysis using the total scores of the palliative care difficulties scale as the dependent variable. According to the findings, nurses who see the inability to make one-to-one decisions as a palliative care barrier have higher PCDS total scores than nurses who do not see it as a handicap ($p < 0.05$). Nurses who see excessive

Table 4. The comparison of PCDS scores and sub-dimension mean scores according to some characteristics of nurses.

	Palliative Care Difficulties Scale					
	Communication in multidisciplinary teams Avg-Median (Min-Max)	Communication with the patient and family Avg-Median (Min-Max)	Expert support Avg-Median (Min-Max)	Reduction of symptoms Avg-Median (Min-Max)	Coordination of communication Avg-Median (Min-Max)	Total scale score Avg-Median (Min-Max)
Gender						
Female	8.46-9.0 (3-13)	9.40-9.0 (3-14)	7.36-7.0 (3-14)	8.77-8.0 (3-15)	8.42-8.0 (3-13)	42.44-42.0 (22-61)
Male	10.25-10.5 (8-12)	9.87-10.0 (8-12)	8.37-8.0 (6-11)	9.50-10.0 (5-12)	9.37-9.0 (7-12)	47.37-47.5 (40-54)
Statistical Value	0.041^M	0.482 ^M	0.128 ^M	0.404 ^M	0.324 ^M	0.082 ^T
Marital status						
Single	8.79-9.5 (4-13)	9.55-10.0 (3-13)	7.52-7.0 (4-13)	9.76-10.0 (6-15)	8.58-9.0 (3-12)	44.23-44.5 (26-61)
Divorced	9.14-10.0 (6-12)	10.28-10.0 (8-13)	8.71-8.0 (3-14)	8.71-8.0 (3-12)	10.14-12.0 (4-13)	47.0-53.0 (24-58)
Married	8.44-9.0 (3-12)	9.29-8.0 (5-14)	7.26-7.0 (3-12)	8.35-8.0 (3-15)	8.27-8.0 (3-13)	41.63-42.0 (22-55)
Statistical Value	0.662 ^K	0.471 ^K	0.437 ^K	0.037^K	0.183 ^K	0.211 ^W
Seeing excessive workload as a palliative care barrier						
Yes	8.62-9.0 (3-13)	9.49-9.0 (5-13)	7.60-7.0 (3-14)	9.00-9.0 (3-15)	8.71-9.0 (3-13)	43.44-43.00 (22-61)
No	8.33-8.0 (6-12)	8.88-8.0 (3-14)	5.66-6.0 (3-8)	7.00-6.0 (6-11)	6.22-6.0 (3-11)	36.11-36.00 (27-45)
Statistical Value	0.659 ^M	0.594 ^M	0.022^M	0.011^M	0.009^M	0.006^T
Seeing physical factors as a palliative care barrier						
Yes	8.91-10.0 (3-12)	9.63-9.5 (5-13)	7.80-7.5 (3-14)	9.58-10.0 (3-13)	9.41-10.0 (4-13)	45.34-45.0 (24-60)
No	8.36-9.0 (3-13)	9.30-8.0 (3-14)	7.16-6.5 (3-13)	8.25-8.0 (3-15)	7.80-7.5 (3-13)	40.88-41.5 (22-61)
Statistical Value	0.157 ^M	0.402 ^M	0.108 ^M	0.002^M	0.002^M	0.003^T
Seeing socio-cultural factors as a palliative care barrier						
Yes	8.63-9.0 (3-12)	9.72-9.5 (5-13)	7.70-8.0 (3-14)	9.47-10.0 (3-15)	9.06-10.0 (3-13)	44.61-45.0 (24-57)
No	8.58-9.0 (3-13)	9.24-9.0 (3-14)	7.25-7.0 (4-13)	8.37-8.0 (3-15)	8.09-8.0 (3-13)	41.54-42.0 (22-61)
Statistical Value	0.712 ^M	0.314 ^M	0.235 ^M	0.021^M	0.059 ^M	0.043^T

Seeing the inadequacy of corporate culture as a palliative care barrier						
Yes	9.02-10.0 (3-12)	9.33-9.00 (3-13)	7.92-7.0 (3-14)	9.41-10.0 (5-13)	9.07-9.0 (3-13)	44.76-43.0 (26-60)
No	8.35-8.0 (3-13)	9.50-9.0 (6-14)	7.16-7.0 (3-13)	8.49-8.0 (3-15)	8.16-8.0 (3-13)	41.68-42.0 (22-61)
Statistical Value	0.097 ^M	0.925 ^M	0.221 ^M	0.056 ^M	0.079 ^M	0.046^T
Seeing mobbing as a palliative care barrier						
Yes	8.73-9.0 (3-12)	9.45-9.0 (3-13)	7.81-7.5 (3-14)	9.47-9.5 (5-15)	9.07-9.0 (3-13)	44.54-44.0 (34-57)
No	8.51-9.0 (3-13)	9.43-9.0 (6-14)	7.20-7.0 (3-13)	8.40-8.0 (3-15)	8.12-8.0 (3-13)	41.68-42.0 (22-61)
Statistical Value	0.531 ^M	0.825 ^M	0.173 ^M	0.035^M	0.070 ^M	0.061 ^T
Seeing inability to make one-to-one decisions as a palliative care disability						
Yes	9.00-10.0 (3-12)	9.35-9.0 (5-13)	8.21-8.0 (5-14)	9.97-10.0 (6-15)	9.45-10.0 (3-13)	46.0-46.0 (26-60)
No	8.39-8.0 (3-13)	9.49-9.0 (3-14)	7.02-6.0 (3-13)	8.21-8.0 (3-15)	7.98-8.0 (3-13)	41.11-42.0 (22-61)
Statistical Value	0.116 ^M	0.820 ^M	0.017^M	<0.001^M	0.005^M	0.002^T
Seeing economic factors as palliative care barriers						
Yes	8.88-9.0 (3-13)	9.05-8.5 (3-13)	7.70-7.0 (4-14)	9.61-10.0 (6-13)	9.23-9.5 (3-13)	44.5-45.0 (26-61)
No	8.47-8.5 (3-12)	9.62-9.0 (6-14)	7.31-7.0 (3-13)	8.45-8.0 (3-15)	8.15-8.0 (3-13)	42.02-42.0 (22-60)
Statistical Value	0.303 ^M	0.350 ^M	0.322 ^M	0.022^M	0.043^M	0.123 ^T
Nurses' wound care and positioning practices in palliative care						
Yes	8.51-9.0 (3-13)	9.44-9.0 (3-14)	7.43-7.0 (3-14)	8.84-8.0 (3-15)	8.49-8.0 (3-13)	42.73-42.0 (22-61)
No	11.66-12.0 (11-12)	9.33-10.0 (8-10)	7.66-7.0 (6-10)	8.33-8.0 (7-10)	8.66-9.0 (6-11)	45.66-48.0 (38-51)
Statistical Value	0.010^M	0.986 ^M	0.802 ^M	0.788 ^M	0.957 ^M	0.518 ^T
Status of nurses to practice respiratory support and tracheostomy care in palliative care						
Yes	8.66-9.0 (3-13)	9.54-9.0 (3-14)	7.58-7.0 (3-14)	8.84-8.0 (3-15)	8.65-9.0 (3-13)	43.29-43.0 (22-61)
No	8.09-8.0 (6-11)	8.54-8.0 (6-12)	6.18-6.0 (4-11)	8.72-10.0 (6-12)	7.18-6.0 (3-12)	38.72-40.0 (27-48)
Statistical Value	0.368 ^M	0.151 ^M	0.031^M	0.830 ^M	0.099 ^M	0.062 ^T
Avg: Average, Min: Minimum, Max: Maximum, M: Mann-Whitney U test, K: Kruskal-Wallis H test, T: Independent Samples t-test, W: Welch's test.						

Table 5. The linear regression analysis results of factors predicting palliative care difficulties scale measurement scores.

Variable	Coefficients	Beta	t	p	F	Model (p)	R ²
IMOD	Ref = [No]				10.590	0.002	0.092
	Yes	4.884	3.254	0.002			
	Stable	41.116	46.365	<0.001			
EXWL	Ref = [No]				7.974	0.006	0.071
	Yes	7.332	2.824	0.006			
	Stable	36.111	14.538	<0.001			
PF	Ref = [No]				9.471	0.003	0.075
	Yes	4.465	3.078	0.003			
	Stable	40.883	42.781	<0.001			
Mobbing	Ref = [No]				3.590	0.061	0.033
	Yes	2.860	1.895	0.061			
	Stable	41.688	43.870	<0.001			
ICC	Ref = [No]				4.072	0.046	0.038
	Yes	3.082	2.018	0.046			
	Stable	41.687	44.986	<0.001			
Gender	Ref = [Male]				3.091	0.081	0.029
	Female	-4.926	-1.758	0.082			
	Stable	47.375	17.586	<0.001			
Age	Ref=[30 years and over]				0.168	0.845	0.003
	31-40 years	-0.940	-0.563	0.574			
	41 years and over	-0.266	-0.117	0.907			
	Stable	43.324	33.974	<0.001			

IMOD: Inability to make one-on-one decisions, EXWL: Excessive workload, PF: Physical factors, ICC: Insufficient corporate culture, R²: Coefficient of determination.

workload as a palliative care barrier have higher PCDS total scores than nurses who do not ($p < 0.05$). In addition, nurses who see physical factors as palliative care barriers have higher PCDS total scores than nurses who do not see physical factors as barriers ($p < 0.05$). Lastly, nurses who see the inadequacy of the corporate culture as a palliative care barrier had higher PCDS total scores than the nurses who did not ($p < 0.05$) (Table 5).

Discussion

Considering the ageing of the population and the increase in global chronic diseases, the number of individuals in need of palliative care is rising.

Nurses who are in charge of the care of palliative care patients have serious responsibilities (23). Therefore, in this study, the challenges faced by palliative care nurses in the palliative care process are discussed within the literature.

Of the nurses participating in the study, 49.1% of the nurses were in the 31-40 age group, 92.5% were female, 75.5% had a bachelor's degree, 67.9% had an average of 1-10 years of work experience, and 82.1% worked with palliative care patients for 0-5 years. These results show that the majority of the nurses participating in the study were middle-aged and female (Table 1). When the literature is examined, it is seen

that there are studies that have similar results to our study findings in terms of age group, gender, educational status, and work experience (24,25).

The challenges faced by the nurses participating in the study while giving palliative care were as follows; excessive workload (11.7%), insufficient number of caregivers/personnel (10.9%), and the attitude of patients' relatives (9.9%) (Table 2). In addition, our study findings are similar to some studies in the literature (20, 26). When these results are taken into consideration, it is seen that palliative care nurses have difficulties due to insufficient number of personnel, excessive workload and attitudes of patients' relatives.

In the study, the total mean score of PCDS, which consists of items describing palliative care difficulties and showing that the challenges experienced by nurses who provide palliative care rise with the increase in the score obtained, was determined as 42.8 ± 7.69 , the lowest score 22, and the highest score 61 (Table 3). In one study, the average score of nurses which is obtained from PCDS was 30.58 ± 24.71 (27), whereas, in other studies, it is 42.3 ± 10.3 , (28) and 44.90 ± 6.64 (29). When the study findings were assessed, it could be said that the nurses had an above-average difficulty while working in palliative care centers. These results suggest that the difficulties faced by palliative care nurses should be identified and interventions should be taken to alleviate their burden.

Although the number of male nurses in the study was less than female nurses, the communication in multidisciplinary teams sub-dimension scores of male nurses were higher than female nurses (Table 4). According to a study, there is a significant difference between the PCDS and the gender variable, and the findings are consistent with our study findings (30). These results suggest that gender is an important factor in the difficulties experienced in palliative care and that men experience more problems in team communication than women.

Considering the study, single nurses had higher scores on reduction of symptoms sub-dimension (Table 4). These findings suggest that marital status of nurses may have an effect on their symptoms in palliative care. Married nurses have different roles (spouse, mother, father,

etc.) compared to single nurses. So, they may have developed the ability to look at the events they encounter from different perspectives. With this acquisition, married nurses may have higher problem-solving skills, and thus, it may be possible that they provide various care services compared to single nurses in controlling the patients' symptoms. The relevant literature findings supporting this result could not be reached.

Again, nurses who see sociocultural factors as palliative care barriers had significantly higher scores in the reduction of symptoms sub-dimension and total score averages (Table 4). The values, beliefs, and attitudes of palliative care patients and their relatives are shaped by the environment in which they live (35). In Chuah's (2017) study, which examined the palliative care experiences of nurses working in oncology services, he found that conflicting expectations from families and language and cultural differences hindered effective palliative care for patients (36). Nurses are in constant interaction with patients and their relatives from different cultural backgrounds in the changing world (37). To provide special nursing care services to palliative care patients, they should be aware of the patient's cultural values (38). It is stated that nurses have difficulties in interacting with patients far from their cultural norms, in communication due to language differences, and not knowing how the applied nursing interventions are received by the patient (7,39). In line with these results, adding an intercultural nursing course to the nursing education curriculum and training palliative care nurses about the cultures of inpatients will be effective.

In literary studies conducted with palliative care nurses, excessive workload, lack of communication, and lack of knowledge and resources on the subject are shown among palliative care barriers (11,31). When the literature is examined, there are studies supporting our research findings (Table 5) which are emphasizing that it is crucial to increase the number of nurses, reduce their workload, and provide necessary training in facilitating palliative care (7,32). The findings suggest that nurses' excessive workload, lack of communication, information and resources hinder palliative care.

This showed that due to the high workload of the nurses, they could not allocate enough time to communicate with specialists and other units, and they had difficulty in reducing the symptoms and caring for the patients.

These findings suggest that physical factors may increase nurses' palliative care difficulties. Therefore, it has a great importance to carry out studies to eliminate physical factors (Table 5). According to the Quality Standards in Health (Hospital) published by the Ministry of Health in Türkiye, it is stated that the physical conditions of palliative care clinics should be arranged to ensure the comfort of patients and their relatives (rooms with daylight and fresh air, but noise) (33). According to Kyc et al. (2020), in which there are studies supporting our findings, list the consequences of inadequate physical conditions in palliative care units as follows; affects the work of nurses negatively, especially when the number of patients in the rooms is high, makes it hard to create an effective communication environment, and the susceptibility to healthcare-related infections and mortality rates increase (34). These findings suggest that physical factors may increase nurses' palliative care difficulties. So, it is crucial to carry out studies to eliminate physical factors.

According to the results, nurses who see the corporate culture inadequacy as a palliative care barrier had significantly higher PCDS total score averages (Table 5). Corporate culture can be summarized as the values, beliefs, assumptions, and attitudes adopted by the organization's members. Also, it can offer solutions to the uncertainties that arise in the institution (40). In case of a corporate culture barrier, communication is impaired, and individuals in the organization may be reluctant to find solutions to problems, exhibit appropriate behaviours, and be motivated (7,41). In the study by Eskigulek and Kav (2020), it is emphasized that the inadequacy of corporate culture prevents institutional problems and dignified care of palliative care patients (31). Considering these findings, the lack of corporate culture in hospitals causes nurses to have difficulties in providing palliative care. For this reason, it is necessary to establish a corporate culture in hospitals and carry out inspections to eliminate palliative care barriers.

In our study, it was found that nurses who considered mobbing as a barrier to palliative care had difficulty in controlling the symptoms of palliative care patients (Table 5). Palliative care units are complex structures where multiple disciplines work cooperatively (42). When the literature is examined, it is seen that it is similar to our findings and emphasizes the following; the mobbing towards the employees in health institutions is high, the job satisfaction of the nurses is negatively affected unless precautions are taken against mobbing, and in-house work motivations and patient care quality have decreased (43,44). According to these findings, it is thought that nurses exposed to mobbing have difficulty in controlling the symptoms of palliative care patients.

Considering that a different specialist should be consulted for the patient in case of limited autonomy of nurses, the fact that the specialist cannot be reached, inter-unit coordination is not supported by adequate policies, and the physicians do not want to accept the poor prognosis of the patients and insist on medical treatment suggest that nurses face difficulties in controlling the symptoms (45). In a study, it is stated that when nurses cannot make a one-to-one decision during care, they experience difficulties when patients and their relatives refuse treatment (20). Aldridge et al. (2016), emphasized that the lack of adequate regulations on palliative care is a barrier (6). In another study, it is concluded that a safer working environment is created after patient visits with physicians (46). According to these results, it is crucial to increase team cooperation and expert support by reviewing the necessary legal regulations for palliative care nurses.

