



ANADOLU HEMŞİRELİK VE SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences

S A H İ B İ

Atatürk Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi Adına
Prof. Dr. Mağfired KASIKÇI

Editör: Prof. Dr. Nadiye ÖZER

Editör Yardımcısı: Dr.Öğr.Üyesi Aslı SİS ÇELİK

Yazı İşleri Müdürü: Prof. Dr. Nadiye ÖZER

Sekreter: Dr.Öğr.Üyesi Hatice POLAT

Yayın Yürütme Kurulu:

Doç. Dr. Gülay İPEK ÇOBAN

Dr.Öğr.Üyesi Fatma KURUDİREK

Dr.Öğr.Üyesi Nihan TÜRKOĞLU

Dr.Öğr.Üyesi Vesile ESKİCİ

Dizgi: Araş. Gör. Emrah AY

Araş. Gör. Merve KAYA

Araş. Gör. Seda KARAMAN

Araş. Gör. Zeynep OLÇUN

Cilt 21, Sayı 1 Hakem Kurulu /Volume 21, No 1 Advisory Board

Prof. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU

(Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI

(Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Prof. Dr. Kamile KABUKCUOĞLU

(Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Prof. Dr. Nurcan ÖZYAZICIOĞLU

(Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Prof. Dr. Zeynep ÖZER

(Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Doç. Dr. Arzu YILDIRIM

(Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Doç. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ

(Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık
Yüksekokulu)

Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK

(Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Doç. Dr. Dilek SARI

(Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Doç. Dr. Diler AYDIN

(Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi)

Doç. Dr. Duygu VEFİKULUÇAY YILMAZ
(Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu)

Doç. Dr. Emre YANIKKEREM

(Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi)

Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR

(Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Doç. Dr. Hicran YILDIZ

(Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Doç. Dr. Mualla YILMAZ

(Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu)

Doç. Dr. Nezihe UĞURLU

(Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi)

Doç. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL

(Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi)

Doç. Dr. Serap PARLAR KILIÇ

(Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Yazışma Adresi

Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT
Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
25240/ERZURUM

Tel: 0-442-2311448

E-mail: hyodergi@atauni.edu.tr

Fax: 0-442-2360984

Web: http://e-dergi.atauni.edu.tr

EDİTÖRDEN OKURA

Yayın hayatına 1998 yılında Atatürk üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi olarak başlayan; 2010 yılından itibaren yüksekokulun Sağlık Bilimleri Fakültesi'ne dönüşmesi ile Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi adı altında 2017 yılı sonuna dek "Hemşirelik" ağırlıklı olmak üzere diğer sağlık disiplinlerinde bilimsel bilgi birikimini yılda dört kez düzenli olarak paylaşan dergimiz; bu sayı ile birlikte Sağlık Bilimleri Fakültesi'nden ayrılarak Hemşirelik Fakültesi adı ile yoluna devam eden fakültemizin yayın organı olarak bilimsel bilgi paylaşımını sürdürecektir.

Bu yeni süreçle birlikte, dergide yeniden yapılanmaya gidilmiş ayrıca derginin elektronik ortamda yönetilmesi de tamamen DergiPark üzerinden yürütülmeye başlanmıştır. Geçiş süreci nedeniyle bir aylık gecikmeyle siz okurlarımız ve yazarlarımızla buluşturduğumuz bu sayıda 6'sı araştırma 2'si derleme kategorisinde 8 çalışma yer almaktadır.

Sürelili bilimsel yayıncılıkta kalite standartlarını daha ileriye taşımak dergi yayım politikamızdır. Zaman içinde yayın politikamızda gerçekleştireceğimiz düzenlemelerle kalite standartlarını geliştirmeyi hedeflediğimiz bu yolda, bundan sonra birlikte yürüyeceğimiz ekip arkadaşlarıma kolaylıklar ve başarılar dilerken; dergiyi 1998 yılından 2018 yılına taşımada emeği geçen akademik ve idari kadroya; elektronik ortamda karşılaştığımız güçlükleri/bilinmezlikleri aşmamızda desteği yadsınamayacak DergiPark Teknik Destek'ten Gülsultan Çavuşoğlu'na ve derginin var oluşu nedeni siz yazarlara ve okurlara teşekkürü bir borç bilirim.

Editör

Prof. Dr. Nadiye ÖZER

İÇİNDEKİLER

Editörden Okura

ARAŞTIRMA MAKALELERİ

- 1. Yaşam Doyumu, Doğum Sonrası Depresyon ve Özkıyım Olasılığı Arasındaki İlişki (The Relationship Between Life Satisfaction, Postpartum Depression and Suicide Intent)**
Hatice KUMCAĞIZ, İlknur AYDIN AVCI, Şennur CANER..... 1-9
 - 2. Öğrenci Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışlarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi (Analysis of Attitudes and Behaviors of Nursing Students towards Care-Focused Nurse-Patient Interaction in Terms of Some Variables)**
Saadet ERZİNCANLI, Arzu YÜKSEL..... 10-17
 - 3. Gebelerin Kendileri ve Bebekleri İçin D Vitamini Kullanım Farkındalığı (Pregnants Awareness of The Use of Vitamin D for Themselves and Their Infants)**
Ayça ŞOLT KIRCA, Gülümser DOLGUN..... 18-24
 - 4. Kadın Sağlık Çalışanları Kalıcı Aile Planlaması Yöntemleri Hakkında Ne Düşünüyorlar? Tek Durumlu Bir Örnek Olay Çalışması (What Women Health Practitioners Think about Perminent Family Planning Methods? A Qualitative Case Study)**
Rukiye DEMİR, Ayten TAŞPINAR 25-32
 - 5. Huzurevinde ve Evde Kalan Yaşlılarda Yalnızlık ve Algılanan Sosyal Destek ile Mutluluk Düzeyleri Arasındaki İlişki (Relationship of The Level of Loneliness and Perceived Social Support and Happiness in Elders Staying at Home and Nursing Home)**
Rahşan ÇEVİK AKYIL, Derya ADIBELLİ, Neşe ERDEM, Nükhet KIRAĞ, Betül AKTAŞ, Ayfer KARADAKOVAN..... 33-41
 - 6. Multiple Skleroz Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Ruhsal Durumları (Life Quality and Mental States of Patients with Multiple Sclerosis)**
Sevgi BULUNMAZ GÜLER, Fatma ERSİN..... 42-50
- ### DERLEME MAKALELER
- 7. Hemşirelik Uygulamalarına Yön Veren Uluslararası Hemşirelik Kuruluşlarının Çevre Sağlığı Yaklaşımları (Environmental Health Approaches in International Nursing Organizations Directing Nursing Practices)**
Süheyla ALTUĞ ÖZSOY, Hatice GÜRGEN ŞİMŞEK..... 51-59
 - 8. Prenatal Stresin Ana-Çocuk Sağlığı Üzerine Etkisi (Effect of Prenatal Stress on Maternal- Child Health)**
İlknur ATASEVER, Aslı SİS ÇELİK..... 60-68

Bu dergi Türkiye Tıp Dizini ile Türkiye Atıf Dizini kapsamında yer almaktadır.

ARAŞTIRMA

YAŞAM DOYUMU, DOĞUM SONRASI DEPRESYON VE ÖZKIYIM OLASILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Hatice KUMCAĞIZ*

İlknur AYDIN AVCI**

Şennur CANER***

Alınış Tarihi: 02.03.2017

Kabul Tarihi: 28.03.2018

ÖZET

Amaç: Bu araştırma ile annelerde yaşam doyumu, doğum sonrası depresyon ve özkıyım olasılığı arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı niteliktedir. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş 02.01.2016-30.12.2016 tarihleri arasında bir özel hastanenin çocuk polikliniğine başvuran, 0-6 aylık çocuğa sahip 316 anne çalışma kapsamına alınmıştır. Verilerin toplanmasında Yaşam Doyum Ölçeği, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen veriler, Pearson Korelasyon analizi ve Çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma sonuçlarına göre annelerin yaşam doyumu ile doğum sonrası depresyon düzeyi arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r = -.25$; $p < .01$). Annelerin yaşam doyumu ile intihar olasılığı arasında negatif yönde ve yüksek düzeyde ($r = -.53$; $p < .01$), doğum sonrası depresyon ile özkıyım olasılığı arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r = .53$; $p < .01$). Çoklu regresyon analizine göre annelerin doğum sonrası depresyon düzeyi ve özkıyım olasılığı puanlarının yaşam doyum puanlarının belirleyicisi olduğu saptanmıştır ($R = .532$, $R^2 = .283$, $p < .01$).

Sonuç: Annelerin yaşam doyumunu ile doğum sonrası depresyon düzeyi ve özkıyım olasılığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Yaşam doyumu; doğum sonrası depresyon; özkıyım olasılığı; hemşire.

ABSTRACT

The relationship between life satisfaction, postpartum depression and suicide intent

Aim: The study aims to examine the relationships between life satisfaction, postpartum depression, and suicide intent among mothers.

Methods: This study is a descriptive and correlational study. The study did not select the sample, rather it included 316 mothers who were admitted to the pediatric policlinic of a private hospital between the dates of 02.01.2016 and 30.12.2016, and who have 0-6 month children. The Life Satisfaction Scale, the Edinburgh Postpartum Depression Scale, and the Suicide Intent Scale were used for the data collection. The data were analyzed using Pearson's correlation analysis and multiple regression analysis.

Results: The analysis results indicated that there was a negative, low-level significant correlation between mothers' life satisfaction and postpartum depression levels ($r = -.25$; $p < .01$), there was a negative, high-level significant correlation between mothers' life satisfaction and suicide intent ($r = -.53$; $p < .01$), and there was a positive, high-level significant correlation between postpartum depression and suicide intent ($r = .53$; $p < .01$). According to the results of the multiple regression analysis, mothers postpartum depression and suicide intent scores were the determinants of their life satisfaction scores ($R = .532$, $R^2 = .283$, $p < .01$).

Conclusion: A significant correlation was found between mothers' life satisfaction, postpartum depression level, and suicide intent.

Keywords: Life satisfaction, postpartum depression, suicide intent, nurse

GİRİŞ

Yaşam doyumu, bireyin kendi yaşamına karşı duygusal tepkisini, kendi yaşamına karşı duyduğu memnuniyeti ve bireyin psikolojik yönden iyilik hali (Telman, Ünsal 2004) olarak tanımlanmaktadır. Bir diğer ifade ile bireyin

yaşamının nasıl ve gelecekte nereye gittiği, ilişkilerdeki memnuniyetin değerlendirildiği bir refah ölçüsünün göstergesi olarak ifade edilen yaşam doyumunun (Temitope 2015) birçok faktör tarafından etkilendiği belirtilmektedir. Bu

*Sorumlu Yazar: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, Samsun (Doç.Dr.) ORCID-ID: 0000-0002-0165-3535, e-posta: haticek@omu.edu.tr

**Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Samsun (Prof.Dr.) ORCID-ID:0000-0002-5379-3038 e-posta: ilknura@omu.edu.tr

*** İl Sağlık Müdürlüğü, Samsun (Uzman Hemşire) ORCID ID: 0000-0002-0355-4418 e-posta: sennur.yuksel55@hotmail.com

faktörler arasında ise evlilik, boşanma, eşin ölümü, işsizlik, bir çocuğun doğumu ve benzerleri yer almaktadır (Frijters, Johnston, Shields 2011)

Bireyin hayatı boyunca karşılaştığı zorlamalar bir taraftan yaşamın devamı için gerekli olan enerjiyi açığa çıkarırken diğer taraftan ise psikolojik dengeyi bozarak bireyin tüm enerjisini yok edebilecek bir paradoksyla bireyi çaresiz, savunmasız ve zayıf bırakabilmektedir (Avşaroğlu, Deniz, Kahraman 2005). Bu bağlamda kadının yaşamında gebelik her ne kadar doğal yaşam döngüsü (Özdamar, Yılmaz, Beyca, Muhcu 2014) olarak kabul edilse de doğum sonrası dönemde kadının psikolojisini olumsuz etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Righetti, Conne, Bousquet, Manzano 2002). Birçok kadın için özel ve mutlu bir dönem olarak kabul edilen gebelik ve doğum sonrası dönem, anne için aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişimi açısından da riskli bir dönem olarak bilinmektedir (Erdem, Bucaktepe 2012). Psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığı, kadınların doğurganlık çağında diğer yaşam dönemlerine oranla kısmen artmaktadır. Doğum sonrası dönemde bunlardan biridir. Doğum sonrası dönem, doğum eylemi sona erdikten sonra başlayan ve 6 hafta süren bir süreci içermektedir (Taşkın 2007).

Benzer şekilde doğumdan sonraki depresyon DSM-5'te gebelik sırasında veya doğum sonrasındaki dört haftada başlayan majör depresyon dönemini 'peripartum (doğum zamanı) başlayan' belirleyicisi ile tanımlanırken ICD-10 ise doğum sonrası altı haftada başlayan depresif epizodu, postpartum depresif epizod olarak belirtilmektedir (Aydın, Inandi, Yigit, Hodoglugil 2004; Gjerdingen, Crow, McGovern, Miner, Center 2009; Walker, Davis, Al-Sahab, Tamim 2013). Ancak diğer taraftan birçok çalışmada ve klinik pratikte bu süre, doğumdan sonraki ilk bir yıla uzanan bir zaman dilimi olarak da kabul edilmektedir Gebelikte ağır düzeyde psikiyatrik hastalıkların görülme olasılığı düşük olmakla birlikte, doğum sonrası dönemde ruhsal rahatsızlıkların ortaya çıktığı bu riskli dönemin 6 ay, 1 yıl, hatta 2 yıl sürebildiği belirtilmektedir (Gotlib, Whiffen, Mount, Milne, Cordy 1989). Bu nedenle profesyonel sağlık görevlileri annelerdeki olası doğum sonrası depresyon belirtilerini izlerken altı hafta ile sınırlı kalmamalı ve anneyi az bir yıl izlemelidirler (Tezel, Gözüm 2005). Bu açıklamalar değerlendirilerek bu çalışmada 0-6

aylık çocuğu olan anneler çalışma kapsamına alınmıştır.

Doğum sonrası dönemde pek çok kadın için anksiyete bozukluğu, depresyon, yeme bozukluğu ve psikoz gibi ruhsal hastalıklarda artış görülmektedir (Özdamar, Yılmaz, Beyca, Muhcu 2014; Kaplan, Bahar, Sertbaş 2007; Dağlar, Nur 2014; Elkin 2015). Doğum sonrası depresyon huzursuzluk, kendini endişeli ve yalnız hissetme, depresif duygu hali, suçluluk, yorgunluk, anksiyete, uyku bozuklukları, ilgi kaybı, intihar fikirleri ve diğer somatik belirtiler şeklinde özellikler gösterebilen bir hastalıktır (Heh, Fu 2003; Kemp, Bongartz, Rath 2003; Dennis 2004; Karaçam, Öz, Taşkın 2007; Beydağ 2007; Özdamar, Yılmaz, Beyca, Muhcu 2014; Beck 2001). Bu hastalık kapsamında üzüntülü bir duygudurum hali, güçsüzlük, değersizlik, isteksizlik, karamsarlık, kaygı, kendine ve bebeğe zarar verme gibi durumlar da görülebilmektedir. Bu açıklamalarda da görüldüğü gibi doğum sonrası depresyon, bilişsel ve duygusal alanlarla ilgili birçok belirtiyi içermektedir. Bu belirtiler hafif düzeyden başlayıp şiddetli düzeye kadar ilerleyebilmektedir (Çalık, Aktaş 2011).

Doğum sonrası depresyonun nedeni, henüz tam olarak bilinmemekle birlikte, psiko-sosyal ve biyolojik risk faktörlerin, beyine özel kimyasal maddelerdeki düzensizliklerin, östrojen ve progesteron seviyelerinde gözlenen ani düşüşün, doğum sonrası dönemde, tiroksin ve kortizol düzeyindeki değişikliklerin neden olabileceği belirtilmektedir (Erdem, Çelepkolu 2014). Anne yaşı, düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik düzey, kişisel ve ailesel depresyon öyküsünün varlığı, düşük sosyal destek, düşük ya da gebelik sonlandırma öyküsünün varlığı gibi etmenlerin yanı sıra, çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu tanısının varlığı doğum sonrası depresyon gelişiminde risk etmenleri arasında sayılmaktadır (Özdamar, Yılmaz, Beyca, Mumcu 2014). Doğum sonrası depresyon annenin benlik saygısını, anne-bebek ilişkisini, bebeğin bakımını, yeteneklerini ve aile içi sorumluluklarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu annelerin çocuklarının büyüme ve gelişmelerinin daha yavaş olduğu duygusal, davranışsal ve bilişsel gelişimlerinin olumsuz etkilenebildiği bildirilmektedir (Evcimen, Sudak 2003; Karaçam, Öz, Taşkın 2007). Doğumdan sonra ortaya çıkan doğum sonrası depresyon, ortalama %13 oranında bir prevalansa sahiptir (Özdamar, Yılmaz, Beyca,

Muhcu 2014). Bazı ülkelerdeki doğum sonrası depresyon prevalansı, Kanada'da %20, İngiltere'de %31, İtalya'da %30, Çin'de %15.5, Hong Kong'da %37 ve Amerika'da %38 olarak bulunmuştur (Wan, Moyer, Harlow, Fan, Jie, Yang 2009). Doğum sonrası depresyon ile ilgili Türkiye'de yapılan araştırmalarda doğum sonrası depresyon %12.5-%28.1 olarak bulunmuştur (Durukan, İlhan, Bumin, Aycan 2011; Durat, Kutlu 2010; Arslantaş, Ergin, Balkaya 2009; Özdemir, Marakoğlu, Çivi 2008; Ayvaz, Hocoğlu, Tiryaki, Ak 2006; Sünter, Güz, Canbaz, Dünder 2006, Özdamar, Yılmaz, Beyca, Muhcu 2014). Yurt dışında ise %20-%38 arasında olduğu görülmektedir (Wan, Moyer, Harlow, Fan, Jie, Yang 2009).

Doğum sonrası depresyon, hafif ve orta şiddette olduğunda, anne yardım arayışı içinde bulunmadığında ve başlangıcı sinsi olabileceğinden dolayı gözden kaçabilmektedir. Bunun sonucunda da olgularda doğum sonrası depresyon hastaneye yatış, gerektirecek kadar ağırlaşabilmektedir (Karamustafalıoğlu, Tomruk 2000; Marakoğlu, Özdemir, Çivi 2009). Doğum sonrası depresyon ağırlaştığında anksiyete, ağlama krizleri, bebeğe kaşı ilgisizlik, ciddi uyku bozuklukları ile birlikte kendine ve bebeğe zarar verme riski intihar düşüncelerinde artış görülebilmektedir (Gereklioğlu, Poçan, Başhan 2007).

Yaşam doyumu, doğum sonrası dönemde psikolojik iyilik halini etkileyen önemli faktörlerden biridir ve genellikle aile ve sosyal destek, mali durum, evlilik doyumu, aile düzeni gibi durumlar ile bağlantılı olduğu belirtilmektedir (Munaf, Siddiqui 2013). Annelerin psikolojik iyilik halinin ve dolayısıyla da yaşam doyumunun yükselmesi ve doğum sonrası depresyon ile beraberinde özkıyım düşüncelerinin azalmasında aile üyelerinin diğer bir ifade ile sosyal desteğin önemli bir yeri bulunmaktadır (Mustaffa, Marappan, Abu, Khan, Ahmad 2014).

Yukarıdaki açıklamalarda da belirtildiği gibi ilgili alanyazında doğum sonrası depresyon ile ilgili birçok çalışmanın yapıldığı görülmektedir. Ancak, annelerde yaşam doyumu, doğum sonrası depresyon ve özkıyım olasılığının birlikte çalışıldığı bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Bu bakımdan bu araştırmanın annelerde olası bir doğum sonrası depresyonun, yaşam doyumuna ve özkıyım olasılığına olan etkisini değerlendirebilmeye vurgu yapması bakımından ve yaşam doyumunu açıklayıcı ve belirleyici ilişkileri ortaya koyması bakımından

literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca, doğum sonrası depresyonun anneler üzerindeki etkisini ortaya koyması, annelerin yaşam doyumunu değerlendirmesi ve olası önleyici uygulamaların yapılmasına dikkat çekmesi bakımından da araştırma sonuçlarının anlamlı olacağı varsayılmaktadır.

Bu araştırma annelerde yaşam doyumu, doğum sonrası depresyon ve özkıyım olasılığı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Annelerin yaşam doyumu, doğum sonrası depresyon ve özkıyım olasılığı arasında anlamlı ilişki var mıdır?
2. Annelerin yaşam doyumu doğum sonrası depresyon riskini ve özkıyım olasılığını etkiler mi?

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı niteliktedir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 02.01.2016-30.12.2016 tarihleri arasında, Samsun ilinde bulunan bir özel hastanenin çocuk polikliniğine başvuran ve 0-6 aylık çocuğu olan anneler üzerinde yürütülmüştür.

Çalışma Grubu

Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş 02.01.2016-30.12.2016 tarihleri arasında bir özel hastanenin çocuk polikliniğine başvuran, 0-6 aylık çocuğa sahip ve çalışmaya katılmaya gönüllü anneler (n=316) çalışma kapsamına alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan formda, sosyo demografik özelliklerin (yaş aralığı, evlenme yaşı, evlilik yılı, ilk doğum yaş aralığı, bebeğinin kaç aylık olduğu, eğitim durumu, mesleği, gebeliği isteme durumu, doğum öncesi psikolojik tedavi alma durumu, bebek bakımında destek alma durumu) bulunduğu sorular yer almaktadır.

Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ): Diener, Emmons, Larsen ve Griffin (1985) tarafından geliştirilen, Köker (1991) tarafından Türkçe'ye uyarlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek 1 (Hiç Uygun Değil) ile 7 (Tamamıyla Uygun) arasında değişen Likert tipinde 5 maddeden oluşmaktadır. Yaşam doyumunu ölçmek amacıyla geliştirilen bu ölçek 'hiç katılmıyorum'dan, 'tamamen katılıyorum'a kadar değişen cevaplar içermektedir. Her bir maddeden alınan puanlar 1 ile 7, toplam puan ise 1-35

arasında değişebilmektedir. Ölçekten alınan 7 puan ve altının düşük, 8-12 arasında kalan puanların orta düzeyde, 13 puan ve üstünün yüksek yaşam doyumunu gösterdiği bildirilmektedir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı .80 ile .89 arasında değişmektedir. Köker (1991) ölçeğin test-tekrar test güvenilirliğini $r=.85$, madde test korelasyonlarını .71 ile .80 arasında bulduğu saptanmıştır. Bu çalışmadaki verilere göre ölçeğin iç tutarlık katsayısı .96 olarak bulunmuştur.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ): Cox, Holden ve Sagovsky (1987) tarafından geliştirilen ölçek doğum sonrası dönemde depresyon yönünden riski belirlemeye yönelik olarak geliştirilen ölçek Engindeniz, Küey ve Kültür (1996) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek, 10 maddeden oluşmakta dörtlü Likert biçiminde değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30'dur. Ölçeğin geçerlilik-güvenirlilik analizinde iç tutarlık katsayısı .79 olarak bulunmuştur (Engindeniz, Küey, Kültür 1996). Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlık katsayısı .88 olarak saptanmıştır.

İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) : Cull ve Gill (1988) tarafından geliştirilmiş, 1-4 arası Likert tipi puanlanan, 36 maddelik ölçektir. Türkçe'ye ilk çevirisi Eskin (1993) tarafından yapılmış, iç tutarlık katsayısı .87, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı .89 olarak bulunmuştur. Ölçeğin bu çalışmada kullanılan formu ise Şahin ve Batıgün (2000)'ün düzenlediği halidir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı .95'dir. Ölçek, ergenler ve yetişkinlerde intihar riskini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Puan aralığı 36-144'dür, ölçekten alınan yüksek puanlar intihar olasılığının yüksekliğine işaret eder. Bu araştırmanın verilerine göre ölçeğin iç tutarlık katsayısı .91 olarak bulunmuştur.

Verilerin Analizi: Araştırma kapsamında toplanan veriler SPSS 21.00 paket programında değerlendirilmiştir (SPSS programı, Ondokuz

Mayıs Üniversitesi Kampüs Lisanslıdır). Verilerin analizinde araştırma grubunun demografik özelliklerini incelemek amacıyla betimsel istatistikler kullanılmıştır. Ayrıca, çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Pearson Korelasyon analizi ve bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki yordama gücü için de Çoklu regresyon analizi tekniği kullanılmıştır. Çalışmada önemlilik düzeyi $p<.05$ olarak kabul edilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkeni yaşam doyumunu, bağımsız değişkenleri ise doğum sonrası depresyon ve intihar olasılığı ölçekleri toplam puanları olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmanın etik yönden uygunluğu için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Karar no: 2015/421). Verilerin toplanması için ilgili sağlık kurumundan yazılı izin alınmıştır. Ayrıca formlar uygulanmadan önce annelere araştırmanın amacı anlatılarak sözlü onay alınmış, gizlilik ve gönüllülük ilkesine dikkat edilmiştir. Ölçme araçları yaklaşık olarak 20 dakikada doldurulmuştur.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırma bulguları 02.01.2016-30-12.2016 tarihleri arasında, Samsun ilinde bulunan bir özel hastanenin çocuk polikliniğine başvuran ve 0-6 aylık çocuğu olan ve çalışmaya katılmada gönüllü annelere uygulanan ölçme araçları ile sınırlıdır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu çalışmaya 17-42 yaş aralığında ($X=28.49$; $Ss=4.97$), evlenme yaşı 17-33 aralığında ($X=23.35$; $Ss=3.86$) ve 0-6 aylık çocuğu olan 316 kadın katılmıştır. Çalışma grubundaki kadınların, evlilik yılları 1-23 yıl aralığında ($X=5.07$; $Ss=4.70$), ilk doğum yaşları 17-34 yaş aralığında ($X=24.94$; $Ss=.23$) olduğu saptanmıştır. Katılımcılara ait sosyodemografik veriler Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler	n	%	Değişkenler	n	%		
Eğitim durumu	İlkokul	45	14.2	Gebeliği isteme durumu	Evet	289	91.5
	Ortaokul	21	6.6		Hayır	27	8.5
	Lise	131	41.5	Doğum öncesi psik.ted.alma	Evet	48	15.2
	Yüksekokul	119	37.7		Hayır	268	84.8
Mesleği	Ev hanımı	178	56.3	Bebek bak. Destek alma	Evet	157	49.7
	İşçi	42	13.3		Hayır	159	50.3
	Memur	77	24.4				
	Esnaf	19	6.0				

Tablo 1 incelendiğinde, kadınların %14.2 (45)'sinin ilkökul, %6.6 (21)'sının ortaokul, %41.5 (135)'inin lise, %37.7 (119)'sinin yüksekokul mezunu; %56.3 (178)'sının ev hanımı, %13.3 (42)'ünün işçi, %24.4 (77)'ünün memur, %6 (19)'sının esnaf olduğu; %91.5 (289)'inin gebeliği istediği, %8.5 (27)'inin gebeliği istemediği; %15.2(48)'sinin doğum öncesinde psikiyatrik tedavi gördüğü, %84.8

(268)'inin psikiyatrik tedavi görmediği; %49.7 (157)'sinin bebek bakımında destek aldığı, %50.3 (159)'ünün bebek bakımında destek almadığı görülmektedir.

Katılımcıların araştırma kapsamında uygulanan ölçeklerden almış oldukları puan ortalamaları, standart sapmaları ve puan aralıkları Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Annelerin YDÖ, EDSDÖ ve İÖÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Değişkenler	Ortalama	Ss	Min	Max.
Yaşam Doymu Ölçeği	27.75	6.312	7	35
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	7.10	7.48	0	23
İntihar Olasılığı Ölçeği	57.61	17.51	36	108

Tablo 2 incelendiğinde annelerin YDÖ'den almış oldukları toplam puanların 7 ile 35, EDSDÖ'den almış oldukları toplam puanların 0 ile 23, İÖÖ'den almış oldukları toplam puanların 36 ile 108 arasında değişmekte olduğu görülmektedir. Ayrıca, YDÖ puan ortalamasının 27.75, EDSDÖ puan ortalamasının 7.10, İÖÖ puan ortalamasının ise 57.61 olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre annelerin yaşam doyum ortanca değerinin 27.75 ile yüksek, doğum sonrası ortanca değerinin 7.10 ile düşük, intihar olasılığının ortanca değerinin ise 57.61 ile orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Doğum sonrası gelişebilen depresyon riski önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir. Çünkü annelerin psikolojilerini olumsuz etkileyerek yaşam doyumlarına da olumsuz etkisi olabileceği ve bunun yanı sıra yenidoğan bebeklerin bilişsel ve emosyonel gelişimlerinin de olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedirler.

Annelerin YDÖ, EDSDÖ ve İÖÖ toplam puanları arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon Analizi ile değerlendirilmiş olup sonuçlar Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 3. Annelerin YDÖ, EDSDÖ ve İÖÖ Puanları Arasındaki İlişki

	1	2
1. Yaşam Doymu Ölçeği	-	
2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	-.25*	-
3. İntihar Olasılığı Ölçeği	-.53*	.53*

* p < .01

Tablo 3 incelendiğinde annelerin yaşam doymu ile doğum sonrası depresyon düzeyi arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki görülmektedir ($r = -.25$; $p < .01$). Annelerin yaşam doymu ile özkıyım olasılığı arasında negatif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -.53$; $p < .01$). Doğum sonrası depresyon ile özkıyım olasılığı arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r = .53$; $p < .01$). Literatürde doğum sonrası dönemde özkıyım düşüncesinin olduğu annelerde

duygudurum bozukluğu ve depresyon belirtilerinin yüksek olduğu belirtilmektedir (Pope, Xie, Sharma, Campbell 2013).

Finlandiya'da yapılan bir araştırmada gebelik sonrası depresyon gelişmesinde en güçlü risk faktörü olarak gebelik öncesi depresyon öyküsünün olduğu, diğer risk faktörleri arasında ise doğum korkusu, düşük sosyoekonomik düzey, sosyal destek eksikliği ve sigara içilmesi olduğu bulunmuştur (Raisanen, Lehto, Nielsen, Gissler, Kramer Heinonen 2014). Bu kapsamda değerlendirildiğinde gebelik öncesinde, gebelik

sürecinde ve gebelik sonrasında anne adayının psikolojik iyilik halinin yüksek olması annenin ve doğacak bebeğin ruh sağlığının gelişiminde oldukça önemlidir. Bu süreçteki psikososyal zedelenme durumlarında anne ve aynı zamanda bebeğinin psikolojik ve sosyal gelişimi olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Öztürk 2015). Doğum sonrası depresyonun iyileştirilerek yönetilebilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasında aile ve arkadaş desteği oldukça önemlidir. Bunun yanı sıra profesyonel yardım

mesleklerinden danışmanlık hizmetinin alınmasının uygun olacağı düşünülmektedir. Yaşam doyumu ölçeği ile ilişkili olduğu bulunulan Edinburg doğum sonrası depresyon ölçeği ile İntihar olasılığı ölçeği toplam puanlarının, yaşam doyumunun anlamlı birer belirleyicisi olup olmadıklarını değerlendirmek amacıyla yaşam doyumu ölçeğinin bağımlı değişken, doğum sonrası depresyon ve intihar olasılığı ölçekleri toplam puanlarının bağımsız değişken olarak alındığı çoklu regresyon analiz yapılmış ve Tablo 4’de sunulmuştur.

Tablo 4. Yaşam Doyumunun Doğum Sonrası Depresyon ve İntihar Olasılığı ile ilişkisi

	B	Standart Hata	β	t	p
Sabit	39.024	1.079	-	36.166	.000
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	.040	.048	.047	.827	.409
İntihar olasılığı ölçeği	-.201	.020	-.556	-9.810	.000

R= .532 R²= .283, F(2, 313)=61.878 , P=.000

*P< .01

Tablo 4 incelendiğinde, doğum sonrası depresyon, özkıyım olasılığı ve kadınların yaşam doyum puanları ile düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki vermektedir (R= .532, R²= .283, p< .01). Diğer bir ifade ile Çoklu Regresyon Analizi sonuçlarına göre annelerin doğum sonrası depresyon düzeyi ve özkıyım olasılığı puanlarının yaşam doyum puanlarının belirleyicisi olduğu belirlenmiştir. Doğum sonrası depresyon ve özkıyım olasılığının yaşam doyumundaki toplam varyansın %28’ini açıklamakta olup, istatistiksel olarak düşük düzeyde anlamlıdır. Yaşam doyum puanı arttıkça doğum sonrası depresyon ve intihar olasılığı puanlarında azalma olduğu söylenebilir. İlgili literatür incelendiğinde doğum öncesi depresyon öyküsü olan annelerde doğum sonrası depresyon olasılığında artış olduğu (Bodnar, Klipstein, Fersh, Shemesh, Elizabeth, Howell 2016), kendine zarar verme düşüncesinin yoğun olduğu annelerde doğum sonrası depresyon skorunun yüksek olduğu (Wisner, Sit, McShea, Rizzo, Zoretich, Hughes et al., 2013), doğum sonrası depresyonu takip eden süreçte özkıyım oranlarının yüksek olduğu (Brockington, 2017) görülmüştür. Bununla birlikte annelerde yaşam doyumunu ile doğum sonrası depresyon ve özkıyım olasılığının incelendiği bir çalışmaya ulaşılamamış, ancak doğum sonrası depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalara ulaşılmıştır (Deveci 2003; Glasser, Barell, Boyko, Ziv, Lusky, Shoham et al. 2000; Dilbaz, Enez 2007; Yıldırım, Kısa, Aydemir

2004). Bu çalışmalarda genel olarak sosyal desteğe ve özellikle aile desteğinin önemine vurgu yapılarak aile desteği azaldıkça doğum sonrası depresyon riskinin arttığı belirtilmektedir. Yine çalışmalarda algılanan aile ve sosyal desteğinin bireyin psikolojik iyilik halini artırdığı ve dolayısıyla da yaşam doyumunu artırmada önemli olduğu belirtilmektedir (Chen, Kuo, Chou, Chen 2007; Kaiser, Snyder, Corcoran & Drake 2006; Heh, Coombes, Barlett 2004; Hung 2004). Literatürde gebelere verilecek olan nitelikli doğum öncesi bakımın doğum sonrası depresyon ve kendine zarar verme davranışını önleyebileceği belirtilmektedir (Healey, Morriss, Henshaw, Wadoo, Sajjad, Scholefield et al. 2013). Bu nedenledir ki annelerle görüşmeler yapan hemşire ve ebe gibi sağlık profesyonelleri doğum sonrası depresyon ölçeğini uygulayarak olası özkıyım düşüncelerinin ya da depresyon belirtilerinin farkında olmalıdır (Howard, Flach, Mehay, Sharp, Tylee 2011).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada annelerin yaşam doyumunu ile doğum sonrası depresyon düzeyi ve özkıyım olasılığı arasında ve doğum sonrası depresyon ile özkıyım olasılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Annelerde doğum sonu depresyon ve olası özkıyım ile ilişkili faktörlerin saptanarak önlenmesine ilişkin girişimlerde bulunulması önemli bir halk sağlığı önceliğidir (Sity, Luther, Buysse, Dills, Eng, Okun, et al. 2015). Sağlık profesyonelleri bu konuda annelerin

farkındalıklarını artırarak gerekli destek ve yönlendirmelerde bulunarak annelerin depresyon ile başetme ve yönetebilme becerileri kazanabilmelerine yardımcı olabilirler.

Doğum sonrası depresyonun anne ve bebeği için önemli bir sağlık sorunu olduğu inkar edilemez bir gerçektir. Bu sağlık sorununun anne kadar bebeğinin de bilişsel ve duygusal gelişimini olumsuz etkileyebilmektedir. Doğum sonrası depresyondan kaynaklanan olası risklerin belirlenerek önlenmesi için annenin bilinçlendirilmesi ve mevcut sosyal destek sistemlerinin harekete geçirilmesi gerekmektedir. Bunun yanı sıra psikoöğütimler verilerek annelerin gizli güçlerini farketmeleri sağlanarak yaşam doyum düzeylerinin için gerekli müdahalelerin yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Arslantaş H, Ergin F, Balkaya NA. Aydın İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2009; 10(3): 13-22.

Avşaroğlu S, Deniz EA, Kahraman A. Teknik Öğretmenlerde Yaşam Doyumu İş Doyumu ve Mesleki Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2005; 14: 115-29.

Aydın N, Inandi T, Yigit A, Hodoglugil NNS. Validation of The Turkish Version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale Among Women Within Their First Postpartum Year. Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology 2004;39 (6): 483-6.

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

Beck CT. Predictors of Postpartum Depression. Nursing Research 2001; 50(5): 275-85.

Beydağ DK. Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(6): 479-84.

Brockington I. Suicide and Filicide in Postpartum Psychosis Arch Womens Ment Health 2017; 20(1): 63-9.

Bodnar DS, Klipstein K, Fersh M, Shemesh E, Elizabeth A, Howell MD. Suicidal Ideation During the Postpartum Period. Journal of Women's Health 2016; 25(12): 1219-24.

Chen CM, Kuo SF, Chou YH, Chen HC. Postpartum Taiwanese Women: Their Postpartum Depression, Social Support and Health-Promoting Lifestyle Profiles. Journal of Clinical Nursing 2007; 16(8): 1550-60.

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. The British Journal of Psychiatry 1987;150: 782-6.

Sonuç olarak annenin yaşam doyumunu düşüğünde doğum sonrası depresyon ve özkıyım olasılığının görülebileceği söylenebilir. Bu durumda annenin yaşam doyumunu olumlu yönde gelişmesine katkı sağlayabilecek uygulamaların doğum sonrası depresyon ve özkıyım olasılığını önlemede etkili olacağı düşünülmektedir. Bu konuda annelere bakım veren hekim, hemşire, ebe gibi psrofesyonel sağlık ekibi üyelerinin duyarlı olması önemlidir. Anneler doğumdan sonraki yaklaşık bir yıl içinde gerek kendileri gerekse bebekleri için kontrol ya da aşı uygulamaları için sağlık kuruluşlarına sıklıkla başvurumaktadırlar. Bu başvurularda erken tanı için anneler özellikle doğum sonrası depresyon yönünden kontrol edilmelidirler.

Çalık YK, Aktaş S. Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011; 3(1): 142-62.

Dağlar G, Nur N. Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Anksiyete ve Depresyon Düzeyi ile İlişkisi, Cumhuriyet Tıp Dergisi 2014; 36: 429-41.

Dennis CLE. Preventing Postpartum Depression Part I: A Review Of Biological Interventions. The Canadian Journal of Psychiatry 2004; 49 (7):467-75.

Deveci A. Postpartum Psikiyatrik Bozukluklar. Birinci Basamak İçin Psikiyatri 2003; 2: 42-6.

Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. (1985). The satisfaction with life scale. Journal of Personality Assessment 1985; 49 (1): 71-5.

Dilbaz N, Enez A. Kadın ve Depresyon: Doğum Sonrası Görülen Duygudurum Bozuklukları. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences 2007; 3(47): 32-40.

Durat G, Kutlu Y. Sakarya'da Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörler. New Symposium Journal 2010; 48(1): 63-7.

Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi. Balkan Medical Journal 2011; 28: 385-93.

Elkin N. Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Bunları Etkileyen Faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;8(1): 22-31.

Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Bahar Sempozyumları Kitabı. Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları; 1996, p. 51-2.

Erdem Ö, Bucaktepe PGE. Postpartum Depresyon Görülme Sıklığı ve Tarama Yöntemleri. Dicle Tıp Dergisi 2012; 39(3): 458-61.

Erdem Ö, Çelepkolu T. Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri ve Nedenleri. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2014;8(3): 93-9.

- Eskin M.** Age Specific Suicide Rates and The Rates of Increase and Suicide Methods in Sweden and Turkey : A Comparison of The Official Suicide Statistics. Reports from The Department of Psychology, Stockholm University, 1993; No, 772.
- Evcimen YA, Sudak DM.** Postpartum Depression. Primary Care Update for OB/GYNS 2003;10(5): 210-6.
- Frijters P, Johnston DW, Shields MA.** Life Satisfaction Dynamics with Quarterly Life Event Data. in: Scandinavian. Journal of Economics 2011;113(1): 190-211.
- Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ.** Annelerin Doğum Sonrası Psikiyatrik Sorunları. Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology Obstetrics Special Topics 2007; 17(2): 126-33.
- Gjerdingen D, Crow S, McGovern P, Miner M, Center B.** Postpartum Depression Screening at Well-Child Visits: Validity of a 2-Question Screen and the PHQ-9. The Annals of Family Medicine 2009;7(1): 63-70.
- Glasser S, Barel V, Boyko V, Ziv A, Lusky A, Shoham, A. et al.** Postpartum Depression in an Israeli Cohort: Demographic, Psychosocial and Medical Risk Factors. Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology 2000; 21(2): 99-108.
- Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI.** Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. J Consult Clin Psychol 1989;57(2): 269-74.
- Healey C., Morriss R., Henshaw C., Wadoo O, Sajjad A, Scholefield H. et al.** Self-Harm in Postpartum Depression and Referrals to a Perinatal Mental Health Team: An Audit Study. Arch Womens Ment Health.2013; 16(3): 237-45.
- Heh S, Fu Y.** Effectiveness of Informational Support in Reducing The Severity of Postnatal Depression in Taiwan. Journal of Advanced Nursing 2003; 42(1):30-6.
- Heh SS, Coombes L, Barlett H.** The Association Between Depressive Symotoms and Social Support in Taiwanese Women During The Month. International Journal of Nursing Studies 2004; 41(5): 573- 9.
- Howard, LM, Flach, C., Mehay, A., Sharp, D., Tylee A.** The Prevalence Of Suicidal Ideation Identified By The Edinburgh Postnatal Depression Scale In Postpartum Women In Primary Care: Findings From The RESPOND Trial. BMC Pregnancy and Childbirth 2011; 11(57):1-10
- Hung CH.** Predictors of Postpartum Women's Health Status. Journal of Nursing Scholarship 2004; 36(4): 345-51.
- Kaiser SL, Snyder JA, Corcoran R, Drake RJ.** The Relationship among Insight, Social Support and Depressin in Psychosis. The Journal of Nervous and Mental Disease 2006; 194(12): 905-8.
- Kaplan S, Bahar A, Seribaş G.** Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 10(1): 113-21.
- Karaçam Z, Öz F, Taşkın L.** Postpartum Depresyon: Önleme, Erken Tanı ve Hemşirelik Bakımı. Sağlık ve Toplum 2004; 14 (3):14-24.
- Karamustafahoğlu N, Tomruk N.** Postpartum Hüzün Ve Depresyonlar. Duygu Durum Dizisi 2000;1(2): 64-71.
- Kemp B, Bongartz K, Rath W.** Psychic Disturbances İn The Postpartum Period: An Increasing Problem? Geburthilfe Neonatol 2003;207 (5):159-65.
- Köker S.** Normal ve Sorunlu Ergenlerin Yaşam Doyumu Düzeyinin Karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara, 1991.Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S.** Postpartum Depresyon, Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences 2009;29(1): 206-14.
- Munaf S, Siddiqui B.** Relationship of Post-natal Depression with Life and Marital Satisfaction and Its Comparison in Joint and Nuclear Family System Procedia - Social and Behavioral Sciences 2013; 84 :733 – 8.
- Mustaffa MS, Marappan D, Abu MS, Khan A, Ahmad R.** Social Support During Pre-Natal and Post-Natal Stage: Influence on Maternal Depression and Mental Well-Being. Procedia - Social and Behavioral Sciences 2014; 143: 417 – 22.
- Organization WH. ICD-10:** International Statistical Classification of Diseases and Healthrelated Problems. Tenth Revision 1992;2.
- Özdamar Ö, Yılmaz O, Beyca HH, Muhcu M.** Gebelik ve Postpartum Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2014;45 (2):71-7.
- Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S.** Konya İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Riski ve Etkileyen Faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin 2008; 7(5): 391-8.
- Öztürk MO, Uluşahin A.** Ruh Sağlığı ve Bozuklukları: Nobel Tıp Kitapları; 2015, pp.44-52.
- Pope CJ, Xie B, Sharma V, Campbell MK.** A Prospective Study of Thoughts of Self-Harm and Suicidal İdeation During The Postpartum Period in Women With Mood Disorders. Archives of Women's Mental Health 2013; 16(6): 483-8.
- Raisanen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S.** Risk Factors For And Perinatal Outcomes Of Major Depression During Pregnancy: A Population-Based Analysis During 2002-2010 in Finland BMJ Open 2014;4:e004883.
- Righetti VM, Conne PE, Bousquet A, Manzano J.** Postpartum Depression and Mother-İnfant Relationship at 3 Months Old. Journal of Affective Disorders 2002; 70 (3):291-306.
- Sity D, Luther J, Buysse D, Dills LJ, Eng H., Okun M. et al.** Suicidal İdeation in Depressed Postpartum Women: Associations With Childhood Trauma, Sleep

Disturbance And Anxiety. Journal of Psychiatric Research 2015;66-67: 95-104.

Sünter AT, Güz H, Canbaz S, Dünder C. Samsun il Merkezinde Doğum Sonrası Depresyonu Prevalansı ve Risk Faktörleri. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 2006; 3 (1): 26-31.

Şahin NH, Batgün AD. (2000). İntihar Olasılığı ve Yaşamı Sürdürme Nedenleri. (Yayınlanmamış çalışma).

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık 2007, pp. 365- 75.

Telman N, Ünsal P. Çalışan memnuniyeti. İstanbul : Epsilon Yayınevi 2004, p.12.

Temitope NB. Effect of Stress and Anxiety on General Life Satisfaction Among Working mothers in Ado-Ekiti, Ekiti State Nigeria. American Journal of Psychology and Behavioral Sciences 2015; 2(1): 7-13.

Tezel A, Gözüm S. Postpartum Dönemde Kadınlarda Görülebilen Depresif Belirtiler ve Hemşirelik Bakım. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 12(2): 62–8.

Yıldırım SG, Kısa C, Aydemir Ç. Postpartum Depresyon. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji. 3P Dergisi 2004; 3: 12-20.

Walker MJ, Davis C, Al-Sahab B, Tamim H. Reported Maternal Postpartum Depression and Risk of Childhood Psychopathology. Maternal and Child Health Journal 2013;17 (5): 907-17.

Wan EY, Moyer CA, Harlow SD, Fan Z, Jie Y, Yang H. Postpartum Depression and Traditional Postpartum Care in China: Role of Zuoyuezi, International Journal of Gynecology and Obstetrics 2009; 104 (3): 209-13.

Wisner KL, Sit DK, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL et al. Onset Timing, Thoughts of Self-harm, and Diagnoses in Postpartum Women With Screen-Positive Depression Findings. Jama Psychiatr 2013; 70(5):490-8

ARAŞTIRMA

ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN BAKIM ODAKLI HEMŞİRE-HASTA ETKİLEŞİMİNE YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARININ BAZI DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ*

Saadet ERZİNCANLI**

Arzu YÜKSEL***

Alınış Tarihi: 09.10.2017

Kabul Tarihi: 31.03.2018

ÖZET

Amaç: Bu çalışma hemşirelik öğrencilerinin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimine ilişkin tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen bu araştırmanın örneklemini, 2016-2017 öğretim yılında bir Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin hemşirelik bölümünde okuyan 258 öğrenci oluşturmuştur. Veriler "Öğrenci Tanıtıcı Özellikler Formu" ve "Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği" (BOHHEÖ) ile toplanmıştır. Verilerin analizinde, yüzdelik dağılımlar ile iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, varyans analizi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin yaşları ile bakım odaklı hasta-hemşire etkileşimin önemlilik yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutu arasında ilişki olmadığı, cinsiyete ve sınıfa göre önemlilik boyutu; hemşirelik mesleğini tercih etme nedenine göre önemlilik, yeterlik ve uygulanabilirlik boyutu; bakımın hemşirenin temel görevi olduğunu düşünme durumlarına göre önemlilik, yeterlik ve uygulanabilirlik boyutu ve stajda hasta iletişimde güçlük yaşama durumuna göre önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutu toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Hemşirelik öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimlerine ilişkin tutum ve davranışlarının olumlu yönde olduğu, kadın olan, son sınıfta olan, hemşirelik mesleğini sevdiği için tercih eden, bakımın hemşirenin temel görevi olduğunu düşünen, stajda hasta iletişimde güçlük yaşamayanların bakım odaklı hemşire hasta etkileşimi tutum ve davranışlarının daha olumlu olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hemşire-Hasta Etkileşimi; Öğrenci Hemşire; Hasta; Bakım; İletişim

ABSTRACT

Analysis of Attitudes and Behaviors of Nursing Students towards Care-Focused Nurse-Patient Interaction in terms of Some Variables

Aim: This study was carried out in order to evaluate the attitudes and behaviors of student nurses towards care-focused interaction of nurse-patient.

Method: This descriptive study was conducted with 258 students studying in nursing department of Faculty of Health Sciences during 2016-2017 school year. As data collection tools, "Personal Information Form" and "Care-Focused Nurse-Patient Interaction Scale" (CFNPIS) were used. In the analysis of the data, significance test of difference between the two means, variance analysis and Mann Whitney U test were used.

Results: It was found out that, there is no relationship between the ages of the students and the subdimensions of "importance", "adequacy" and "applicability" of care-focused patient-nurse interaction scale and there is a meaningful difference among their average scores in "importance" subdimension according to their gender and grade; "adequacy" subdimension according to their social activities; "importance, adequacy and applicability" subdimensions according to the reasons of choosing nursing profession; "importance, adequacy and applicability" subdimensions according to their perception of care as the basic duty of nurses; "importance, adequacy and applicability" subdimensions according to their difficulty experiences in their internship ($p<0.05$).

Conclusion: As a result, it was found that student nurses have positive attitudes and behaviors towards care-oriented nurse-patient interactions and the female nurse students who studies in the last grade, who chose nursing occupation due to their love for the occupation, who believe care is the core responsibility of a nurse, who do not experience difficulties in their communication with the patients during their internship have more positive attitudes and behaviors in care-oriented nurse-patient interaction.

Keywords: Nurse-Patient Interaction; Nursing Student; Patient; Care; Communication

*12-13 Ekim 2017 tarihlerinde Uluslararası Karadeniz Hemşirelik Eğitimi kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

**Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü (Dr.Öğr.Üyesi),
ORCID-ID:0000-0001-9348-3803, e-posta: saadeterzincanli@hotmail.com

***Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü (Dr.Öğr.Üyesi),
ORCID-ID:0000-0001-7819-2020, e-posta: arzuysel76@gmail.com

GİRİŞ

Hemşirelik bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirmeyi veya yetersizlikleriyle baş etmesine yardımcı olmayı amaçlayan, uygulamalı bir sağlık disiplini (Biol 2011). Hemşireliğin temel ilgi alanı insandır ve hemşirelik, bakıma temellenmiş bir meslektir. Bu meslekte hemşire hasta ile güvene dayalı bir iletişim kurarak, hemşire-hasta etkileşimini, bireyi tanımak, bakım ihtiyaçlarını tanımlamak, öncelikleri belirlemek, bu veriler doğrultusunda gerekli uygulamaları yapmak ve sonucu değerlendirerek bireyin sorunlarıyla daha etkin baş edebilir, gereksinimlerini karşılayabilir hale gelmesini sağlamak için bir araç olarak kullanır (Korkmaz ve Tuna 2014; Biol 2011; Tutuk, Al ve Doğan, 2002).

Hemşireler bakım verirken veya tedavileri uygularken her an hasta ile etkileşim halindedirler (Korkmaz ve Tuna 2014; Kumcağız, Yılmaz, Çelik ve Avcı 2011). Birçok hemşire kuramcı hasta-hemşire etkileşiminin önemine dikkat çekmiştir. Travelbee hemşireliği “iki insan arasındaki kişilerarası süreç” olarak tanımlamış, Orlando hemşireliğin durum, belli bir zaman ve yerde hasta-hemşire arasındaki etkileşimden kaynaklandığını ifade etmiş ve Peplau hemşireliği, kişilerarası bir etkileşim süreci olarak gördüğünü belirtmiştir (Biol 2011; Yalçın ve Aştı 2011; Cossette, Caraa, Ricarda ve Pepin 2005).

Yapılan çalışmalarda, hemşirenin sağlıklı/hasta birey ile kurduğu kişilerarası ilişkisinin, bireyin bakım ve tedavisi açısından anahtar rol oynadığı, hastalığın seyrini ve sonucunu etkileyen önemli faktörlerden biri olduğu belirtilmektedir (Caris-Verhallen, Timmermans ve Dulmen 2004, Dearing 2004, Zrinyi ve Horvath 2003). Etkili kişilerarası ilişkiler ve iletişim becerilerinin gelişmesinin hasta memnuniyetinin artmasına, tedavi talimatlarının daha iyi uygulanmasına, tıbbi hata oranının azalmasına, motivasyonu artırarak iyileşmenin hızlanmasına, tedavi zamanı ve maliyetinin azalmasına neden olduğu ve bakım kalitesini arttırdığı belirtilmektedir (Boissy, Windover, Bokar, Karafa, Neuendorf, Frankel ve ark. 2016; Starmer, Spector, Srivastava, West, Rosenbluth, Allen ve ark. 2014; Norgarard, Kofoed, Kyvik ve Ammentorp, 2012; Arifoğlu ve Razi, 2011; Sheldon 2011; Kumcağız, Yılmaz, Çelik ve Avcı 2011). Bu nedenle, tüm hemşirelik fonksiyonlarında hasta ile etkileşim halinde olan hemşirelerin problem

çözme, yardım etme ve öğretim görevlerini gerçekleştirmesi için iletişim becerilerini geliştirmesi gerekir (Korkmaz ve Tuna 2014; Kumcağız, Yılmaz, Çelik ve Avcı 2011).

Hemşirenin hastaları ile ilişkilerinde kabullenme ve güven duygusunun geliştirilmesi, hastanın psikososyal bütünlüğünün ve başarılı bir hemşirelik bakımının sağlanması, hastayla olan etkileşiminin yeterli olmasına bağlıdır (Korkmaz ve Tuna 2014; Yalçın ve Aştı 2011). Hemşire hasta arasındaki etkileşimin öğrenilmesi eğitim sürecinde gerçekleşir (Tutuk, Al ve Doğan 2002; Suikkale 2001). İletişim becerisinin hemşirelik eğitimi süresince öğrencilere kazandırılması ve geliştirilmesi gerektiği yapılan araştırmalarda vurgulanmaktadır (Pfaff, Baxter, Jack ve Pleog, 2014; Erigüç, Eriş ve Kabalcıoğlu 2014; Aebersold 2013; Arifoğlu ve Razi 2011; Fleischer, Berg, Zimmermann, Wuste ve Behrens, 2009; Suikkala ve Leino-Kilpi 2005; Tutuk, Al ve Doğan, 2002). Hemşirelik öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ile ilgili tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi hemşirelik eğitimi ve uygulamalarının iyileştirilmesi, mevcut ve gelecekte ortaya çıkabilecek sorunların çözümlenmesi için oluşturulacak stratejilere yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı, hemşirelik öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine ilişkin tutum ve davranışlarını değerlendirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı türdeki bu araştırmanın evrenini 2016-2017 öğretim yılında bir Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde okuyan, 2., 3. ve 4. sınıf öğrencileri (N:327) oluşturmuştur. Birinci sınıf öğrencileri hastanede staj deneyimi olmadığı için araştırmaya dahil edilmemiştir. Çalışmada örneklem seçilmemiş, evrenin tümü alınmış olup, araştırmaya katılmayı kabul eden 258 öğrenci çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Evrenin %78.89’una ulaşılmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında “Öğrenci Tanıtıcı Özellikler Formu” ve “Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği” kullanılmıştır.

Öğrenci Tanıtıcı Özellikler Formu: Araştırmacılar tarafından geliştirilen Öğrenci Tanıtıcı Özellikler Formu’nda öğrencilerin yaş, cinsiyet, sınıf, hemşirelik mesleğini tercih etme nedeni, bakımı hemşirenin temel görevi olarak görme durumu, hastanede yatma deneyimi, refakatçi olarak hastanede bulunma durumu, stajda hasta iletişimde güçlük yaşama durumunu içeren sorular yer almaktadır.

Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği (BOHHEÖ):BOHHEÖ,Cossette ve arkadaşları (2005) tarafından Watson'ın Bakım Kuramı temel alınarak, hemşirelerin bakıma ilişkin tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği Atar ve Aştı (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı önemlilik,yeterlilik, uygulanabilirlik boyutlarında sırasıyla0.99, 0.98, ve 0.99'dur (Atar ve Aştı, 2012).