In our study, it was found that nurses who considered economic factors as palliative care negatives had difficulties in symptom reduction and communication coordination (Table 4). There may be situations that require additional costs to control pain and respiratory, and digestive problems which can be observed in palliative care patients. In some studies, it is stated that the expenditures in the palliative care unit consist of drugs and other material expenses, especially antibiotics (47,48). The medical services of palliative care patients who were

discharged from hospitals in Türkiye are met through home health services units. Yet, there are economic barriers to providing equipment such as medicines and medical devices that may be required in home environments (49). However, palliative care is not just care given in a hospital; it is care that continues throughout the patient's life. For this reason, hospital and home care services must work coordinately for palliative care (12). Again, to prevent economic factors from creating difficulties in palliative care, it is necessary to eliminate them and make an improvement in this regard.

Limitations

The research is limited to the answers given to the questionnaire forms by the palliative care nurses and nurses working in the hospitals where the study was conducted.

Implications For Nursing Practice

Nursing care services play a big role in controlling the symptoms of patients given palliative care, increasing their quality of life, and ensuring a good death. For this reason, it is believed that reviewing the necessary legal regulations, regulating the policies, eliminating the personnel and material deficiencies, and continuing the training until all problems are solved are essential to eliminate the factors that cause difficulties in the palliative care units. It is anticipated that the research results will contribute to the literature on the challenges faced by nurses in palliative care and to the development of initiatives to reduce the difficulties.

Conclusion

The difficulties faced by nurses while giving palliative care are as follows; excessive workload, insufficient staff/caregivers, attitudes of patient relatives, patient positioning, psychological problems of patients, physical, economic and socio-cultural barriers, lack of education, mobbing and material inadequacy, the inadequacy of corporate culture, inability to make one-to-one decisions, and intra-team conflicts.

It was concluded that the total mean scores of the palliative care difficulties scale of the nurses working in palliative care services were above average. Since nurses working in palliative care see excessive workload as a palliative care obstacle, it has been determined that they

struggle with expert support, reducing symptoms and coordination of communication. Also, the palliative care nurses see mobbing and the inadequacy of institutional culture as palliative care barriers and have difficulties in care.

Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Conflict of Interest

The authors declare that there is no conflict of interest.

Contact: Sibel Özdemir Özmen
E-Mail: sibelozdemirozmen@gmail.com

References

1. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: A WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: e Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO; 2018. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Accessed February 6, 2020
2. Senel G, Uyar, M. Palliative care. Palliative Care Association Bulletin; 2015. Available at: http://www.palyatifbakim.org.tr/images/BULTEN/PB_Bulten_2015.pdf, Accessed February 4, 2022
3. Walker ME. Global perspectives: Palliative care around the world. In Holtslander L, Peacock S, Bally J ed. Hospice Palliative Home Care and Bereavement Support. Cham: Springer; 2019. P:121-136.
4. Palliative care. World Health Organization web site. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Accessed March 29, 2022
5. Kelley AS, Morrison RS. Palliative care for the seriously ill. *New England Journal of Medicine*, 2015;373(8):747-55. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1404684>.
6. Aldridge MD, Hasselaar J, Garralda E, van der Eerden M, Stevenson D, McKendrick

- K, Meier DE. Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: a literature review. *Palliative medicine*, 2016;30(3):224-39. <https://doi.org/10.1177/0269216315606645>.
7. Uzen Cura S, Ates E. The difficulties that palliative care unit nurses have while caring the dying patients. *Journal of Academic Research in Nursing*, 2020;6(3):483-90. <https://doi.org/10.5222/jaren.2020.43760>.
 8. Uslu-Sahan F, Terzioğlu F. Nurses' knowledge and practice toward gynecologic oncology palliative care. *Journal of Palliative Care & Medicine*, 2017;7(4):1-5. <https://doi.org/10.4172/2165-7386.1000315>.
 9. Davies N, Maio L, Paap JVR, Mariani E, Jaspers B, Sommerbakk R, IMPACT Research Team. Quality palliative care for cancer and dementia in five European countries: some common challenges. *Aging & Mental Health*, 2014;18(4):400-10. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.843157>.
 10. Blaževičienė A, Newland JA, Čivinskienė V, Beckstrand RL. Oncology nurses' perceptions of obstacles and role at the end-of-life care: cross sectional survey. *BMC palliative care*, 2017;16(1):1-8. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0257-1>.
 11. Okcin F. Oncology palliative care nurses examination of professional life experiences. *Journal of Celal Bayar University Health Sciences Institute*, 2019;6(4):234-46. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.578767>.
 12. Danielsen BV, Sand AM, Rosland JH, Førland O. Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care—a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 2018;17(1):95. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0>.
 13. Palliative Care Council of South Australia. Multicultural palliative care guidelines eastwood south australia: palliative care Australia. Available at: <http://www.grpct.com.au/wp/wp-content/uploads/CALD-Multicultural-palliative-care-guidelines-2000.pdf> Accessed April 23, 2020
 14. World Health Organization web site. Infographic: Improving access to palliative care. Available at: https://www.who.int/ncds/management/palliativecare/Infographic_palliative_care_EN_final.pdf?ua=1. Accessed March 03, 2022
 15. Turkish Statistical Institute website. Turkey statistics, 2019 Available at: https://biruni.tuik.gov.tr/yayin/views/visitorPages/yayinGoruntuleme.zul?yayin_no=505. Accessed June 8, 2021
 16. Elcigil A. Palliative care nursing. *Gulhane Medical Journal*, 2012;54(4):329-34. <https://doi.org/10.5455/gulhane.30582>.
 17. Ayed A, Sayej S, Harazneh L, Fashafsheh I, Eqtaif F. The nurses' knowledge and attitudes towards the palliative care. *Journal of Education and Practice*, 2015;6(4):91-9. ISSN 2222-288X.
 18. Uysal N, Senel G, Karaca S, Kadioğulları N, Kocak N, Oguz G. Symptoms seen in inpatient palliative care and impact of palliative care unit on symptom control. *The Journal of the Turkish Society of Algology*, 2015;27(2):104-10. <https://doi.org/10.5505/agri.2015.26214>.
 19. Özcelik S. View to palliative care and the role of nursing. *Journal of Medicine and Palliative Care*, 2020;1(3):76-82. <https://doi.org/10.47582/jompac.742274>.
 20. Temelli G, Cerit B. Perceptions of palliative care nurses related to death and palliative care practices. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 2021;84(2):378-98. <https://doi.org/10.1177/0030222819890457>.
 21. Kudubes AA, Bektas M, Ayar D, Bektas I, Altan S, Arıcıoğlu A. Palliative care difficulties and psychometric properties of the Turkish version of the self-esteem based palliative care practice scale. *International Journal of Caring Sciences*, 2019;12(1):162-75.
 22. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T. The palliative care self-reported practices scale and the palliative care difficulties scale: Reliability and validity of two scales evaluating self-reported practices and difficulties experienced in palliative care by health professionals. *Journal of Palliative Medicine*, 2010;13(4):427-37. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0289>.
 23. Schroeder K, Lorenz K. Nursing and the future of palliative care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 2018;5(1):4. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_43_17.
 24. Muldrew DH, McLaughlin D, Brazil K. Ethical issues experienced during palliative care provision in nursing homes. *Nursing Ethics*, 2019;26(6):1848-60. <https://doi.org/10.1177/0963823819850000>.

- org/10.1177/0969733018779218.
25. Damak N, Kumsar AK. Knowledge levels of nurses about palliative care and perceptions of good death. *Sakarya University Journal of Holistic Health*, 2020;3(1):1-14. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sauhsd/issue/58387/754362>.
 26. Batbas CS, Yakar B, Pirincci E. Palliative care and hospice. *Journal of Continuing Medical Education*, 2021;30(2):136-143. <https://doi.org/10.17942/sted.625696>.
 27. Kudubes AA, Bektas M. The Predict of palliative care knowledge and practice in the palliative care difficulties of nursing students: Descriptive research, *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*, 2021;4(3):385-93. <https://doi.org/10.5336/jtracom.2020-80776>.
 28. Atakoglu YR, Turen S, Istangir D. Challenges and affecting factors for nurses in the integration of home health service and palliative care. *CURARE - Journal of Nursing* 2023;3:23-30. <https://doi.org/10.26650/CURARE.2023.1361787>.
 29. Unver S, Kızılcık Ozkan Z, Girgin BN. The palliative care difficulty levels of the nursing students during clinical practices. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2021;57(3):1466-73. <https://doi.org/10.1111/ppc.12713>.
 30. Nakazawa Y, Yamamoto R, Kato M, Miyashita M, Kizawa Y, Morita T. Improved knowledge of and difficulties in palliative care among physicians during 2008 and 2015 in Japan: association with a nationwide palliative care education program. *Cancer*, 2018;124(3):626-35. <https://doi.org/10.1002/cncr.31071>.
 31. Eskigulek Y, Kav S. Looking at dignified care with the eye of palliative care patients and nurses. *Journal of Turkish Nurses Association*, 2020;1(1):1-18. <https://dergipark.org.tr/en/pub/thdd/issue/56182/752842>.
 32. LeBaron VT, Palat G, Sinha S, Chinta SK, Jamima BJB, Pilla UL, Beck SL. Recommendations to support nurses and improve the delivery of oncology and palliative care in India. *Indian Journal of Palliative Care*, 2017;23(2):188. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_153_16.
 33. General Directorate of Health Services in Health Quality, Accreditation and Employee Rights Department. *Quality Standards in Health Hospital Version 6.1*. Ankara, Türkiye; 2020. Available at: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/41258/0/skshastane-setis-61--09082021pdf.pdf>. Accessed November 24, 2021
 34. Kyc SJ, Bruno CJ, Shabanova V, Montgomery AM Perceptions of neonatal palliative care: similarities and differences between medical and nursing staff in a level IV neonatal intensive care unit. *Journal of Palliative Medicine*, 2020;23(5):662-669. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0523>.
 35. Salmani N, Mandegari Z, Bagheri I, Fallah Tafti B. Palliative care in neonatal intensive care units: Challenges and solutions. *Iranian Journal of Neonatology IJN*, 2018;9(2):33-41. <https://doi.org/10.22038/IJN.2018.25521.1337>.
 36. Chuah PF, Lim ML, Choo SL, Woo GY, To HK, Lau KY, Lian SB. A qualitative study on oncology nurses' experiences of providing palliative care in the acute care setting. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 2017;26(1):17-25. <https://doi.org/10.1177/2010105816660322>.
 37. Satır NN, Aydın Avcı D. The cultural sensitivity and nurses experienced by nurses care of immigrants. *SETSCI Conference Proceedings*, 2019;4(9):6-14. <https://doi.org/10.36287/setsci.4.9.015>.
 38. Boluktas RP. Spiritual care in palliative care patients. *Istanbul Sabahattin Zaim University Journal of Social Sciences*, 2018;6(13):51-72. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/izusb/issue/60833/898838>.
 39. Aktas YY, Ugur HG, Orak OS. Investigation of the opinions of nurses concerning the transcultural nursing care. *International Refereed Journal of Nursing Researches*, 2016;8:120-135.
 40. Akıncı Vural Z. *Corporate Culture*. 5th ed. Istanbul, Türkiye: İletişim Publishers; 2016.
 41. Banerjee SC, Manna R, Coyle N, Shen MJ, Pehrson C, Zaider T, Bylund CL. Oncology nurses' communication challenges with patients and families: A qualitative study. *Nurse Education in Practice*, 2016;16(1):193-201. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.07.007>.
 42. Ozveren H, Kirca K, Gulnar E, Gunes NB. The impact of palliative care course on nursing students' knowledge. *Journal of Academic Research in Nursing*, 2018;4(2):100-10.

- <https://doi.org/10.5222/jaren.2018.100>.
43. Arıcı N. The impact of mobbing on the job satisfaction of nurses: A meta analysis work [dissertation]. Ankara: University of Gazi; 2019.
44. Ozturk I. Investigating of mobbing related graduate theses in field of health in Turkey. *International Journal of Economic and Administrative Studies*, 2019;(25):119-36. <https://doi.org/10.18092/ulikidince.594721>.
45. Bıçak D, Akca D. Communication in Palliative Care. Poster (pp 125) at: Palliative Care and Hospice Congress with International Participation; March 9-11, 2018; İstanbul, Türkiye.
46. Chong L, Abdullah A. Community palliative care nurses' challenges and coping strategies on delivering home-based pediatric palliative care: A qualitative study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 2017;34(2):125-31. <https://doi.org/10.1177/1049909115607296>.
47. Karahan I, Ozdemir A. A general view to costs for the hospitalized patients in palliative care unit: A single centre experience. *Ankara Training and Research Hospital Medical Journal*, 2018;53(2):92-96. <https://doi.org/10.20492/aeahtd.700663>.
48. Caliskan AN, Kose SD. Cost analysis of palliative care centers: Example of Denizli State Hospital. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment*, 2020;4(2):68-89. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ehta/issue/59458/841802>.
49. Kavsır Z, Sevimli E. The comparison palliative care services of Turkey with some developed countries. *International Journal of Social Sciences Academy*, 2020;2(4):715-30. <https://doi.org/10.47994/usbad.780187>.

Semanur Kızılaslan¹, Çiğdem Samancı Tekin²

DOI: 10.17942/sted.1430834

Geliş/Received: 24.02.2024

Kabul/Accepted: 16.07.2024

Abstract

Objective: Ischemic heart disease (IHD) is the most fatal disease in Turkey. The present study attempted to explore IHD risk factors and risk-related awareness among university students.

Materials and Methods: We took the height, weight, waist circumference, and blood pressure measurements of 786 university students and tried to identify their IHD risk factors and risk-related awareness through a survey. The study was carried out on a public university campus over three weekends in October 2022.

Results: The findings showed that the most common modifiable IHD risk factors were poor physical activity (48.9%), smoking (30.5%), and overweight/obesity (21.5%) in our sample aged 18-35 years. Yet, the most prevalent non-modifiable risk factor was found to be familial chronic diseases (29.9%). Besides, the participants were found to have poor knowledge of IHD risk factors (8.9±2.5). Our other remarkable finding demonstrated that the male students' knowledge of CVD was poorer than their female counterparts, although the male gender is a non-modifiable CVD risk factor.

Conclusion: Participants with a relatively high level of education, interestingly, had poor knowledge and risk awareness of IHD despite bearing a higher rate of IHD risk factors.

Keywords: heart disease risk factors; myocardial ischemia; cardiovascular diseases; university; student; healthy lifestyle

Özet

Amaç: Türkiye'de iskemik kalp hastalığı en çok ölüme yol açan hastalıktır. Bu çalışmada üniversite öğrencilerinin İskemik Kalp Hastalığı (İKH) risk faktörleri ve farkındalık düzeylerinin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 786 üniversite öğrencisi ile yürütülmüş, öğrencilerin boy, ağırlık, bel çevresi ve kan basıncı ölçümleri yapılmış ardından riskleri ve risk farkındalığını saptamaya yönelik anket formu uygulanmıştır.

Bulgular: Yaşları 18-35 (20,8±2,4) arasında değişen 786 üniversite öğrencisinden oluşan bu örnekleme, en sık görülen düzeltilebilir risk faktörleri yetersiz fiziksel aktivite (%48,9), sigara kullanımı (%30,5) ve aşırı kilolu/obez olma (%21,5) idi. Değiştirilemez faktörler açısından da ailede kronik hastalık varlığı %29,9 idi. Ayrıca katılımcıların iskemik kalp hastalığı risk faktörleri bilgi düzeyleri düşüktü (8,9±2,5).

Dikkat çeken bir başka sonuç da erkek cinsiyet kalp hastalıkları açısından değiştirilemez bir risk faktörü olmasına karşın, erkek öğrencilerin kalp hastalıkları ile ilgili bilgi düzeyleri kız öğrencilerden daha düşüktü.

Sonuç: Nispeten yüksek eğitim düzeyine sahip üniversite öğrencileri, yüksek oranda risk faktörü taşımalarına rağmen, düşük bilgi seviyesi ve risk farkındalığına sahipti.

Anahtar Sözcükler: kalp hastalığı risk faktörleri; miyokard iskemisi; kardiyovasküler hastalıklar; üniversite; öğrenci; sağlıklı yaşam tarzı

¹ İntörn Dr., Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Tıp Fakültesi (Orcid no: 0009-0002-1201-2298)

² Dr. Öğr. Üyesi, Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı (Orcid no: 0000-0003-0895-1911)

Introduction

Among non-communicable disorders, cardiovascular diseases (CVD) are known to lead to about one-third of mortality worldwide (1). Ischemic heart disease (IHD) is the most prevalent type of CVD (2) and the leading cause of death worldwide, accounting for 16% of global mortality. Deaths due to IHD - considered a significant threat to sustainable development in the 21st century - increased by more than 2 million from 2000 to 2019, hitting 8.9 million (3). The case also applies to Türkiye; IHD is the major cause of mortality in our country (4). An elevating number of individuals with non-fatal IHD have to continue their lives with a chronic disability and impaired quality of life. The Global Burden of Disease data demonstrated that IHD resulted in > 182 million disability-adjusted life years (DALY) and > 176 million years of life lost due to premature deaths in 2019 (5). Besides, more than 70% of individuals at risk bear more than one IHD risk factor, and only 2–7% of the general population live without risk (6).