BOHHEÖ, 70 maddeli ve beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçek uygulanırken bakım odaklı hemşire-hasta etkileşiminin, ne derecede önemli, yeterli ve uygulanabilir olduğu ayrı ayrı ölçek üzerinde sorgulanarak “önemlilik” “yeterlilik” ve “uygulanabilirlik” boyutları ile ilgili verilere ulaşılabilmektedir (Atar ve Aştı, 2012). Her üç boyutta da ölçeğin tüm maddeleri Hiç (1), Biraz (2), Orta Derece (3), Çok (4),Son Derece (5) olarak kabul edilmektedir. BOHHEÖ'nin10 alt ölçeği vardır. Bunlar; Hümanizm, Umut, Duyarlılık, Yardım Edici İlişki, Duyguların İfade Edilmesi, Sorun Çözme, Öğretim, Çevre, Gereksinimler ve Maneviyattır. Her boyut için alt ölçekler değişmemekte ve aynı maddelerden elde edilmektedir. Her boyutta alınabilecek en düşük toplam puan 70, en yüksek toplam puan 350'dir. Bireylerin ölçeklerden aldıkları puan arttıkça, bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine ilişkin tutum ve davranışları olumlu yönde arttığı kabul edilmektedir (Cossette, Caraa, Ricarda ve Pepin 2005). Bu çalışmada Cronbach Alfa katsayısı önemlilik, yeterlilik, uygulanabilirlik boyutlarında sırasıyla 0.98, 0.97 ve 0.97 olarak bulunmuştur.

Araştırma için araştırmanın yapıldığı Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi ve İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan yazılı izin, araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden sözlü izin alınmıştır.

İstatistiksel analizler SPSS 23.0 ile yapılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenini “öğrenci hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları”, bağımsız değişkenlerini ise öğrencilerin yaş, cinsiyet, sınıf, hemşirelik mesleğini tercih etme nedeni, bakımı hemşirenin temel görevi olarak görme durumu, hastanede yatma deneyimi, refakatçi olarak hastanede bulunma durumu, stajda hasta iletişimde güçlük yaşama durumu oluşturmuştur. Çalışmada normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk ve Kolmogorov testi ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı-yüzde hesaplamaları, iki ortalama arasındaki

farkın önemlilik testi, varyans analizi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Tüm testlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

BOHHEÖ'nin alt boyutları ve alt ölçek toplam puan ortalamaları Tablo 1'de görülmektedir. Araştırma kapsamında yer alan, öğrenci hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimlerinin önemliliği konusundaki tutum ve davranışlarının (310.55±40.72), yeterliliği (274.83±39.01) ve uygulanabilirliğine (266.26±44.85) ilişkin tutum ve davranışlarından daha olumlu olduğu saptanmıştır. Zaybak, İsmailoğlu ve Efteli (2014)'nin çalışmaları da bu sonucu destekler niteliktedir. Bu sonuçlar doğrultusunda öğrencilerin bakım odaklı hasta-hemşire etkileşimini önemli bulduklarını ancak aynı oranda kendilerini yeterli hissetmedikleri ve uygulanabilir olduğunu düşünmedikleri söylenebilir. Ayrıca, bakım odaklı hasta-hemşire etkileşiminde öğrencilerin kendilerini yeterli hissetme düzeyinin artırılmasının aynı konunun uygulanabilirliğini artırılmasına da katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutlarında en düşük puan ortalamasının “duyarlılık” alt ölçeğinde (25.52±4.10, 21.94±4.07, 21.31±4.75), en yüksek puan ortalamasının ise “gereksinimler” alt ölçeğinde (45.63±6.06, 40.74±6.61, 40.23±7.64) olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Bu doğrultuda, öğrencilerin hemşire-hasta ilişkisinde hastanın gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etmenin bakım odaklı etkileşiminde son derece önemli olduğunu düşündükleri saptanmıştır. Kendilerini yeterli hissettiklerini ve uygulanabilir olduğunu düşündükleri ve bireyin kendisine ve diğer bireylere karşı duyarlılık geliştirmesi noktasında önemliliği, kendi yeterlilikleri ve uygulanabilirliklerinin “iyi” düzeyde olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, yapılan bir çalışmada da öğrencilerin, hastaya yardım etme, onlara saygılı olma ve değer vermeyi hemşirelik bakımının temel görevi olarak tanımladıkları belirtilmiştir (Mlinar 2010). Karaöz (2005) tarafından yapılan çalışmada; hemşirelik öğrencileri iyi hemşirelik bakımının iyi iletişime dayandığını, hastayı bütüncül değerlendirerek gereksinimlerinin uygun şekilde karşılanması gerektiğini belirtmişlerdir. Ancak Zaybak, İsmailoğlu ve Efteli (2014)'nin çalışmasında önemliliğe yönelik en yüksek ortalamanın “maneviyat”, en düşük ortalamanın “öğretim” alt

ölçeğinde, yeterliliğe ve uygulanabilirliğe yönelik en yüksek ortalamaların “yardım edici ilişki” en düşük ortalamaların “gereksinimler” alt ölçeğinde olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçlarındaki farklılıklar öğrenci hemşirelerin henüz meslek hayatına başlamamış, öğrenme sürecinde olmalarından dolayı bakım odaklı hemşire hasta etkileşiminin kapsadığı bilişsel(önemlilik), duyuşsal(yeterlilik) alanlar ve

psiko-motor becerileri (uygulanabilirlik) yeterli düzeyde uygulamaya aktaramadıklarına bağlanabilir. Yurtdışında yapılan bir çalışmada da iletişim becerilerinin öğretilmesi, teorik bilginin uygulama ile birleşmesiyle öğrencilerin güvenini arttırabilecek ve kaygılarını azaltabilecek önemli bir alan olduğundan söz edilmektedir (Cunningham, Copp, Collins ve Bater 2006).

Tablo 1. BOHHEÖAlt Boyutları ve Alt Ölçek Toplam Puan Ortalamaları

Alt Boyutlar ve Alt Ölçekler	X±SS	Min-Max
Bilişsel (Önemlilik) Alt Boyutu	310.55±40.72	70-350
Hümanizm	26.08±4.26	6-30
Umut	31.36±4.60	7-35
Duyarlılık	25.52±4.10	6-30
Yardım edici ilişki	31.21±4.47	7-35
Duyuların ifade edilmesi	26.55±3.92	6-30
Sorun çözme	26.05±4.40	6-30
Öğretim	40.14±6.18	8-40
Çevre	31.46±4.52	7-35
Gereksinimler	45.63±6.06	10-50
Maneviyat	26.51±4.16	6-30
Duyuşsal (Yeterlilik) Alt Boyutu	274.83±39.01	70-350
Hümanizm	23.22±4.20	6-30
Umut	27.12±4.85	7-35
Duyarlılık	21.94±4.07	6-30
Yardım edici ilişki	28.36±4.98	7-35
Duyuların ifade edilmesi	23.08±4.38	6-30
Sorun çözme	26.51±5.01	6-30
Öğretim	36.10±5.99	8-40
Çevre	28.46±4.87	7-35
Gereksinimler	40.74±6.61	10-50
Maneviyat	23.34±4.29	6-30
Psikomotor (Uygulanabilirlik) Alt Boyutu	266.26±44.85	70-350
Hümanizm	22.02±4.65	6-30
Umut	26.06±5.26	7-35
Duyarlılık	21.31±4.75	6-30
Yardım edici ilişki	27.43±5.53	7-35
Duyuların ifade edilmesi	23.08±4.38	6-30
Sorun çözme	21.75±4.86	6-30
Öğretim	34.96±7.07	8-40
Çevre	27.44±5.36	7-35
Gereksinimler	40.23±7.64	10-50
Maneviyat	22.96±4.90	6-30

Öğrencilerin yaş ortalaması 21±1.54 olup, %71.3'ünün kadın olduğu, %34.5'inin dördüncü sınıfta okuduğu, %53.5'inin sosyal etkinliğini yeterli bulduğu, %72.5'inin hemşireliği diğer (ailenin isteği, iş bulma kolaylığı vb) nedenlerle tercih ettiği, %91.1'inin bakımın hemşirenin temel görevi olduğunu

düşündüğü, %61.6'sının hastanede yatma deneyiminin olmadığı, %53.9'unun refakatçi olarak bulunma durumu olduğu ve %81.4'ünün stajda hasta iletişimde güçlük yaşamadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerine göre bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi

düzeyleri incelendiğinde; hemşirelik öğrencilerinin yaşları ile BOHHEÖ'nin tüm alt ölçeklerinin önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutu toplam puan ortalamaları arasında ilişki olmadığı saptanmıştır. Zaybak, İsmailoğlu ve Efteli (2014)'nin BOHHEÖ ile yaptıkları çalışmada öğrenci hemşirelerin yaşları ile ölçeğin tüm alt ölçeklerinin önemlilik ve yeterlilik boyutu toplam puan ortalamaları arasında çok zayıf, negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda yaşın iletişimi etkilemediğinin belirlenmesi çalışma sonuçlarımızla benzerdir (Erigüç, Eriş ve Kabalcıoğlu, 2014; Arifoğlu ve Razi 2011; Tutuk, Al ve Doğan, 2002).

Çalışmaya katılan kadın öğrencilerin ölçeğin önemlilik boyutu toplam ölçek puan ortalamalarının erkek öğrencilere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo2). Aynı ölçek kullanılarak yapılan başka bir çalışmada da kadın öğrencilerin ölçeğin önemlilik ve yeterlilik boyutları toplam ölçek puan ortalamalarının erkek öğrencilere göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Zaybak, İsmailoğlu ve Efteli 2014). Fakat Erigüç, Eriş ve Kabalcıoğlu (2014), Kuzu ve Eker (2010) çalışmalarında öğrencilerin cinsiyetlerine göre iletişim becerilerinin farklılık göstermediğini sonucuna ulaşmışlardır. Söz konusu sonuçlar kadın öğrencilerin iletişime daha açık, sosyal yönü ön planda bir yapıya sahip oldukları biçiminde yorumlanabilir.

Araştırmada dördüncü sınıf öğrencilerinin BOHHEÖ önemlilik boyutu toplam ölçek puan ortalamalarının diğer sınıflara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı ölçeğin kullanıldığı Zaybak, İsmailoğlu ve Efteli (2014)'nin çalışmada öğrencilerin sınıflarına göre önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutunda toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir. Bunun yanı sıra literatürde öğrencilerin eğitim yılı arttıkça iletişim becerilerinde arttığını belirten çalışmalar (Xie, Ding, Wang ve Liu 2013; Cossette, Caraa, Ricarda ve Pepin, 2005; Suikkala ve Leino-Kilpi 2005; Tutuk, Al ve Doğan, 2002) bulunmakla birlikte, öğrencilerin eğitim yılı düzeylerine göre iletişim becerilerinin farklılık göstermediğini belirten çalışma da (Erigüç, Eriş ve Kabalcıoğlu, 2014) mevcuttur. Araştırma-mızın bu bulgusu 1. sınıfta bir dönemde 2 saat olarak yer alan hemşirelikte kişilerarası ilişkiler dersinin hemşire-hasta etkileşiminin önemini kavramasını sağladığı, ileri sınıflarda alınan temel dersler ve

seçmeli derslerde konunun önemine geniş yer verilmesinin etkili olabileceği düşünülmektedir. Son sınıf hemşirelik öğrencilerinin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimi düzeylerinin diğer sınıflara göre yüksek olmasının nedeni bu şekilde yorumlanabilir.

Hemşirelik mesleğini sevdiği için seçtiğini belirten öğrencilerin önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutu toplam puan ortalamaları diğer nedenlerle seçtiğini belirten öğrencilerin puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Zaybak, İsmailoğlu ve Efteli (2014)'nin yaptıkları çalışmada öğrencilerin hemşirelik mesleğini tercih etme nedenine göre ölçeğin tüm alt ölçeklerinin önemlilik boyutu toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda da öğrencilerin hemşirelik mesleğini isteyerek tercih etmeleri mesleğin gelişimi ve profesyonel olarak ilerlemesi açısından oldukça önemli olduğu belirtilmektedir (Şirin, Öztürk, Bezci, Çakar ve Çoban 2008; Özpancar, Aydın ve Akansel 2008). Safadi, Saleh, Nassar, Amre ve Froelicher (2011) çalışmasında, hemşireliği istediği için seçen öğrencilerin diğerlerine göre klinik uygulamalarda daha başarılı olduğunu ve daha fazla doyum aldığını vurgulamıştır. Çalışmadan elde edilen sonuç hemşireliği istediği için seçen öğrencilerin lisans eğitimi boyunca hemşireliğin esası olan bakım uygulamalarının temelini oluşturan bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimini özümlediklerinin bir göstergesi olarak nitelendirilebilir.

Bakım verme, hemşirenin bilgi, beceri, yetenek ve deneyimler ile gerçekleştirdiği bağımsız bir işlevidir. Bakım, hemşireliğin “özü” olarak nitelendirilmekte, yardım etme, sevgi besleme, iletişim, düşünme, özen gösterme, değer verme, empati duyma, ahlaki davranma, bilgi verme, şefkat ve saygı temalarını içermektedir(Potter, Perry 2013). İletişim hastaların kendi bakımlarına katılmalarına teşvik edilmesinde ve duygusal olarak desteklenmelerinde önemli bir araçtır (Karaöz 2005) ve hemşirelik bakımında sıklıkla anahtar olarak kullanılır. Bu konuda hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalarda öğrencilerin hemşireyi bakım veren kişi olarak gördükleri belirlenmiştir (Özpancar, Aydın ve Akansel 2008; Tan,Yuncu, Şentürk ve Yıldız 2007).Benzer şekilde çalışmamızdan elde edilen bulgular, bakımı hemşirenin birincil görevi olarak kabul etmenin, öğrencilerin hasta bakım merkezli hemşire- hasta etkileşiminin öneminin

farkında oldukları, kendilerini yeterli uygulama alanına aktarabildiklerini hissettikleri, teknik becerilerini geliştirdikleri ve göstermektedir.

Tablo 2. Hemşirelik Öğrencilerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre BOHHEÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	n	%	Alt Boyutlar		
			Önemlilik	Yeterlilik	Uygulanabilirlik
Yaş (ort ± SS)	258	(21±1.54)	r= -0.008 p= 0.899	r= 0.037 p= 0.559	r= -0.006 p= 0.923
Cinsiyet					
Kadın	184	71.3	316.04±37.68	276.72±37.35	268.61±43.65
Erkek	74	28.7	296.90±44.88	276.72±42.75	260.41±47.52
			t= 3.48,p= 0.001	t= 1.22,p= 0.22	t= 1.33,p= 0.18
Sınıf					
2	87	33.7	312.74±36.80	271.78±39.19	262.86±44.08
3	82	31.8	299.23±45.23	270.87±42.79	269.02±48.61
4	89	34.5	318.85±37.98	281.47±34.48	267.05±42.23
			F=5.316, p= 0.005	F= 1.992,p=0.139	F= 0.417,p=0.659
Hemşirelik mesleğini tercih etme nedeni					
Sevdiği için	71	27.5	318.22± 34,28	286.26± 29,83	274.36± 36.42
Diğer (Ailenin isteği, iş bulma kolaylığı vb)	187	72.5	307.64± 42,64	270.49± 41.21	263.19± 47.40
			t= 1.87, p= 0.04	t= 2.94, p= 0.001	t= 1.9, p= 0.045
Bakımı hemşirenin temel görevi olarak					
Gören	235	91.1	313.25±38.61	277.22±38.41	269.08±44.43
Görmeyen	23	8.9	282.95±51.39	250.39±37.36	237.52±39.42
			Z= -3.14, p= 0.002	Z= -3.14, p= 0.002	Z= -3.28, p= 0.001
Hastanede yatma deneyimi					
Olan	99	38.4	313.50±38.22	277.96±39,55	266.38±42.73
Olmayan	159	61.6	308.72±42.22	272.88±38,66	266.19±46.26
			t= 0.917, p= 0.36	t=1.018,p=0.31	t=0.033,p=0.97
Refakatçi olarak hastanede bulunma durumu					
Bulunan	139	53.9	311.35± 38.98	276.28± 38.81	267,99± 45.28
Bulunmayan	119	46.1	309.62± 42.81	273.14± 39.33	264,25± 44.46
			t=0.341,p= 0.73	t=0.645,p=0.52	t=0.667,p=0.50
Stajda hasta iletişimde güçlük yaşama durumu					
Evet	48	18.6	296.93 ± 49.59	252.25 ± 43.23	248.22 ± 41.03
Hayır	210	81.4	313.67 ± 37.86	280.00 ± 36.15	270.39 ± 44.76
			t= 2.59,p= 0.01	t= 4.61,p= 0.00	t=3.14,p= 0.00

Öncesinde yaşanan bakım deneyimleri hemşirelerin bakım algılarını ve davranışlarını etkileyebilmektedir (Karaöz 2005).Yapılan çalışmalarda hemşirelik mesleğine girmeden önce bakım verme ya da bakım alma deneyimi olan öğrencilerin bakım davranışları algılarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu, hasta birey ile bakım ilişkisi içerisine girme becerisini geliştirdiği ve öğrencilerin daha önce yaşadıkları

bakım deneyimlerinin bakım davranışlarına olumlu yansıdığı saptanmıştır(Cunningham, Copp, Collins ve Bater, 2006; Larsen, McGill, ve Palmer, 2003). Çalışmamızda hastanede yatma ya da refakatçi olarak bulunma deneyimi olan öğrenci hemşirelerin önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutu toplam puan ortalamalarının yüksek olmasına karşın anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuç doğrultusunda,

öğrencilerin hastanede yattığı ya da refakatçi olarak buldukları süreçte hemşire-hasta etkileşimi düzeyini yeterli bulma durumları ve olumsuz bir deneyim yaşama durumlarının sorgulanması gerektiği, bu durumlara yönelik algıların bireyden bireye farklılık göstereceğinin göz önünde bulundurulması gerektiği düşünülmektedir.

Hasta iletişiminde güçlük yaşamayan öğrencilerin BOHHEÖ önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutu toplam ölçek puan ortalamalarının diğer öğrencilere göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Konu ile ilgili yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Zaybak, İsmailoğlu ve Efteli 2014). Tutuk, Al ve Doğan (2002) tarafından yapılan çalışmada hasta ile ilişki de güçlük yaşamayan öğrencilerin iletişim beceri puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar, hemşirelik öğrencilerinin sahip olduğu iletişim becerisinin, hasta ile olan etkileşimini etkileyebilecek önemli faktörlerden birisi olduğu, başarılı bir etkileşim için gerekli olduğunu ve verilen bakımın kalitesini etkileyebileceğini göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda, hemşirelik öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta

etkileşimlerine ilişkin tutum ve davranışlarının olumlu yönde olduğu, kadın olan, son sınıfta öğrenim gören öğrencilerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşiminin önemli olduğuna ilişkin tutum ve davranışlarının daha olumlu olduğu bulundu. Hemşirelik mesleğini sevdiği için seçtiğini, bakımın hemşirenin temel görevi olduğunu, hasta ile ilişkilerinde güçlük yaşamadığını belirten öğrencilerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşiminin önemli, yeterli ve uygulanabilir olduğuna ilişkin tutum ve davranışlarının daha olumlu olduğu belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Erkek öğrencilerin hasta ile iletişim ve etkileşim becerilerini artırıcı faaliyetlerde daha fazla görev almalarının sağlanması,

Kişilerarası iletişim dersinin ilk sınıfta daha yoğun olarak verilerek, ders içeriği ve yöntemlerinin yeniden düzenlenmesi,

Mesleğin isteyerek tercih edilmesi için üniversiteye hazırlanan öğrencilere hemşirelik mesleğini tanıtmaya programlarının yapılması ve tekrarlanması,

Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerileri düzeylerini geliştirmeye yönelik müfredat programının düzenlenerek iletişim konusuna geniş yer verilmesi ve stajlarda öğrencilerin iletişim yönünden desteklenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

Aebersold M, Tschannen D, Sculli G. Improving nursing students communication skills using crew resource management strategies. *Journal of Nursing Education*. 2013;52 (3):125-30.

Arifoğlu B, Razi SG. Birinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin empati ve iletişim becerileriyle iletişim yönetimi dersi akademik başarı puanı arasındaki ilişki. *DEUHYO ED*.2011;4(1):7-10.

Atar NY, Aştı TA. Bakım odaklı hemşire hasta etkileşimi ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliği. *İ.Ü.F.N. Hem.Dergisi*. 2012;20(2):129-39.

Birol L. Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. İzmir: Etki Matbaacılık; 2011. p. 63-84.

Boissy A, Windover AK, Bokar D, Karafa M, Neuendorf K, Frankel RM, et all. Rothberg Communication skills training for physicians improves patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*. 2016;31 (7): 755-61.

Caris-Verhallen W, Timmermans L, Dulmen SV. Observation of nurse-patient interaction in oncology: review of assessment instruments. *Patient Education and Counseling*. 2004;54(3):307-20.

Cossette S, Caraa C, Ricarda N, Pepin J. Assessing nurse-patient interactions from a caring perspective:

report of the development and preliminary psychometric testing of the caring nurse-patient Interactions scale. *International Journal of Nursing Studies*. 2005;42 (6): 673-86.

Cunningham S, Copp G, Collins B, Bater M. Pre-registration nursing students' experience of caring for cancer patients. *Eur Journal Oncol Nurs*. 2006;10(1):59-67.

Dearing KS. Getting it, together: How the nurse patient relationship influences treatment compliance for patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2004;18(5):155-63.

Erigüç G, Şener T, Eriş H. İletişim becerilerinin değerlendirilmesi: Bir meslek yüksekokulu örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2013;16 (1): 45-65.

Fleischer S, Berg A, Zimmermann M, Wuste K, Behrens J. Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review. *Journal of public health*. 2009;17 (5):339-53.

Karaöz S. Turkish nursing students' perception of caring. *Nurse Educ Today*. 2005;25(1): 31-40.

Korkmaz M, Tuna Hİ. Yoğun bakım ünitesinde hemşire-hasta iletişimi. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*. 2014;11(4):14.

- Kumcağız H, Yılmaz M, Çelik SB, Avcı İA.** Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği. *Dicle Tıp Dergisi.* 2011;38(1):50.
- Kuzu A, Eker F.** Hemşirelik öğrencilerinin duygusal zekâ ve iletişim becerilerinin diğer üniversite öğrencileri ile karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.* 2010;3:14-29.
- Larsen PD, McGill JS, Palmer SJ.** Factors influencing career decisions: perspectives of nursing students in three types of programs. *Journal of Nurs Educ.* 2003;42 (4):168-73.
- Mlinar S.** First- and third-year student nurses' perceptions of caring behaviours. *Nurs Ethics.* 2010;17(4):491-500.
- Norgaard B, Kofoed PE, Kyvik KO, Ammentorp J.** Communication skills training for health care professionals improves the adult orthopaedic patient's experience of quality of care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 2012;12:698-704.
- Özpancar N, Aydın N, Akansel N.** Hemşirelik 1. sınıf öğrencilerinin hemşirelik mesleği ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2008;12 (3):9-17.
- Pfaff K, Baxter P, Jack S, Pleog J.** An integrative review of the factors influencing new graduate nurse engagement in interprofessional collaboration. *Journal of Advanced Nursing.* 2014; 70(10):4-20
- Safadi RR, Saleh MYN, Nassar OS, Amre HM, Froelicher ES.** Nursing students' perceptions of nursing: a descriptive study of four cohorts. *Int Nurs Rev.* 2011;58: 420-27.
- Sheldon LK.** An evidence-based communication skills training programme for oncology nurses improves patient-centred communication, enhancing empathy, reassurance and discussion of psychosocial needs. *Evidence-Based Nursing.* 2011;14(3):87-8.
- Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, West DC, Rosenbluth G, Allen AD, et al.** Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *New England Journal of Medicine.* 2014;371(19):1803-12.
- Suikkala A.** Nursing Student-Patient Relationship: A review of the literature from 1984 to 1998. *Journal of Advanced Nursing,* 2001;33(1):42-6.
- Suikkala A, Leino-Kilpi H.** Nursing Student-Patient Relationship: Experiences of Students and Patients. *Nurse Education Today.* 2005;25 (5):344-54.
- Sirin A, Öztürk R, Bezci G, Çakar G, Çoban A.** Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimi ve mesleği uygulamaya yönelik görüşleri. *Dirim Tıp Gazetesi.* 2008;83:69-75.
- Tan M, Yuncu S, Şentürk Ö, Yıldız Ö.** Üniversite öğrencilerinin hemşireliğe bakış açıları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2007;10(1): 22-9.
- Tutuk A, Al D, Doğan S.** Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisi ve empati düzeylerinin belirlenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.* 2002;6 (2):36-41.
- Xie J, Ding S, Wang C, Liu A.** An evaluation of nursing students' communication ability during practical clinical training. *Nurse Education Today.* 2013;33 (8): 823-7
- Yalçın N, Aştı T.** Hemşire – hasta etkileşimi. *İ.U.F.N. Hem. Derg.* 2011;19 (1):54-9.
- Zaybak A, İsmailoğlu EG, Efteli E.** Hemşirelik öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi.* 2014;1(2):24-34
- Zrinyi M, Horvath T.** Impact of satisfaction, nurse-patient interactions and perceived benefits on health behaviors following a cardiac event. *European Journal of Cardiovascular Nursing,* 2003;2:159-66.

ARAŞTIRMA

GEBELERİN KENDİLERİ VE BEBEKLERİ İÇİN D VİTAMİNİ KULLANIM FARKINDALIĞI*

Ayça ŞOLT KIRCA**

Gülümser DOLGUN***

Alınış Tarihi: 31.10.2017

Kabul Tarihi: 11.04.2018

Özet

Amaç: Bu çalışma gebelerin kendileri ve doğum sonrasında bebekleri için D vitamini kullanım farkındalığını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç-yöntem: İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı bir aile sağlığı merkezine kayıtlı Mayıs-Haziran 2017 tarihleri arasında, 0-12 aylık çocuğa sahip olan 200 anne çalışmaya alındı. Yüz yüze anket metodu yöntemi kullanılarak anneye ait sosyodemografik özellikler, D vitamini hakkındaki bilgi ve kullanım farkındalığına ait sorular sorularak veriler toplandı. Veriler; sayı, yüzde ve korelasyon analizleriyle değerlendirildi.

Bulgular: Annelerin %73'ü 30-45 yaş arasında, %64'nün eğitim durumu yüksekokul ve üzeri idi. Annelerin tamamının doğum sonrasında bebeklerine D vitamini verdiği, %52'sinin ise günün herhangi bir zamanında ve damlalıkla D vitaminini verdiği saptandı. Annelerin %46,5'i 12. ayın sonuna kadar çocuklarına D vitamini verilmesi gerektiğini düşünmekteydi. Annelerin %45,5'i yumurtanın D vitamininden zengin bir besin olduğunu, %47'si ise fazla verildiği durumda "kaslarda ileride derecede yorgunluk ve halsizlik olacağını" ifade etti.

Sonuç: Annelerin D vitaminini kullanma farkındalıkları olumludur. Ancak gebelik döneminde D vitamini kullanma bilgileri ve farkındalıkları eksiktir. D vitamini kullanma süreleri, etki-yan etki ve D vitamini içeren besin kaynaklarına dair bilgileri yeterli değildir.

Anahtar kelimeler: D vitamini, çocuk, aile sağlığı merkezi, ebe, hemşire

ABSTRACT

Pregnants awareness of the use of vitamin D for themselves and their infants

Aim: This study was conducted to determine the awareness after birth of the use vitamin D of pregnant for themselves and their babies

Methods: This study was conducted among 200 mothers with 0-12 month old children who be registered a Family Health Center affiliated to Istanbul Public Health Directorate between May-Jun 2017. Applying the face to face questionnaire method, mothers were asked about socio-demographic characteristics and their knowledge, usage awareness about vitamin D supplementation. Datas were evaluated with correlation analyzes number, percentage.

Results: 73% of the mother were between 30-45 years old, 64% they graduated in college and above. All of the mothers gave vitamin D to their infants after birth, 52% of them gave vitamin D with dropper and at any time of day. 46,5% of the mothers thought that their children should be given vitamin D until the end of 12th month. 45,5% of the mothers stated that the eggs are a food rich in vitamin D. 47% of the mothers said that there would be highly fatigue and weakness in the muscles when vitamin D is given excessively.

Conclusions: Mothers are aware of vitamin D use awareness. But they are lacking knowledge and awareness of vitamin D use during pregnancy. They didn't enough knowledge that duration of vitamin D use, effects-side effects, what the vitamin D sources are.