Data reported in different methodological research depict infancy, childhood, and early adulthood as significant periods of life for the development of IHD (7,8). Accordingly, subsequent IHD incidents were shown to be predicted by some IHD risk factors detected in childhood and early adulthood, including high blood pressure, unfavorable lipid profiles, overweight/obesity, short stature, low birth weight, smoking, and sedentary lifestyle (7). In this sense, it was shown that many risk factors 'track' one from childhood to early adulthood and that the levels of these risk factors in childhood tend to be associated with levels later in life (9). In addition, substantial evidence indicated that atherosclerosis is associated with adolescence (10) and even the intrauterine period (11). While some CVD-related risk factors (e.g., age, gender, and genetic and ethnic factors) are considered "non-modifiable risk factors", smoking cigarettes and other tobacco products, unhealthy eating habits, sedentary lifestyle, obesity, high blood fats, high blood pressure, and high blood glucose are "modifiable risk factors" (12).

The adverse impacts of chronic disorders on life expectancy and quality of life, their financial and

moral burden, and the existence of at least one IHD-related risk factor in the general population highlight the significance of preventive programs aimed at changing one's lifestyle (13). The fundamental foundation for prevention strategies against IHD may be to initiate changes in lifestyle and disease-associated environmental factors and identify and take tailored precautions for high-risk individuals (14). Most CVD and other non-communicable diseases can, therefore, be prevented by minimizing or eliminating behavioral risk factors (e.g., tobacco use, unhealthy diet, insufficient physical activity, and alcohol use) (15). In this regard, the World Health Organization (WHO) reports that CVD incidences can be halved by controlling blood pressure, obesity, cholesterol, and smoking (16). In our country, a few comprehensive epidemiological studies (e.g., the TEKHARF (17), METSAR (18), and Türkiye Nutrition and Health Survey-2010 (Turkish Ministry of Health, 2014) previously aimed at identifying and bringing public recommendations for CVD risk factors.

The approach to preventing CVD should be multidisciplinary, not focusing on a single risk factor but reducing the overall risk upon multiple risk factors (13). Moreover, individuals can reduce their CVD risk by engaging in regular physical activity, avoiding tobacco use and second-hand smoking, choosing a diet rich in fruits and vegetables, avoiding foods rich in fat, salt, and sugar, and maintaining a healthy body weight (20). In particular, regular physical activity can effectively help improve and maintain one's physical, spiritual, intellectual, social, and environmental well-being. It may also be the most affordable method to protect against CVD, obesity, high blood pressure, diabetes, osteoporosis, and some types of cancer by helping one feel more energetic, lively, active, and peaceful and improving their quality of life (21).

Experiencing continuing physical, psychological, social, and sexual development and assuming newfound responsibilities, university students have more autonomy and control over their lives than adolescents. Higher education years can also be considered a transition period where healthy lifestyle behaviors can be reinforced. Hence, adolescents and younger adults seem to be under the spotlight as the target populations

for the protection and promotion of health (22). Besides, one's perception of CVD not only determines their reaction to diseases but also affects their chance of initiating preventive interventions against risks. In this sense, a basic level of awareness of diseases is critical for planning effective interventions (23). Considering the importance of IHD regarding its impact on health, high prevalence, and burden on a healthcare system, we designed the present study to explore university students' awareness of IHD risk factors and to identify the prevalence of IHD risk factors among them.

Methods

The target population size was 28,477 students. Accordingly, the minimum sample size with the known population was calculated to be 649 students with a 99% confidence interval on the OpenEpi program (Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Version. www.ppenepi.com, updated 2013/04/06, accessed 2021/11/28).

In this cross-sectional study with 786 students, participants' height, weight, waist circumference, and blood pressure measurements were taken, and it was attempted to identify possible IHD risk factors among them. Initially, we selected a volunteer assistant group of 72 students (no prior knowledge or experience demanded) to assist in taking the said measurements through announcements via class WhatsApp groups of the departments of medicine, dentistry, nursing, and midwifery. Next, we designed a training and rotation plan for these volunteer students to execute measurements and screenings that would last for three subsequent weekends in October 2022. The volunteer assistants were recruited for theoretical and practical training

for taking measurements and administering the survey between 08.00-09.00 on Saturdays and Sundays. Then, a total of 72 assistant students (12 students in 6 groups) carried out height-weight, body mass index (BMI), waist circumference, and blood pressure measurements and survey administration at cabinets and desks set up in the campus shopping center area between 09.00-13.00 and 13.00-17.00 during three weekends. The layout of the research booths is depicted in Figure 1.

We took height measurements with a portable stadiometer and weight measurements with a sensitivity-adjusted electronic scale. Then, we calculated and classified the participants' BMI considering the relevant criteria set forth by the WHO as follows: underweight (below 18.5 kg/m²), normal weight (18.5kg/m²- 22.9kg/m²), pre-obese (23.0kg/m² - 24.9kg/m²), and obese (25.0kg/m² and above) (24). Besides, the same person took waist circumference measurements twice using a non-stretchable tape measure, and the average values were recorded. Blood pressure measurements were taken using a digital blood pressure monitor on the right arm after 15 minutes of rest in a sitting position. The measurement was replicated after another 15 minutes of resting for those with blood pressure above 140/90 mmHg.

We obtained the necessary permission from the presidency of the university prior to the study (No:2021/12-158), explained the nature and purpose of the research to the potential participants, and recruited those providing their written consent for study participation. Following measurements, we administered a survey to the voluntary participants. The survey includes questions about the participants' (self and familial) health status, smoking, alcohol use, physical activity levels, stress

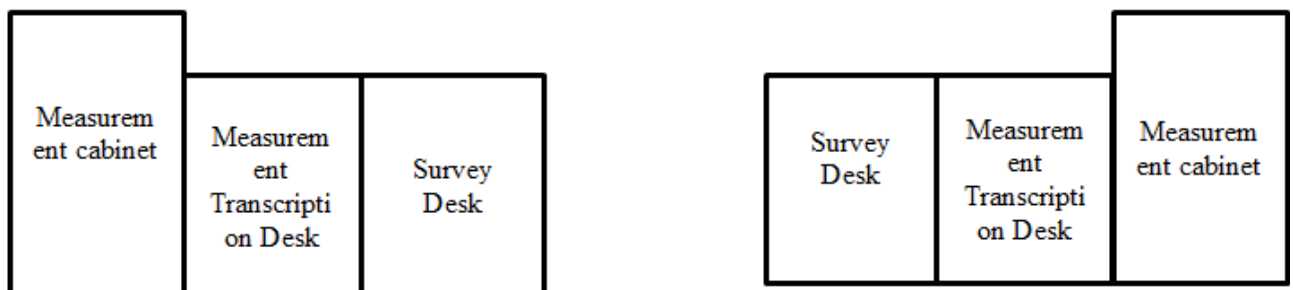


Figure 1. Layout of the Research Booths

management, and healthy lifestyle behaviors, as well as demographics. In addition, it comprises 14 knowledge questions about IHD (e.g., symptoms, global prevalence, etc.) and risk factors (e.g., nutrition, obesity, physical activity, smoking, etc.). A pilot study was performed with 20 students to test the validity of the survey forms. The findings required no change to the survey questions, and the pilot data were not included in the study. We scored knowledge questions as one point for each correct answer and categorized the total IHD knowledge score as high (≥ 11 correct answers) and low (≤ 10 correct answers).

The Research Ethics Committee of Nigde Omer Halisdemir University granted ethical approval to our study (No: 2022/07-01) and conforms to the ethical guidelines of the 1975 Declaration of Helsinki. In addition, we obtained the participants' informed consent for voluntary participation in the study.

We analyzed the data using IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 26.0 (IBM Corp., Armonk, New York, USA). Descriptive statistics are denoted as numbers (n), percentages (%), means \pm standard deviations ($M \pm SD$), medians (Median), minimums (min), and maximums (max). The data were initially examined for outliers and normality. While the appearance of boxplots implied the absence of outliers, skewness and kurtosis values of the data were found to be within acceptable limits ($-1.5 - +1.5$) (25). Then, we compared the categorical variables using the chi-square test and the participants' IHD knowledge scores using the independent samples t-test. We considered a p-value of < 0.05 to be statistically significant.

Results

Initial analyses showed the mean age of the participants to be 20.8 ± 2.4 years and that 50.8% were 20 years and younger. While 52.2% were females, 83.2% stayed in dormitories, and 21.5% were pre-obese or obese. Table 1 presents the participants' demographic and anthropometric characteristics.

The findings demonstrated that 40.9% of the participants (n=322) thought eating healthy, 59.7% (n=469) took care of their health, 73.7% (n=579) could cope with stress, 50.1%

(n=394) exercised at least 30 minutes a day, 13.6% (n=107) used alcohol, 55.7% (n=434) were always/often exposed to smoking, 30.5% (n=240) smoked, 24.0% (n=189) had their cholesterol measured before, 37.9% (n=298) had their blood glucose measured before, 68.3% (n=537) had their blood pressure measured before, and 36.6% (n=288) regularly weighed themselves (Figure 2)

While the mean smoking duration of quitters was 4.6 ± 3.5 years, the smokers used an average of 13.9 ± 9.7 cigarettes daily. Besides, the mean duration of alcohol use of quitters was 3.1 ± 1.4 years. About one-third and two-thirds of the students never had their blood pressure and blood glucose measured before, respectively. Only about a quarter of the participants had their cholesterol measured before. We realized that one in every three students (30.4%) smoked, that more than half of the smokers (52.9%) had tried to quit smoking before, and that more than a quarter of those having tried to quit smoking (29.9%) had four or more quit attempts. More than half of the students (55.7%) were always/often exposed to others' smoking, and about half of smokers (46.7%) had no information about smoking cessation clinics. More than one-third of the students (36.5%) reported being physically inactive for five hours or more a day, but nearly half (48.9%) engaged in exercise for less than 30 minutes a day. More than a quarter of the participants (26.8%) reported being very and extremely stressed and could not cope with it (26.3%).

While 59.7% of the participants reported taking care of their health, 40.9% thought they eat healthy. We also found that two-thirds (63.6%) used vegetable oil in meals, that more than a quarter added salt without tasting the food, and that more than a third always used salt. The rate of those minding the fatty acid content of foods was found to be 23.8%. Spending on fast food dominated the food budget of more than one-third of the students (35.6%). Moreover, one-fifth did not consume physiologically-sufficient water daily (Table 3). On the other hand, approximately one-third expected to be knowledgeable about cholesterol and its cardiovascular impacts and CVD risk factors.

Table 1. Participants' demographic and anthropometric characteristics (n = 786)	
Demographic characteristics	n (%)
Age (years; M±SD) 20.8±2.4 (min-max = 18-35)	
Gender	
Female	410 (52.2)
Male	376 (47.8)
Place of residence	
Home	132 (16.8)
Dormitory	654 (83.2)
BMI	
Underweight (<18.5)	102 (13.0)
Normal (18.5-24.9)	515 (65.5)
Pre-obese (25.0-29.9)	131 (16.7)
Obese (>30.0)	38 (4.8)
Waist circumference	
Female (≥88 cm)	169 (21.5)
Male (≥102 cm)	22 (2.8)
Systolic Blood Pressure	
Normal (<130 mmHg)	645 (82.1)
High-Normal (130-139 mmHg)	74 (9.4)
Hypertension (140 mmHg and above)	67 (8.5)
Diastolic Blood Pressure	
Normal (<85 mmHg)	670 (85.2)
High-Normal (85-89 mmHg)	54 (6.9)
Hypertension (90 mmHg and above)	62 (7.9)
Chronic Disease	
Yes	14 (1.8)
No	772 (98.2)
Type of Chronic Disease*	
CVD	7 (50.0)
Hypertension	2 (14.3)
Hyperlipidemia	3 (21.4)
Diabetes	5 (35.7)
Familial Chronic Disease	
Yes	235 (29.9)
No	551 (70.1)
Type of Familial Chronic Disease *	
CVD	96 (40.9)
Hypertension	96 (40.9)
Obesity	26 (11.1)
Hyperlipidemia	32 (13.6)
Diabetes	132 (56.2)
Familial sudden death	
Yes	27 (3.4)
No	759 (96.6)
*More than one item was marked.	

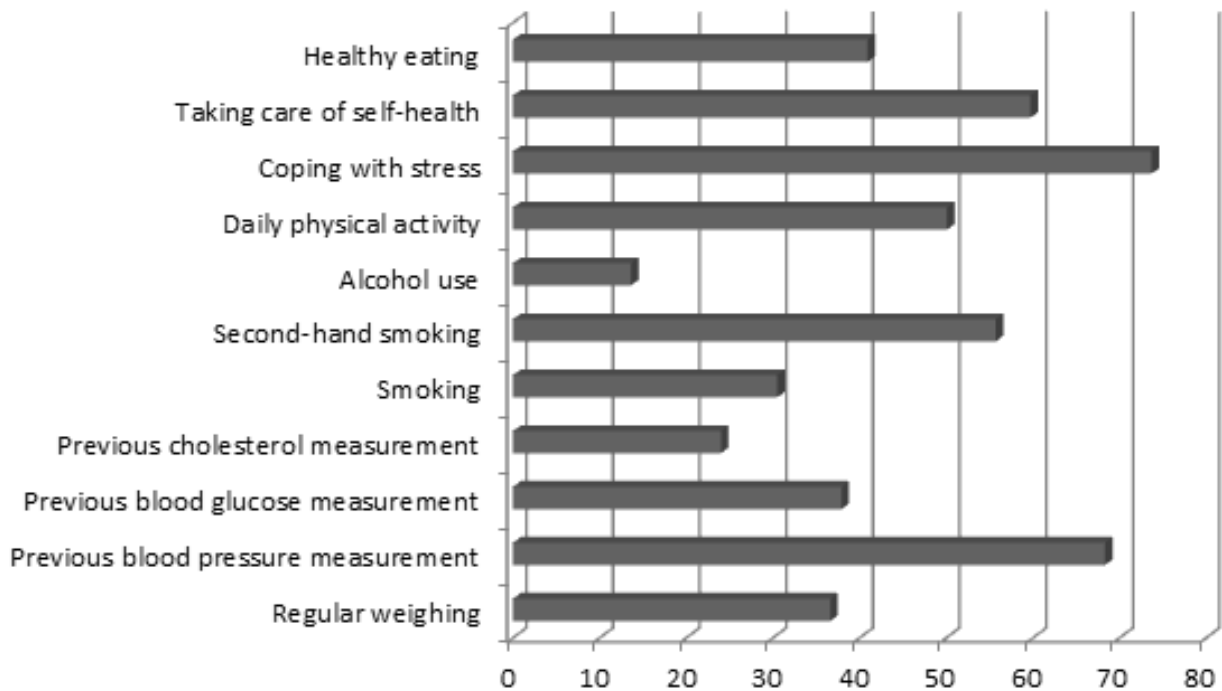


Figure 2. Participants' IHD-related practices and attitudes (n = 786).

More than half of the participants reported encouraging their friends to avoid harmful habits (66.7%), eat healthy (57.5%), and engage in physical activity (64.9%). Most of the participants (70.9%) reported they could notice any abnormal

situation in their bodies. While nearly half of the participants (48.1%) were satisfied with their current lifestyle, the rate of those feeling ready to take action to improve their current lifestyle was found to be 65.4% (Table 2).

Variables n=786	Yes (%)	No (%)	Undecided (%)
I add salt to food before tasting it.	26.2	67.0	6.6
I use added salt daily.	33.5	49.2	17.3
I mind the fatty acid content of foods.	23.8	64.2	12.0
I avoid consuming fat-rich foods.	59.4	28.1	12.5
I reserve a sufficient budget for food.	59.6	27.8	12.6
Spending on fast food dominates my food budget.	35.6	47.6	16.8
Spending on healthy foods dominates my food budget.	45.8	32.1	22.1
I am knowledgeable about cholesterol types and their cardiovascular effects.	31.9	41.6	26.5
I am knowledgeable about the risk factors leading to CVD.	34.7	35.4	29.9
I encourage my friends to eat healthy.	57.5	28.5	14.0
I encourage my friends to engage in physical activity.	64.9	23.0	12.1
I encourage my friends to avoid smoking, alcohol use, and similar harmful habits.	66.8	23.1	10.1
I immediately notice abnormal signals (e.g., illness, pain) in my body.	70.9	12.7	16.4
I am satisfied with my current lifestyle (i.e., my eating habits, physical activity status, habits, etc.)	48.2	29.9	21.9
I feel ready to take action to improve/change my current lifestyle.	65.4	15.5	19.1

Participants' mean IHD knowledge score was found to be 8.9 ± 2.5 . Our results showed that the female participants (66.0%) had a statistically higher knowledge level of IHD ($p < 0.001$). Only 31.7% of the students thought that IHD is a disease accounting for the most deaths globally. While 53.7% of the male students were not knowledgeable about fatty acids, the rate of the females avoiding fat-rich foods was found to be 55.7%. We also found a significant difference between the male (51.4%) and female students (48.6%) by sufficient water consumption. The female participants remained undecided more regarding taking care of self-health (60.6%). Besides, the males thought being too young to worry about CVD (51.7%) and that the young do not need to have regular check-ups (62.0%). They also remained more undecided than the female students that high blood pressure would not develop in the young (62.4%) and thought more that one would not be likely to have a heart attack in the case of no familial CVD history (59.2%). The male students were more undecided that cardiac patients should avoid exercise (52.7%) and answered "No" to the statement, "People who exercise regularly and are at ideal weight would not have a heart attack" at a lower rate than the females (43.3%) ($p < 0.010$). The females, on the other hand, thought more that using rock salt and marine salt instead of table salt would reduce

the risk of high blood pressure (59.2%) and did not consider heart disease specific to the male gender (54.7%) ($p < 0.003$). In addition, the female participants thought more that they can be protected from IHD with just lifestyle changes (57.4%) ($p < 0.006$). The females also thought more that quitting smoking would reduce the risk of CVD (54.9%) ($p < 0.002$) and that exposure to smoking is as harmful as smoking (54.1%) ($p < 0.006$). Moreover, they encouraged their friends to avoid harmful habits more (58.7%). While the male students were more satisfied with their current lifestyle (53.6%), the females reported feeling more ready to take action to change their lifestyle (55.8%; Table 3).

Table 4 shows the relationships between the participants' IHD knowledge scores and their IHD-related practices and attitudes. Accordingly, the knowledge scores of those weighing regularly, undergoing regular check-ups (e.g., having blood pressure, blood glucose, and cholesterol measurements), and taking care of their health were found to be significantly higher than those not having regular check-ups and not taking care of their health. Moreover, those not smoking, including second-hand smoking, had significantly higher IHD knowledge scores than those smoking. Yet, we could not conclude a significant relationship between IHD knowledge and alcohol use, healthy eating, physical activity, and ability to cope with stress.

Table 3. IHD risk factors and other variables by gender				
Variables	Female	Male	χ^2	p
Total (n = 786)	(n=410) (%)	(n=376) (%)		
Knowledge level				
Low ($10 \leq$ correct answer)	45.9	54.1	27.086	0.001
High ($11 \geq$ correct answer)	66.0	34.0		
I am knowledgeable about fatty acids.				
Yes	56.1	43.9	6.636	0.036
No	46.3*	53.7*		
Undecided	54.9	45.1		
I avoid consuming high-fat foods.				
Yes	55.7*	44.3*	6.670	0.036
No	48.9	51.1		
Undecided	42.9*	57.1*		
I drink sufficient water daily.				
Yes	48.6*	51.4*	9.440	0.009
No	59.2	40.8		
Undecided	62.8*	37.2*		

I take care of my health. Yes No Undecided	49.9 48.9 60.6*	50.1 51.1 39.4*	6.632 0.036
I am too young to worry about my heart. Yes No Undecided	48.3* 61.2* 50.4	51.7* 38.8* 49.6	9.821 0.007
High blood pressure would not develop in the young. Yes No Undecided	45.0 59.7* 37.6*	55.0 40.3* 62.4*	29.605 0.001
Using rock salt and marine salt instead of table salt would reduce the risk of high blood pressure. Yes No Undecided	59.2* 46.5 48.4	40.8* 53.5 51.6	10.031 0.007
Cardiac patients should avoid exercise. Yes No Undecided	46.3 56.5* 42.8*	53.7 43.5* 57.2*	11.179 0.004
One would not be likely to have a heart attack in the case of no familial CVD history. Yes No Undecided	40.8* 56.8* 34.2*	59.2* 43.2* 65.8*	23.121 0.001
CVD is a health condition specific to the male gender. Yes No Undecided	40.4 54.7* 35.7*	59.6 45.3* 64.3*	11.922 0.003
People who exercise regularly and are at ideal weight would not have a heart attack. Yes No Undecided	45.6 56.7* 45.8	54.4 43.3* 54.2	9.309 0.010
I can protect myself from IHD by changing my lifestyle even if I have risk factors. Yes No Undecided	57.4* 45.9 46.0*	42.6* 54.1 54.0*	10.217 0.006
I encourage my friends to avoid smoking, alcohol use, and similar harmful habits. Yes No Undecided	58.7* 35.4* 46.8	41.3* 64.6* 53.2	30.513 0.001

Exposure to others' smoking is as harmful as first-hand smoking.			
Yes	54.1*	45.9*	10.353 0.006
No	35.2*	64.8*	
Undecided	35.7	64.39	
Quitting smoking would reduce the risk of CVD			
Yes	54.9*	45.1*	12.028 0.002
No	35.6*	64.4*	
Undecided	41.1*	58.9*	
The young do not need regular check-ups.			
Yes	38.0*	62.0*	12.889 0.002
No	55.3*	44.7*	
Undecided	41.0	59.0	
I am satisfied with my current lifestyle (my eating habits, physical activity status, habits, etc.).			
Yes	46.4*	53.6*	11.120 0.004
No	54.9	45.1	
Undecided	61.0	39.0	
I feel ready to take action to improve and change my current lifestyle.			
Yes	55.8*	44.2*	13.041 0.001
No	37.7*	62.3*	
Undecided	51.3	48.7	
Chi-square test: *significant at $p \leq 0.05$. *Significant difference by gender.			

Discussion

We discovered the most prevalent modifiable IHD risk factors in our sample of 786 university students to be insufficient physical activity (48.9%), smoking (30.5%), and overweight/obesity (21.5%). In parallel, waist circumference thickness posed a potential risk in 21.5% of the female students. A previous study concluded physical activity to be negatively correlated with BMI and waist circumference and positively linked with TV watching in adolescents (26). In our study, more than one-third of the students (36.5%) reported being physically inactive for five hours or more a day. Similarly, another study demonstrated lack of physical activity to be the leading risk factor for IHD among medical students (44.0%) (27). Besides, tobacco use among university students remains an alarming problem worldwide. In a systematic review, the authors showed that smoking rates of university students in some Arabic countries vary between 3.5% and 80.2%. When it comes to our findings, not only was smoking rather prevalent among the participants but also 55.7% reported being always/often exposed to second-hand smoking. Similar to our study, Kaya and Ergün

reported that both smoking rates and second-hand smoking exposure were high among participating university students (28). It is widely acknowledged that the development of metabolic and cardiovascular risk factors in adulthood is accelerated, primarily in association with weight gain during childhood and adolescence (20). In this regard, a previous cross-sectional study evaluated 300 children and adolescents for cardiovascular health and reported those overweight/obese to have poorer cardiovascular health (29). Another study with overweight (BMI) children and adolescents discovered that the group with thicker waist circumference was ~two times more likely to have high triglyceride and insulin levels and metabolic syndrome than the group with thinner waist circumference (30). Although nutrition also assumes a key role in CVD (31), one's dietary patterns in modern times seem to remain far from balanced eating. In a study examining risky health behaviors of university students, only 17.1% of participants reported having a healthy diet pattern (32). Excessive consumption of ultra-processed foods means consumption of higher sodium, saturated fat, trans fat, and free sugar content and lower

Table 4. Relationships between the participants' IHD knowledge scores and their IHD-related practices and attitudes

Parameters (n = 786)	n	Total score±SD	t	p
Regular weighing				
Yes	288	9.3±2.4	2.935	0.003
No	497	8.7±2.6		
Previous blood pressure measurement				
Yes	537	9.2±2.5	4.618	0.000
No	249	8.3±2.6		
Previous blood glucose measurement				
Yes	298	9.5±2.4	4.899	0.000
No	488	8.6±2.6		
Previous cholesterol measurement				
Yes	189	9.7±2.3	4.468	0.000
No	597	8.7±2.6		
Smoking				
Yes	240	8.5±2.7	-3.456	0.001
No*	546	9.2±2.4		
Second-hand smoking				
Yes [†]	434	8.7±2.6	-2.775	0.006
No	348	9.2±2.4		
Alcohol use				
Yes	107	8.5±2.9	-1.742	0.082
No*	679	9.0±2.5		
Daily physical activity				
Yes	394	8.9±2.4	-0.697	0.486
No	369	9.0±2.6		
Coping with stress				
Yes	579	9.0±2.5	1.161	0.246
No	207	8.8±2.7		
Taking care of self-health				
Yes	469	9.1±2.4	2.664	0.008
No [‡]	317	8.7±2.7		
Healthy eating				
Yes	322	9.1±2.5	0.980	0.327
No [‡]	464	8.9±2.6		

Independent samples t-test. *Quitters were included. [†]Those being always/often exposed to smoking were included. [‡]Those remaining undecided were included.

protein and potassium (33). Indeed, we found that nearly half of the participants in our study (47.6%) reported that fast food dominated their diet.

In this study, 16.4% of the participants had high blood pressure. The previous research estimated the prevalence of hypertension in adolescents to be about 10% due to weight gain, increased salt and sugar consumption, and a stressful/

sedentary lifestyle (20). Similar to our study, a previous study found the hypertension rate to be 18.1-26.5% among students of two universities, respectively (34). A striking finding in our study may be that 31.7% of the participants had never had their blood pressure measured before. Although reducing salt intake is recommended as a simple measure in preventing hypertension (35), we found that 26.2% of the students added salt to their food without tasting it and that 33.5

consumed more than 5 g of additional salt daily. In addition, the rate of those failing to cope with their stress was 26.3%.

In terms of non-modifiable risk factors, the prevalence of familial chronic diseases (CVD, hypertension, obesity, hyperlipidemia, and diabetes) was found to be 29.9%, and the most common familial chronic disease was diabetes with a rate of 56.2%. A previous study adopting a similar design to our study found diabetes to be high among the participants as a familial risk factor (47.2%) (36). Another study re-analyzed the WHO data on global mortality in 2019, considered hypertension, smoking, obesity, and diabetes IHD risk factors, and concluded similar rates of risk factors in both high- and low-income countries, which may be explained by the idea that increasing adoption of western lifestyle in low-income countries contribute to these risk factors (37).

Our participants had relatively poor knowledge of IHD risk factors. Interestingly, the male participants' knowledge levels of CVD were lower than the females, although the male gender is a non-modifiable CVD risk factor. Similarly, a previous study reported a higher knowledge level of CVD among Turkish female participants (38). Moreover, another noteworthy finding in this study may be that only about a third of the participants thought that IHD accounts for the most deaths in the world. In parallel to this finding, a previous study on coronary artery disease (CAD) among the young aged 18-25 years reported that the majority of participants had not heard of CAD (82%) and were not informed about the risk factors (26.4%), symptoms (25.1%), and complications (72.7%) of the disease (39). Nevertheless, the literature hosts diverse findings on the knowledge level of CVD risk factors, possibly due to methodological and population-specific differences. For example, contrary to our findings, previous research documented that the participating university students had a high knowledge level of CAD risk factors (11.47 ± 2.31 out of 16) and that 60% of the participants stated that CVD leads to the most deaths globally (40). Previous researches also reported that Turkish university students had above-average knowledge of CVD risk factors (38-41). When it comes to the risk perception

of IHD, we found that while more than half of the participants thought being too young to worry about cardiovascular conditions, 15.4% remained undecided. In a study in Saudi Arabia with a population consisting mostly of university students, while the belief that one would not likely experience a cardiovascular condition under the age of 45 was 18.6%, the rate of those not knowledgeable about CVD was 34.8% (42). Besides, we found that about two-thirds of the students did not undergo regular check-ups (e.g., having blood pressure, blood glucose, and cholesterol measurements) and that this group had poorer knowledge of IHD. Since these participants might have had poor knowledge of IHD risk factors and might not have experienced the consequences of their IHD-related attitudes and practices, they seemed to likely have underestimated the risks of the disease. College students are considered young adults feeling some sense of invincibility despite widely accessible information about health-related risk factors inherent in their attitudes and practices (43). Yet, it is well known that proper knowledge and awareness of IHD risk factors are essential for preventing it and reducing IHD-leading mortality (44). Changing lifestyle may be a difficult-to-achieve goal in adulthood; therefore, it makes perfect sense to adopt a healthy lifestyle as early as possible to reduce the prevalence and future burden of CVD (45).

Overall, we concluded that our participants had poor knowledge of IHD despite having relatively high educational attainment. They even had a high rate of IHD risk factors, although they were mostly not aware of them. However, their perception seemed to focus on the idea that they were too young to be sick. In addition to our striking findings, we can confidently assert that the present study helped reinforce peer collaboration and solidarity and contribute to the development of professional and social relationships among peer health students. Moreover, the peers were able to convey their informal health recommendations (restricting the consumption of salt and fast food, quitting smoking, applying to a hospital for a comprehensive examination for high blood pressure, etc.) to the participants immediately following their participation in the study. Studies involving peer education were shown to be

influential on sexually transmitted diseases and safe sexual life, reducing HIV/AIDS risk behaviors, menstrual health, and overall health behaviors (46–48). Our experience also revealed the need for future research involving peers to further identify risk factors and design relevant interventions. Campus-located youth counseling centers/family health centers may offer more functional services to identify IHD risk factors. In addition, strategies to prevent IHD may need to be incorporated into the processes of primary healthcare services. In this regard, a protocol between the Ministry of Health and the Higher Education Council oriented to protect and promote “health on campus” may initiate regular check-ups and monitoring of IHD risk factors for newcomers and enrolled students through family health centers. Further research on IHD risk awareness among young people on campuses with the help of peer educators may be handy in improving training efficiency. Regular peer education-centered activities can be performed for all groups, particularly high-risk students, on active life on campus, healthy eating, and protection from addictions in cooperation with faculty members, Provincial Health Directorate, Provincial Directorate of Youth and Sports, and Green Crescent. Moreover, projects on training volunteer peer educators can be encouraged in universities. Students can also be encouraged to enroll in elective/ compulsory courses to engage in peer education for health promotion. Organizational culture in higher education institutions should cover regular, accessible training for IHD risk factors. Besides, universities should offer students convenient access to healthy food through good practices (e.g., nutrition-friendly campus). Furthermore, it may be recommended to carry out programs for smoking prevention and cessation programs, including prevention of second-hand smoking exposure, starting from the first years of higher education. The young may be encouraged to participate in physical activity-promoting programs. Programs and training for all risk factors are likely to support protecting and promoting health from many chronic diseases, including IHD.

Limitations

The present study is not free of few limitations. Although it was initially designed as an

intervention study, it was accomplished as a cross-sectional study due to the devastating earthquake disaster in our country. For this reason, participants’ blood glucose and blood lipid measurements could not be taken, and risk awareness training and follow-ups could not be performed. It should also be noted that the cross-sectional design of the study hinders deducing causal inferences from the relationships between research variables.

Acknowledgments

We would like to thank all voluntary student colleagues who assisted in collecting paper-based and anthropometric data from the participants.

Declaration of interest statement

The authors report no relationships that could be construed as a conflict of interest.

Funding

This research was funded by Scientific and Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) 2209–A Research Projects Support Program for Undergraduate Students (No: 1919B012107777).