Key words: Vitamine D, child, family health center, midwifery, nursing

GİRİŞ

Ülkemizde ve dünyada D vitamini eksikliği yaygın olarak görülmekte ve bir pandemi olarak kabul edilmektedir. D vitamini eksikliği, çocuklarda büyüme geriliği ve

raşitizme, yetişkinlerde ise osteomalazi ve kırık riskinde artmaya neden olmaktadır. Ayrıca günümüzde D vitamini eksikliğinin kanser, diyabet ve immün sistem hastalıklarında da etkili

*28-30 Ağustos 2017 tarihinde Philadelphia, Amerika'da düzenlenen 2nd World Congress on Midwifery and Neonatal Nursing kongresinde e-poster bildiri olarak sunulmuştur.

**Sorumlu Yazar: Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu, Ebelik Bölümü, Kırklareli (Arş.Gör)

ORCID-ID: 0000-0001-6733-5348, e-posta: aycasolt@hotmail.com

***İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul (Prof.Dr.)

ORCID-ID:0000-0003-2988-9280

olduğu belirtilmektedir (Holick and Chen 2008; Christakos and Deluca 2011; Morse 2012; Sexauer, Hadeh, Ohman-Strickland, Zanni, Varlotta, Holsclaw et al 2015; Gürz, İğde ve Dikici 2015)

İnsan vücudunda bulunan D vitamininin temel kaynağı (%90-%95) güneş ışığıdır ve yeterince faydalanıldığında ilave D vitamini almaya gerek yoktur. D vitamini doğada çok az gıda da, doğal olarak bulunmaktadır. D vitamini takviye edilen gıdalar ise bir çocuğun veya yetişkinin D vitamini gereksinimini karşılamakta yetersizdir (Holick 1996; Holick and Chen 2008; Dawodu and Tsang 2012). Amerika'nın kuzeyinde (Boston, 42° kuzey) yapılan bir çalışmada; haftada 2-3 defa el, yüz ve kolların 5-15 dakikalık süre boyunca güneşe tutulmasının vücudun D vitamini ihtiyacını karşılamak için yeterli olduğu belirtilmiştir (Holick 1996; Akpınar ve İcağasıoğlu 2015; Fidan, Alkan ve Tosun 2014; Baysal 2014). Günümüzde çeşitli nedenlerle güneş ışığından yeterince faydalanılmadığı için D vitamini destek tedavisinin önemi artmaktadır.

Son 20 yılda dikkatler, anne ve bebeğin biyolojik birliği temelinde D vitamini eksikliğinin, anne ve bebeğin ortak bir sorunu olduğuna yoğunlaşmış ve bu çerçevede perinatal D vitamini eksikliği tanımlaması önem kazanmıştır. Maternal D vitamini eksikliğinin, fetüs üzerindeki etkilerinin yaşam boyu sürebileceği, yenidoğan ve bebeklik dönemindeki D vitamini eksikliği ile birlikte "infantil rikets" için en önemli risk faktörü olduğu üzerinde durulmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gebelerin D vitamini açısından değerlendirilmesi, eksikliğinde D vitamini desteğinin yapılması, bunun anne ve bebek sağlığının desteklenmesi açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır (Thandrayen and Pettifor 2010; Dawodu and Tsang 2012).

Ülkemizde gebeler ve doğurganlık çağındaki kadınlarda D vitamini eksikliğinin (<10ng/mL) %46-80 arasında olduğu; bu yüksek oranın yetersiz D vitamini alımı, örtünme ve yaşam tarzına bağlı olarak güneşin UV ışınıyla karşılaşılmasında yetersizlik gibi nedenlerden kaynaklandığı belirtilmektedir (Özkan, Doneray, Karacan, Vançelik, Yıldırım, Özkan ve ark 2009). Uçar ve ark. (2012)'nin Ankara bölgesinde 18-70 yaş arasındaki erkek ve kadın hastalarda yaptıkları bir çalışmada; oldukça yüksek oranda (%51,8) D vitamini eksikliği ve %20,7 oranında D vitamini yetersizliği tespit

edilmiştir (Uçar, Taşpınar, Soydaş ve Özcan 2012).

Bu veriler sonucu, ülkemizde gebelik ve süt verme döneminde tüm gebe ve emziren annelerin D vitamini düzeylerine bakılmaksızın günlük tek doz 1200 Ünite (9 damla) D vitamini desteği sağlanmasına dayanan programın uygulanmasına da 09 Mayıs 2011 tarihinde başlanılmıştır (Gürz, İğde ve Dikici 2015; Koca, Dilli, Beken, Zenciroğlu ve Okumuş 2013). Literatürde bu uygulamanın sonuçları ve kampanyanın etkinliği konusunda bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Bebek ve çocuklarda D vitamini yetersizliğini önlemek için Mayıs 2005'te Sağlık Bakanlığı yönetiminde tüm ülkeyi kapsayan beş yıllık bir proje (D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Korunması Projesi) başlatılmıştır (Gürz, İğde, Dikici 2015; Akelma, Abacı, Çelik, Özdemir, Avcı ve Razi 2010; Çataklı, Taşar, Oğulluk ve Dallar 2014). Bu projenin temel amacı tüm bebeklere doğumdan başlayarak bir yaşına kadar günde 400 IU D vitamini verilmesidir. Özkan ve arkadaşları (2009) projesi'nin ardından aynı ilde (39.133 çocukta) yaptıkları bir çalışmada raşitizm sıklığının %6,1'den %0,1'e düştüğünü saptamıştır (Özkan, Doneray, Karacan, Vançelik, Yıldırım, Özkan ve ark 2009).

Aile sağlığı merkezi tarafından gebelik ve doğum sonrası dönemde takip edilen kadınların, kendileri ve bebekleri için D vitamini kullanma sıklığı, süresi, dozu ve etkileri hakkında farkındalık düzeyleri konusunda bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle, bu araştırmanın aile sağlığı merkezinde çalışan ebe ve hemşirelerin, danışanları bilgilendirmede ve farkındalık geliştirmede rehber olacağını düşünmekteyiz.

Araştırma, 0-12 ay arası bebeği olan annelerde, gebelik döneminde kendilerine ve doğumdan sonra bebeklerine D vitamini kullanma farkındalıklarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü: Araştırma tanımlayıcı-kesitsel bir çalışmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer: Çalışmaya, İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı, bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 0-12 aylık çocuğa sahip olan anneler alındı.

Evren ve Örneklem: Araştırmanın evrenini, İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı bir aile sağlığı merkezi oluşturdu. Araştırmanın örneklemine, bu aile sağlığı merkezine kayıtlı, 0-

12 aylık çocuğa sahip olan, çalışmaya katılmayı kabul eden, vaka seçim kriterlerine uyan ve o gün aşı yaptırmak için aile sağlığı merkezine gelen 200 anne oluşturdu.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- Türkçe konuşma ve anlama
- 0-12 ay arasında çocuğa sahip olma
- Gönüllü onam formunu imzalamış olma

Dışlanma kriterleri:

- Annede kronik bir hastalığın ya da psikiyatrik rahatsızlığın olması
- Bebeğe geçirilmiş ameliyat öyküsü olma, kronik hastalığın ya da konjenital bir anomalinin olması

Veri Toplama Araçları: Veri toplama aracı olarak, araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan bir form kullanıldı. Form iki bölümden oluşmakta idi. Birinci bölüm annenin ve bebeğin demografik özelliklerini, 2. bölüm annelerin D vitamini kullanımı hakkındaki bilgi düzeylerini içeriyordu. Formun geçerliliği için konusunda uzman 5 öğretim üyesinden görüş alındı.

Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi: Veriler, Mayıs-Haziran 2017 tarihleri arasında aile hekimliğine aşı için gelen annelerle yüz yüze görüşme tekniği ile ortalama 15-20 dakikalık sürede toplandı. Verilerin değerlendirilmesi, bilgisayar ortamında SPSS 20.0 IBM statistic analssy programı ile yapıldı.

Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri: Araştırmanın etik uygunluğu için İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğünden ve Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik kurulundan yazılı izin (E.2419) alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden annelere araştırma konusu hakkında bilgilendirme yapıldı ve "Bilgilendirilmiş Onam Formu" kullanılarak hem yazılı hem de sözlü izinleri alındı.

Araştırmanın Sınırlılığı: Araştırma, uygulanabilirliği yönünden bir aile sağlığı merkezinde küçük bir örneklem grubunda yapılmış olduğu için çalışma sonuçları yalnızca buraya genellenebilir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Tablo 1 incelendiğinde annelerin %73'nün 30-45 yaş arasında, %64'nün eğitim durumlarının yüksekokul ve üzeri olduğu, %45,5'nin ev hanımı, %93,5'nün çekirdek aile yapısına sahip olduğu ve %60,5'nin aylık ortalama gelirlerinin giderlerine denk ve üzeri olduğu görülmektedir. Çalışmada yer alan annelerin % 58'nin ilk anne olma yaşı 18-29 yaş arasında, % 56,5'i bir kez doğum yapmış ve %93,5'i bu bebeklerine isteyerek gebe

kaldıklarını ifade etmiştir. Annelerin %89'nun gebelik süresince düzenli olarak kan ilacı (demir preparatı) kullandıkları ve %44,5'nin ise kan ilacına gebeliklerinin 3. ayından itibaren başladıkları görülmektedir. Annelerin %70'i gebelikleri süresince D vitamini kullandıklarını ifade etmiştir.

Tablo 1. Annelerin Tanıtıcı Özellikleri (n=200)

Tanıtıcı Özellikler	N	%
Yaş		
19-29	54	27.0
30-43	146	73.0
Eğitim Durumu		
İlköğretim ve Lise	72	36.0
Yüksek Okul ve Üzeri	128	64.0
Meslek		
Ev Hanımı	91	45.5
Memur	37	18.5
İşçi ve serbest	72	36.0
Ailenin Aylık Geliri		
Gelir giderinden az	79	39.5
Gelir giderine denk ve fazla	121	60.5
Aile Yapısı		
Çekirdek Aile	187	93.5
Geniş Aile	13	6.5
İlk Kez Anne Olma Yaşı		
18-29	116	58.0
30-40	84	42.0
Doğum Sayısı		
1	113	56.5
2 ve üzeri	87	43.5
Çocuk Sayısı		
1	107	53.5
2 ve üzeri	93	46.5
Gebelik Ayına Göre Kan İlacını Kullanma Durumu		
1 ve 2 ay	23	12.0
3 ay	89	44.5
4 ay ve üzeri	68	32.5
Hiç kullanmayan	20	11.0
Gebelikte D Vitamini Kullanma Durumu		
Evet (Elevit veya Decavit)	140	70.0
Hayır	60	30.0

Çalışmamızdaki annelerin gebelikleri süresince D vitamini içeren preparatları (elevit-decavit) kullanması olumlu ve istendik bir sonuçtur. Araştırma grubumuzun %64'nün yüksek okul ve üniversite mezunu olması ve ailelerin gelir seviyelerinin yüksek olmasının çalışma sonucuna olumlu etkisi olduğunu düşünüyoruz. Annelerin gebelik döneminde D

vitamini kullanımının yüzde yüz olması için aile sağlığı merkezlerinde çalışan ebe/hemşirelerin prekonsepsiyonel dönemden başlayarak, kadınlara D vitamininin önemi hakkında eğitim vermeleri gerektiği düşünülmektedir (Tablo 1).

Tablo 2 incelendiğinde bebeklerin %62,5'nin 1 ile 4 aylık, %59'nun erkek ve %74'nün 36 ile 39 haftalık doğduğu görülmektedir. Bebeklerin şu anki kilo ve boyları ise %42'nin 7 ile 14 kg, %59'nun 60 ile 80 cm arasında olduğu tespit edilmiştir. Bebeklerin doğumdan sonra %50,5'i sarılık geçirirken, %66,5'i 4 ile 6 ay arasında sadece anne sütü ile beslenmiştir.

Tablo 2. Bebeklerin Tanıtıcı Özellikleri (n=200)

Tanıtıcı Özellikler	N	%
Bebeğin Yaşı (ay)		
1-4 ay	125	62.5
5-8 ay	50	25.0
9-12 ay	25	12.5
Bebeğin Cinsiyeti		
Kız	82	41.0
Erkek	118	59.0
Bebeğin Doğum Haftası		
30-35	13	6.5
36-39	148	74.0
40-42	39	19.5
Bebeğin Doğum Ağırlığı (gr)		
1080-2500	17	8.5
2501-3500	125	62.5
3501-4335	58	29.0
Bebeğin Doğum Boyu (cm)		
37-46	11	5.5
47-55	189	94.5
Bebeğin Şu Anki Kilosu (gr)		
2550-4900	38	19.0
5000-6960	78	39.0
7000-14000	84	42.0
Bebeğin Şu Anki Boyu (cm)		
46-59	82	41.0
60-80	118	59.0
Bebeğin Doğumdan Sonra Sarılık Olması		
Evet	99	49.5
Hayır	101	50.5
Bebeğin Sadece Anne Sütü Aldığı Süre (ay)		
1-3 ay	67	33.5
4-6 ay	133	66.5

Çalışma grubumuzdaki annelerin 2500 gr altında bebeğinin olmaması, bebeklerin boy uzunluğunun 47-50 cm arasında olması ve bebeklerin 35. gestasyon yaşından sonra doğması olumlu gelişmelerdir.

Bu gelişmeler bize, annelerin gebelik döneminde D vitamini kullanmalarının olumlu bir sonucu olabileceğini düşündürmektedir.

Tablo 3 incelendiğinde, annelerin tamamının doğumdan sonraki ilk günlerden itibaren, %88'nin her gün ve %60'nın ise günde 3 damla olacak şekilde bebeklerine D vitamini verdikleri görülmektedir. Annelere D vitaminini ne zaman ve nasıl verdikleri sorulduğunda ise; %13'nün beslenme öncesi, % 35'nin beslenme sonrası, %52'nin ise günün herhangi bir zamanında ve damlalıklarla D vitaminini verdiklerini ifade etmişlerdir.

Küresel bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkan, D vitamini eksikliğinin yaygın olarak gözlemlenmesi, yetersizliğinin yarattığı sonuçların anne ve bebek sağlığına olumsuz etkilerinin önlenmesi toplum sağlığının geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır (Binet and Kooh 1996; Bishop 1999; Leanne, Ward, Isabella, Moyez and Stanley 2007; Christakos and Deluca 2011; Morse 2012; Dawodu and Tsang 2012). Anne sütü bebeklerin yaşamlarının ilk yılındaki başlıca besin kaynağı olup vitamin D bakımından çok zengin değildir (Leanne, Ward, Isabella, Moyez and Stanley 2007; Dawodu and Tsang 2012). Amerikan ve Kanada Pediatri Akademisi, bebeğin beslenme durumuna bakılmaksızın, doğumundan itibaren 1 yaşına gelene kadar D vitamininin verilmesini önermektedir (Gürz, İğde ve Dikici 2015; Çataklı, Taşar, Oğulluk ve Dallar 2014; Özkan, Doneray ve Karacan 2009). Ülkemizde de 2005 yılından itibaren tüm bebeklere hayatın ilk haftasından başlayarak en az bir yıl süreyle, tercihen 3 yaş bitene kadar günde 400 IU D vitamini (günde 3 damla) verilmesi şeklinde uygulama yapmaktadır (Turan, Çoşkun ve Gökçay 2000; Hatun, Bereket, Çalikoğlu ve Özkan 2003; Wagner and Greer 2008; Özkan, Doneray, Karacan, Vançelik, Yıldırım, Özkan ve ark 2009; Arıca, Arıca, Gücük ve Edirne 2010). Bir şişe D vitamini 15 cc (375 damla) olup, günlük verilmesi gereken miktar 0,12 cc (3 damla)'dır ve D vitamini 25 derecenin altındaki oda sıcaklığında saklanmalıdır (Ommatly 2009).

Çalışmamızda annelerin tamamının, aile sağlığı merkezlerinde bebekleri için ücretsiz olarak verilen D vitaminini her gün, günde 400 IU (üç damla) kullanılmasına ait yeterli bilgi ve tutuma sahip olduğu görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 3. Annelerin Bebeklerine D Vitamini Verme Durumları (n=200)

Tanıttıcı Özellikler	N	%
Doğumdan Hemen Sonra D Vitaminine Başlama Durumu		
Evet	200	100
D Vitamini Verme Sıklığı		
Her gün	176	88.0
Gün Aşırı (2-3 günde bir)	24	12.0
Günde Verilen D Vitamini (damla olarak)		
3	120	60.0
4	52	27.5
5 ve üstü	23	12.5
D Vitamini Verme Zamanı		
Beslenme Öncesi	26	13.0
Beslenme Sonrası	70	35.0
Fark Etmiyor	104	52.0
D Vitamini Verme Şekli		
Damlalıkla	104	52.0
Kaşığa Koyarak	94	48.0

Tablo 4 incelendiğinde; annelerin %82'si bir şişe D vitaminini 3 ile 4 ay arasında bitirdiklerini, %99'u ise biten şişenin yerine yenisini aldıklarını, %89,5'i D vitaminini oda sıcaklığında sakladığını ifade etmiştir. Annelerin %46,5'i 12. ayın sonuna kadar D vitamini verilmesi gerektiğini, % 40'ı ise fikrinin olmadığını söylemiştir. "D vitamini verilmediği zaman bebeğinizde ne olabilir" sorusuna ise annelerin % 56,5'i bebeklerinin yürümelerinin gecikeceğini ifade etmiştir. Annelerin % 76'sı D vitamininin fazla verilmesinin zararlı olduğunu, % 47'si D vitamininin fazla verildiği durumlarda kaslarda ileri derecede yorgunluk olacağını ve %46,5'i ise herhangi bir fikri olmadığını söylemiştir. D vitamininin en çok hangi yiyeceklerde bulunduğu sorusuna ise annelerin % 45,5'i yumurta sarısında ve % 30'u da ıspanakta olduğunu söylemiştir. Annelerin tamamına yakını çocuklarını güneşe çıkardıklarını ve ilaç kullanmadan önce prospektüs okuduklarını ifade etmiştir.

Çalışmamızda annelerin çocuklarını güneşe çıkarmaları, ilaç kullanmadan önce prospektüs okumaları, D vitaminini verirken damlalık kullanmaları, şişenin zamanında bitirilmesi ve oda sıcaklığında saklanması olumlu davranışlardır. Fakat annelerin D vitamini kullanma süresi, kullanmadığında ya da fazla kullanıldığında ne tür belirtiler olabileceği ve hangi gıdaların D vitamininden zengin olduğu hakkındaki bilgileri yeterli düzeyde değildir. Ebe ve hemşirelerin kullanılan ilaçların

etkileri, fazla verildiği zaman karşılaşılabilecek toksitemi ve başta yağlı balıklar olmak üzere (morina balığı, somon, uskumru, ton vb), D vitamininden zenginleştirilmiş sütler, yoğurtlar ve yumurta sarısı gibi (Morse 2012; Baysal 2014) D vitamininden zengin besinler hakkında annelere daha detaylı bilgi vermeleri gerektiği görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Annelerin D Vitamini Hakkındaki Bilgi Düzeyleri (n=200)

Tanıttıcı Özellikler	N	%
Bir Şişe D Vitaminini Ne Kadar Süre Kullanıyorsunuz (ay)?		
1-2 ay	36	18.0
3-4 ay	164	82.0
D Vitaminini Saklama Koşulu		
Oda Sıcaklığı	179	89.5
Buzdolabı	21	10.5
D Vitamininin Ne Kadar Süre Verilebileceğini Biliyor musunuz?		
4.ay-9.ayın sonuna kadar	13	6.5
12.ayın sonuna kadar	93	46.5
18.ay-24.ayın sonuna kadar	14	7.0
Fikrim Yok	80	40.0
D Vitamini Verilmediğinde Bebeğinizde Ne Olabilir?		
Zeka Geriliği	22	11.0
Yürümesi Geçikebilir	113	56.5
Sık Hastalanır	22	11.0
Fikrim Yok	43	21.5
D Vitaminin Fazla Verilmesi Zararlı mıdır?		
Evet	152	76.0
Hayır	48	24.0
D Vitamini Fazla Verildiği Zaman Bebeğinizde Nasıl Belirtiler Olur?		
Kaslarında İleri Derecede	94	47.0
Yorgunluk	13	6.5
Halsizlik	93	46.5
Fikrim yok		
D Vitamini En Çok Hangi Yiyecekte Bulunur?		
Yumurta Sarısı	91	45.5
ıspanak	60	30.0
Fikrim Yok	49	24.5
İlaç Kullanmadan Önce Prospektüs Okur musunuz?		
Evet	173	86.5
Hayır	27	13.5
Çocuğunuzu Güneşe Çıkariyor musunuz?		
Evet	181	90.5
Hayır	19	9.5

Tablo 5 incelendiğinde doğum sonu dönemde bebeğe D vitaminine başlama zamanı ile bebeğin şu anki kilosu arasında düşük düzeyde pozitif yönde bir ilişki olduğu ($r=0,164$, $p=0,020$), D vitaminine başlama zamanı ile bebeğin yaşı ($r=0,113$, $p=0,113$) ve bebeğin şu anki boy uzunluğu arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($r=0,084$ $p=0,238$).

Tablo 5. D Vitaminine Başlama Süresi ve İlişkili Faktörler (n=200)

Tanıttıcı Özellikler	Doğumdan hemen sonra D vitaminine başlama
Bebeğin şu anki kilosu	
Pearson Correlation	.164*
Sig. (2-tailed)	.020
N	200
Bebeğin şu anki boy uzunluğu	
Pearson Correlation	.084
Sig. (2-tailed)	.238
N	200
Bebeğin yaşı	
Pearson Correlation	.113
Sig. (2-tailed)	.113
N	200

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-kuyruklu).

Araştırmamızda doğumdan sonra bebeğe D vitamini başlanmasının bebeğin doğumdan sonraki kilosunu olumlu yönde etkilediği

KAYNAKLAR

- Akpınar P, İçağasioğlu A.** The Relation Between Vitamin D and Quality Of Life. *Türk Osteoporoz Dergisi* 2015;18(1):13-8.
- Akelma Z, Abacı A, Çelik A, Özdemir O, Avcı Z, Razi CH.** Beslenmeye Bağlı D Vitamin Eksikliği Tanısı Alan Üç Olgu: Raşitizm Hala Bir Halk Sağlığı Sorunu. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2010;14(2): 104-8.
- Arıca V, Arıca S, Gücük S, Edirne T.** Van İlindeki 0-36 Ay Arası Sağlıklı Çocuklarda Serum 25-OHD Düzeyi. *Türk Pediatri Arşivi* 2010;45(3):286-90.
- Binet A, Kooch SW.** Persistence of Vitamin D-Deficiency Rickets in Toronto in The 1990s. *Can J Public Health* 1996;87(4):227-30.
- Bishop N.** Rickets Today Children Still Need Milk and Sunshine. *N Engl J Med* 1999;341(8):602-4.
- Baysal A.** D Vitamin ve Sağlığımız. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 2014;42(2):89-90.

görülmektedir (Tablo 5). Bu duruma etki eden başka faktörlerinde olduğu bilinmektedir fakat D vitaminin, hem bebeğin büyüme gelişmesini olumlu etkilediği hem de enfeksiyon riskini azatlığı araştırmalar ile gösterilmiştir (Ishida, Seino and Matsukura 1985; İsai, Giorgino and Adami 2001; Holick 2004; El-Mazary, Maaboud, Momen and Khaled 2012; Li, Cheng, Guo, Li, Sun, Cui et al 2018). D vitaminin anne ve bebek sağlığına etkileri ile ilgili daha kapsamlı araştırmalara gereksinim olduğu aşıkardır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Annelerin D vitaminini önerilen dozda kullanma, bitince yenisini alma, uygun şartlar altında saklama, ilaç kullanmadan önce prospektüs okumaları ve bebeklerini güneşe çıkarma tutumları olumludur. Ancak besin olarak D vitamini kaynakları, D vitamininin fazla kullanılması ya da verilmemesi sonucunda nelerin olabileceği ve D vitamininin ne zamana kadar verilebileceği konusunda farkındalıklarının yetersiz olduğu saptanmıştır.

Hekimlerin ya da aile sağlığı merkezinde çalışan ebe/hemşirelerin D vitamini kullanımını önerirken doz ve kullanım süresinin yanı sıra, etki-yan etki, D vitamini kaynaklarının neler olduğu, ne zamana kadar D vitamini kullanılabilirliği hakkında anlaşılır bir dil ile anneleri bilgilendirmeleri önemlidir. Ayrıca prekonsepsiyonel dönemden başlanarak D vitaminin hem kendilerine hem de bebeklerine kullanmalarına ilişkin eğitim programlarının düzenlenmesi ve yazılı broşürler verilmesi D vitamini ile ilgili farkındalığı arttıracaktır.

Çataklı T, Taşar S, Oğulluk M, Dallar Y. Bir Hastaneye Başvuran Annelerin D Vitamin Hakkındaki Bilgileri ve Kullanma Tutumları. *Ege Journal of Medicine* 2014; 53(3): 135-40.

Christakos S, Deluca HF. Minireview: Vitamin D: Is There a Role in Extraskelletal Health? *Endocrinology* 2011;152(8):2930-6

Dawodu A, Tsang RC. Maternal Vitamin D Status: Effect on Milk Vitamin D Content and Vitamin D Status of Breastfeeding Infants. *Advance in Nutrition* 2012;3(3):353- 61

El-Mazary AM, Maaboud MA, Momen MM, Khaled AN. Vitamin D Supplementation and The Risk of İnfections in Fullterm İnfans: Correlations with The Maternal Serum Vitamin D. *Egypt J Pediatr Allergy Immunol* 2012;10(2):87-94.

- Fidan F, Alkan BM, Tosun A.** Çağın Pandemisi: D vitamini Eksikliği ve Yetersizliği. Türk Osteoporoz Dergisi 2014;20:71-4.
- Gürz AA, İğde AA, Dikici MF.** D Vitamininin Fetal ve Maternal Etkileri. Konuralp Medical Journal/ Konuralp Tıp Dergisi 2015;7(1):69-75.
- Holick MF.** Vitamin D and Bone Health. J Nutrition 1996;126 (4 suppl):1159- 64.
- Holick MF.** Sunlight and Vitamin D for Bone Health And Prevention of Autoimmune Diseases, Cancers, and Cardiovascular Disease. The American Journal of Clinical Nutrition 2004;80 (6 suppl)1678-88
- Holick MF, Chen TC.** Vitamin D Deficiency: A Worldwide Problem with Health Consequences. Am J Clin Nutr. 2008;87(4):1080–6.
- Hatun Ş, Bereket B, Çalikoğlu AS, Özkan B.** Günümüzde D Vitamini Yetersizliği ve Nutrisyonel Rikets. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2003;46(1):224-41.
- Isai G, Giorgino R, Adami S.** High Prevalence of Hypovitaminosis D in Female Type 2 Diabetic Population. Diabetes Care 2001;24(8):1496-8.
- Ishida H, Seino Y, Matsukura S.** Diabetic Osteopenia and Circulating Levels of Vitamin D Metabolites in Type 2 (Noninsulin-Dependent) Diabetes. Metabolism 1985;34(9):797– 801.
- Koca BS, Dilli D, Beken S, Zenciroğlu A, Okumuş N.** Maternal D Vitamini Eksikliğine Bağlı Konjenital Rikets: Bir Olgu Sunumu. Perinatoloji Dergisi 2013;21(1):42-45.
- Leanne M, Ward MD, Isabella G, Moyez L, Stanley Z.** Vitamin D–Deficiency Rickets Among Children in Canada. CMAJ 2007;17(2):177.
- Li W, Cheng, X Guo L, Li H, Sun C, Cui X, Song, G.** Association Between Serum 25-Hydroxyvitamin D Concentration and Pulmonary Infection in Children. Medicine 2018;97(1):9060.
- Morse NL.** Benefits of Docosahexaenoic Acid, Folic Acid, Vitamin D and Ionide on Feotal and Infant Brain Development and Function Following Maternal Supplimentaion During Pregnancy and Lactation. Nutrients 2011;4(7):799-840.
- Sexauer WP, Hadeh A, Ohman-Strickland PA, Zanni RL, Varlotta, L, Holsclaw, D, Hadjiliadis, D.**Vitamin D Deficiency is Associated with Pulmonary Dysfunction in Cystic Fibrosis. Journal of Cystic Fibrosis 2015;14(4):497-506.
- Ommaty R.** Monografi. 21.baskı. Vademecum Modern İlaç Rehberi. İstanbul: Pelikan Yayıncılık. 2009, 521-522.
- Özkan B, Doneray H, Karacan M, Vançelik S, Yıldırım ZH, Özkan A ve ark.** Prevalence of Vitamin D Deficiency Rickets in The Eastern Part of Turkey. Eur J Pediatr 2009;168(3):95-100.
- Turan M, Coşkun A, Gökçay G.** Doğum Sonrası Erken Dönemde, Doğru Teknik ile Beslenmenin Tek Başına Anne Sütü ile Beslenme Süresine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fak Mecmuası 2000;63(1): 286-92.
- Thandrayen K, Pettifor JM.** Maternal Vitamin D Status: İmplications for The Development of İnfantile Nutritional Rickets. Endocrinol Metab Clin North Am 2010;39(2):303-20.
- Uçar F, Taşlıpınar YM, Soydaş ÖA, Özcan N.** Ankara Etlik İhtisas Eğitim ve Araştırma hastanesine BaşVuran Hastalarda 25-OH Vitamin D Düzeyleri. Eur J Basic Med Sci 2012;2(1):12-5.
- Wagner CL, Greer FR.** American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding; Prevention of Rickets and Vitamin D Deficiency in İnfants, Children and Adolescents. Pediatrics 2008;122(5): 1142-52.

ARAŞTIRMA

KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARI KALICI AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ HAKKINDA NE DÜŞÜNÜYORLAR? TEK DURUMLU BİR ÖRNEK OLAY ÇALIŞMASI*

Rukiye DEMİR**

Ayten TAŞPINAR***

Alınış Tarihi: 10.12.2017

Kabul Tarihi: 27.03.2018

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın temel amacı; kadın sağlık çalışanlarının kalıcı aile planlaması yöntemleri hakkındaki görüşlerini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Nitel araştırma biçiminde desenlenen bu çalışmada, "tek durumlu örnek olay yöntemi" kullanılmıştır. Yüz-yüze gerçekleştirilen bireysel görüşmeler yoluyla "yarı-yapılandırılmış görüşme tekniği" ile veriler toplanmıştır. Araştırmanın çalışma grubunu, Aydın ili merkez ilçelerinden birinde bulunan bir Toplum Sağlığı Merkezi'nde görev yapan kadın sağlık çalışanları oluşturmuştur. Örneklem seçmede; amaçlı örneklem türlerinden "ölçüt dayanlı örneklem" tekniği kullanılmıştır. Çalışmanın örneklemi 11 kadın sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, tümevarımsal içerik analizi tekniği kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının tamamına yakını kalıcı aile planlaması yöntemlerini "çiftlerin artık çocuk sahibi olmak istemediklerinde kadın ve erkekte üreme yollarının kapatılması, bağlanması" şeklinde tanımlamıştır. Katılımcıların tamamı erkeklere hiç aile planlaması danışmanlığı vermediğini, büyük çoğunluğu erkeklere de aile planlaması eğitimi verilmesi gerektiğini vurgulamışlardır. Kadın sağlık çalışanları danışmanlıklarında sadece kadınların öğrenmek istedikleri yöntemi anlattıklarını söylemişlerdir. Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının neredeyse tamamı aile planlaması konusunda eğitim aldıklarını ve danışmanlık yaptıklarını, fakat çoğu danışmanlıklarında kalıcı aile planlaması yöntemlerine yer vermediklerini ifade etmiştir.

Sonuç: Araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının tamamının aile planlaması konusunda eğitim aldıkları, yalnız kadınlara danışmanlık verdikleri ve danışmanlıklarında tüp ligasyon ve vazektomi yöntemlerine yer vermedikleri, ön yargılarının danışmanlık hizmetlerini etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Aile planlaması, aile planlaması danışmanlığı, kalıcı aile planlaması yöntemleri

ABSTRACT

What Women Health Practitioners Think About Permanent Family Planning Methods? A Qualitative Case Study

Aim: The main purpose of this study was to determine the opinions of women health workers' about permanent family planning methods.

Material and Method: In this study that designed as a qualitative research, the "one-state case study method" was used. Data were collected through face-to-face individual interviews by the "Semi-structured interview technique". The study group of this research was composed of women health workers working at a Community Health Center located in one of the central provinces of Aydın province. When selecting the sample; "Criterion-resistant sampling" technique was used for purposeful sampling types. The sample of the study consisted of 11 female health workers. Inductive content analysis technique was used in the evaluation of the obtained data.

Results: Almost all women health practitioners who participated in this study defined the permanent family planning methods as "the closure of the reproductive tracts in males and females when the couples do not want to have children anymore". All participants emphasized that they did not provide any family planning counseling for males and that most of the males had to be given family planning training. Most of the participants said that they only talk about the method which females wanted to learn. Almost all women health workers who participated in this study expressed that they were educated about family planning and they were consulting, but they also said that they did not include permanent family planning methods during their counseling.

Conclusion: It was determined that all of the women health workers who participated in the study were educated about family planning, only being consulted for women and did not include tube ligation and vasectomy methods during their counseling, and the prejudices affected counseling services.

Key Words: Family planning; family planning advice; permanent family planning methods

*Bu araştırma, 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi'nde (29 Haziran-1 Temmuz 2017) sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

** **Sorumlu Yazar:** Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik AD, Aydın (Doktora Öğrencisi),

ORCID-ID: 0000-0003-4649-6403, e-posta: rukiye_kiyimik@hotmail.com

*** Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Aydın (Doç. Dr.),

ORCID-ID: 0000-0001-7918-2457, e- posta: aytaspinar@yahoo.com

GİRİŞ

Aile Planlaması hizmetlerinin başarıya ulaşmasını etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerden biride etkin bir danışmanlık hizmetinin sunulmasıdır (Aydın 2000; Özvarış 2001; Taşkın 2016). Danışmanlık hizmetlerinin sunulmasında sağlık profesyonelinin doğum kontrol yöntemleri hakkında yeterli ve güncel bilgiye sahibi olması, bu bilgileri kullanarak kişilere danışmanlık vermesi, belirlenmiş standartlara göre çalışması ve planlanan danışmanlığın içeriğinin yeterli olması gerekmektedir. Bununla birlikte danışmanlık hizmet alanın gereksinimlerini doğru zamanda, doğru uygulamalarla ve doğru maliyetle karşılaması beklenmektedir (Aktün 2006). Danışmanlık, bireyin kendi düşünce, seçim ve kararını oluşturmasına yardımcı olacak şekilde, belli bir konuda uzmanlaşmış kişilerce aydınlatılmasıdır. Aile planlaması hizmetlerinin sunumunda danışmanlık ikna etmek için bir araç değil, kişiye yöntemlerle ilgili seçenekler sunarak kendisine en uygun olan yöntemi seçmesine yardım etmektir. İyi bir aile planlaması danışmanlığı aynı zamanda, bilinçli yöntem seçimini, doğru, düzenli ve uzun süreli kontraseptif kullanımını sağlayarak yöntemi bırakmak amacıyla yapılan klinik ziyaretleri azaltmakta ve yöneme devamlılığı artırmaktadır (Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü 2009). Burada sağlık çalışanlarının aile planlaması hakkındaki bilgi, görüş ve önerileri danışmanlık alan kişiler için önem arz etmektedir (Çorak, Özsoy, Vural ve Tuncay 2008; Öztaş, Artantaş, Tetik, Yalçıntaş, Üstü ve Uğurlu 2015).

Nitelikli bir aile planlaması hizmeti istenmeyen gebelikleri, doğumları, anne ve bebek ölümlerini ve dolayısıyla kişiyi, aileyi ve toplumu etkileyen istenmeyen olayları önemli ölçüde azaltacaktır (Taşkın 2016; Gonie, Wudneh, Nigatu ve Dendir, 2018). Bu noktada, sağlık personeli tarafından topluma sunulan aile planlaması konusundaki eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin önemi ortaya çıkmaktadır (Şankazan ve Yıldız 2002; Sezer ve Gönenç 2014; Ahmed, Shokai, Abduelkhair, ve Boshra 2015). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 sonuçlarına göre; 15-49 yaşlarındaki evli kadınlar arasında herhangi bir yöntem kullanma oranı %74'dür. Tüpligasyon yaptıran evli kadın oranı %9 ve vazektomi yaptıran erkeklerin oranı ise %0.1 bulunmuştur. Doğum kontrol yöntemleri arasında böylesine etkin yöntemlerin olmasına karşın kullanıma

oranlarının düşük olmasının nedenlerinin araştırılması ve aile planlaması hizmet planlaması ve sunumundaki eksikliklerin giderilmesi önemlidir.

Sağlık çalışanlarının tüm aile planlaması yöntemleri ve özellikle kalıcı aile planlaması yöntemleri konusunda bilgilerinin, görüşlerinin, bu konuda aldıkları eğitimlerin içerik ve sürelerinin ve aile planlaması konusunda yaptıkları genel ve yöneme özel danışmanlıkları nasıl ve ne kadar yaptıklarının bilinmesi aile planlaması hizmet planlamasının yapılmasında ve hizmetin kalitesinin yükseltilmesinde yardımcı olacaktır. Bu görüşten yola çıkarak planlanan bu çalışmanın temel amacı kadın sağlık çalışanlarının, kalıcı aile planlaması yöntemleri konusunda görüşlerinin derinlemesine incelenmesidir.

Bu temel amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır;

1. Kadın sağlık çalışanları aile planlamasını nasıl tanımlamaktadır?
2. Kadın sağlık çalışanları aile planlaması konusunda aldıkları hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim programlarını nasıl değerlendirmektedir?
3. Kadın sağlık çalışanları verdikleri aile planlaması danışmanlık hizmetini nasıl değerlendirmektedir?
4. Kadın sağlık çalışanlarının kalıcı aile planlaması konusunda bireysel düşünceleri nasıldır?

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmada, sağlık çalışanı kadınların kalıcı aile planlaması yöntemleri hakkındaki görüşlerini derinlemesine incelemek amacıyla nitel araştırma yöntemlerinden "tek durumlu örnek olay yöntemi" kullanılmıştır.

Araştırmanın Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubunu, 1 Haziran-31 Ağustos 2017 tarihleri arasında Aydın ili merkez ilçelerinden birinde bulunan bir Toplum Sağlığı Merkezi'nde görev yapan kadın sağlık çalışanları oluşturmuştur. Çalışanlardan 8'i ebe, 3'ü hemşiredir. Örneklem seçiminde; amaçlı örneklem türlerinden "ölçüt dayanlı örneklem" tekniği kullanılmıştır (Yıldırım ve Şimşek 2016). Çalışma grubunu 11 katılımcı oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Yüz-yüze gerçekleştirilen bireysel görüşmeler yoluyla "yarı-yapılandırılmış görüşme tekniği" ile veriler toplanmıştır. Görüşme soruları araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Sezer ve Gönenç

2014; Öztaş, Artantaş, Tetik, Yalçıntaş, Üstü ve Uğurlu 2015). Sorular konuyla ilgili bir nitel araştırma uzmanı tarafından değerlendirilerek gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra, bir sağlık çalışanı kadın ile görüşülerek ön uygulama gerçekleştirilmiştir. Pilot uygulamadan sonra gerekli düzenlemeler ile görüşme formuna son şekil verilmiştir. Görüşme formunda araştırmanın amacına uygun 10 soru bulunmaktadır. Bu sorulardan 2'si giriş sorusu, 8'i esansiyel sorulardır.

Verilerin Toplanması ve Analizi

Araştırmaya dâhil edilen kadın sağlık çalışanına araştırma amacı hakkında bilgi verilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Görüşmeler, kadın sağlık çalışanlarının rahat iletişim kurabileceği düşünülen boş bir odada yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Yapılan görüşmeler yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Yarı yapılandırılmış görüşmeler önce ses kayıt etme özelliği olan cep telefonuna kaydedilmiştir. Görüşmeler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra, tekrar dinlenerek yazılı hale getirilmiştir. Toplam 34 sayfa ham görüşme metni elde edilmiştir. Elde edilen verilerin analizinde, tüme varımsal içerik analizi tekniği kullanılmıştır. Verilerin analizinde veriler satır satır okuma

tekniki ile birkaç kez okunmuş, sonra tematik kodlamaya geçilmiş ve kodlar araştırmacı tarafından sınıflandırılmıştır. Benzer kodlardan kategoriler ve temalar oluşturulmuştur.

Araştırmanın sınırlılıkları

Nitel araştırmalar kesin ve genellebilir sonuçlar ortaya koymayı amaçlamamaktadır. Ancak olay ve olgulara dâhil derinlemesine betimleme ve yorumlama yapmamıza yardımcı olacak öznel sonuçlar sağlayacak örnekler, açıklamalar ve yaşantılar ortaya koyabilmektedir. Bu nedenle bu araştırmanın bulguları sadece incelenen grubu yansıtmaması nedeniyle genellemenin yapılamamasıdır (Erdoğan, Nahcıvan, Esin, Coşansu ve Seçginli 2015; Yıldırım 2016).

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurum amirine sözlü bilgi verilmiş ve izin alınmıştır. Katılımcılara görüşmenin başlangıcında araştırma hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Sağlık çalışanlarının bazı özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Kadın Sağlık Çalışanlarının Özellikleri

Kişi No	Yaş	Çocuk Sayısı	Mezun Olduğu Okul	Mesleki Deneyim (Yıl)
1	38	2	Önlisans	19
2	32	2	Yüksek Lisans	9
3	37	1	Lisans	8
4	41	2	Lisans	23
5	38	2	Önlisans	18
6	37	2	Önlisans	17
7	32	1	Lisans	8
8	28	0	Lisans	6
9	42	2	Önlisans	24
10	37	2	Lisans	11
11	28	1	Lisans	6

1. Kadın sağlık çalışanları aile planlamasını nasıl tanımlamaktadır?

Çalışmaya alınan kadın sağlık çalışanlarının tamamına yakını (9 katılımcı, N:11) aile planlamasını çiftlerin istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olması olarak tanımlamış ve yine tamamına yakını kavram olarak “yöntem” ve “planlama” terimlerini kullanmışlardır. Katılımcılardan 1'i vazektomi hakkında bilgisi olmadığını

söylemiştir. Görüşmelerden bazı alıntılar şu şekildedir;

“Aile planlaması, istenildiği kadar, yeterli sayıda çocuk sahibi olmak için önlemler almak, planlama yapmaktır bence” (K 4).

“Aile planlaması insanların istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olabilmelerini sağlayan planlamalardır, yöntemlerdir” (K 2).

Katılımcıların yarıya yakını (6 katılımcı) aile planlamasının istenmeyen gebelikleri ve

anne ölümlerinin önlenmesi açısından önemli olduğunu tanımına eklemiştir. İki katılımcı ise aile planlamasının modern ve geleneksel yöntemlerden oluştuğunu ifade etmiştir. Katılımcıların 7'si aile planlaması sorumluluğunun kadına ait olduğunu, erkeklerin geri planda kaldığını vurgulamıştır. Bu konudaki bazı katılımcı görüşleri aşağıdaki gibidir;

“...Tabii genelde kadınlar üzerine atılmış bi konu. Mesela kondomu bile erkekler kullanıyor danışmanlığı kadınlar alıyor. Erkekler pasif durumdadır yani, çekingen davranıyorlar”(K 10).

“Kadınlar düşünüyor bu konuyu hep. Emzirirken neyle korunayım? Doğumdan sonra neyle korunayım diye. Bence erkeklerin eşlerine bu konuda destek olması lazım. Eğitimlere çift olarak almamız lazım. Onlar da bilgilensin”(K 9).

Katılımcıların aile planlamasını literatürde tanımlanan şekline yakın ve doğru tanımladıkları görülmektedir (Asan, Ateşçi, Gündüz, Gümüş ve Lekili 2004; Akın, Özaydın ve Aslan 2006; Altay ve Gönener 2009).

2. Kadın sağlık çalışanları aile planlaması konusunda aldıkları hizmet-öncesi ve hizmet-içi eğitim programlarını nasıl değerlendirmektedir?

Katılımcıların tamamı (N:11) hizmet-öncesi eğitimleri sürecinde aile planlaması eğitimini aldıklarını, 7'si ise ayrıca, çalıştığı kurumda hizmet-içi eğitim aldığını ifade etmiştir. Katılımcılardan 5'i bu konuda deneyimli çalışma arkadaşlarından da bilgi edindiklerini ifade etmiştir. Bu konudaki bazı katılımcı görüşleri aşağıdaki gibidir;

“Çalıştığım iş yerindeki ebe arkadaşlar danışmanlık verirken kulak misafiri olduk, aklımıza takılan bişey olunca onlara sorduk, deneyimli birinin yanında çalışmak önemli yani onlardan daha çok şey öğreniyosun”(K 8).

Katılımcıların yarısından fazlası (8 katılımcı, N:11) okulda aldıkları aile planlaması eğitimlerinin sürelerini ve içeriklerini yeterli bulmalarına rağmen, bu bilgilerin kullanılmadığında zamanla kaybolduğunu, aile planlaması eğitimlerinin düzenli aralıklarla tekrarlanmasının önemli olduğunu vurgulamışlardır. Katılımcıların 5'i çalıştıkları kurumda aldıkları aile planlaması eğitimlerinin sürelerini ve içeriklerini yeterli bulmuş fakat eğitimlerin içeriklerinin çok sıkıcı olduğunu, konunun kısa ve net anlatılması gerektiğini ve bilgilerin ara ara tekrarlanması gerektiğini ifade

etmişlerdir. Görüşmelerden bazı alıntılar şu şekildedir;

“...Eğitimlerde sadece böyle böyle yöntemler var, şöyle takılır, öncesinde bu yapılır diye verilen havada kalan bilgiler oldu, çok fazla uygulama imkânımız olmadı. Bilgilerin güncellenmesi açısından düzenli yapılmalı eğitimler bence uygulaması veya sınırlılıkları değişen yöntemler oluyo mesela”(K 8).

“Bir sağlık çalışanı olarak her zaman ihtiyaç duyuluyor bu bilgilere ebe ya da hemşireyim diye bakmamak lazım olaya, bilmiyorum diyince güven azalması oluyo, bence eğitimler düzenli aralıklarla yapılmalı ve sınava tabi olunmalı, şakası yok çünkü bilgisi olmayanı bilgilendiriyosun, o da gidip başkasına anlatıyo”(K 9).

Danışmanlık, aile planlaması hizmetlerinin çok önemli, ancak çoğunlukla ihmal edilen bir bölümdür. Danışmanlıkla sağlanan bilinçli yöntem seçiminin; doğru, düzenli ve uzun süreli kontraseptif kullanımını sağlamakla birlikte, aile ve toplum sağlığı için birçok yararları bulunmaktadır. Aile planlaması hizmetlerinin başarıya ulaşmasında ve yöntem kullanım oranlarının artırılmasında etkin bir danışmanlığın rolü büyüktür. Bu nedenle bu hizmetleri verecek olan sağlık personellerine hizmet içi eğitimlerin iyi planlanması, etkin ve düzenli olması önemlidir (Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü 2009; Sezer ve Gönener 2014; Öztaş, Artantaş, Tetik, Yalçıntaş, Üstü ve Uğurlu 2015).

3. Kadın sağlık çalışanları verdikleri aile planlaması danışmanlık hizmetini nasıl değerlendirmektedir?

Hedef kitle açısından, kadın sağlık çalışanlarının tamamı iş yerinde (7 katılımcı), arkadaş çevresinde (9 katılımcı), akraba çevresinde (10 katılımcı) aile planlaması danışmanlığını yaptıklarını söylemişlerdir. Altay ve Gönener (2009)'in Samsun'da yaptıkları çalışmada katılımcılar aile planlaması konusunda bilgi kaynağı olarak sağlık personelinin (%48.7) ilk sırada göstermişlerdir. İzmir'de yapılan bir çalışmada “vazektomi hakkında bilgiyi nereden aldınız?” sorusuna katılımcıların %61.4'ü sağlık personelinin yanıtını vermişlerdir (Çorak, Özsoy, Vural ve Tuncay 2008). Bununla birlikte Öztaş, Artantaş, Tetik, Yalçıntaş, Üstü ve Uğurlu (2015)'nin Ankara'da yaptığı çalışmada sağlık personelinin (doktor-ebe hemşire) önerisiyle yöntem kullanım oranının %64.7 olduğu bulunmuştur. Kitiş, Bilgili ve Karaçam (2008) çalışmalarında, aile planlaması konusunda bilgi

almanın yöntem kullanımını önemli derecede etkilediğini vurgulamışlardır. Hizmet alan kişilerin doğum kontrol yöntemi seçiminde sağlık personelinin dikkate aldıkları ve aile planlaması danışmanlığının kişilerin yöntem seçiminde önemli rol oynadığı sonucu ortaya çıkmaktadır.

Aile planlaması hizmetlerinde önemli olan bir başka konu da erkek katılımının sağlanmasıdır. Bu çalışmada katılımcıların tamamı erkeklere hiç aile planlaması danışmanlığı vermediğini belirtmiş ve genelde kadınların, yeni evlenecek ve yeni doğum yapmış kadınların doğum kontrolü konusunda danışmanlık almak istediklerini ifade etmişlerdir (N:11). Katılımcıların 5'i erkeklere de aile planlaması eğitimi verilmesi onlarında dâhil edilmesi gerektiğini vurgulamış, erkeklerin bu konuda çekingen davrandıklarını, bütün sorumluluğun kadınlara verildiğini, eğitimlere çift olarak almak gerektiğini vurgulamıştır. Görüşmelerden bazı alıntılar şu şekildedir;

“Erkekler danışmanlığa gelmez bizde, sadece kadınlara özgü bi konu sanki erkeklerin kullanacağı yöntemlerde bile kadınlar danışmanlığa geliyor. Oysa erkeklerin bu konudaki bilgileri çok yetersiz, sadece arkadaş çevrelerinden ya da internetten öğrenme fırsatı buluyorlar, bunlarda yeterli ve doğru olmuyor çoğu zaman. Bence onlara da eğitim şart” (K 4).

“Erkeklerle de danışmanlık verilmesi lazım bence, bu konuda sorumluluk almaları için onları da dâhil etmek lazım. Eşler ortak karar almalı yani birlikte katılıma teşvik edilmeliler, en azından evlenirken bizzat verilmeli” (K 5).

Sezer ve Gönenç (2014)'in ebelik bölümü son sınıf öğrencileriyle yaptıkları çalışmada, öğrencilerin çoğu danışmanlığı sadece kadınlara verdiklerini ifade etmiştir. Şankazan ve Yıldız (2002)'in Ankara İlinde yürüttüğü çalışmada erkeklerin %46.2'sinin hiç bir doğum kontrol yöntemi bilmediği belirlenmiştir. İstanbul'da yapılan bir araştırmada yöntem tercihi için başvuran kadınların sadece %5.9'unun eşleriyle birlikte geldikleri saptanmıştır. Samsun'da 298 evli erkekle yapılan araştırmada erkeklerin %77.5'i erkeklerinde aile planlamasına katılmaları gerektiğine inandıkları belirlenmiştir (Altay ve Gönener 2009). Gelişmekte olan ülkelerde erkeklerin büyük bir bölümü aile planlaması sorumluluğunun çiftlerin paylaşımında olduğunu kabul etmekle birlikte, gebelikten korunma yöntemlerini kadınların kullanması gerektiğine inanmaktadırlar (Akin, Özyayın ve Aslan 2006). Ahmed, Shokai,

Abduelkhair, ve Boshra (2015)'nin Güney Sudan'da yaptıkları bir çalışmada erkeklerin aile planlaması yöntemlerine karar vermede daha baskın olduğu ve kararları daha çok erkeklerin verdikleri bulunmuştur. Aile planlaması hizmetlerinde erkeklerin önemli rolleri olduğu yaygın bilinen bir durumdur. Çiftlerin aile planlaması yönteminin kullanımına karar verme sürecinden başlayarak yöntemin seçimi, kullanımı ve izlemi aşamalarında da birlikte hareket etmeleri durumunda yöntemin etkin ve kullanımının uzun süreli olduğu bilinmektedir (Gonie, Wudneh, Nigatu ve Dendir 2018).

Katılımcılardan 4'ü danışmanlık hizmeti talebi ile başvuranların tekrar çocuk sahibi olamama korkusu yaşadıklarını, 3'ü emzirirken sütüne geçmesinden endişelendiğini, 6'sı kadınların yöntem kullandığında kilo alma kaygılarının olduğunu, 10'u yöntem kullanırken hamile kalmaktan, 4'ü kadınların adetlerinin uzayıp miktarının artacağından kaygılandıklarını vurgulamışlardır. Bununla birlikte katılımcılardan 4'ü kadınların tüpligasyonu tercih etmeme nedenleri arasında ameliyat olmaktan ve sonunda pişman olmaktan korktuklarını ve 1'i dini açıdan bir sakıncası olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının 7'si erkeklerin vazektomiye tercih etmeme nedenleri arasında erkeklerin olayı kısırlaştırmak gibi algıladıklarını, vazektominin cinsel hayatı etkilediğini düşündüklerini ve ataerkil toplum olarak çevreden çok etkilendiklerini vurgulamışlardır. Katılımcıların tüm bu ifadeleri aile planlaması hizmet sunumunda yapılan danışmanlık hizmetlerinin yeterliliğinin yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Görüşmelerden bazı alıntılar şu şekildedir;

“Hiç vazektomi yaptırarak erkek olduğunu sanmıyorum, erkekliklerinin sona ereceğini düşünüyolar, çocuk yapabilme olasılığını bile bir güç göstergesi olarak görüyorlar” (K 7).

“... Kadınların hemen hemen her yöntemle ilgili kaygıları çok oluyo, hiç bişey olmazsa çok kilo aldırıyor mu diye soru geliyo. Normal doğum yapan bi kadın zaten ameliyattan korkuyo tüpligasyon için” (K 5).

Programın içeriği ve süreci açısından, araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanları danışmanlıklarında genellikle hap (8 katılımcı), kondom (9 katılımcı), RİA (9 katılımcı) ve diğer yöntemlere (2 katılımcı) yer verdiklerini, katılımcıların çoğu (n=8) kalıcı aile planlaması yöntemlerine danışmanlıklarında yer vermediklerini belirtmişlerdir. Bununla birlikte

katılımcılardan 6'sı kalıcı aile planlaması yöntemlerini etkin aile planlaması yöntemi kullanamayanlara, 7'si çok sayıda çocuğu olanlara, 6'sı riskli gruplara, 2'si kendine uygun yöntem bulamayanlara, 1'i diğer aile planlaması yöntemlerini kullanmak istemeyenlere ve 6'sı çocuk bakamayacak durumda olanlara tüpligasyonu önerdiklerini/önerebileceklerini ifade etmişlerdir.

Katılımcılardan yaklaşık yarısı vazektomiye erkeklerin yaptırmak istemeyeceklerini düşündükleri için önermediklerini vurgulamışlardır (6 katılımcı, N:11). Katılımcılardan 1'i kişilerin tüpligasyon ve vazektomiye danışmanlıklarında yer vermeme nedeni olarak; bu yöntemleri doktorlar uyguladıkları için kişilerin ondan danışmanlık almak istediklerini, doktorlara daha çok güvendiklerini belirtmiştir. Görüşmelerden bazı alıntılar şu şekildedir;

"Sordukları yöntem üzerinde duruyorum genelde, ya da sorduğu yöntem ona uymuyorsa uyan bi yöntemi tavsiye ediyorum. Bazen de kişiye özel danışmanlık yapmak gerekiyor yani yeni evlenecek birisiyle 4-5 çocuğu olan birisine farklı yöntemler sunuyosun tabi" (K 3).

"Kadınların vazektomiye bile bildiklerini düşünmüyorum bizim toplumumuzdaki kadınlar kocalarına cesaret edemezler bence vazektomi yaptır demeye, o yüzden anlatmıyorum, oysa kesin etkili yöntemler" (K 7).

"Erkeklerin vazektomi olması daha kolay bence küçük bir kesikle hallediyorlar diye biliyorum ama erkeklere bu konuda öneri sunmak bile saçma bence, ataerkil bir toplumdaki geliyoruz kabul edecek bir erkek düşünmüyorum ben, o yüzden önersem de yaptırmayacakları için hiç danışmanlıklarında bahsetmem" (K 5).

Çalışmaya katılanlardan 1'i kalıcı aile planlaması yöntemlerini kimseye önermeyeceğini vurgulamıştır. Bu konudaki katılımcı görüşü aşağıdaki gibidir;

"...Yani ileride pişman olmak var tekrar çocuk sahibi olmak isteyebilir insan, o yüzden kimseye vesile olmak istemem bu konuda ama çok ciddi durumla karşılaşıldığında yaptırılabilir belki de ama öyle bi durumla karşılaşmadım" (K 10).