Contact: Çiğdem Samancı Tekin
E-Mail: cigdemstekin@hotmail.com

References

1. Sidney S, Rosamond WD, Howard VJ, Luepker R V. The heart disease and stroke statistics-2013 update and the need for a national cardiovascular surveillance system. *Circulation*. 2013 Jan 1;127(1):21–3.
2. Roth GA, Johnson C, Abajobir A, Abd-Allah F, Ferde Abera S, Abyu G, et al. Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases for 10 Causes, 1990 to 2015. *J Am Coll Cardiol [Internet]*. 2017 Jul 4 [cited 2023 Jul 25];70(1):1–25. Available from: <http://repositorio.insp.mx:8080/jspui/handle/20.500.12096/7883>
3. Prabhakaran D, Jeemon P. The changing patterns of cardiovascular diseases and their risk factors in the states of India: The Global Burden of Disease Study 1990–2016. *Lancet Glob Heal [Internet]*. 2018 [cited 2023 Oct 10];6(12):e1339–51. Available from: <https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/>

- PIIS2214-109X1830407-8/fulltext
4. Turkish Statistical Institute. Death and Cause of Death Statistics, 2022 [Internet]. 49679. 2023 [cited 2023 Oct 24]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679#:~:text=Ölümler nedenlerine göre incelendiğinde%2C 2022,ile solunum sistemi hastalıkları izledi.&text=Grafikteki rakamlar%2C yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.>
 5. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990-2019: Update from the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol*. 2020 Dec 22;76(25):2982–3021.
 6. Khan MA, Hashim MJ, Mustafa H, Baniyas MY, Al Suwaidi SKBM, AlKatheeri R, et al. Global epidemiology of ischemic heart disease: Results from the Global Burden of Disease Study. *Cureus* [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 10]; Available from: <https://www.cureus.com/articles/36728-global-epidemiology-of-ischemic-heart-disease-results-from-the-global-burden-of-disease-study.pdf>
 7. Batty GD, Leon DA. Socio-economic position and coronary heart disease risk factors in children and young people: Evidence from UK epidemiological studies. *Eur J Public Health* [Internet]. 2002 [cited 2023 Oct 20];12(4):263–72. Available from: <https://academic.oup.com/eurpub/article-abstract/12/4/263/487819>
 8. Leeder S, Raymond S, Greenberg H, Liu H, Esson K. A race against time: the challenge of cardiovascular disease in developing countries. Trustees of Columbia University [Internet]. 2004 [cited 2023 Oct 10];(May). Available from: https://scholar.google.com.tr/scholar?hl=tr&as_sdt=0%2C5&q=Leeder%2C+S%2C+Raymond%2C+S%2C+Greenberg%2C+H%2C+Liu%2C+H+and+Esson%2C+K+%282004%29+A+race+against+time%3A+the+challenge+of+cardiovascular+disease+in+developing+countries.+New+York%3A+Trustees+of+
 9. Katzmarzyk PT, Pérusse L, Malina RM, Bergeron J, Després JP, Bouchard C. Stability of indicators of the metabolic syndrome from childhood and adolescence to young adulthood: The Quebec Family Study. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2001 [cited 2023 Oct 20];54(2):190–5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435600003152>
 10. McGill HC, McMahan CA, Zieske AW, Malcom GT, Tracy RE, Strong JP. Effects of non-lipid risk factors on atherosclerosis in youth with a favorable lipoprotein profile. *Circulation*. 2001 Mar 20;103(11):1546–50.
 11. Napoli C, Glass CK, Witztum JL, Deutsch R, D'Armiento FP, Palinski W. Influence of maternal hypercholesterolaemia during pregnancy on progression of early atherosclerotic lesions in childhood: Fate of Early Lesions in Children (FELIC) study. *Lancet* [Internet]. 1999 [cited 2023 Oct 20];354(9186):1234–41. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(99\)02131-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(99)02131-5/fulltext)
 12. Ather M, Khan AH, Bandeshah AA, Wajid H, Adnan S, Abbasi AS. Hypertension among general population visiting at South East Hospital and Research Center, Islamabad, Pakistan. *Int J Curr Res Rev* [Internet]. 2022 [cited 2023 Oct 24];14(10):09–14. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Attiya-Hameed-Khan/publication/360725300_Hypertension_Among_General_Popultaion_Visiting/links/628730276e41e5002d33455f/Hypertension-Among-General-Popultaion-Visiting.pdf
 13. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Birincil , İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı [Internet]. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2010 [cited 2023 Jul 25]. 812 p. Available from: https://scholar.google.com/scholar?hl=tr&as_sdt=0%2C5&q=Türkiye+Kalp+Ve+Damar+Hastalıklarını+Önleme+Ve+Kontrol+Programı%2C+Sağlık+Bakanlığı&btnG=
 14. TKD. Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi Kılavuzu [Internet]. 2002 [cited 2023 Oct 10]. Available from: https://scholar.google.com.tr/scholar?hl=tr&as_sdt=0%2C5&q=8.%09O-nat%2C+A.%2C+Büyüköztürk%2C+K.%2C+Sansoy%2C+V.%2C+Avcı%2C+Ş.+G.%2C+Akgün%2C+G.%2C+Tokgözoğlu%2C+L.%2C+...+%26+Ergene%2C

- 2C+O.+%282002%29.+Türk+kardiyoloji+derneği+koroner+kalp+hastalığı+korunma
15. Barbaresko J, Rienks J, Nöthlings U. Lifestyle indices and cardiovascular disease risk: A meta-analysis [Internet]. Vol. 55, American Journal of Preventive Medicine. 2018 [cited 2023 Oct 24]. p. 555–64. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379718318877>
 16. World Health Organization. Cardiovascular death and disability can be reduced more than 50 percent. Indian J Med Sci [Internet]. 2003 [cited 2023 Oct 24];57(3):117–21. Available from: <https://www.who.int/news/item/17-10-2002-cardiovascular-death-and-disability-can-be-reduced-more-than-50-percent>
 17. Onat A, Karakoyun S, Akbaş T, Karadeniz FÖ, Karadeniz Y, Çakır H, et al. Turkish Adult Risk Factor survey 2014: Overall mortality and coronary disease incidence in Turkey's geographic regions. Turk Kardiyol Dern Ars [Internet]. 2015 [cited 2023 Oct 10];43(4):326–32. Available from: https://jag.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_43_4_326_332.pdf
 18. Kozan O, Oguz A, Abaci A, Erol C, Ongen Z, Temizhan A, et al. Prevalence of the metabolic syndrome among Turkish adults. Eur J Clin Nutr [Internet]. 2007 [cited 2023 Oct 10];61(4):548–53. Available from: <https://www.nature.com/articles/1602554>
 19. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, 2010 [Internet]. 2014. [cited 2023 Oct 10]. Available from: https://scholar.google.com.tr/scholar?hl=tr&as_sdt=0%2C5&q=türkiye+beslenme+ve+sağlık+araştırması&btnG=
 20. Abrignani MG, Lucà F, Favilli S, Benvenuto M, Rao CM, Di Fusco SA, et al. Lifestyles and Cardiovascular Prevention in Childhood and Adolescence. Vol. 40, Pediatric Cardiology. Springer New York LLC; 2019. p. 1113–25.
 21. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi 2014. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi [Internet]. Vols. 978-975–59, TC. Sağlık Bakanlığı. 2014 [cited 2023 Oct 10]. 1–120 p. Available from: https://www.google.com/search?q=Türkiye+Fiziksel+Aktivite+Rehberi&rlz=1C1SQJL_trTR782TR782&oq=-Türkiye+Fiziksel+Aktivite+Rehberi&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIGCAEQRR-g70gEIMTIwNWowajmoAgCwAgA&sourceid=chrome&ie=UTF-8
 22. Can G, Ozdilli K, Erol O, Unsar S, Tulek Z, Savaser S, et al. Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. Wiley Online Libr Nursing Heal Sci 2008•Wiley Online Libr [Internet]. 2008 [cited 2023 Oct 10];10(4):273–80. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1442-2018.2008.00405.x>
 23. Güneş FE, Bekiroglu N, Imeryuz N, Agirbasli M. Awareness of cardiovascular risk factors among university students in Turkey. Prim Health Care Res Dev [Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 10];20:e127. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development/article/awareness-of-cardiovascular-risk-factors-among-university-students-in-turkey/05338BD1BBA9291045E46FE-9637A4677>
 24. Status WHOP. The use and interpretation of anthropometry World Health Organization. WHO Expert Comm Geneva, Switz [Internet]. 1995 [cited 2023 Oct 12];1–186. Available from: https://scholar.google.com.tr/scholar?hl=tr&as_sdt=0%252C5&q=WHO.+P-hysical+status%253A+the+use+and+interpretation+of++anthropometry.+Report+of+a+WHO+Expert+Commit%2502tee%252C+Technical+Report+Series+No.+854%252C+World+Health++Organization%252C+Geneva%252C+Switzerland%25
 25. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. Harlow. Essex Pearson Educ Ltd [Internet]. 2014 [cited 2023 Oct 19]; Available from: <https://www.pearsonhighered.com/assets/preface/0/1/3/4/0134790545.pdf>
 26. Barker AR, Gracia-Marco L, Ruiz JR, Castillo MJ, Aparicio-Ugarriza R, González-Gross M, et al. Physical activity, sedentary time, TV viewing, physical fitness and cardiovascular disease risk in adolescents: The HELENA study. Int J Cardiol [Internet]. 2018 [cited 2023 Oct 23];254:303–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167527317335039>
 27. Gilani SI, Afridi S. Frequency of risk factors and awareness regarding ischemic heart diseases among medical students of a private

- medical college, Peshawar, Pakistan. *Khyber Med Univ J* [Internet]. 2017 [cited 2023 Oct 23];9(4). Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=23052643&AN=127935985&h=-T7akkSGFoC5T%2BQI%2FovUl-4nu7Xlp7Suc%2FojcFwta5PPAfiHmyQxF-abW1t%2BDU7PMegK7jqWwrl0vMxY%2B-jzr5ZFHg%3D%3D&crl=c>
28. Kaya M, Ergün A. Sağlık Bilimleri öğrencilerinin sigara içme durumu, etkileyen faktörler ve ikincil sigara dumanı ile ilgili farkındalık düzeyleri. *J Acad Res Nurs* [Internet]. 2020 [cited 2024 May 28];6(3):416–41. Available from: https://jag.journalagent.com/z4/download_fulltext.asp?pdire=jaren&plng=eng&un=JAREN-04696
 29. Fyfe-Johnson AL, Ryder JR, Alonso A, Macle hose RF, Rudser KD, Fox CK, et al. Ideal cardiovascular health and adiposity: Implications in youth. *J Am Heart Assoc*. 2018 Apr 17;7(8).
 30. Janssen I, Katzmarzyk PT, Srinivasan SR, Chen W, Malina RM, Bouchard C, et al. Combined influence of body mass index and waist circumference on coronary artery disease risk factors among children and adolescents. *Pediatrics* [Internet]. 2005 [cited 2023 Oct 20];115(6):1623–30. Available from: <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/115/6/1623/67498>
 31. Guardamagna O, Abello F, Cagliero P, Luggetti L. Impact of nutrition since early life on cardiovascular prevention. Vol. 38, *Italian Journal of Pediatrics*. 2012.
 32. Özpulat F, Erdem Y. Üniversite öğrencilerinin riskli sağlık davranışları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ankara Sağlık Bilim Derg* [Internet]. 2019 [cited 2024 May 28];(1):110–26. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/ausbid/issue/46310/527570>
 33. Theodore RF, Broadbent J, Nagin D, Ambler A, Hogan S, Ramrakha S, et al. Childhood to early-midlife systolic blood pressure trajectories: Early-life predictors, effect modifiers, and adult cardiovascular outcomes. *Hypertension*. 2015 Dec 1;66(6):1108–15.
 34. Mohamed Moussa MM, El-mowafy RI, El-Ezaby HH. Prevalence of hypertension and associated risk factors among university students: Comparative study. *J Nurs Educ Pract* [Internet]. 2016 [cited 2023 Oct 23];6(5). Available from: https://www.researchgate.net/profile/Maha-Moussa/publication/290995470_Prevalence_of_hypertension_and_associated_risk_factors_among_university_students_Comparative_study/links/605e1b4b458515e83472e095/Prevalence-of-hypertension-and-associated-risk-factors
 35. Campanozzi A, Avallone S, Barbato A, Iacone R, Russo O, De Filippo G, et al. High sodium and low potassium intake among Italian children: Relationship with age, body mass and blood pressure. *PLoS One*. 2015 Apr 8;10(4).
 36. Almalki MA, Al MNJ, Khayat MA, Bokhari HF, Subki AH, Alzahrani AM, et al. Population awareness of coronary artery disease risk factors in Jeddah, Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Int J Gen Med* [Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 23];12:63–70. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2147/IJGM.S184732>
 37. Nowbar AN, Gitto M, Howard JP, Francis DP, Al-Lamee R. Mortality from ischemic heart disease: Analysis of data from the world health organization and coronary artery disease risk factors from NCD risk factor collaboration. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2019 Jun 1;12(6).
 38. Demir Doğan M, Elik B. University students' knowledge level about risk factors for cardiovascular diseases, their healthy life awareness, and the influencing factors. *J Public Heal*. 2023;
 39. Alruways AH, Alotaibi N, Rashikh M, Alnufeie A, Alshammari YD, Alharthy M, et al. Awareness and prevalence of coronary artery disease risk factors among Saudi adults in Dawadmi, Riyadh province: A cross-sectional study. *J Fam Med Prim Care* [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 23];9(11):5629. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7842469/>
 40. Almas A, Hameed A, Sultan FAT. Knowledge of coronary artery disease (CAD) risk factors and coronary intervention among university students. *J Pak Med Assoc* [Internet]. 2008 [cited 2023 Oct 23];58(10):553–7. Available from: https://ecommons.aku.edu/pakistan_fhs_mc_med_med/250/
 41. Oğuz S, Erguvan B, Ünal G, Bayrak B, Çamcı

- G. Üniversite öğrencilerinde kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi [Internet]. Vol. 26, MN kardioloji. 2019 [cited 2023 Oct 23]. p. 184–91. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Sidika-Oguz/publication/335883267_Klinik_Arastirma_Determination_of_Knowledge_of_Cardiovascular_Disease_Risk_Factors_Among_University_Students/links/5d81fd9f299bf1996f74e6fb/Klinik-Arastirma-Determination-of-Knowledge-
42. Al-khlaiwi T, Alshammari H, Habib SS, Alobaid R, Alrumaih L, Almojel A, et al. High prevalence of lack of knowledge and unhealthy lifestyle practices regarding premature coronary artery disease and its risk factors among the Saudi population. *BMC Public Health*. 2023 Dec 1;23(1).
 43. Tran DMT, Zimmerman LM, Kupzyk KA, Shurmur SW, Pullen CH, Yates BC. Cardiovascular risk factors among college students: Knowledge, perception, and risk assessment. *J Am Coll Heal* [Internet]. 2017 Apr 3 [cited 2023 Oct 17];65(3):158–67. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07448481.2016.1266638>
 44. Khera AV, Emdin CA, Drake I, Natarajan P, Bick AG, Cook NR, et al. Genetic risk, adherence to a healthy lifestyle, and coronary disease. *N Engl J Med*. 2016 Dec 15;375(24):2349–58.
 45. Steinberger J, Daniels SR, Hagberg N, Isasi CR, Kelly AS, Lloyd-Jones D, et al. Cardiovascular health promotion in children: Challenges and opportunities for 2020 and beyond: A Scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2016 Sep 20;134(12):e236–55.
 46. Kırmızıtoprak E, Şimşek Z. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve güvenli cinsel yaşam konusunda gençlerin bilgi ve davranışlarına akran eğitiminin etkisi. *TAF Prev Med Bull* [Internet]. 2011 [cited 2024 May 28];10(4):463–72. Available from: https://www.academia.edu/download/55138049/bulasici_hastaliklar_makale.pdf
 47. White S, Park Y, Israel T, Cordero E. Longitudinal evaluation of peer health education on a college campus: Impact on health behaviors. *J Am Coll Heal* [Internet]. 2009 Mar 1 [cited 2024 May 28];57(5):497–506. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3200/JACH.57.5.497-506>
 48. Gölbaşı Z, Doğaner G, Erbaş N. The effect of Menstrual Health education conducted with peer education method to adolescent girls in 6-8 classes on information and behaviors. *TAF Prev Med Bull* [Internet]. 2012 [cited 2024 May 28];11(2):189–96. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Zehra-Golbasi/publication/288725052_The_Effect_of_Menstrual_Health_Education_Conducted_with_Peer_Education_Method_to_Adolescent_Girls_in_6-8_Classes_on_Information_and_Behaviors/links/593eb71aa6fdcc1b10947377/The-Effec



Güllü Demir¹, Sevgi Özsoy²

DOI: 10.17942/sted.605675

Geliş/Received: 05.09.2019

Kabul/Accepted: 16.07.2024

Özet

Kombine oral kontraseptifler (KOK) tutarlı ve doğru kullanıldığında gebelikten korumada oldukça etkili aile planlaması yöntemidir. Ülkemizde kadınlar tarafından en çok bilinen yöntem olmasına karşın kullanım ve devamlılık oranları; yan etkileri, yan etki korkusu, yanlış inanışlar ve uyum sorunları nedeniyle düşüktür. Sağlık çalışanlarının yan etkiler konusunda vereceği danışmanlık ile KOK'ların kullanım ve uyum oranları artırılarak, kadınların istenmeyen gebeliklerden korunması sağlanabilir. Bu makalede, kombine oral kontraseptiflerin kullanımı sırasında ortaya çıkabilecek sorunların yönetimi için Dünya Sağlık Örgütü Aile Planlaması rehberi ve diğer rehberler doğrultusunda öneriler paylaşılmıştır.

Anahtar Sözcükler: aile planlaması; kombine oral kontraseptifler; yan etkiler

Abstract

Summary: Combined oral contraceptives (COC) are very effective family planning methods in pregnancy prevention when they use consistently and accurately. In our county, even if it's the most known method by women, use and regularity is very low; because of, side effects, side effect fear, false beliefs and compliance issues. Providing good counseling about side effects by healthcare professionals can increase women's use of COCs and compliance rates, and protect them from unwanted pregnancies. In this article, recommendations are shared in line with the World Health Organization Family Planning guide and other guidelines for the management of problems that may arise during the use of combined oral contraceptives.