Ebeigbe, Igberase ve Eigbefoh (2011)'un Nijerya'da yaptıkları bir çalışmada erkek jinekologların %89.4'ünün aile planlaması danışmanlığı sırasında tüpligasyona yer verdiği, fakat danışmanlık hizmetleri sırasında vazektomiye yer verme oranının %5.8 olduğu saptanmıştır. Farklı hastanelerde çalışan

ürologlarla yapılan bir çalışmada, ürologların başarı oranı yüksek olan cerrahi girişimlerden vazektomiye tercih etmedikleri ve hastalarının sadece %16.6'sına önerdikleri saptanmıştır (Asan, Ateşçi, Gündüz, Gümüş ve Lekili 2004). Ülkemizde TNSA 2013 verilerine göre tüpligasyon (%9) ve vazektomi (%0.1) kullanımı da oldukça düşüktür. Aile planlaması danışmanlığı veren başta ebe ve hemşireler olmak üzere tüm sağlık personelinin tüm doğum kontrolü yöntemleri hakkında detaylı bilgiye sahip olması ve önyargısız bir şekilde bütün çiftlere tüm yöntemler hakkında danışmanlık yapması, kalıcı doğum kontrolü yöntemleri hakkında da kişilerin bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Bu tutumun sağlık çalışanlarına eğitim programlarında kazandırılması son derece önemlidir (Yılmaz ve Gönenç 2014).

Danışmanlık yapan sağlık çalışanı kadınlardan 2'si danışmanlığa gelenlere önce bütün yöntemleri anlatıp, seçimi kadına bıraktıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların 3'ü önce kadının bazı bilgilerini sorgulayıp (yaş, kronik hastalık, çocuk sayısı gibi) daha sonra kadının kullanabileceği yöntemleri seçip anlattıklarını, 6'sı ise sadece kadınların sordukları yöntemi anlattıklarını söylemişlerdir. Görüşmelerden bazı alıntılar şu şekildedir;

"Kişiyi özel yapıyorum danışmanlığı önce kişinin yaşını, çocuk sayısını falan sorguluyorum, yönlendirme yapmadan ona uyan yöntemleri anlatıyorum seçimi kadına bırakıyorum. Bide kişiyi yalnız alıyorum danışmanlığa" (K 1).

"Sordukları yöntem hakkında bilgi veriyorum sadece ama o yöntem ona uygun değilse başka bir yöntem öneriyorum, tabi kadını iyi sorgulamak lazım burada şimdi hiç çocuğu olmayan birine tüpligasyon öneremem tabi" (K 11).

Aile planlaması danışmanlığında öncelikle yapılması gereken genel danışmanlıktır. Genel danışmanlığın sonunda, başvuran kendisine uygun bir kontraseptif yöntemi seçer. Bir sonraki aşamada ise başvuran kişinin kullanmaya karar verdiği yöntemle ilgili olarak yöntemle özel danışmanlık verilir (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü 2009). Katılımcıların çoğunun aile planlaması danışmanlık hizmetleri ilkelerine uygun danışmanlık yapmadıkları saptanmış olup bunun hizmet alanların kendilerine uygun yöntem tercihlerini etkileyebileceği düşünülmektedir.

4. Kadın sağlık çalışanlarının kalıcı aile planlaması konusunda bireysel düşünceleri nasıldır?

Katılımcılardan 4'ü riskli gruplara mutlaka bu yöntemlerin (vazektomi ve tüpligasyonun) anlatılması gerektiğini, kendilerine bu konuda büyük sorumluluk düştüğünü, 3'ü istenmeyen ve riskli gebeliklerin ve özellikle bazı bölgelerde doğum kontrolü yöntemlerini etkin kullanamamaktan yaşanan sıkıntıların danışmanlıkla önüne geçilebileceğini vurgulamıştır. Ayrıca 2 katılımcı erkeklerin vazektomi yaptırması için teşvik edilmesini, 1'i erkeklerin vazektomi yaptırmasının yerine kadınların tüpligasyon yaptırmasından rahatsız olduğunu vurgulamıştır. Görüşmelerden bazı alıntılar şu şekildedir;

"Aile planlaması kontrolsüz doğumların önlenmesi için yapılan bişey Türkiye'de de çok önemli, yani kadınlar istenmeyen gebeliklerde çeşitli yollara başvuruyorlar buda onların hayatına mal oluyo, özellikle kırsal yerlerde bu konu hakkında bilgisi olmayan çok insan var, asıl onlara hizmet vermek lazım" (K 11).

"Bence kadınlar artık çocuk istemiyorsa kafam rahat olsun diye yaptırabilir tüpligasyonu ben düşünebilirim, hem ileride çocuk isterse tüp bebek yöntemi diye bişey var. Ama ben şundan rahatsız oluyorum açıkçası neden neden erkek değil de kadınlar tüpleri bağlatılıyo, ben erkeklerin vazektomi yaptırması taraftarıyım" (K 6).

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının 4'ü kalıcı doğum kontrol yöntemlerinden tüpligasyonu yaptırmayı düşünebileceğini ifade etmiştir. Katılımcılardan 2'si normal doğum yaptığı için, 2'si pişman olmaktan korktuğu için, 2'si çocuk sahibi olmak istediği için tüpligasyonu düşünmediğini söylemişlerdir. 1 katılımcı ise bilmiyorum diye ifade etmiştir. Bununla birlikte katılımcılardan sadece 2'si gerekirse eşim vazektomi yaptırır diye ifade ederken katılımcıların neredeyse tamamına yakını eşlerinin kesinlikle kabul etmeyeceklerini vurgulamışlardır (9 katılımcı, N:11). Görüşmelerden bazı alıntılar şu şekildedir;

"...Yani ben eşime anlattığımda sorun olacağını düşünmüyorum, eşim vazektomi yaptırır fakat sosyal baskıdan dolayı etrafiyla paylaşmaz" (K 1).

"Pişman olmaktan korktuğum için ileride çocuk istermiyim diye yaptırılmıyım bilmiyorum, vazektomiye eşim kesinlikle yaptırmaz çünkü erkekler çocuk sahibi olabilmeyi güç göstergesi

olarak görürler hep, cinsel hayatının etkileneceğini düşünür" (K 2).

Ülkemizde ürologlarla yapılan bir çalışmada katılımcıların tamamının (193 ürolog) vazektomiye tercih etmedikleri belirlenmiştir (Asan, Ateşci, Gündüz, Gümüş ve Lekili 2004). İstanbul'da yapılan bir çalışmada, vazektomi tercih edilen yöntemler arasında son sırada yer almıştır (Yıldızhan, Yıldızhan, Adalı, Şahin, Ataman ve Süer 2008). Ebeigbe, Igberase ve Eigbefoh (2011) 'un Nijerya'da yaptıkları çalışmada katılımcıların %84.6'sının en uygun yöntem olarak vazektomi sunulsa bile erkeklerin büyük çoğunluğunun bu yöntemi kabul etmeyeceklerine inandıkları belirtilmiştir. Çalışma bulgularımızın literatürle benzerlik gösterdiği görülmektedir. Araştırmamızda kadın sağlık çalışanlarının bazıları erkeklerin vazektomiye tercih etmeme nedenleri arasında erkeklerin olayı kısırlaştırmak gibi algıladıklarını, sosyal baskıdan çekindiklerini, cinsel hayatı etkilediğini düşündüklerini ve ataerkil toplum olarak çevreden çok etkilendiklerini ya da vazektomi hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olmadıklarını ifade etmişlerdir. Kadın sağlık çalışanlarının kalıcı doğum kontrol yöntemlerini eşleri ve kendileri için düşünmediklerini ifade etmeleri ve erkeklerin vazektomiye istememe nedenleri konusunda önyargılarının olması doğum kontrolü konusunda verecekleri danışmanlık hizmetlerinde taraflı olmalarına ve çiftlerin kendilerine uygun yöntemi seçememelerine neden olacağı için sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitimlerinin sıklığı ve içeriğinin gözden geçirilmesi önerilebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, kadın sağlık çalışanlarının tamamının aile planlamasını doğru tanımladıkları, aile planlaması konusunda eğitim aldıkları ve aile planlaması danışmanlığı yaptıkları, sadece kadınlara danışmanlık verdikleri, danışmanlıklarında tüpligasyon ve vazektomi yöntemlerine fazla yer vermedikleri belirlenmiştir.

Bu doğrultuda, sağlık çalışanlarına düzenli aralıklarla hizmet içi eğitimlerin planlanması ve eğitimin içeriğinin titizlikle hazırlanması gerekmektedir. Bu eğitimlerde sağlık çalışanlarının danışmanlıktaki rolünün tam olarak vurgulanması, genel, yonteme özel ve izlem danışmanlığının basamaklarının anlatılması önemlidir. Hizmet sunumunda sağlık çalışanlarının kendi ön yargılarından arınarak danışmanlık hizmeti sunarken profesyonel

yaklaşım sergilemesi, tarafsız danışmanlık yapması gerektiğinin altının çizilmesi önemli bir konudur. Bununla birlikte sağlık çalışanlarını doğum kontrol yöntemlerine ilişkin yeniliklerden

haberdar olabilmeleri için bilimsel yayınları takip etmeleri, bu konuda bilimsel toplantılara katılmaları ve araştırmacı rollerini kullanmaları konusunda teşvik edilmeleri önerilebilir.

KAYNAKLAR

Akın L, Özaydın N, Aslan D. Türkiye'de Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanmalarını Etkileyen Faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006; 48:63-9.

Aktün LH. Enjekte Edilen Kontraseptifler. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Dergisi* 2006; 2(22):17-23.

Ahmed WAM, Shokai SB, Abduelkhair IH, Boshra AY. Factors Affecting Utilization of Family Planning Services in a Post-Conflict Setting, South Sudan: A Qualitative Study. *AIMS Public Health* 2015; 2(4): 655-66.

Altay B, Gönençer D. Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi* 2009;14(1):56-64.

Asan Ç, Ateşçi Y, Gündüz Mİ, Gümüş B, Lekili M. Doğum Kontrol Yönteminde Ürologların Tercih. *Türk Üroloji Dergisi* 2004;30(1):103-5.

Aydın S. Erkek Üreme Sağlığı. *Van Tıp Dergisi* 2007;(3):117-9.

Çorak G, Özsoy AS, Vural KB, Tuncay B. Vazektomi Olan Erkeklerin Yönteme İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. *Aile Toplum ve Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi* 2008; 4(15): 43-54.

Ebeigbe PN, Igberase GO, Eigbefoh J. Vasectomy: A survey of Attitudes, Counseling Patterns and Acceptance Among Nigerian Resident Gynaecologists. *Ghana Medical Journal* 2011;45(3):94-101.

Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N, Coşansu G, Seçginli S. Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2014:131-64.

Gonie A, Wudneh A, Nigatu D, Dendir Z. Determinants of family planning use among married women in bale eco-region, Southeast Ethiopia: a community based study. *BMC Women's Health* 2018; 18(50):1-10.

Kitiş Y, Bilgili N, Karaçam Z. Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Erkeklerin Aile Planlamasına İlişkin Görüşleri ve Karara Katılma Durumları. *Sağlık ve Toplum* 2004;14(1): 56-66.

Öztaş Ö, Artantaş BA, Tetik KB, Yalçıntaş A, Üstü Y, Uğurlu M. 18-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Üreme Sağlığı ve Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Ankara Med J* 2015;15(2): 67-76.

Özvarış ŞB. Aile Planlaması. *Aktüel Tıp Dergisi Kadın Sağlığı Özel Sayısı* 2001;6:45-51.

Sezer YN, Gönenç İM. Ebelik Bölümü Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin Kalıcı Aile Planlaması Yöntemleri Hakkındaki Görüşleri: Nitel Bir Araştırma, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2014; 2(1):7-16.

Şankazan Ş, Yıldız A. Ankara İli Deliler Köyündeki Evli Erkeklerin Aile Planlaması ile İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2002;55(1):41-50.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı, Ankara, 2009.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (13. Baskı), Akademisyen Kitabevi, 2016:758.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 371.

Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri, Seçkin Yayıncılık, 10. Baskı Ankara; 2016:446.

Yıldızhan B, Yıldızhan R, Adalı E, Şahin S, Ataman O, Süer N. 2000-2004 yıllarında İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki Aile Planlaması Yöntemlerinin Değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi* 2008;15(4):104-6.

ARAŞTIRMA

HUZUREVİNDE VE EVDE KALAN YAŞLILARDA YALNIZLIK VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE MUTLULUK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Rahşan ÇEVİK AKYIL* Derya ADIBELLİ** Neşe ERDEM***
Nükhet KIRAĞ**** Betül AKTAŞ***** Ayfer KARADAKOVAN*****

Alınış Tarihi: 20.12.2017

Kabul Tarihi: 15.04.2018

ÖZET

Amaç: Çalışma, aile ortamında yaşayan, gündüz bakım evinde kalan ve huzurevlerinde yaşayan yaşlıların mutluluk, yalnızlık ve sosyal destek düzeylerini karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma ilişkisel ve tanımlayıcı türde Kasım 2015-Mayıs 2017 tarihleri arasında, Aydın Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bağlı Aydın Huzurevi, Aymelek Derneği Yaşlı Gündüz Bakımevi ve Aydın il merkezinde bulunan 11 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmış, veri toplamada tanıtıcı bilgi formu, UCLA Yalnızlık Ölçeği, Aile ve Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 20.0 programı, analizinde tanımlayıcı istatistikler, Kruskal-Wallis varyans analizi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Yaşlıların yaş ortalamaları 73 ± 4.9 , %71.4'ü kadındır. Yaşlıların yaşadıkları yere göre yalnızlık puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yaşlı bireylerin yaşadıkları yere göre aileden ve arkadaştan algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Evde yaşayan yaşlı bireylerin gündüz bakım evi ve huzurevinde yaşayanlara göre öznel mutluluk düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda, fiziksel ve psikolojik olarak kendini "iyi" hissedenlerin öznel mutluluk düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Bu araştırmada evde yaşamının yaşlılarda sosyal destek ve öznel mutluluk düzeylerini yükselttiği bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı birey; yalnızlık; sosyal destek; mutluluk

ABSTRACT

Relationship of the level of loneliness and perceived social support and happiness in elders staying at home and nursing home.

Aim: The study was conducted to compare the levels of happiness, loneliness and social support among the elderly living in family settings, staying in day care facilities and living in nursing homes.

Method: The research was carried out between November 2015 and May 2017 in Aydın Nursing Home, Aymelek Association Old Age Day Care Center and the 11 Numaral Family Health Center in Aydın city center. which are affiliated to Aydın Social Services Directorate. Data were collected using face-to-face interview technique, data were collected using descriptive information form, UCLA Loneliness Scale, Family and Friends Perceived Social Support Scale, and Subjective Happiness Scale. In the evaluation of the data, descriptive statistics, Kruskal-Wallis variance analysis and Pearson correlation analysis were used in the SPSS 20.0 program.

Results: The average age of the elderly was 73 ± 4.9 , 71.4% were females. There was no significant relationship between loneliness point averages according to the place where the elderly lived. A statistically significant relationship was found between the level of social support perceived by family and friends according to the place where the elderly people lived. Elderly individuals living at home were found to have higher levels of subjective happiness according to those living in day care homes and nursing homes. At the same time, physical and psychological self-perceived "good" subjective happiness levels were found to be higher.

Conclusion: In this study, it was found that living in the home increased social support and subjective happiness levels in the elderly.

Keywords: Elderly individual; loneliness; social support; happiness

*Adnan Menderes Üniversitesi, Söke Sağlık Yüksekokulu (Doç. Dr.) ORCID-ID: 0000-0002-4746-7463

e-posta: rahsanakvil@hotmail.com

** Akdeniz Üniversitesi Kumluca Sağlık Bilimleri Fakültesi (Dr. Öğr. Üyesi) ORCID-ID: 0000-0001-9320-7083

e-posta: deryaadibelli@akdeniz.edu.tr

*** Sorumlu Yazar: Adnan Menderes Üniversitesi, Söke Sağlık Yüksekokulu (Dr. Öğr. Üyesi)

ORCID-ID: 0000-0002-4462-9527 e-posta: nese.erdem@adu.edu.tr

**** Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (Dr. Öğr. Üyesi), ORCID-ID: 0000-0001-8223-2996

e-posta : nukhetkirag@gmail.com

***** SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (Dr. Öğr. Üyesi) ORCID-ID: 0000-0002-5007-8186

e-posta: baktas@sanko.edu.tr

***** Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (Prof. Dr.) ORCID-ID: 0000-0002-7225-6860

e-posta: ayfer.karadakovan@ege.edu.tr

GİRİŞ

Son yıllarda, ülkemizde doğurganlık hızının düşmesi, sağlık koşullarındaki iyileşmeye bağlı yaşam süresinin artması gibi nedenlerle yaşlı nüfus giderek artmaktadır (TÜİK 2008). Ülkemizde hızlı nüfus artışı, endüstrileşme ve kentleşme, iç ve dış göçler nedeniyle çekirdek aileye dönüşüm, ekonomik sorunların varlığı, kadınların çalışma yaşamına katılması, gençlerin yaşlılığa bakış açısı, kuşaklararası iletişim bozuklukları ve bağımlılık gibi nedenler yaşlıların evde bakımını güçleştirmekte ve yaşlılar aile ortamından farklı kurumlara yerleştirilmektedir (Bahar, Tutkun ve Serbaş 2005). Kuruma giden yaşlının, çevreyi tanıma ve uyum sağlayabilme olanakları kaybolmakta, yaşlı birey soyutlanma, yalnızlık ve kendini değersiz hissetme gibi duygulara kapılabilmektedir. Ruh sağlığı açısından bir risk grubunu oluşturan yaşlılar, huzurevinde daha yoğun sorunlarla karşı karşıya gelmekte, izole olmaya ve toplumdaki geri çekilmeye başlamaktadır (Samancıoğlu ve Karadakovan 2010).

Yaşlılık, yaşam sürecinin doğal ve zorunlu bir çağı olmasıyla birlikte, tüm yaşam dönemleri içinde belki de en yalnız kalınan dönemdir (Walton, Shultz, Beck and Walls 1991). Sağlık alanındaki gelişmelere bağlı olarak artan yaşlı nüfusun, fizyolojik, biyolojik sorunlarının yanı sıra psikososyal sorunları da artmaktadır. Bu sorunların başında gelen yalnızlığın, en önemli sebeplerinden biri yaşlının eşini kaybetmesidir. Bununla birlikte, mevcut sağlık sorunları, görme ve işitme yeteneğindeki azalmalar, yaşlının günlük yaşamındaki olayları takip etmesini zorlaştırır ve toplum içinde yalnız kalmasına neden olur (Dereli, Koca, Demircan ve Tor 2010).

Genellikle huzurevi yaşamın son durağı olarak görülür ve bu değişmez niteliği nedeniyle de reddedilir. Bir huzurevine kendi isteği ile gitmek veya oraya evlatları tarafından yerleştirilmek, kimsesiz olup da zorlayıcı nedenlerle buraya gelme anlamını taşır. Alışılan çevreden ve yıllarını geçirdiği aile ortamından ayrılmak, kendi evinden uzaklaşmak, yeni bir çevreye uyum sağlamak ve tanımadığı insanlarla birlikte yaşamaya çalışmak, yaşlı açısından kabul edilmesi zor bir durumdur. Bu nedenle huzurevinde yaşamak biyolojik ve psikolojik sağlığı ve sosyal işlevselliği etkileyen stresli bir yaşam olayı olarak değerlendirilir. Huzurevi yaşamının yaşlı birey üzerindeki olumsuz etkilerinden birisi de yalnızlık ve terk edilmişlik

duygusu biçiminde ortaya çıkmaktadır (Danış 2004). Ev ortamı, kişinin kendisini rahat ve mutlu hissettiği, alışık olduğu bir ortamdır. Fiziksel ve ruhsal olarak rahatlık sağlaması, içinde aile üyelerini ve sevdiklerini barındırması, yaşam için gerekli malzemelerin donanımı gibi sebeplerle hastane ve kurum ortamından farklı özellikler taşır (Mack 1991). Kişinin yaşamının son döneminde alışkın olduğu ortamda ve kendi alışkanlıklarını sürdürerek yaşama isteği her kültürde kabul görmekte ve benimsenmektedir (Zuckerman, Dubles and Callopy 1990). Bununla birlikte, tüm dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfusun toplam içindeki payı giderek artmaya ve aile destek sistemleri giderek azalmaya devam ettiğinden yaşlılarda sosyal destek konusu giderek önem kazanmaktadır. Sosyal destek, insan sağlığı ile ilişkili olduğu kabul edilen sosyal bir değişkendir. Sosyal desteğin stresin oluşumunu önleyebildiği, stresin var olduğu durumlarda ise olayın algılanış biçimini değiştirdiği, kişinin zorlandığı durumlarda ona yardımcı olduğu ve onun başa çıkma yollarını etkilediği bilinmektedir (Sorias 1992). Yaşlılarda sosyal destek eksikliğinde mortalite riskinin arttığı ve sosyal destek alan yaşlılarda ise iyileşme ve sağlık davranışlarında gelişme olduğu belirtilmektedir (Dhar 2001). Sosyal destek sonucu ortaya çıkan saygınlık, fiziksel ve psikolojik sağlığı etkilemekle birlikte, moral artışına ve yaşamdan duyulan memnuniyete, stres verici olaylarla baş etmeye olumlu katkılarda bulunmaktadır (Helman and Stewart 1994; Patterson 1995).

Yaşlılıkta meydana gelen tüm bu değişimler, yaşlıların mutluluklarını etkilemektedir. Mutluluk kavramı psikolojide öznel iyi oluş kavramıyla ele alınmakta, öznel iyi oluş bireyin yaşamını kişisel olarak değerlendirmesi ve yaşamına ilişkin yargı bildirmesi olarak tanımlanmaktadır (Diener 1994). Literatürde mutluluk kavramının incelendiği diğer bir terim ise 'yaşam memnuniyeti'dir. Yaşam memnuniyeti kaliteli yaşlanmanın önemli bir unsurudur (DİE 2004). Yaşam memnuniyetinin içinde olduğu başarılı yaşlanma; yaşam uzunluğu, biyolojik ve zihinsel sağlık, bilişsel yeterlilik, sosyal yeterlilik ve üretkenlik, kişisel kontrol ve yaşamdan zevk alma gibi temel göstergelerden oluşmaktadır (Danış 2004). Bu bağlamda başarılı yaşlanma; bireyin kendini yaşlılığa hazırlama sürecinde sosyal çevresini ve ilişkilerini canlı tutmak, sağlık sorunlarını en aza indirmek için koruyucu önlemler almak, bellek ve fiziksel işlevlerini

geliştirici çabalar içinde olmak ve yaşama pozitif bakmasını becerebilmek anlamına gelmektedir (Baran 2007).

Yalnızlık olgusu tüm yaş gruplarında görülmele birlikte daha çok yaşlılara özgü bir sorundur. Birçok yaşlı için yalnızlık yaygın ve rahatsız edici bir problemdir. (Kahraman, Zincir, Kaya ve Esen 2011) Yaşlı bireylerin duygusal desteklerinin yeterli olmaması, arkadaşlık ilişkilerinin sınırlı olması yalnızlık düzeylerini artırır. Yaşlılarda sosyal destek ile yalnızlık arasındaki ilişkiyi inceleyen pek çok çalışma, yaşlıların algıladığı sosyal destek ile hissettikleri yalnızlık arasında negatif yönde bir ilişki olduğunu belirtmektedir. (Kapıkıran 2016; Nyqvist et all. 2013; Stephens, Alpass, Towers and Stevenson, 2011; Savikko et all. 2005) Algılanan sosyal desteğin azalması yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyini artırmaktadır. (Azam et all. 2013; Routasalo ve Pitkala, 2003). Yaşlı birey için aile, başlıca duygusal ve sosyal destek sistemidir. Günümüzde toplumda aile yapısı, yaşam biçimi, yaşlı bireyin aile içindeki rollerinin değişmesi yaşlının daha çok yalnızlık yaşamasına neden olmaktadır (Ağırman ve ark. 2017; Genç ve ark. 2015; Öz 2002). Yalnızlık, yaşlı bireylerde fiziksel ve mental sağlığın bozulmasına neden olabilir. İnsanın psikolojik anlamda mutluluğunu ve iyilik halini etkileyebilir. (Kahraman, Zincir, Kaya ve Esen 2011)

Huzurevinde veya evde kalan yaşlıların, yalnızlık sorunları ile baş etmelerinde ve mutluluk düzeylerinin yüksek olmasında sosyal destek sistemlerinin, yaşlıya bakan kişilerin ve sağlık çalışanlarının önemli rolü vardır (Dereli, Koca, Demircan ve Tor 2010). Yaşlının hayatında rol oynayan kişilerin, yaşlı bireyin yalnızlığının farkında olmasının ve yaşlıyı desteklemesinin, gerek çıkabilecek sorunları önlenmesi gerekse sağlıklı ve başarılı bir yaşlılık dönemi geçirilmesi açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışma, aile ortamında yaşayan, gündüz bakım evinde kalan ve huzurevlerinde yaşayan yaşlıların mutluluk, yalnızlık ve sosyal destek düzeylerini karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Şekli: Bu araştırma ilişkisel ve tanımlayıcı türde yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman: Araştırma Aydın Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bağlı Aydın Huzurevi, Aymelek Derneği Yaşlı Gündüz Bakımevi ve Aydın il

merkezinde bulunan aile sağlığı merkezleri arasından basit rastgele yöntemle seçilen 11 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde, Kasım 2015-Mayıs 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini ilgili kurumlara kayıtlı 65 yaş ve üstü tüm bireyler oluşturmaktadır. Kurumlardaki yaşlı sayısı eşit olmadığı için ve araştırmaya dahil edilecek yaşlı oranının her bir kurumu yetersiz ya da fazla temsil etme sakıncasından dolayı, orantısız tabakalama yöntemi kullanılmıştır. Orantısız tabakalı örnekleme yöntemi ile, her bir kurumdan araştırmaya dahil edilme ölçütlerine uyan (65 yaş üstü olma) 30 yaşlı olmak üzere toplam 91 yaşlıya ulaşılmıştır. Her tabakadaki 30 yaşlı birey, basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

Verilerin Toplanması: Veriler araştırmacılar tarafından, yüz yüze görüşme tekniği ile gündüz saatlerinde toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Tanıtıcı Bilgi Formu: Katılımcıların tanıtıcı özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan ve toplam 20 sorudan oluşan bir formdur.

UCLA Yalnızlık Ölçeği: UCLA yalnızlık ölçeği bireyin genel yalnızlık derecesini belirlemeye yarayan likert tipinde değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin orijinalinde gözden geçirilen formun 10 maddesi olumlu yani anlamsal olarak yalnızlık içermeyen, diğer 10 maddesi olumsuz yani anlamsal olarak yalnız bireyleri belirlemeye yönelik toplam 20 maddeden oluşmakta ve "Tamamen Katılıyorum" (1) ile "Tamamen Katılmıyorum" (4) arasında derecelendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 80, en düşük puan ise 20'dir. Alınan yüksek puanlar bireylerin daha fazla yalnızlık yaşadığına işaret etmektedir. Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Demir (1989) tarafından yapılmıştır. Demir'in yaptığı çalışmada Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısı .96 olarak hesaplanmıştır (Demir 1989). Ölçeğin özgün formu Russell et al. tarafından geliştirilmiştir (Russell, Peplau and Cutrona 1980).

Aile ve Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASD-AL ve ASD-AR): Katılımcıların aile ve arkadaşlarından aldıkları sosyal destek puanını belirlemek için Pracidona ve Heller tarafından geliştirilen (Pracidano and Heller 1984) "Aile (ASD-AL) ve Arkadaşlardan (ASD-AR) Algılanan Sosyal Destek Ölçeği"nin Türkçe geçerlilik-güvenilirliği Eskin tarafından

yapılmıştır. Eskin tarafından ölçeğin alfa tutarlılık katsayısı aileden algılanan sosyal destek için 0.76, arkadaşlardan algılanan sosyal destek için 0.76 olarak saptanmıştır (Eskin 1993). Bu ölçek birbirinden bağımsız olarak aile ve arkadaşlardan algılanan sosyal desteği ölçen iki ölçekten oluşmaktadır. Her ölçekte “evet”, “hayır” ve “bilmiyorum” cevap seçeneklerinden biri işaretlenerek cevaplanan 20’şer madde bulunmaktadır. Algılanan sosyal desteği gösteren tepki her madde için ‘+1’ olarak puanlanmaktadır. Puanlar 0-20 arasında değişmektedir. “Bilmiyorum” seçeneğine puan verilmemektedir. Aileden Algılanan Sosyal Destek (ASD-AL) ölçeğinde 3, 4, 6, 16, 19 ve 20. maddeler, Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek (ASD-AR) ölçeğinde ise 2, 6, 7, 15, 18 ve 20. maddeler tersine kodlanmaktadır. Bu sorularda hayır seçeneği 1 puan almaktadır.

Öznel Mutluluk Ölçeği (ÖMÖ): Ölçek, Lyubomirsky ve Lepper tarafından geliştirilmiştir (Lyubomirsky and Lepper 1999). ÖMÖ, 7’li Likert tipi, özbildirim tarzı bir ölçme aracıdır. Ölçek 4 maddeden oluşmaktadır. Lyubomirsky ve Lepper, ÖMÖ’nün iç tutarlılığının farklı örneklerde 0.79 ile 0.94 arasında değiştiğini rapor etmişlerdir. Test tekrar test güvenilirliği ise 0.55-0.90 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Doğan ve Totan tarafından gerçekleştirilmiştir (Doğan ve Totan 2012).

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: UCLA Yalnızlık ölçeği, aile ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek ölçeği ve öznel mutluluk ölçeği puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

Bağımsız Değişkenler: Yaşlıların sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum vb....) araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

Verilerin Değerlendirilmesi: Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 20.0 (Statistical Package for the Social Science) paket programı, analizinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra, Kruskal-Wallis varyans analizi ve Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu: Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurulu’ndan (04.12.2015 tarih ve 144 sayılı karar) ve araştırmanın yapıldığı kurumlardan yasal izinler alınmıştır. Araştırmanın amacı ve kapsamı anlatıldıktan sonra yaşlı bireylerden katılım konusunda sözlü onam alınmıştır. Araştırma Adnan Menderes

Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) kapsamında desteklenmiştir (Proje no: SSYO-16003).

Araştırmanın Sınırlılıkları: Kurumlardaki yaşlı sayısı eşit olmadığı için örneklem sayısı üç kurumdan toplam 91 yaşlı birey ile sınırlandırılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmada yer alan yaşlıların yaş ortalaması 73±4.9’dur. Yaşlılardan %71.4’ü kadın bireylerden oluşmaktadır. Yaşlı bireylerin %50.5’inin eşi vefat etmiş, %39.6’sı ilköğretim mezunu, %63.7’sinin geliri giderine eşit, %85.7’sinin sosyal güvencesi bulunmakta, %84.6’sının en az bir kronik sağlık sorunu yaşamakta, %60.4’ünün bedensel bir engeli bulunmamaktadır. Yaşlı bireylere sağlık durumunuzu, fiziksel ve psikolojik durumunuzu nasıl algıyorsunuz sorusu sorulduğunda %60.4’ü sağlık durumunu, %48.4’ü fiziksel durumunu, %57.1’i psikolojik durumunu “iyi”, “orta”, “kötü” kategorisinden orta olarak değerlendirmektedir. Araştırmaya katılan yaşlıların %33’ü evde, %34.1’i huzurevinde, %33’ü gündüz bakımevinde yaşamaktadır (Tablo 1). Ülkemiz esas olarak genç bir nüfusa sahip olmasına karşın, ülkemizde ve diğer gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Yaşlıların kendi doğal ortamlarında yaşaması; bakıcı yokluğu, yalnızlık ve ailede kriz ortaya çıkması gibi birçok nedenle mümkün olamamakta, bakım evlerinin varlığına ve işlevselliğine büyük gereksinim duyulmakta, yaşlıların bakımı ve korunması konusunda kamunun sorumluluğu artmaktadır (Ardahan 2010; Sertbaş ve Bahar 2003).

Tablo 2’de yaşlı bireylerin UCLA yalnızlık ölçeği, algılanan sosyal destek aile ölçeği ve algılanan sosyal destek arkadaş ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelenmiştir. Araştırmada yaşlıların kaldıkları yere göre UCLA yalnızlık puan ortalaması incelendiğinde; evde yaşayanların 44.82, huzurevinde kalanların 43.76, gündüz bakım evinden yararlananların 49.50 ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Yaşlıların yaşadıkları yere göre UCLA yalnızlık puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (KW: .817, p>0.05). Yaşlılık döneminde yalnızlık; sosyal ilişkilere girmeme, utangaçlık, sağlık problemleri, sosyal, kültürel ve ekonomik koşulların yetersizliği gibi sebeplerle ortaya çıkmaktadır (Hansson and Carpenter 1994). Aktif çalışma ve üretkenlik döneminin bitmesiyle başlayan emeklilik süreci bireyin

sosyal çevreden biraz daha uzaklaştığı ve izole olduğu dönemdir. Yalnızlık çoğu toplumda yaşanan, yaşlılık döneminin önemli sorunlarından biridir. Eşleri olmayan yaşlıların diğerlerine göre daha fazla yalnızlık hissettikleri ve izole yaşama eğilimli oldukları bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada da tek başına yaşamının sosyal izolasyon ve yalnızlık hissi riskini artırdığı bulunmuştur (Coyle and Dugan 2012). Yine huzurevinde yaşamının yalnızlık algısını artırıcı bir faktör olduğu vurgulanmaktadır (Danış 2004). Evde ve kurumda yaşayan yaşlılarda yapılan bir çalışmada her iki grupta da bireylerin yalnızlık yaşadığı belirtilmektedir (Tel, Tel ve Sabancıoğulları 2006). Çalışmamızda yaşlıların evde, bakım evinde ya da huzurevinde kalma durumlarına göre yalnızlık düzeyleri arasında fark bulunmaması yaşlılık ile birlikte çeşitli nedenlere bağlı olarak gelişebilen yalnızlığın yaşlı bireylerde kaldıkları yerden bağımsız olarak, yaşadıkları her ortamda diğer tetikleyici faktörlerle de ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir.

Tablo 1. Yaşlı Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri

Sosyo-demografik Özellikler	S	%
Cinsiyet		
Kadın	65	71.4
Erkek	26	28.6
Medeni Durum		
Evli	24	26.4
Eşi vefat etmiş	46	50.5
Bekar	13	14.3
Boşanmış	8	8.8
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	17	18.7
Okur yazar	27	29.7
İlkokul	36	39.6
Ortaokul	8	8.8
Lise	3	3.3
Sosyal Güvence		
Var	78	85.7
Yok	13	14.3
Ekonomik Durum		
Gelir giderden az	32	35.2
Gelir gidere eşit	58	63.7
Gelir giderden fazla	1	1.1
Kronik Sağlık Sorunu		
Var	77	84.6
Yok	14	15.4
Engellilik Durumu		
Var	36	39.6
Yok	55	60.4
Yaşanılan Yer		
Ev	30	33.0
Huzurevi	31	34.0
Gündüz bakımevi	30	33.0

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin kaldıkları yere göre algılanan sosyal destek aile ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (KW: 20.145, $p<0.05$). Buna göre evde yaşayanların (%62.97) huzurevi (%35.52) ve gündüz bakım evinden (%38.95) yararlananlara göre algılanan sosyal destek aile ölçeği puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşlıların kaldıkları yere göre algılanan sosyal destek arkadaş ölçeği puan ortalaması değerlendirildiğinde; huzurevinde yaşayanların (%59.89) gündüz bakım evinde (%40.53) ve evde yaşayanlara (%37.12) göre algılanan sosyal destek arkadaş ölçeği puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (KW:13.473, $p<0.05$). Sosyal destek psikolojik sağlamlığı destekleyen en önemli unsurlardan biridir ve yaşam kalitesi, mutluluk, yaşam doyumu gibi pek çok unsur ile ilişkilidir. Sosyal destek “alınan” ve “algılanan” olmak üzere iki boyutta ele alınmaktadır ki, son zamanlarda üzerinde en çok durulan boyutu algılanandır. Algılanan sosyal destek kişinin ihtiyaç duyduğunda diğerleri tarafından destekleneceğine yönelik inancı içermektedir (Gökler-Danışman ve Aydın 2011). Evde yaşayan yaşlı bireylerin algılanan aile sosyal destek düzeylerinin bakım evi ve huzurevinde kalanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buna karşılık huzurevinde yaşayanların ise algılanan arkadaş sosyal destek düzeylerinin evde ve bakımevinde kalanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sosyal destek sistemlerinin yalnızlıkla güçlü bir ilişkisi vardır (Pinquart and Sörensen 2001). Çalışma bulgumuza benzer şekilde Polat ve Kahraman Bayrak’ın çalışmasında evli ve eşi ile birlikte yaşayan yaşlıların sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Polat ve Kahraman Bayrak 2013). Yine evli yaşlıların bekar ve dul olanlara göre daha az yalnızlık yaşadıkları bilinmektedir (Karadakovan 2014). Literatürde sosyal desteğin farklı boyutlarının yalnızlığa etkisi inceleyen çalışmalar da bulunmaktadır. Krause-Parello çalışmasında, evcil hayvan beslemekle ilişkili sosyal desteğin yaşlı bireylerde kendini yalnız hissetme hissini azalttığını bulmuştur (Krause-Parello 2012). Geleneksel toplumlarda kültürel değerler büyük ölçüde korunmakta, yaşlı bireyin keder ve yalnızlık yaşamaması için sosyal destek sistemleri güçlü tutulmaya çalışılmaktadır. İç ve dış göçler ve küreselleşmenin etkisiyle çok kültürlülüğün yaygınlaşması, ilerleyen

zamanlarda sosyal destek açısından sorunlar yaşanmasına sebep olabilir (Karadakovan 2014).

Tablo 2. Yaşlı Bireylerin Bazı Özelliklerine Göre UCLA, Sosyal Destek, Öznel Mutluluk Ölçeği Puan Ortalamaları

Özellikler		UCLA		AL		AR		Öznel Mutluluk	
Yaşadığı Yer	N	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Ev	30	44.82	5.10	62.97	4.48	37.12	3.39	55.55	4.32
Huzurevi	31	43.76	5.09	35.52	3.47	59.89	5.55	29.61	3.30
Gündüz Bakımevi	30	49.50	5.59	38.95	3.87	40.53	4.01	53.38	4.48
KW, p		0.944, 0.330		12.834*, 0.000		7.837*, 0.005		12.145*, 0.000	
Medeni Durum									
Evli	24	55.69	4.92	58.13	5.50	36.67	3.45	52.42	4.70
Eşi vefat etmiş	46	37.20	3.30	47.42	3.46	49.49	4.71	40.41	3.41
Bekar	13	57.31	5.02	46.23	4.02	41.88	3.32	56.08	5.32
Boşanmış	8	49.19	4.80	39.10	3.28	60.63	5.05	42.50	4.01
KW, p		6.280, 0.090		2.712, 0.438		7.383, 0.060		3.677, 0.290	
Fiziksel Durum Algısı									
İyi	38	52.09	5.01	52.08	4.70	50.83	5.02	54.11	4.90
Orta	44	48.17	4.40	40.32	3.21	41.72	3.90	43.81	4.05
Kötü	9	9.67	6.02	48.11	4.64	49.82	4.40	22.50	
KW, p		13.740*, 0.001		4.539, 0.103		4.128, 0.127		4.918, 0.086	
Psikolojik Durum Algısı									
İyi	27	70.26	5.68	44.74	4.40	52.83	4.80	61.83	5.40
Orta	52	37.25	3.47	44.73	4.40	44.08	4.11	44.36	4.12
Kötü	12	29.33	2.65	54.33	5.04	33.70	3.24	17.50	1.54
KW, p		19.164*, 0.000		0.975, 0.614		10.109*, 0.006		14.865*, 0.001	

*p<0.05

Yaşlı bireylerin kaldıkları yere göre öznel mutluluk ölçeği puan ortalamasının istatistiksel düzeyde anlamlı bir farka sahip olduğu saptanmıştır (KW:18.429, p<0.05). Evde yaşayanların (55.55), huzurevi (29.61) ve gündüz bakım evinde (53.38) kalanlara göre öznel mutluluk ölçeği puan ortalamasının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda evde yaşayan yaşlı bireylerin mutluluk düzeylerinin daha yüksek olması; yaşlıların alışık oldukları ev ortamında, çocuklarıyla, torunlarıyla birlikte yaşamının onları daha mutlu etmesi ile ilişkilendirilebilir.

Fiziksel durum algısına göre UCLA yalnızlık puan ortalaması incelendiğinde araştırmaya katılan yaşlılardan fiziksel durum algısını “iyi” olarak bildirenlerin UCLA yalnızlık puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (KW:19.500, p<0.05). Fiziksel durum algısına göre öznel mutluluk ölçeği puan ortalaması incelendiğinde yaşlı bireylerden fiziksel durumunu “iyi” olarak algılayanların öznel mutluluk ölçeği puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (KW:11.146, p<0.05). Psikolojik

durum algısını “iyi” olarak belirten yaşlıların UCLA yalnızlık puan ortalamasının, algılanan sosyal destek arkadaş ölçeği puan ortalamasının ve öznel mutluluk ölçeği puan ortalamasının istatistiksel düzeyde anlamlı ve daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 2). Yaşlılıkta öznel iyi oluşluk ve öznel mutluluğu etkileyen yalnızlık, algılanan kontrol, kişilik özellikleri gibi pek çok değişken olduğu vurgulanmaktadır. Yalnızlığın özellikle yaşlılık döneminde bağımsızlığı kaybetmeye yönelik geliştirilen endişe, korku ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Eryılmaz ve Atak 2011). Bu duygular, yalnızlık duygusu ile birlikte, yaşlının mutluluk düzeyini olumsuz yönde etkilemektedir.

Fiziksel durumunu “iyi” olarak bildirenlerin öznel mutluluk düzeylerinin, psikolojik durumunu “iyi” olarak belirten yaşlıların algılanan arkadaş sosyal destek ve öznel mutluluk düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada sağlık durumunu kötü ve fiziksel durumunu olumsuz tanımlamanın, duyuşal yetilerini yetersiz hissetmenin (görme ve işitme azlığı,...) yalnızlık hissini artırdığı dolayısıyla öznel mutluluğu

düşürdüğü vurgulanmıştır (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg and Pitkala 2005). Cooper, Bebbington and Livingston (2011) çalışmasında, bilişsel yeti olarak iyi olmanın mutluluk düzeyinin yüksek olması ile doğrudan ilişkili olduğunu bulmuştur. Kang et al. çalışmasında ise, fiziksel olarak iyi olmanın yaşam kalitesini artırdığı ve yalnızlık hissini azalttığı bulunmuştur (Kang, Park and Wallace 2016). Fiziksel olarak kendini iyi hissetmek, her yaşta olduğu gibi yaşlılıkta da mutluluk ve yaşam doyumu ile bağlantılıdır. Bununla birlikte, fiziksel aktivitenin yaşam kalitesi, düşük anksiyete ve depresif semptomlar, yaşamın anlamını bulma ile ilişkili olduğu literatürde belirtilmektedir (Lee, Yeh, Lee, Lin, Chen, Hsieh et al.2012; Lampinen, Haikkinen and Ruoppila 2000; Watanabe, Takeshima, Okada and Inomata 2000; Kim, Byeon, Kim, Endo, Akahoshi and Ogasawara 2009).

Tablo 3. Algılanan Sosyal Destek ile Öznel Mutluluk Arasındaki İlişki

		Algılanan Sosyal Destek Aile	Algılanan Sosyal Destek Arkadaş
Öznel Mutluluk	r	.386	.411
	p	.000*	.000*

*p<0.001

Tablo 3' te yaşlı bireylerin öznel mutluluk ölçeği puan ortalaması ile algılanan sosyal destek aile ölçeği puan ortalaması ve

KAYNAKLAR

Ağırman E, Gençer MZ, Arıca S, Kaya E, Eğici MT. Huzurevinde, Evde Ailesiyle ve Yalnız Yaşayan Yaşlı Bireylerde Depresyon, Yalnızlık Hissi Düzeylerinin Karşılaştırılması, J Contemp Med 2017; 7(3):234-40.

Ardahan M. Yaşlılık ve Huzurevi. Aile ve Toplum 2010; 11(5):25-32.

Azam W.M, Yunus W.M, Din N.C, Ahmad M, Ghazali S.E, Ibrahim N and Maniam T. Loneliness and depression among the elderly in an agricultural settlement: Mediating effects of social support. Asia-Pacific Psychiatry 2013; 5(S1):134-9.

Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6(4): 227-39.

Baran AG. Başarılı yaşlanma modellerinin sosyolojik analizi. İçinde: Kalınkara V, Akın G. V. Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı. Ankara: Gazi Kitabevi; 2007 s.236-45.

algılanan sosyal destek arkadaş ölçeği puan ortalaması arasında orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Tüm yaş gruplarında olduğu gibi yaşlılık döneminde de kişilerin sosyal destek sistemlerinin güçlü olması ve kendini yalnız hissetmemesi yaşamdan doyum almasını dolayısıyla öznel mutluluğu da olumlu yönde etkilemektedir. Her yönden sosyal desteğin özellikle yaşlılık döneminde var olması, sağlık çıktılarını da olumlu olarak etkilemekte (Nicholson 2009); yokluğu ise olumlu duygulanım ve psikolojik iyi oluşluğu azaltmaktadır (Liu, Li and Lian 2008; Su, Wu, Zhang Li, Wang, Zhang et al. 2009) (Tablo 3).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonuçları, yaşlıların yaşadıkları yere göre yalnızlık düzeyleri arasında fark olmadığını, ancak algılanan sosyal destek ve öznel mutluluk düzeyleri arasında fark olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte kendini fiziksel ve psikolojik olarak iyi hissedenlerin öznel mutluluk düzeylerinin de yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlardan yola çıkarak sosyal desteğin mutluluk düzeyini etkilediği söylenebilir. Bu doğrultuda yaşlıya sahip aileler halk sağlığı hemşireleri tarafından sosyal destek ve önemi konusunda bilgilendirilmelidir. Toplumsal açıdan kurum bakımı alan yaşlılara sosyal destek programları düzenlenebilir.

Cooper C, Bebbington P, Livingston G. Cognitive impairment and happiness in old people in low and middle income countries: results from the 10/66 study. Journal of Affective Disorders 2011; 130, 198-204.

Coyle CE, Dugan E. Social isolation, loneliness and health among older adults. Journal of Aging and Health 2012; 24 (8), 1346-63.

Danış MZ. Yaşlıların evde bakım gereksinimleri ve evde bakıma ilişkin düşünceleri:başarılı yaşlanma ve yaşlı bakım modelleri.Ankara: Güç-Vak Yayınları Sosyal Hizmet Dizisi I; 2004.

Demir A. UCLA Yalnızlık Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. Psikoloji Dergisi 1989; 7: 14-9.

Dereli F, Koca B, Demircan S, Tor N. Bir huzurevinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin incelenmesi, Yeni Tıp Dergisi 2010; 27: 93-7.

Dhar HL. Gender, aging, health and society. J Assoc Physicians India 2001;49: 1012-20.

DİE Yaşam Memnuniyeti Araştırması, Yayın No: 2936, 2004.

- Diener E.** Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research* 1994; 31:103-57.
- Doğan T, Totan T.** Translation and validation of the Turkish subjective happiness scale. *The Journal of Happiness and Well-Being*, 2012.
- Eryılmaz A, Atak H.** Ailesiyle yaşayan yaşlılarda mutluluk modeli. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2011; 48, 227-33.
- Eskin M.** Reliability, of the Turkish version of the perceived social support from friends and family scales. *J Clin Psychol* 1993; 49: 515-22.
- Genç F, Küçük E, Onur O.** Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlıların sosyal destek algılarının karşılaştırılması. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2015; 4(2): 47-53.
- Gökler-Danışman I, Aydın G.** Huzurevinde yaşayan yaşlıların benlik algılarının yordanmasında sosyodemografik özellikler ve algılanan sosyal desteğin rolü. *Aile ve Toplum* 2011; 7(24), 69-79.
- Hansson OR, Carpenter BN.** Relationships in old age, New York: The Guilford Press;1994.
- Helman EA, Stewart C.** Social support and the elderly client. *Home Health Nurs* 1994; 12: 51- 60.
- İstatistik Araştırma Sempozyumu (İAS).** 2023 yılı illerin nüfus rakamları tahmini. [tuik.gov.tr/ias/ias.html](http://www.tsv2023.org/pdf/2023nufus.pdf) <http://www.tsv2023.org/pdf/2023nufus.pdf> Erişim Tarihi: 6.07.2015.
- Kahraman S, Zincir H, Kaya Z, Esen F.** Bir huzurevinde yaşlı kadın ve erkeğin ayrı yaşamasının onların yalnızlık ve yaşam doyumuna etkisi. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi* 2011; 14(2): 1-16.
- Kang HW, Park M, Wallace JP.** The impact of perceived social supports, loneliness and psychical activity on quality of life in South Korean older adults. *Journal of Sport and Health Science* 2016; 1-8.
- Kapıkıran Ş.** Yaşlılarda yalnızlık ile yaşam doyum arasındaki ilişki: sosyal desteğin aracılık rolünün sınanması. *YSAD-EIRJ* 2016; 9(1):13-25.
- Karakovan A.** Yaşlı sağlığı ve bakım. Ankara: Akademişyen Tıp Kitabevi; 2014.
- Kim O, Byeon YS, Kim JH, Endo E, Akahoshi M, Ogasawara H.** Loneliness, depression and health status of the Institutionalized elderly in Korea and Japan. *Asian Nursing Research* 2009; 3(2), 63-70.
- Krause-Parello CA.** Pet ownership and older women: The relationships among loneliness, pet attachment support, human social support, and depressed mood. *Geriatric Nursing* 2012; 33 (3), 194-203.
- Lampinen P, Haikkinen RL, Ruoppila, I.** Changes in intensity of physical exercise as predictors of depressive symptoms among older adults: an eight year follow up study. *Prevention Medicine* 2000; 30, 371-80.
- Lee CT, Yeh CJ, Lee MC, Lin HS, Chen VCH, Hsieh MH, Yen CH, Lai TJ.** Social support and mobility limitation as modifiable predictors in improvement in depressive symptoms in the elderly: Results of a national longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2012; 55, 530-38.
- Liu JW, Li FY, Lian YL.** Investigation of reliability and validity of the social support scale. *Journal of Xinjiang Medical University* 2008; 31, 1-3.
- Lyubomirsky S, Lepper HS.** A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. *Soc Indic Res* 1999; 46:137-55.
- Mack A.** Home: a place in the world. *Social Research* 1991; 58: 307.
- Nicholson Jr NR.** Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2009; 1342-52.
- Nyqvist F, Cattan M, Andersson L, Forsman A.K. and Gustafson Y.** Social capital and loneliness among the very old living at home and in institutional settings a comparative study. *Journal of Aging and Health* 2013; 25(6): 1013-35.
- Öz F.** Yaşamın son evresi: yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme, *Kriz Dergisi* 2002; 10(2):17-28.
- Patterson BJ.** The process of social support: adjusting to life in a nursing home. *J Adv Nursing* 1995; 21: 682-89.
- Pinquart M, Sörensen S.** Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology* 2001; 23(4), 245-66.
- Polat Ü, Kahraman Bayrak B.** Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki, *Fırat Tıp Dergisi* 2013; 18(4), 213-18.
- Procidano ME, Heller K.** Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies. *Am J Community Psychol* 1984; 11: 1-23.
- Routasalo P. And Pitkala K.H.** Loneliness among older people. *Reviews in Clinical Gerontology* 2003;13(4): 303-11.
- Russell D, Peplau LA, Cutrona CE.** The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology* 1980;39:472-80.
- Samancıoğlu S, Karadakovan A.** Yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2010; 5: 126-41.
- Savikko N, Routasalo, P, Tilvis R.S, Strandberg T.E. and Pitkala K.H.** Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2005; 41(3): 223-33.
- Sertbaş G, Bahar A.** Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşlılığa ilişkin görüşleri ve sosyal uyumlarının değerlendirilmesi. *Hemşirelik Forumu* 2003; 6: 33-9.
- Sorias O.** Hasta ve sağlıklı öğrencilerde yaşam stresi, sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisinin incelenmesi. *Psikoloji-Seminer.İzmir: Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları* 9; 1992.s.33-49.
- Stephens C, Alpass F, Towers A. and Stevenson B.** The effects of types of social networks, perceived social support, and loneliness on the health of older

people: Accounting for the social context. Journal of Aging and Health 2011; 23(6): 887-911.

Su D, Wu XN, Zhang YX, Li HP, Wang WL, Zhang JP, et al. Depression and social support between China's rural and urban empty-nest elderly. Archives of Gerontology and Geriatrics 2009; 55, 564-69.

Tel H, Tel H, Sabancıoğulları S. Evde ve kurumda yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve yalnızlık yaşama durumu. Geriatri 2006;9:34-40.

Walton CG, Shultz CM, Beck, CM, Walls RC. Psychological correlates of loneliness in the older adult. Arch Psychiatr Nurs 1991; 5: 165-70.

Watanabe E, Takeshima N, Okada A, Inomata K. Comparison of water and land based exercise in the reduction of state anxiety among older adults. Percept Mot Skills 2000; 91, 907-14.

Zuckerman C, Dubles NN, Callopy B. Home health care options – a guide for older persons and concerned families. New York: Insight Books Pub; 1990.

ARAŞTIRMA

MULTİPLE SKLEROZ HASTALARININ YAŞAM KALİTESİ VE RUHSAL DURUMLARI

Sevgi BULUNMAZ GÜLER* Fatma ERSİN**

Alınış Tarihi: 25.12.2017

Kabul Tarihi: 10.04.2018

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, bir araştırma ve uygulama hastanesi'nde tedavi görmekte olan Multiple Skleroz hastalarında yaşam kalitesi, ruhsal durumları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Çalışmanın örneklemini bir Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroloji Hastalıkları Kliniğinde tedavi görmekte olan ve poliklinikte takip edilen MS tanısı olan çalışmaya katılmayı kabul eden 45 hasta oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak Kısa Form SF-36 ve Genel Sağlık Anketi - 12 kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların %64.6'sı kadın, %64.4'ü evli, %44.4'ü çalışmamaktadır. Hastaların %11.1'inin ailelerinde MS öyküsü olup %13.3'ü yardımcı alet kullanmaktadır. Çalışan hastaların yaşam kalitesi ölçeği fiziksel rol alt boyutu puan ortalaması ve çocuğu olmayanların fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalaması anlamlı bir şekilde yüksek çıkmıştır ($p<0.05$). Hastaların %26.8'inin yüksek ruhsal sorun yaşama riskine sahip oldukları saptanmıştır. Yardımcı alet kullanan hastaların Genel Sağlık Anketi-12 ölçek puan ortalamaları anlamlı bir şekilde yüksek çıkmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Çalışma sonuçlarına göre MS hastalarının yaşam kalitesinin düşük olduğu, hastaların yarıya yakınının ruhsal durumunun iyi olmadığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Multiple skleroz; yaşam kalitesi; mental mtates; hemşirelik.

ABSTRACT

Life Quality and Mental States of Patients with Multiple Sclerosis

Objective: This descriptive study was conducted for the purpose of determining the affecting factors and life quality, mental states in patients with Multiple Sclerosis receiving treatment at a research and practice hospital.

Methods: The study sample consisted of 45 patients diagnosed with MS that were receiving treatment at Harran University Medical Faculty Research and Application Hospital Neurological Diseases Clinic, were followed in polyclinics and accepted to participate in the study. The data were analyzed by using descriptive statistics, independent samples t-test and Mann Whitney U test.

Results: Among the patients who participated in the study; 64.6% were women, 64.4% married and 44.4% unemployed. 11.1% of patients had MS history in their families and 13.3% used assistive devices. Employed patients obtained significantly higher scores from the lower dimension of physical role of the Life Quality Scale and patients who had no children obtained significantly higher scores from the lower dimension of physical function ($p<0.05$). It was determined that 26.8% of patients had a high risk of mental problems. It was observed that patients using assistive devices obtained significantly higher scores from the General Health Questionnaire-12 scales ($p<0.05$).

Conclusion: As a result of the study, it was determined that MS patients had a lower life quality and almost half of patients had the symptoms of mental problems.

Keywords: Multiple sclerosis; life quality; mental states; nursing.