Keywords: family planning; combined oral contraceptives; side effects

¹ Uzm. Hemşire, Ödemiş Devlet Hastanesi, Ödemiş, İzmir (Orcid no: 0000-0002-0090-2958)

² Prof. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Aydın (Orcid no: 0000-0002-8851-8140)

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2022 yılında güncellediği "Aile Planlaması Rehberi" kombine oral kontraseptifler (KOK) için verilecek danışmanlık ve KOK kullanıcıların karşılaştığı sorunların/yan etkilerin yönetiminde sağlık çalışanları için iyi bir rehberdir (1). Ancak bu rehber İngilizcedir ve alanda çalışan bazı sağlık çalışanları için literatür taramak, yabancı kaynaklara erişmek ve okumak günlük pratikte mümkün olamamaktadır. Aile planlaması (AP) konusunda danışmanlık ve hizmet veren AP danışmanı hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarının daha kolay ulaşılabilir, anlaşılır ve sık karşılaşılan sorunlara çözüm önerileri içeren kaynaklara ihtiyacı vardır. Bu makalede, KOK'ların kullanımı sırasında ortaya çıkan sorunların/yan etkilerin yönetimi için güncel literatür ile DSÖ AP rehberleri ve diğer rehberlerde yer alan öneriler paylaşılmıştır.

Aile planlaması, insanların arzu ettikleri sayıda çocuk sahibi olmalarını ve gebelik aralıklarını belirlemelerini sağlar. Bunun ile birlikte istenmeyen gebelikleri önleyerek anne ve bebek ölümlerini önler, özellikle güvensiz kürtaj olmak üzere isteğe bağlı gebelik sonlandırma oranlarını azaltır (2). Yapılan bir hesaplama ile AP'ye yatırılan her bir doların gebelik ile ilgili bakım maliyetini yaklaşık üç dolar azalttığı belirtilmiştir (3). Sosyoekonomik faydalar açısından hesaplandığında, kaliteli cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimi sağlamanın, yatırılan her dolar için 120 ABD doları getiri sağlayacağı tahmin edilmektedir (3). Kürtajın birincil nedeni, planlanmamış ve/veya istenmeyen bir gebeliği sonlandırmaktır (4). Dünyada, 2015-2019 yılları arasında her yıl 15-44 yaş arası 1.000 kadından 64'ünde istenmeyen gebelik meydana gelmiştir ve her yıl 1.000 kadından 39'u gebeliğini sonlandırmaktadır (5-7). Ülkemizde de her 100 kadından 5'i gebeliğini isteyerek sonlandırmaktadır (8). Dünyadaki tüm gebelik sonlandırmaların yaklaşık %45'i güvensiz koşullarda gerçekleşmektedir. Güvensiz kürtaj sonucu kadınlarda, tıbbi müdahale gerektiren komplikasyonlar oluşmakta, bundan dolayı kadınlar tedavi edilmekte, ancak tedaviye ihtiyacı olan birçok kadında zamanında hizmet almamaktadır (9).

İstenmeyen gebeliklerin sayısını ve dolayısıyla

düşüklerin sayısını azaltmak için, AP hizmetlerinin erişilebilir olması ve AP yöntemlerinin kullanımının artırılması gerekmektedir. Kadınların yüksek kaliteli AP hizmeti aldıkları yerlerde, isteğe bağlı gebelik sonlandırmanın azaldığı tespit edilmiştir. Bu durum AP hizmetlerinin düşüklüğü azaltmadaki temel rolünü göstermektedir (4). Ancak, gelişmekte olan ülkelerde üreme çağındaki 257 milyon kadının gebelik istememelerine rağmen modern bir doğum kontrol yöntemi kullanmadığı (2-4) ve ülkemizde de her 10 kadından 7'sinin AP hizmeti ihtiyacı olmasına rağmen kadınların %53'ünün modern yöntem kullanmadığı görülmektedir (8).

Dünyada kadınların AP yöntemleri kullanmama nedenleri arasında;

- Sunulan AP yöntemlerinin/seçeneklerin sınırlı sayıda olması,
- Gençlerin, yoksulların veya evlenmemiş olanların AP yöntemlerine erişimlerinin zor olması,
- AP yöntemlerinin yan etkilerinden korkma,
- AP yöntemlerine ilişkin, kültürel engeller veya dini görüşler,
- Mevcut hizmetlerin kalitesinin düşük olması,
- Kullanıcılar ve sağlayıcıların önyargıları,
- Cinsiyet temelli engeller, yer almaktadır (2,3). Bunlara ek olarak ülkemizde de kadınların AP yöntemleri kullanmama nedenleri arasında, dini nedenler, yan etki korkusu, sağlık kaygısı, eşin AP kullanmaya izin vermemesi gibi nedenler de yer almaktadır (8).

İstenmeyen gebelikleri önlemek için kullanılacak yöntemler geleneksel ve modern yöntemler olmak üzere sınıflandırılmaktadır. Modern yöntemler arasında yer alan KOK'lar yani doğum kontrol hapları; doğal hormonların sentetik analogları olan östrojen ve progesteron içermektedir. Bu sentetik hormonlar, kadın üreme sisteminin hipotalamus-hipofiz gonadal eksenini etkilemektedir (10). Bu etkiyle KOK'lar; öncelikle ovulasyonu baskılar, servikal mukusu kalınlaştırır, endometriyum inceltir ve tuba motilitesini azaltarak istenmeyen gebeliklerden korur (1,2,11) KOK'lar doğru ve düzenli kullanıldığında %99,7, yaygın kullanıldığı şekliyle %93,0 gebelikten korumaktadır (1,2).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 sonuçlarına göre ülkemizde kadınlar arasında

en çok bilinen gebeliği önleyici modern yöntem %97,0 ile KOK'lardır. Ancak evli kadınlar arasında en az (%5,0) tercih edilen ve kullanmaya başladıktan sonra 12 ay içinde (%48,0) en çok bırakılan yöntemdir (8). KOK'lar genelde yan etkileri/sağlık kaygısı (%21,0), gebe kalma (%10,1), başka bir yöntem geçmeyi isteme (%22,8) gibi nedenlerle bırakılmaktadır (8). Benzer yıllarda ülkemizin farklı şehirlerinde yapılmış araştırmalar incelendiğinde de hap kullanımının (%6,5-12,8) TNSA verilerine benzer şekilde düşük olduğu görülmektedir (12-18). Dünyada KOK'ların kullanım yüzdesine bakıldığında, Birleşik Arap Emirlikleri, gelişmiş ülkeler ve Latin Amerika'da yüksek olduğu (sırasıyla %19, %18, %15) Asya ve Pasifik, Doğu ve Güney Afrika ile Doğu Avrupa ve Orta Asya'da (sırasıyla %6, %6, %5) ülkemizdekine benzer düzeyde olduğu görülmektedir. Dünya genelinde ise KOK'ların kullanım oranı %7'dir (19).

Ülkemizde KOK'lar yüksek oranda bilinmelerine karşın, kullanıcıların KOK'lara uyum ve devamlılığı sağlayamaması büyük bir sorundur. İdeal kullanımlarda KOK'lar istenmeyen gebeliklere karşı çok iyi koruma sağlar, ancak KOK'ların, uyum ve devamı ile ilgili sorunlar yüzünden "gerçek hayatta" etkinliği çok daha düşüktür (20). KOK'ların yan etkileri/yan etkilerin görüleceği korkusu, uyum sorunlarına ve kullanımında çekincelere neden olmaktadır (20,21). Sağlık çalışanları, KOK'ların kullanımını artırmak ve kullanımının sürekliliğini sağlamak için yararları ve yan etkileri hakkında, kişiye özel, yöntem uygun detaylı danışmanlık vermelidir (20).

Kombine Oral Kontraseptifler için Yönteme Özel Danışmanlık

Danışmanlık için gelen kadınlar, danışmanlığa gelirken genellikle yöntemler hakkında ön yargıyla gelirler. KOK'larla ilgili olarak da toplumda yanlış bilinen birçok inanış vardır, örneğin; kadının vücudunda hormon birikmesine neden olacağı düşüncesiyle haplara ara vermek gerektiği, sadece cinsel birlikteliğin olacağı günlerde hapları almanın yeterli olacağı, hapların kullanımının kadınları kısırlaştırdığı, doğum kusurlarına veya çoklu doğumlara neden olduğu, cinsel isteği azalttığı, kullanırken gebe kalırsa gebeliğe zarar verdiği, kilo aldıracağı, tüylenme yaptığı gibi inanışlar vardır (1,21). Bu inanışlar hem kadınların gebelikten korunmak için yöntem

olarak KOK'u tercih etmesini etkilemekte hem de kullanıcıların KOK'dan kolay vazgeçmelerine neden olmaktadır. Bu yanlış inanışların düzeltilmesinde sağlık çalışanlarına önemli roller düşmektedir. Bilgilendirme ve danışmanlıkta kadınların varsa sahip olduğu yanlış inanışlar, ön yargılar düzeltilebilir ve KOK'ların bilinen yararlarından bahsedilebilir. Kanıtlara göre KOK kullanımıyla; gebelikten korumanın yanı sıra yumurtalık, endometriyal ve kolorektal kanser riski, yoğun âdet kanamaları, semptomatik pelvik inflamatuvar hastalık riski azalmakta, adet döngüsü düzenli hale gelmekte ve dismenore hafiflemektedir. Ayrıca KOK'lar gebelikten korumanın yanı sıra hirsutizm, polikistik over, akne, premenstrüel sendrom, demir eksikliği anemisi, endometriozis gibi rahatsızlıkları olan kadınlar için tedavi edici olarak da kullanılabilir (1,22). Bazı incelemeler, KOK kullanımının meme kanseri riskinde çok küçük bir artışa neden olduğunu belirtse de, bu riskin genç yaşta kadınlar da çok daha düşük olduğu ve KOK kullanımının birçok yararı olduğunun da göz önüne alınması gerektiği vurgulanmaktadır. KOK kullanımı, gebeliği önlemede çok etkilidir ve diğer kanser türlerine karşı koruma sağlayarak kadının genel kanser riskini azaltabilir. Ayrıca, kanser riskini azaltmak isteyen herkes için sigara içmemek, sağlıklı ve dengeli beslenmek, daha az alkol içmek ve sağlıklı kiloyu korumak en büyük etkiyi yaratacaktır. Bu nedenle KOK kullanmaya karar vermek kişisel bir seçimdir (23-26). Aile planlaması danışmanı, KOK kullanımına bağlı yan etkilerin oluşmaması için kadınlara yöntem özel danışmanlık verirken, tıbbi uygunluk kriterlerini iyi sorgulamalı, ayrıntılı öykü almalıdır. Aslında birçok kadın, kendisi kontrol edebildiği, sağlık çalışanlarının yardımı olmadan herhangi bir zamanda bırakılabildiği cinsel ilişkisini etkilemediği, kullanımı ve temin edilmesi kolay olduğu için KOK kullanmayı tercih etmektedir (1). Hemen hemen tüm kadınlar menarştan menopoza güvenli ve etkili bir şekilde KOK'ları kullanabilir. Bunlar;

- Çocuk sahibi olan ya da olmayan,
- Evli ya da bekâr,
- Ergenler ve 40 yaşın üzerindeki kadınlar da dâhil, her yaş grubundaki kadınlar,
- Doğumdan bir süre sonra ve emzirme sırasında,
- Yakın zamanda kürtaj olanlar, düşük veya

- ektopik gebelik geçirenler,
- 35 yaşın altında olup sigara içenler,
- Şimdi ya da geçmişte anemisi olanlar,
- Varisleri olanlar,
- Antiretroviral tedavi alsın almasın, HIV'li olan kadınlardır (1).

İyi ve standartlara uygun bir AP hizmeti vermek için birçok aile planlaması programı tarama, muayene, tedavi ve takip prosedürlerini içermektedir. Sağlık personeli ve maddi kaynaklar bu prosedürleri yürütmek için yeterliyse, yapılmaları önerilmektedir. Ancak bu prosedürler AP yöntemlerinin kabulü ve kullanımı için ön koşul olarak görülmemeli ve gereksiz prosedürlerden de kaçınılmalıdır (1,27). Kadınlar KOK'ları kullanmaya; pelvik muayene, herhangi bir kan testi veya başka rutin laboratuvar testleri, rahim ağzı kanseri taraması ya da meme muayenesi yapılmadan başlayabilir. Ayrıca kadın hamile olmadığından makul ölçüde emin ise hamilelik testi yapılması gibi prosedürler uygulanmadan da KOK kullanmaya herhangi bir zamanda başlayabilirler. Kadınların KOK kullanıp kullanmayacağına karar vermek için genellikle iyi bir öykü almak yeterlidir (1).

KOK ya da herhangi başka bir gebelikten koruyucu yöntem kullanmaya başlamadan önce kadınların gebe olup olmadığını belirlemek için aşağıdaki sorular kadına sorulur:

1. Son âdet kanamanız son 7 gün içinde mi başladı?
2. Son âdet kanamanızdan, doğumunuzdan, kürtajınızdan veya düşüğünüzden beri cinsel ilişkiden kaçındınız mı?
3. Son âdet kanamanızdan, doğumunuzdan, kürtajınızdan veya düşüğünüzden beri doğru ve tutarlı bir şekilde etkili bir kontraseptif yöntem kullandınız mı?
4. Son 4 hafta içinde doğum yaptınız mı?
5. 6 aylıktan küçük bir bebeğiniz var mı? Ve bebeğiniz sadece anne sütü ile mi besleniyor? Ve doğumdan bu yana henüz âdet kanamanız olmadı mı?
6. Son 7 gün içinde düşük veya kürtaj oldunuz mu?

Kadın yukarıdaki sorulardan en az bir tanesine evet yanıtını verirse gebe değildir. Kadın en az bir soruya hayır yanıtı verirse gebelik göz ardı edilemez ve başka yollarla gebelik olup olmadığı incelenmelidir (1). Gebelik olmadığı

belirlendikten sonra kadın KOK'lar için tıbbi uygunluk kriterlerine göre değerlendirilmelidir. Tıbbi uygunluk kriterlerine göre değerlendirilirken kadına, bilinen tıbbi durumlarla ilgili aşağıdaki sorular sorulur;

1. 6 aydan küçük bir bebeğiniz var mı? Bebeğinizi emziriyor musunuz?
2. Son 3 hafta içinde doğum yaptınız mı ve emzirmiyor musunuz?
3. Sigara içiyor musunuz?
4. Karaciğer sirozu, karaciğer enfeksiyonu veya karaciğerinizde tümör var mı? KOK'ları kullanırken hiç sarılık geçirdiniz mi?
5. Yüksek tansiyonunuz var mı?
6. 20 yıldan uzun bir süredir diyabet hastalığınız var mı? Diyabete bağlı olarak damarlarınızda, gözlerinizde, böbreklerinizde ve sinir sisteminizde bir sorun oldu mu?
7. Safra kesesi hastalığınız var mı veya safra kesesi hastalığından dolayı ilaç kullanıyor musunuz?
8. Hiç felç, derin ven trombozu, pulmoner emboli, kalp krizi veya ciddi bir kalp problemi yaşadınız mı?
9. Meme kanserinizi var mı ya oldu mu?
10. Şiddetli baş ağrınız olur mu ve başınızın ağrıyacağını ışık, koku gibi belirtilerle önceden hisseder misiniz? Birkaç saatten birkaç güne kadar sürebilen sık sık başın bir tarafında şiddetli baş ağrısı çekiyor musunuz ve bulantı veya kusmaya neden oluyor mu (migren baş ağrıları)? (Bu tür baş ağrıları genellikle ışık, gürültü veya hareket etme ile daha da kötüleşir.)
11. Nöbet geçirmemek için ilaç kullanıyor musunuz? Tüberküloz veya diğer hastalıklar için rifampisin veya rifabutın kullanıyor musunuz?
12. Bir hafta veya daha uzun süre yürümenizi engelleyecek önemli bir ameliyat olacak mısınız?
13. Yaş, sigara, yüksek tansiyon veya diyabet gibi, kalp hastalığı (koroner arter hastalığı) veya felç geçirme olasılığınızı arttıracak çeşitli durumlarınız var mı?

Kadın bütün sorulara "Hayır" yanıtını verirse, istediği zaman KOK'lara başlayabilir, bir soruya "Evet" yanıtını verirse DSÖ'nün Aile Planlaması Kitabı'ndaki talimatlar izlenir. Bu sorular aynı zamanda kombine yama ve kombine vajinal halka için de geçerlidir (1).

Kadının KOK kullanmasına engel durum olduğunda ve diğer yöntemler de kadın için uygun olmadığında veya kabul edilemediğinde, kadının durumunu dikkatlice değerlendirebilen nitelikli bir sağlık çalışanı KOK kullanıp kullanamayacağına karar vermelidir. Bu durumda izlenecek yol rehberde anlatılmaktadır (1). Bazı risk faktörlerine sahip kadınlarda çok nadir olmakla birlikte, KOK'ların kullanımına bağlı olarak venöz tromboembolizm, arteriyel tromboz, pulmoner emboli ve bazı kanser türleri riski biraz artabilir (1,20).

KOK kullanım sırasında yaşanan yan etkiler ve sorunlar KOK'ların bırakılmasında en önemli nedendir. Bu nedenle yönetime özel danışmanlıkta, KOK kullanımı sırasında görülebilecek yan etkiler konusunda kadını bilgilendirmek çok önemlidir. Tablo 1'de bu konudaki öneriler özetlenmiştir (1).

Kombine Oral Kontraseptifler için İzlem Danışmanlığı

KOK'ların kullanımında izlem ziyaretlerini planlama;

- Eğer kadın hapları sağlık merkezinden temin ediyorsa, elindeki hapları tüketmeden önce tekrar gelmesi için teşvik edilmelidir.
- Hiçbir yakınması olmasa da her yıl bir kez ve

herhangi bir yakınma olursa istendiği zaman kontrole gelmesi gerektiği söylenmelidir.

- Herhangi bir nedenle hap bırakılmak istenirse, bırakılmadan önce sağlık personeline danışılması gerektiği hatırlatılmalıdır (1,11).

İzlem ziyaretleri ve kadınla kurulan her temas, herhangi bir soruyu yanıtlama, herhangi bir soruna yardımcı olma ve hapların doğru kullanımını kontrol etme fırsatı sunar.

KOK'ların kullanımı sırasında acil olarak sağlık kuruluşuna başvurulması gereken durumlar

Kadın KOK'ları kullanırken; şiddetli baş ağrısı, şiddetli göğüs ağrısı, nefes darlığı, şiddetli karın ağrısı, şiddetli uyluk-bacak ağrısı, görme-konuşma bozukluğu, sarılık, adet olmazsa veya adet kanaması az olursa kontrol tarihi beklenmeksizin bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır (11).

KOK'ları Kullanırken Görülebilecek Yan Etkiler ve Öneriler

KOK kullanım sırasında görülen yan etkiler ya da ilgili sorunlar yönetime bağlı olabilir veya olmayabilir, ancak bu sorunlar kadınların memnuniyetini ve KOK kullanımını etkilemektedir. Bu nedenle izlem danışmanlıkları sırasında, danışan yan etkiler veya sorunlar bildirirse, endişelerini dinlemeli, tavsiyede bulunmalı, desteklemeli ve gerekirse tedavi edilmelidir.

Tablo 1. Yönetime özel danışmanlık sırasında KOK'ların yan etkileri hakkında açıklamalar ve öneriler

Kadına, yönetime özel danışmanlık sırasında sık görülen yan etkilerden bahsedilmelidir	<p>İlk birkaç ayda beklenmedik zamanlarda kanama görülebilir (düzensiz kanama). Daha sonra daha hafif, daha kısa ve daha düzenli adet kamaları görülür.</p> <p>Baş ağrısı, meme hassasiyeti, kilo değişimi ve muhtemelen başka yan etkiler görülebilir.</p>
Bu yan etkiler açıklanmalıdır	<p>Yan etkiler hastalık belirtileri değildir.</p> <p>Çoğu yan etkiler KOK'ların kullanımından sonraki birkaç ayda genellikle azalır veya durur.</p> <p>Yaygındır, ancak bazı kadınlarda görülmezler.</p>
Kadına yan etkiler görüldüğünde ne yapacağı açıklanmalıdır	<p>Kadın hapları almaya devam etmelidir. Hapları atlamak hamilelik riskini artırır ve bazı yan etkileri daha da kötüleştirebilir.</p> <p>Düzensiz kanamayı azaltmaya ve hatırlamaya yardımcı olmak için hapları her gün aynı saatte alınması gerektiği açıklanır.</p> <p>Mide bulantısını önlemek için haplar, yemeklerle birlikte veya yatmadan önce alınır.</p> <p>Kadın, eğer yan etkilerden rahatsız olursa veya başka endişeleri olursa, yardım için geri gelebileceği açıklanır.</p>

Önerileri anladığından ve kabul ettiğinden emin olunmalıdır. Bu nedenle danışmaların dinleme ve öğrenme becerine hâkim, yargılayıcı olmadan iyi birer dinleyici olması, “sorunun yönetime bağlı mı, değil mi?” değerlendirmesini yapabilmek için yöntemler konusunda yeterli bilgi ve beceriye de sahip olması çok önemlidir. Kadınlar yan etkiler görülse bile her gün bir hap almaya devam etmesi için teşvik edilmelidir. Çünkü unutulmuş/atlanan haplar gebelik riskine neden olur ve bazı yan etkileri daha da kötüleştirebilir. KOK’lar, kullanmaya başladıktan birkaç ay sonra birçok yan etki azalacaktır. Ancak yan etkilerin geçmediği bir kadın için, eğer varsa en az 3 ay boyunca kullanması için KOK’ların farklı bir kombinasyonu verilebilir ya da o anda isterse veya sorunların üstesinden gelemediğinde; kadına başka bir yöntemi seçmesi teklif edilir (1).

Bazı kadınlar KOK kullanırken kanama düzenindeki değişiklikler (daha hafif kanama, düzensiz kanama, seyrek kanama, aylık kanama görülmemesi), baş ağrısı, baş dönmesi, mide bulantısı, göğüslerde hassasiyet, kilo değişimi, ruh hali değişiklikleri, akne (artırılabilir veya daha da kötüleşebilir, ancak genellikle tedavi edicidir, iyileştirir) gibi durumlardan yakınmaktadır (1). Kullanım ve devamlılık oranlarını etkileyen bu ve diğer yan etkiler hakkında kapsamlı danışmanlık, yönetime güvenmenin önemli bir parçasıdır. Aşağıda KOK’lar kullanıldığında görülen/yaşanan bazı sorunlarda neler yapılacağı anlatılmıştır.

KOK’ları kullanırken görülen bazı sorunlarda danışmanlık

Kanama düzenindeki değişiklikler: Kanama değişiklikleri ile ilgili danışmanlık, bir kadının kaygı duymadan yöntemi kullanmaya devam etmesi için en önemli yardım olabilir.

Düzensiz Kanama: Beklenmeyen zamanlarda görülen kanama kadını rahatsız eder. KOK kullanan birçok kadında düzensiz kanama görülür ancak bu kanamalar zararlı değildir ve ilk birkaç aylık kullanımdan sonra genellikle azalır veya görülmez. Düzensiz kanamanın diğer olası nedenleri arasında; unutulmuş haplar, hapların farklı zamanlarda alınması, kusma veya ishal, antikonvülsan, rifampisin veya rifabutin alınması yer almaktadır. Kadın KOK kullanımı dışında, düzensiz kanamaya neden olabilecek diğer olası nedenler konusunda sorgulanmalıdır.

Düzensiz kanamayı azaltmak için:

- Kadınlara hapını her gün aynı saatte alması hatırlatılmalıdır.
- Kusma, ishal ya da hap almayı unuttuğu durumlarda ve sonrasında ne yapacağı öğretilmelidir. Tablo 2’de bu durumda yapılacaklar özetlenmiştir.
- Kadına kısa süreli rahatlaması için, 5 gün boyunca yemeklerden sonra günde 3 kez 800 mg ibuprofen veya başka nonsteroid antienflamatuvar ilaç (NSAID) verilebilir. NSAID’ler düzensiz kanama başladığında başlanır. NSAID’ler KOK’lar, implantlar, sadece progestin içeren enjeksiyonlar ve rahim içi araçların kullanımı sırasında görülebilecek düzensiz kanamaların azalmasını sağlar.
- Kadın KOK’ları birkaç aydan uzun süredir kullanıyorsa ve NSAID’ler yan etkileri azaltmadıysa, danışana KOK’ların farklı bir kombinasyonunu verilebilir. Ayrıca yeni hapları en az 3 ay süreyle kullanmasını söylenir. Bunlara rağmen düzensiz kanama devam ederse veya normal âdet kanaması birkaç ay sonra görülürse, âdet kanaması olmazsa, bu durumun başka nedenlerden kaynaklanabileceğinden şüpheleniliyorsa yöntem kullanımıyla ilgili olmayan koşullar göz önünde bulundurulmalıdır (1).

Âdet Kanaması Olmazsa: Kadına herhangi bir kanamasının olup olmadığını sorulur. Bazen iç çamaşırında küçük bir lekelenme olabilir ve kadın bu durumu âdet kanaması olarak algılayabilir. Bu durumlarda kadına, KOK’ları kullanırken her ay âdet kanaması olmayabileceği ve bu durumun zararlı olmadığı konusunda güven verilir. Her ay kanama olmayabilir; bu durum gebelikte kanama olmamasına benzer ancak gebelik ya da kısırlık anlamına gelmez. Kanamanın olmaması kanın kadının içinde birikmesine neden olmaz. Bazı kadınlar âdet kanamalarından kurtuldukları için mutlu olurlar ve bazı kadınlar için bu durum kansızlığını önlemeye yardımcı olabilir. Kadına hapları her gün düzenli alıp almadığını sorulur. Eğer düzenli alıyorsa, kadına hamile olmasının muhtemel olmadığını ve KOK’ları eskisi gibi almaya devam etmesi söylenir. Kadına paketler arasındaki 7 günlük arayı atlayıp atlamadığı sorulur? Eğer atladiysa hamile olmadığı konusunda kadına güven verilir ve KOK’ları eskisi gibi almaya devam etmesini söylenir.

Kadın hapları unutmussa veya yeni pakete geç başlamışsa:

- KOK'ları kullanmaya devam edebilir.
- Üç ya da daha fazla hap unutulmuşsa veya yeni bir pakete üç ya da daha fazla gün sonra başlamışsa, hamilelik belirtileri yönünden değerlendirilir.
- Unutulan haplarla ilgili talimatlar uygulanır. Tablo 2'de hapların alınmasının unutulması durumunda yapılacaklar özetlenmiştir (1).

Sıradan Baş Ağrıları (Migren Dışı): Aspirin (325-650 mg), ibuprofen (200–400 mg), parasetamol (325-1000 mg) veya başka bir ağrı kesici önerilebilir. Bazı kadınlar haplara ara verdikleri hafta boyunca baş ağrısı yaşayabilirler. KOK'ların kullanımı sırasında daha da ağırlaşan veya daha sık görülen baş ağrıları varsa bu durum değerlendirilmelidir (1).

Bulantı veya Baş Dönmesi: Bulantıyı önlemek için KOK'ları yatmadan önce veya yiyeceklerle birlikte alınması önerilebilir. Bulantı ya da baş

Verilecek anahtar mesaj	En kısa zamanda unutulmuş hapı alması söylenir. Her zamanki gibi her gün bir tane hap almaya devam etmelidir (Aynı anda veya aynı günde farklı zamanlarda 2 hap alabileceği kadına söylenir).
1 veya 2 hap unutulduğunda/ yeni pakete 1 veya 2 gün gecikmeli başlanıldığında	En kısa sürede bir hap alması söylenir. Hamilelik riskinin olmadığı veya çok az olduğu söylenir.
İlk veya ikinci haftada üst üste 3 gün veya 3 günden fazla hap unutulduğunda/ yeni pakete 3 veya 3 günden fazla gecikmeli başlanıldığında	En kısa sürede bir hap alması söylenir. Sonraki 7 gün boyunca yedek bir yöntem kullanılmalıdır. Son 5 gün içinde cinsel ilişki olduysa, acil kontrasepsiyon önerilmelidir.
Üçüncü haftada 3 veya daha fazla hap unutulduğunda	En kısa sürede bir hap alması söylenir. Eğer 21 günlük bir paket kullanıyorsa paketteki kalan diğer tüm hapları (aynı anda alınacak) içmesi söylenir. Eğer 28 günlük haplardan kullanıyorsa, paketteki tüm hormon içeren hapları içmesi söylenir. Hormon içermeyen 7 tane hapı atması ve ertesi gün yeni bir pakete başlaması söylenir. Sonraki 7 gün boyunca yedek bir yöntem kullanılmalıdır. Son 5 gün içinde cinsel ilişki olduysa, acil kontrasepsiyon önerilmelidir.
Hormonal olmayan haplar unutulduğunda (28 haplık bir paketteki son 7 hap)	Unutulan hormon içermeyen hapları atması söylenir. Kalan diğer hormon içermeyen hapları her gün bir tane olmak üzere almaya devam etmesi ve yeni pakete her zamanki gibi başlaması söylenir.
Şiddetli kusma veya ishal durumunda	Bir hap aldıktan sonra 2 saat içinde kusma olursa, mümkün olan en kısa sürede paketten başka bir hap alması, ardından her zamanki gibi hapları alınmaya devam etmesi söylenir. İki günden uzun süredir kusma veya ishal devam ediyorsa, 3 veya daha fazla unutulmuş haplar için uygulanan talimatlar uygulanır.

dönmesi için kullanılacak ilaç ya da diğer çözümler düşünülebilir. Eğer bulantı yeni bir pakete başlandığında oluyorsa genişletilmiş kullanım önerilebilir (KOK'ların genişletilmiş ve sürekli kullanımı Tablo 3'te açıklanmıştır) (1).

Göğüslerde Hassasiyet: Egzersiz ve uyku sırasında da kullanacağı destekleyici bir sütyen takması önerilebilir. Göğüslere sıcak veya soğuk kompres uygulaması denenebilir. Aspirin (325-650 mg), ibuprofen (200-400 mg), parasetamol (325-1000 mg) veya başka bir ağrı kesici önerilebilir (1).

Kilo Değişiklikleri: Kadının diyeti ve bu konuda danışmana ihtiyacı olup olmadığı

değerlendirilmelidir (1).

Duygu Değişiklikleri ya da Cinsel Yaşamdaki

Değişiklikler: Bazı kadınlar da haplara ara verdikleri hafta boyunca duygu değişiklikleri görülebilir. Bu durumda genişletilmiş hap kullanımı önerilebilir (Bakınız: Tablo:3). Kadına eşiyile olan ilişkisi de dahil olmak üzere, hayatındaki ruh halini veya cinsel yaşantısını/isteğini etkileyebilecek değişiklikler sorulur. Kadına uygun destek verilir. Majör depresyon gibi ciddi ruh hali değişiklikleri olan danışanlara özen gösterilmeli, değerlendirilmesi için sevk edilmelidir (1).

Akne: KOK'ların kullanımıyla akneler genellikle

Genişletilmiş ve Sürekli Kullanım	<p>Normal kullanım: 28 günlük paketler için; 3 hafta hormonal hap ve bir hafta hormon içermeyen hap alınmasına; 21 günlük paketler için 3 hafta hormonal hap ve bir hafta hap alınmasına denir.</p> <p>Genişletilmiş kullanım: Bazı KOK kullanıcısı kadınların normal döngüyü izlemeyip, ara vermeden 12 hafta boyunca hormonal hap alması ve ardından bir hafta hormonal olmayan hapları almasına (veya hiç hap almamalarına) denir.</p> <p>Sürekli kullanım: Bazı kadınlar hiçbir şekilde ara vermeden hormonal hap almasına denir. Tek fazlı haplar bu tür bir kullanım için tavsiye edilmektedir.</p> <p>Kadınlar, nasıl kullanmaları gerektiği konusunda doğru şekilde bilgilendirildiklerinde, KOK'ların farklı şekillerde kullanımını kolaylıkla yönetebilirler. Birçok kadın, hap kullanımını ayarlayarak adet kanamasının zamanlamasını kontrol edebilmeyi önemser.</p>
Genişletilmiş ve Sürekli Kullanımın Yararları	<p>Yılda sadece 4 kez âdet kanaması görülür veya hiç görülmez.</p> <p>Bazı kadınların hormonal hap almadıkları hafta boyunca baş ağrısı, premenstrüel sendrom, ruh hali değişiklikleri ve ağır veya ağrılı âdet kanamaları azalır.</p>
Genişletilmiş ve Sürekli Kullanım Dezavantajları	<p>Özellikle de daha önce hiç KOK kullanmamış kadınlarda düzensiz âdet kanamaları ilk 6 ay boyunca görülebilir.</p> <p>Yıllık tüketim artar (Yılda 13 paket yerine 15 ile 17 paket kullanmak gerekebilir)</p>
Genişletilmiş Kullanım Talimatı	<p>Her gün bir tane olmak üzere üst üste 84 hormonal hap alınır (Bunlar 4 aylık paketlerdeki hormonal haplardır.) 28 haplık paket kullanıcıları, hormonal olmayan hapları almazlar.</p> <p>84 hormonal hap alındıktan sonra 7 gün beklenir ve bir sonraki hap paketine 8. günde başlanır (28'li hap paketini kullananlar isterlerse 7 gün ara vermeyip bu sürede 4'üncü paketteki hormonal olmayan hapları alabilirler ve bunlar bittikten sonra ertesi gün yeni bir pakete başlayabilirler). Hormonal hapların kullanılmadığı bu hafta bir miktar kanama olabilir.</p>
Sürekli Kullanım Talimatları	<p>Bir kadın KOK'ları kullanmak istediği sürece her gün bir hormonal hap almalıdır. Rahatsız edici düzensiz kanamalar olursa, 3 ya da 4 gün boyunca hap almayı bırakılabilir, ardından tekrar, düzenli olarak her gün hormonal hap alınmaya başlanmalıdır.</p>

iyileşir. Nadir de olsa çok az kadında akneler kötüleşebilir. Kadın KOK'ları birkaç aydan uzun süredir kullanıyorsa ve akneler devam ediyorsa kadına KOK'ların farklı bir kombinasyonu verilir ve en az 3 ay süreyle kullanması söylenir. Akneler için kullanılacak diğer tedaviler için yönlendirilebilir (1).

Metotları Kesmeyi/Değiştirmeyi

Gerektirebilecek Yeni Problemler: Ortaya çıkan yeni sorunlar metotla ilgili ya da ilgisiz olabilir.

Açıklanamayan ağır/uzun süreli vajinal

kanamalar: Açıklanamayan vajinal kanamalar yöntemle ilgili olmayan tıbbi bir durumu gösterir. Kadın anamnezi ve pelvik muayenesine göre değerlendirilmeli uygun teşhis konarak tedavisi yapılmalıdır. Kadın, kanamaya neden olan durum değerlendirilirken KOK'ları kullanmaya devam edebilir. Eğer kanama, cinsel yolla bulaşan enfeksiyondan veya pelvik inflamatuvar hastalıktan kaynaklanıyorsa kadın tedavi sırasında KOK'ları kullanmaya devam edebilir (1).

Antikonvülsanlar, rifampisin veya rifabutin

kullanmaya başlama: Barbitüratlar, karbamazepin, okskarbazepin, fenitoin, primidon, topiramet, rifampisin ve rifabutin, KOK'ların, yamanın ve kombine vajinal halkanın etkinliğini azaltır. KOK'lar ve aylık enjeksiyon gibi hormonal yöntemler de lamotrigine'nin etkinliğini azaltır. Eğer kadın bu ilaçları uzun süre kullanacaksa, sadece progestin içeren enjeksiyonlar, implant, bakırlı RİA veya LNG-RİA gibi farklı bir yöntem kullanması önerilebilir. Kadın bu ilaçları kısa süreli kullanacaksa da, KOK'larla birlikte yedek bir yöntem kullanması önerilir (1).

Migren baş ağrıları: KOK'ları kullanan kadının yaşına bakılmaksızın auralı migreni varsa veya 35 yaş ve üzeri olup aurasız migreni varsa KOK kullanmayı bırakmalıdır. Kadına östrojen içermeyen bir yöntem seçmesi için yardım edilir. 34 yaş altı aurasız migrende KOK verilebilir. (1).

Kadının bir hafta veya daha uzun süre boyunca yürütmesine engel olabilecek

durumlar: Kadın büyük bir ameliyat geçirecekse veya bacağı alçıda veya başka nedenlerden dolayı birkaç hafta hareket edemeyecekse, şunları yapması önerilmelidir:

- Doktoruna KOK kullandığını söylemelidir.

- Bu süre zarfında KOK'ları almayı durdurmalıdır ve yedek bir yöntem kullanılmalıdır.
- Tekrar hareket etmeye başladıktan 2 hafta sonra KOK'lara yeniden başlayabilir (1).

Bazı ciddi sağlık sorunları (kalp veya ağır karaciğer hastalığı, hipertansiyon, derin ven trombozu, pulmoner emboli, felç, meme kanseri, safra kesesi hastalığı, 20 yıldan uzun süredir diyabetli olmak ya da arter, görme, böbrek veya sinir sistemi hasarına neden olan diyabeti olmak, 35 yaş ve üzeri olup sigara içmek) ya da ciddi sağlık sorunlarının belirti ve bulguları varsa;

- Kadına KOK'ları kullanmayı bırakması söylenir,
- Durum değerlendirilinceye kadar kullanması için kadına yedek bir yöntem verilir,
- Eğer tedavi altında değilse, teşhis ve tedavi açısından değerlendirilmesi için yönlendirilir (1).

Gebelik şüphesi: Gebelik olup olmadığı

değerlendirilir. Gebelik var ise; kadına KOK'ları kullanmaması söylenir. KOK'lar kullanırken gebe kalınmış ise; KOK'ların fetüs için bilinen bir riskinin olmadığı belirtilir (1).

Sonuç olarak, kadınlara iyi bir danışmanlık verilmesi, onların gebelikten korunmak amacıyla bir yöntem kullanmaya başlaması ve kullanmaya devam etmesi için gerekli ve önemli bir sağlık hizmeti olup aynı zamanda bir üreme sağlığı hakkıdır. Kadınların istenmeyen gebeliklerden korunması, sağlık sisteminin gebelik sonlandırma ya da riskli gebeliklerle ilgili iş yükünün azaltır. Ancak bu, AP hizmetlerinin düzenli ve kaliteli olarak sağlanması ile mümkündür. Aile planlaması hizmetleri dolaylı olarak kadın, çocuk, aile dolayısı ile toplum sağlığına ve ülke ekonomisine katkıda bulunan önemli bir sağlık hizmetidir. AP danışmanları verdikleri hizmetin kalitesi için bilgilerini güncellemelidir. Bu makale mevcut son rehberler doğrultusunda bazı öneriler sunmaktadır.

İletişim: Sevgi Özsoy

E-Posta: sevgiozsoy09@gmail.com

Kaynaklar

1. World Health Organization Department of Sexual and Reproductive Health and Research (WHO/SRH) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center

- for Communication Programs (CCP), Knowledge SUCCESS. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2022 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO; 2022. p: 1-28. Erişim adresi: <https://fphandbook.org/sites/default/files/WHO-JHU-FPHandbook-2022Ed-v221115a.pdf>
2. World Health Organization. Family planning/contraception methods. World Health Organization. 2020. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
 3. UNFPA. Family Planning. UNFPA. 2022. Erişim adresi: <https://www.unfpa.org/family-planning#readmore-expand>
 4. FHI360. Promoting Family Planning. In: Facts for Family Planning. Durham, North Carolina: FHI360/Communication for Change Project; 2012. p. 6–13. Erişim adresi: https://fphandbook.org/sites/default/files/factsforfamilyplanning_0.pdf
 5. Singh S, Remez L, Sedgh G, Kwok L, Onda T. Abortion Worldwide 2017. Guttmacher Institute; 2018;68. Erişim adresi: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf
 6. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *Lancet Glob Health*. 2020 Sep; 8(9): e1152-e1161. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30315-6. Epub 2020 Jul 22. PMID: 32710833.
 7. Guttmacher Institution. Unintended Pregnancy and Abortion Worldwide. Guttmacher Institution. 2022. Erişim adresi: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb_iaw.pdf
 8. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Hacettepe Üniversitesi Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK. Ankara/Türkiye; 2018. s:148–149.
 9. World Health Organization. Abortion. World Health Organization. 2024. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
 10. Shukla A, Jamwal R, Bala K. Adverse effect of combined oral contraceptive pills. *Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*. 2016 Jan 1;10(1):17.
 11. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Aile Planlaması Danışmanlığı, Katılımcı Kitabı. Ankara, 2009; s: 346.
 12. Keskin DD, Keskin S. Aile Planlaması: Geleneksel ve modern yöntemler. *Selçuk Tıp Dergisi*. 2015;31(4):351–4.
 13. Gür Çalışkan B. The effect of age and educational status on the family planning method choice of women living in a rural area. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2014 Dec 26;18(4):189–94.
 14. Öztaş Ö, Baydar Artantaş A, Üstü Y, Uğurlu M. 18-49 Yaş grubu evli kadınların üreme sağlığı ve kontrasepsiyon hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. *Ankara Medical Journal*. 2015 Apr 28;15(2):67–76.
 15. Kutlu R, Sayın S, Uçar M, Aslan R, Demirbaş O. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre kontraseptif yöntem kullanma durumları ve bu yöntemleri tercih nedenleri. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 2014;18(3):134–41.
 16. Çeliker SP, Eray İK, Yurdakul FE, Yavuz AF. Assessment of contraceptive method preferences and pregnancy rates during method usage of women. *Ankara Medical Journal*. 2017;1:21–8.
 17. Tunç SY, Görük NY. The contraceptive method preference of gynecology out-patients and its relation with their education level. *J Clin Exp Invest*. 2012;3(4):529-32
 18. Kiyak Çağlayan E, Kara M, Aslan N. Contraceptive methods used by women living in Yozgat City. *Cumhuriyet Medical Journal*. 2014 Mar 28;36(1):57–61.
 19. UNFPA. Reproductive Health at the Global and Regional Levels. In: *Universal Access to Reproductive Health: Progress and Challenges*. UNFPA; 2016. p. 10–27.
 20. Brynhildsen J. Combined hormonal contraceptives: prescribing patterns, compliance, and benefits versus risks. *Ther Adv Drug Saf*. 2014 Oct;5(5):201-13.
 21. Helvacıoğlu Ç, Dağdeviren H, Kanawati A, Cengiz H, Ekin M. Oral kontraseptifler hakkında toplumun farkındalık düzeyi. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 2018;14:53–6.
 22. Carey MS, Allen RH. Non-contraceptive uses and benefits of combined oral contraception. *The Obstetrician & Gynaecologist*.

- 2012;14(4):223–8.
23. Satish S, Moore JF, Littlefield JM, Bishop IJ, Rojas KE. re-evaluating the association between hormonal contraception and breast cancer risk. *Breast Cancer: Targets and Therapy* 2023;15:227-35.
24. Fitzpatrick D, Pirie K, Reeves G, Green J, Beral V. Combined and progestagen-only hormonal contraceptives and breast cancer risk: A UK nested case–control study and meta-analysis. *PLoS Med* 2023;20(3):e1004188.
25. Hultstrand NJ, Gemzell-Danielsson K, Kopp Kallner H, Lindman H, Wikman P, Sundström-Poromaa P. Hormonal contraception and risk of breast cancer and breast cancer in situ among Swedish women 15–34 years of age: A nationwide register-based study. *The Lancet Regional Health - Europe* 2022;21:100470
26. Mørch LS, Skovlund CW, Hannaford PC, Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø. Contemporary hormonal contraception and the risk of breast cancer. *N Engl J Med* 2017;377:2228-39
27. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. World Health Organization, editor. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015. 276 p.



STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları Türkçe ve İngilizce yayımlanır.

Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:

- Başlık Sayfası:** Bu sayfada bulunması gerekenler:
Başlık: Kısa (en fazla 90 karakter), yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.
Yazarlar: Her yazarın adı soyadı, akademik derecesi, çalıştığı kurum ve kuruluş, iletişim bilgileri, e-posta adresi ve ORCID numarası (<https://orcid.org>) belirtilmelidir.
Sorumlu Yazar: Metinle ilgili yazışmadan sorumlu yazarın adı soyadı, e-posta ve açık adresi belirtilmelidir.
Sözcük Sayısı: Ana metnin sözcük sayısı, şekil ve tabloların sayısı paylaşılmalıdır.
Çıkar Çatışması: Çalışma ile ilgili bilinmesi gereken herhangi bir mali ilişki ya da çıkar çatışması (conflict of interest) veya rekabet (competing interest) alanları varsa açıklanmalıdır. Çalışmaya yapılan tüm mali katkılar ya da sponsorluklar, çalışmayla ilgili olabilecek mali ilişkiler ya da kişisel çatışma konuları belirtilmeli ve Çıkar Çatışması Formu tüm yazarlar tarafından imzalanmalıdır.
- Özet (Abstract) ve Anahtar Sözcükler:** İkinci sayfada yer alacak Türkçe ve İngilizce özet, çalışmanın ya da araştırmanın "Amaç (Objective)", "Yöntem (Method)", "Bulgular (Results)" ve "Sonuç (Conclusion)" alt başlıklarını içerecek şekilde yapılandırılmalıdır. Türkçe ve İngilizce özet 150-250 sözcükten oluşmalı ve birbirinin birebir çevirisi olmalıdır. Özeti altında üç ile altı anahtar sözcük (keywords) yer almalı ve sözcükler birbirinden noktalı virgül (;) ile ayrılmalı ve küçük harf ile başlanmalıdır. Anahtar sözcüklerin, Index Medicus'un Medical Subjects Headings (MeSH) başlığı altındaki "Tıbbi Konu Başlıkları" (<https://meshb.nlm.nih.gov/search>) terimlerinden seçilmesi gerekmektedir. Türkçe anahtar sözcükler için, bu amaçla hazırlanmış MeSH - Medical Subject Headings terimlerinin Türkçe karşılıklarını içeren anahtar sözcükler dizini olan Türkiye Bilim Terimleri (<https://www.bilimterimleri.com>) kullanılmalıdır.
- Giriş:** Bu bölümde, araştırma konusu hakkında ön bilgi verilmesi ve ana kavramlar açıklanmalı; amaç ve gerekçe belirtilmelidir.
- Gereç ve Yöntem:** Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak (araştırma türü, değişkenleri, yer ve zamanı, evren örnekleme, veri toplama yöntemi ve araçları) yer almalıdır. Yöntemler için kaynak gösterilmeli, yeni olan yöntemler tanımlanmalıdır. Etik kurallara uyum konusunda yapılan işler ve uyulan belgeler belirtilmelidir. Kullanılan istatistik yöntemleri, analiz için kullanılan bilgisayar programı ayrıntılı olarak açıklanmalıdır. Tip 1 hata düzeyi verilmelidir. Makalelerin biyoistatistiksel kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.
- Bulgular:** Bulgular metin içinde, tablo ve şekiller üzerinde gösterilmelidir. Metin içinde önemli veriler vurgulanıp özetlenmelidir. Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulgular, sayı ve yüzde olarak belirtilmelidir. Yazılarda, p değerleri açıkça verilmeli; 0,001'den küçük olanlar için $p < 0,001$ ifadesi kullanılmalıdır.
- Tartışma:** Elde edilen bulgular yorumlanmalı, çalışmanın yeni ve önemli yönleri ile çıkan sonuçlar güncel literatür eşliğinde vurgulanmalıdır. Bulguların ne anlama geldiğine ve bunların sınırlarına, ayrıca kısıtlılıklar ve güçlü yönleri yer verilmelidir. Bulgular bölümünün tekrarından kaçınılmalıdır.

- Sonuç ve Öneriler:** Sonuçların amaçla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalar ile tartışma bölümünün kısa tekrarından kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.
- Teşekkür:** Çalışmaya yazarlık kriterleri harici katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve gereşsel destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.
- Kaynaklar:** Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmeli, özellikle içerikler hariç 10 yıldan eski kaynaklar kullanılmamalıdır. Kaynaklar ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralanmalıdır. Ana metin, tablolar ve alt yazılardaki kaynaklar rakamlarla (1,2,4-7) belirtilmelidir. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılmamalıdır. En fazla otuz (30) kaynak yer almalı ve kaynak gösterme formatı olarak "Vancouver" stili kullanılmalıdır.

Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır:

Tipik dergi makalesi: Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996;124:980-3.

Kitap: Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany: Delmar Publishers; 1966.

Kitap bölümü: Murray IL. Care of the elderly. In: Taylor RB, ed. Family Medicine: Principles and Practice. 3rd ed. New York: Springer - Verlag;1988. p.521-32.

Web Sitesi: Clinical evidence on tinnitus. BMS Publishing Group. Available at: <http://www.clinicalevidence.com>. Accessed November 12, 2003

- Tablolar:** Tablolara ana metin içinde ilk geçtikleri sıraya göre numara (arabik) verilmelidir. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Metin içinde tablolara atıf yapılmalıdır. Tablonun her sütununa kısa ya da kısaltılmış bir başlık koyulmalıdır. Kullanılan standart dışı kısaltmalara ve açıklayıcı bilgilere dipnotta yer verilmelidir. Dipnotlar için sırayla kullanılacak simgeler *, †, § olmalıdır. Tablo içinde yatay ve dikey çizgi kullanılmamalı, başka bir kaynağın verileri kullanılıyorsa izin alınmalı ve bu durum belirtilmelidir.
- Şekiller ve Fotoğraflar:** Fotoğraf ve şekiller ana metin içinde ilk değinildikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için kaynak belirtilmelidir. Şekil, resim, tablo ve grafikler metin içinde geçtiği yerler ilgili cümlelerin sonunda parantez içinde belirtilmelidir.

Metinlerin Gönderilmesi: Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir.

Yazılar; <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sted> adresi üzerinden gönderilmelidir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'na yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmemektedir.