GİRİŞ

Multipl Skleroz (MS) merkezi sinir sisteminin (MSS) fiziksel özürüllüğe neden olan, daha çok genç nüfusu etkileyen, ataklar ve remisyonlarla seyreden kronik bir hastalıdır (Bilgi, Özdemir ve Bulut, 2013). Prevalansı coğrafi özelliklere bağlı olarak değişmekle

birlikte (Ünal, Mavioğlu, Emre, 2016), dünyada MS prevalansının 300/100.000'lere kadar çıktığı belirtilmektedir (Nielsen, Westergaard, Rostgaard, Frisch, Hjalgrim, Wohlfahrt at al., 2005). Ülkemizde MS epidemiyolojisi ile ilgili çalışmalar henüz sürdürülmekte olup 30-

* Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Şanlıurfa (Hemşire)

ORCID-ID: 0000-0003-2197-2688

** Sorumlu Yazar: Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD., Şanlıurfa (Dr.Öğr.Üyesi) ORCID-ID: 0000-0001-7851-8625, e-posta: fatmaersin1@gmail.com

40/100.000 olabileceği tahmin edilmektedir (Mirza, 2002).

MS'li hastalarda zamanla gelişebilen ve gözlemlenen birçok sorun yaşanmaktadır. Sıklıkla yaşanan sorunlar; boşaltım sorunları, cinsel sorunlar, yutma sorunları, bilişsel sorunlar, hareket sorunları, yorgunluk, denge problemleri, spazm, travmaya yatkınlık, uyku sorunları, ağrı, depresyon ve anksiyetedir (Akkuş ve Kapucu, 2006; O'Sullivan and Hardman, 2006). Bu sorunların daha çok psikolojik kaynaklı olduğu ve hastaların yaşam kalitesini azalttığı belirtilmektedir (Karataş, 2008).

MS'de psikiyatrik sorunların diğer kronik hastalıklara göre daha sıklıkta yaşandığı belirtilmektedir (Wilken and Sullivan, 2007). Hastalığın ilk aşamasında; hasta tanıyı öğrendiğinde hastada şok tepkisi meydana gelmektedir (Kocaman, 2008). Bunu takiben hastada; hastalığın seyri ve geleceğe dair belirsizlikler, nüks endişesi nedeniyle kaygılar oluşabilmekte, hasta yaşantısını denetleyemeyeceği endişesine kapılabilmekte ve kontrol kaybı yaşamaktadır (Isaksson and Ahlstrom, 2006). Bu durum hastaların yaşam kalitesini ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Diğer kronik hastalığı olan gruplarla karşılaştırıldığında MS'de yüksek depresyon (Feinstein and Feinstein, 2001) ve anksiyete (Emre, Ergün, Yıldız, Gedikoğlu, Vargel, Gürel ve ark. 2003) prevalansı görülmektedir. Depresyon, MS'in klinik tablosunda en sık ortaya çıkan psikiyatrik bozukluktur. MS'li hastalarda depresyon görülme sıklığının diğer nörolojik hastalıklara ve genel popülasyona göre daha yüksek olduğu ileri sürülmüştür (Feinstein and Feinstein, 2001). Yapılan bir çalışmada, MS hastalarında yaşam boyu majör depresyon görülme oranının %22-54 arasında olduğu belirtilmiştir (Azzimondi, Stracciari, Rinaldi, D'Alessandro and Pazzaglia, 1994). MS'de asıl olan bu bozukluğun kişinin günlük yaşam aktivitelerini ve iş verimini olumsuz etkilemesidir (Gottberg, Einarsson, Fredrikson at al., 2007). Fiziksel özürüllüğe neden olan diğer kronik hastalıklarla yapılan karşılaştırmalı araştırmalarda MS'de hem depresyon daha yaygın, hem de yaşam kalitesi puanları daha düşük bulunmuştur (Janssens, de Boer and van Doorn, 2003; Pattent and Metz, 2001). Ayrıca hasta ve hasta yakınları için hastalığın seyriyle ilgili belirsizlik anksiyeteye neden olmaktadır. İki yıl boyunca 197 MS hastasının değerlendirildiği bir çalışmada, depresyon (%72,1), anksiyete (%17,3), intihar girişimi (%7,1), mani (%6,6), psikoz (%5,1) gibi

sorunların sıklıkla yaşandığı belirtilmektedir (Stepleman, Jumb, Shelton, ve Hughes 2009). MS hastalarında depresyon ve anksiyete yanında psikozda sıklıkla yaşanan ruhsal sorunlar içinde yer almakta (Paparrogopoulos, Ferentinos, Kouzoupis, Koutsis ve Papadimitriou 2010) hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

MS hastalarının yaşam kalitelerinin yükseltilmesi ve yaşadıkları ruhsal sorunların en aza indirilmesinde hemşireler kilit rol oynamaktadırlar. Hemşireler MS hastalarının tedaviye başlamalarında, tedaviye devam etmelerinde ve tedavi esnasındaki endişelerini ve oluşabilecek komplikasyonların tanınması, farkındalığın geliştirilmesi ve uygun müdahalelerle sorunların ele alınmasını sağlamada yardımcı olacaklardır. Ayrıca MS hastalarının sağlığını koruma ve geliştirme aşamasında etkin hemşirelik hizmetlerinin sunulması önemlidir. Bu nedenle çalışma, bir Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde tedavi görmekte olan Multiple Skleroz (MS) hastalarında yaşam kalitesi, ruhsal durumları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi: Tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı: Çalışma Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Ocak 2015-Aralık 2016 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme: Çalışmada herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmemiş olup Ocak 2015 - Aralık 2016 tarihleri arasında Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroloji Hastalıkları Kliniği'nde tedavi görmekte olan ve poliklinikte takip edilen kesin MS tanısı almış ve 18 yaş üstü çalışmaya katılmayı kabul eden 45 hasta örnekleme oluşturmuştur. Polikliniğe gelen MS ön tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmanın Değişkenleri: Araştırmanın bağımlı değişkenleri Kısa Form SF -36 Yaşam Kalitesi ve Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12) puan ortalamalarıdır. Bağımsız değişkenleri ise hastanın demografik özellikleri ve hastalığa ilişkin özellikleridir (ilaç kullanma durumu, yardımcı alet kullanma durumu).

Veri Toplama Araçları: Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan anket formu, Kısa Form SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Genel Sağlık Anketi – 12 kullanılmıştır.

Anket Formu: Anket formu hastaya ve hastalığa ilişkin özellikleri içeren toplam 15 sorudan oluşmuştur. Hastaya ilişkin özellikler; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk durumu, çalışma durumu, gelir düzeyine ait bilgileri içermektedir. Hastalığa ilişkin özellikler ise ailede MS öyküsü durumu, kullandığı ilaçlar, kullanılan ilaçların uygulama yolu, ilacı kullanma sıklığı, günlük yaşam aktivitelerinde yardımcı alet kullanma durumu, yaşam aktivitelerini etkileyen hastalık bulgularının varlığı ve MS tanısını ne zaman aldıklarını içeren bilgilerden oluşmaktadır.

Kısa Form SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği: Araştırmada katılımcıların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla, 1987 yılında Ware tarafından geliştirilen (Ware, 2004) ve ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1999 yılında Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmış olan SF-36 ölçeği kullanılmıştır. Sağlığın sekiz bileşende incelendiği bu ölçekte yüksek puanlar sağlıkta daha iyi bir düzeyi işaret etmektedir. Ölçek adından da anlaşılacağı gibi 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır. Alt boyutlar; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji/vitalite, ağrı ve sağlığın genel algılanmasıdır. SF-36 ölçeğinde 100 puan üzerinden puanlama yapılmaktadır ve alınan puanlar her bileşen için 0 ile 100 puan arasında değişmektedir. Bu ölçekte yüksek puanlar sağlıkta daha iyi bir düzeyi işaret ederken, düşük puanlar sağlıktaki bozulmayı göstermektedir. Ölçek geçerlik güvenilirlik çalışmasında alt boyutları Cronbach's Alpha değerleri .79-.99 arasında değişmektedir (Koçyiğit, Aydemir, Fişek, Ölmez ve Memiş, 1998). Bu çalışmada Cronbach's Alpha değeri .89 olarak saptanmıştır.

Genel Sağlık Anketi (GSA-12): 1972 yılında Manchester Üniversitesi'nden David Goldberg tarafından geliştirilen Genel Sağlık Anketi-12, toplumda ve psikiyatri dışı klinik ortamlarda karşılaşılan ruhsal sorunları saptamak amacı ile oluşturulmuş, hastanın kendisinin doldurduğu bir tarama testidir. Kısa, uygulaması kolay bir test olması ve ruhsal sorunu olduğu halde kişiyi psikiyatri dışı bir kliniğe başvurmaya sevk edecek türden rahatsızlıkları saptaması amaçlanmıştır. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği Kılıç (1996) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada 12 soruluk formu kullanılmıştır. Her bir soru, " her zamankinden az" ile " her zamankinden çok fazla" arasında değişen dört

derecelendirmeden oluşmaktadır. GSA tipi puanlama adı verilen yöntemle her sorunun ilk iki yanıtına 0 ve son 2 yanıtına 1 puan verilir. GSA 12'de GSA tipi puanlama yöntemine göre toplam puan 0 – 12 arasındadır. Elde edilen değerler risk gruplarını gösterir. 12 madde üzerinden bireylerin aldıkları puanlar, ruhsal sorunlar açısından düşük, orta ve yüksek risk taşıdıkları göstermektedir. Ölçekten 2'den az puan alanlar düşük, 2-3 arası puan alanlar orta ve 4 ve daha fazla puan alanlar yüksek risk taşımaktadırlar (Demirüstü, Binboğa, Öner ve Özdamar, 2009). Alınan puanların yüksek olması bireylerin ruhsal yönden (depreyon, anksiyete) değerlendirilmesini gerektirmektedir. Ölçek Cronbach's Alpha değeri .78'dir (Kılıç, 1996). Bu çalışmada Chronbach Alpha değeri .92 olarak saptanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (bağımsız gruplarda t testi), Mann Whitney - U testi yapılmıştır.

Araştırma Etiği: Araştırmanın uygulanabilmesi için Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'undan, Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden ve çalışmaya katılacak bireylerden izin alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışmaya katılan hastaların %68.9'u 40 yaş altı olup, %64.4'ü kadın, %35.6'sı evli, %44.4'ü çalışmamaktadır (Tablo 1).

Hastaların %11.1'inin ailelerinde MS öyküsü olduğu, %86.7' sinin ilaç kullandığı %13.3'ünün yardımcı alet kullandığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan hastaların %64.6'sının birden fazla şikayeti olduğu belirlenmiş olup, %80.0'ı yorgunluk, %44.4'ü denge problemleri, %35.6'sı ağrı, %20.0'ı cinsel sorunlar, %17.8'i barsak problemleri ve %8.9'u yutma güçlüğü yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 2). Literatürde MS hastalarının %75-87'si yorgunluktan yakınmıştır. Bu hastaların 2/3'ü hastalıklarının en kötü üç semptomundan biri olarak yorgunluğu belirtmiştir. MS'deki yorgunluk, sağlıklı yetişkinler ya da diğer hastalıkları olan bireylerde görülen yorgunluğa kıyasla daha sıktır ve günlük yaşam aktivitesini daha fazla etkilemektedir (Kaya, Çelebi, Vardar ve Gürsoy, 2015). Kelleci, Aştı ve Küçük (2003) çalışmalarında, bu çalışmaya benzer olarak yorgunluk, %22.0 oranında sıklıkla ifade edilen sorunlar içinde yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda MS'li hastalarda yorgunluk ve

denge semptomlarının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Kaya, Çelebi, Vardar ve Gürsoy, 2015; Kelleci, Aştı ve Küçük, 2003; Lesley and Rudolph, 2004; Pittion-Vouyovitch, Debouverie, Guillemin, Vandenberghe, Anxionnat and Vespignani, 2006; Soyuer, Ünalın ve Mirza, 2005;). Çalışmada yorgunluk, ağrı ve denge sorunların sık görülmesi literatürle uyumlu olarak beklenen bir sonuçtur.

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=45)

Değişkenler	n	%
Yaş		
40 yaş altı	31	68.9
40 yaş ve üstü	14	31.1
Cinsiyet		
Erkek	16	35.6
Kadın	29	64.4
Medeni durum		
Evli	16	35.6
Bekar	29	64.4
Çalışma durumu		
Çalışıyor	25	55.6
Çalışmıyor	20	44.4
Çocuk durumu		
Var	16	35.6
Yok	29	64.4
Gelir Düzeyi		
1000 TL altı	17	37.8
1000-2000 TL arası	15	33.3
2000-3000 TL arası	10	22.2
3000 TL ve üzeri	3	6.7

Çalışmada SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği en düşük puan ortalaması ağrı alt boyutunda olup (28.89±27.07), en yüksek puan ortalaması mental rol alt boyutundadır (60.00±45.84). Hastaların fiziksel sağlık özet skoru puan ortalaması 41.74(±6.35), mental sağlık özet skoru puan ortalaması 37.62(±6.92), GSA-12 puan ortalaması 2.69(±3.66) bulunmuştur (Tablo 3). SF-36 ve GSA-12 ölçeklerinden en yüksek alınabilecek puanlar düşünüldüğünde elde edilen ortalama puanların istenen düzeyde olmadığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda MS hastalarının fiziksel ve mental sağlığının, sosyal yaşamının, vitalite ve genel sağlığının etkilendiği açıkça vurgulanmıştır (Koçer E, Koçer A, Yaman M ve ark., 2011; Mitchell, Benito-León, González and Rivera-Navarro, 2005). Bu çalışmadan farklı olarak Koçer ve arkadaşlarının (2011) yapmış oldukları çalışmada ağrı, vitalite, sosyal işlev ve mental işlev puan ortalamaları

daha yüksek olup, fiziksel rol, fiziksel işlev, genel sağlık ve mental rol puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür (Koçer, Yaman, Eryılmaz, Özdem ve Börü, 2011).

Tablo 2. Hastaların Hastalık İle İlgili Özellikleri ve Yaşadıkları Sorunlar (n=45)

Hastalıkla İlgili Özellikler	n	%
Ailede MS Öyküsü Varlığı		
Evet	5	11.1
Hayır	40	88.9
İlaç Kullanma Durumu		
Kullanıyor	39	86.7
Kullanmıyor	6	13.3
Yardımcı Alet Kullanma Durumu		
Hayır	39	86.7
Evet	6	13.3
Yaşanan Sorunlar		
Yok	7	15.6
Bir şikayet var	9	20.0
Birden fazla şikayet var	29	64.6
Yorgunluk		
Yok	9	20.0
Var	36	80.0
Ağrı		
Yok	29	64.4
Var	16	35.6
Mesane Bozuklukları		
Yok	35	77.8
Var	10	22.2
Barsak Problemleri		
Yok	37	82.2
Var	8	17.8
Denge Bozuklukları		
Yok	25	55.6
Var	20	44.4
Yutma Güçlüğü		
Yok	41	91.1
Var	4	8.9
Cinsel Sorunlar		
Yok	36	80.0
Var	9	20.0

Başka bir çalışmada da multipl sklerozlu hastalarda yaşam kalitesi puanlarının sağlıklı kişilere ve başka bir kronik tıbbi-nörolojik hastalığı olanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Hammoud and Grindstaff, 1992). Çalışmadan elde edilen sonuçlar hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda ağrı alt

boyutundan düşük puan alınması ağrının aktivitesini yerine getirmede sıkıntılar şiddetine bağlı hastanın günlük yaşam yaşayacağına bir göstergesi olabilir.

Tablo 3. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve GSA- 12 Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	Min	Max	$\bar{X} \pm SS$
Yaşam Kalitesi Ölçeği			
Fiziksel İşlev	00	100	58.10 ± 32.81
Fiziksel Rol	00	100	53.85 ± 46.15
Ağrı	00	90	28.89 ± 27.07
Genel sağlık	35	85	55.56 ± 11.14
Vitalite	20	70	52.40 ± 9.27
Sosyal İşlev	00	87.5	49.70 ± 15.42
Mental Rol	00	100	60.00 ± 45.84
Mental İşlev	16	80	53.30 ± 12.68
Fiziksel Sağlık Özet Skoru	52.27	59.06	41.74 ± 6.35
Mental Sağlık Özet Skoru	52.11	55.08	37.62 ± 6.92
Genel Sağlık Anketi	0	2	2.69±3.66

Çalışmada hastaların yaş, cinsiyet, medeni durumlarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Ancak hastaların çalışma durumlarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel rol alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4). Bu durumda çalışan hastaların fiziksel aktiviteleri yerine getirebildiklerini söyleyebiliriz. Bu çalışmadan farklı olarak Onat, Delialioğlu ve Özel'in (2015) yapmış oldukları çalışmanın sonucunda da aktif çalışan ve aktif çalışmayan hastaların yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çocuk sahibi olma durumuna göre hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Çocuk sahibi olmayan hastaların daha yüksek puan aldıkları görülmektedir (Tablo 4). Bu nedenle çocuk sahibi olmayan hastaların yüksek puan almaları iş ve günlük aktivitelerine daha fazla zaman ayırabildiklerini düşündürmektedir.

GSA-12 ölçeğine ilişkin puanlar hastaların ruhsal sorunlar açısından risk taşıdıklarını göstermektedir. Çalışmada hastaların %57.8'inin düşük risk, %15.5'i orta risk, %26.8'inin yüksek riske sahip oldukları saptanmıştır. Nicholl ve arkadaşları tarafından GSA-12 kullanılarak yapılan bir çalışmada MS hastaların %16-48 arasında depresyon oranının değiştiği belirtilmektedir. Forman ve Lincoln'un (2010) çalışmasında depresyon oranı %45.7 olarak saptanmıştır. Ancak Emre, Ergün, Yıldız, Gedikoğlu, Vargel, Gürel ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada 23 MS hastasının 13'ünde orta/yüksek düzeyde depresyon saptandığı belirtilmiştir. Bilgi, Özdemir ve Bulut (2013) tarafından yapılan başka bir çalışmada da MS hastalarının %19.5'inde depresyon tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlarda hastaların neredeyse yarısının orta ve yüksek risk taşıdığı düşünüldüğünde hastaların hemşireler tarafından yakından izlenmesinin ve psikiyatrik tanılama yönünden değerlendirilmelerinin gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Tablo 4. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	Fiziksel Fonksiyon $\bar{X} \pm SS$	Fiziksel Rol $\bar{X} \pm SS$	Ağrı $\bar{X} \pm SS$	Genel Sağlık Algısı $\bar{X} \pm SS$	Vitalite $\bar{X} \pm SS$	Sosyal İşlev $\bar{X} \pm SS$	Mental Rol $\bar{X} \pm SS$	Mental İşlev $\bar{X} \pm SS$
Yaş								
40 yaş altı	59.67 ± 32.53	60.48 ± 44.14	27.74 ± 25.39	54.51 ± 11.85	53.38 ± 9.77	47.98 ± 15.17	55.22 ± 10.45	64.51 ± 44.66
40yaş ve üstü	54.64 ± 34.38	39.80 ± 48.74	31.42 ± 31.34	57.85 ± 9.34	50.35 ± 7.95	53.77 ± 15.83	49.14 ± 16.26	50.00 ± 48.48
Istatistiki Değer*	U= 201.000 p= .694	U=165.500 p= .173	U= 210.500 p=.872	U=178.000 p= .332	U= 161.500 p=.166	U= 179.500 p= .328	U= 188.500 p= .480	U=178.500 p= .296
Cinsiyet								
Erkek	66.88 ± 26.20	59.38 ± 46.40	20.63 ± 24.60	56.57 ± 9.40	51.56 ± 7.24	51.56 ± 15.05	51.50 ± 13.61	66.67 ± 42.16
Kadın	53.28 ± 35.44	50.87 ± 46.50	33.40 ± 27.69	55.00 ± 12.10	52.93 ± 10.31	48.71 ± 15.79	54.34 ± 12.26	56.32 ± 48.06
Istatistiki Değer*	U= 188.50 p= .301	U= 207.50 p= .530	U= 162.00 p= .093	U=215.50 p= .692	U= 197.50 p= .405	U= 224.00 p= .840	U= 219.50 p= .765	U= 204.50 p= .471
Medeni Durum								
Evli	61.21 ± 34.45	57.76 ± 44.37	26.21 ± 2.83	56.90 ± 12.13	53.28± 7.23	50.86 ± 17.97	52.41 ± 14.71	52.07 ± 45.18
Bekar	52.50 ± 29.83	46.88 ± 49.90	33.75 ± 24.73	53.13 ± 8.92	50.94 ± 12.28	47.66 ± 9.38	55.00 ± 7.93	56.25 ± 48.26
Istatistiki Değer*	U= 186.50 p= .279	U= 205.50 p= .497	U= 179.00 p= .203	U= 186.00 p= .269	U= 209.00 p= .579	U= 190.00 p= .290	U= 205.50 p= .526	U= 214.50 p= .646
Çalışma Durumu								
Çalışıyor	65.00 ± 30.89	67.00 ± 43.13	25.20 ± 25.51	52.60 ± 10.01	51.80 ± 10.10	50.00 ± 10.83	51.20 ± 12.39	69.33 ± 41.86
Çalışmıyor	49.50 ± 33.87	37.50 ± 45.52	33.50 ± 28.89	59.25 ± 11.62	53.25 ± 8.32	49.36 ± 20.06	56.00 ± 12.85	48.33 ± 48.94
Istatistiki Değer*	U=184.50 p= .133	U= 165.00 p= .036	U= 208.50 p= .337	U= 168.50 p= .059	U= 235.50 p= .736	U= 247.50 p= .952	U= 204.00 p= .289	U= 193.00 p= .150
Çocuk Durumu								
Var	41.56 ± 31.18	43.75 ± 45.18	33.12 ± 30.27	56.88 ± 7.93	52.19 ± 13.03	44.53 ± 15.12	57.25 ± 10.80	50.00 ± 47.14
Yok	67.24 ± 30.46	59.48 ± 46.49	26.55 ± 25.39	54.83 ± 12.64	52.57 ± 6.63	52.57 ± 15.08	51.17 ± 13.28	65.52 ± 44.97
Istatistiki Değer*	U= 123.500 p= .010	U= 189.00 p= .271	U= 206.00 p= .533	U= 191.50 p= .330	U= 223.50 p=.837	U= 176.50 p= .162	U= 195.50 p= .382	U= 194.50 p= .325

*Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

Çalışmada, GSA-12 ölçek puan ortalaması 40 yaş üstü hastalarda 3.07(±3.97), kadınlarda 3.10(±4.07), bekarlarda 3.19(±4.01), çalışmayanlarda 2.90(±3.92), çocuğu olmayanlarda 2.41 (±3.93) ilaç kullanmayanlarda 3.00(±4.05) ve yardımcı alet kullananlarda 7.00(±4.52) olarak bulunmuştur. Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, çocuk durumu, ilaç kullanma durumuna göre GSA-12 ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 5).

Bu çalışmaya benzer olarak Galeazzi, Ferrari, Giaroli ve Mackinnon (2005) ve Forman ve Lincoln'un (2010) çalışmalarında yaş ile depresyon arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Şen, Genç, Aydın, Kılınçel, Köle ve Eker (2015) ve Soyuer Ünal ve Mirza'nın (2010) yapmış oldukları çalışmalarda da yaşın depresyon ile ilişkisi bulunmamıştır. Ancak yaşın ilerlemesi ile fiziksel ve mental fonksiyonlar olumsuz etkilenmektedir.

McGian ve Hutchinsan'ın (2005) yapmış olduğu çalışma sonucunda cinsiyet ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

saptanmıştır. Norveçte yapılan başka bir çalışmada hastaların depresyon düzeyi değerlendirilmiş ve bu çalışmaya benzer olarak cinsiyet ile depresyon durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Dahl, Stordal, Lydersen ve Midgard, 2009). Hakim Bakheit, Bryant, Roberts, McIntosh-Michaelis, Spackman et al. (2000), depresyon oranının kadınlara oranla erkeklerde daha fazla olduğunu tespit etmiştir. Literatür incelendiğinde cinsiyetin depresyon ile ilişkisinin çalışma sonuçlarında farklılık gösterdiği görülmüştür. Bu durum kullanılan ölçeklerin ve kültürel değerlerin farklılığı ile açıklanabilir.

Bu çalışmaya benzer olarak; Şen, Genç, Aydın, Kılınçel, Köle ve Eker'in (2015) yaptığı çalışma sonucunda medeni durum ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ayrıca Soyuer Ünal ve Mirza'nın (2010) çalışmalarında da medeni durumun ruhsal durumu etkilemedi belirtilmektedir. Literatür değerlendirildiğinde bu çalışma da medeni durumun ruhsal durumu etkilememiş olması beklenen bir sonuçtur.

Tablo 5. Hastaların Bazı Özelliklerine Göre Genel Sağlık Anketi-12 Puan Ortalamalarının Dağılımı

Demografik Özellikler	n	\bar{X}	SS	U*	P
Yaş					
40 yaş altı	31	2.52	3.58	215.000	.959
40yaş ve üstü	14	3.07	3.97		
Cinsiyet					
Kadın	29	3.10	4.07	201.000	.441
Erkek	16	1.94	2.74		
Medeni Durum					
Evli	29	2.41	3.51	203.000	.471
Bekar	16	3.19	4.01		
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	25	2.52	3.53	233.500	.693
Çalışmıyor	20	2.90	3.92		
Çocuk Durumu					
Var	16	3.19	3.19	171.500	.132
Yok	29	2.41	3.93		
İlaç Kullanma Durumu					
Kullanıyor	39	2.64	3.66	95.000	.441
Kullanmıyor	6	3.00	4.05		
Yardımcı Alet Kullanma Durumu					
Kullanıyor	6	7.00	4.52	46.000	.013
Kullanmıyor	39	2.03	3.08		

*Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

Airlie, Baker, Smith ve Young (2001) tarafından yapılan bir çalışmada 100 MS hastasının %28.0'nin özürüllükleri nedeniyle

çalışma yaşamını tamamen bırakmak zorunda kaldığı belirtilmiştir. MS tanısı aldıktan sonra hastalıktan dolayı hastanın çalışmaması, artan

sağlık harcamaları nedeniyle hem gelirin azaldığı, hem de giderin arttığı literatürde belirtilmektedir (Courts, Newton and McNeal, 2005). Bu çalışmada da çalışmayan hastaların GSA-12 puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır. MS hastalığı genç yetişkinleri daha çok etkilemektedir. Genç hastalar hastalık nedeniyle ortaya çıkan sorunlardan dolayı işten ayrılmak zorunda kalmakta, üretken olamamakta, hastalık nedeniyle artan maliyet ailenin yükünü arttırmakta ve hastalarda suçluluk duygusunun ön plana çıkmasına neden olmaktadır.

Ayrıca yardımcı alet kullanan hastaların, yardımcı alet kullanmayan hastalara oranla GSA-12 ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 5). Hastaların günlük aktivitelerini yaparken yardımcı alet kullanmaları, kendilerini yetersiz hissetmelerine ve ruhsal sorunlar yaşamalarına neden olmuş olabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastaların MS nedeniyle en sık yaşadıkları sorunların yorgunluk, denge bozuklukları ve ağrı olduğu görülmüştür. Ayrıca hastaların yaşam kalitesi alt boyutları içinde en düşük puanı ağrı alt boyutundan aldıkları saptanmıştır. Hemşireler hem hastane ortamında hem de hastanın evde bakımında yorgunluğun değerlendirilmesi için hastanın ifadesini dikkate almalı, yaşam bulgularında değişiklik, yürüme, merdiven çıkma gibi günlük aktiviteleri sırasında yaşadığı güçlükleri içeren objektif kriterleri göz önünde bulundurmalıdır. Yorgunluk, ağrı ve denge sorunları ile baş etme konusunda bireye

direk sorumluluk verilmeli, kendini rahat hissettiği yöntemleri geliştirmesi konusunda desteklemelidir. Ayrıca hemşireler denge sorunları nedeniyle hasta ve ailesine olası travmaları önlemek için çevre düzenlemesi konusunda eğitim programları düzenlemeli ve uygulamalıdır.

Hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır. Bu nedenle ülkemizde MS hastalarında yaşam kalitesini belirlemeye yönelik hemşirelik çalışmalarının yaygınlaştırılarak daha geniş örnekleme çalışmalar yapılmalı ve var olan mevcut duruma göre girişimsel çalışmalar planlanmalıdır.

Genel sağlık anketi – 12 doğrultusunda elde edilen verilere göre hastaların çoğunun (%26.8) yüksek düzeyde ruhsal sorun yaşama riski olduğu görülmektedir. Bu sonuç doğrultusunda hastaların sadece tedavileri için değil ruhsal yönden de değerlendirilmelerinin gerekliliği görülmektedir. GSA – 12 olası psikiyatrik sorunları belirlemede yol gösterici niteliktedir. Bu nedenle daha geniş örnekleme GSA – 12 kullanılarak yapılacak çalışmalar toplumun ruh sağlığının korunması aşamasında planlanacak girişimlere yol gösterebilir.

Çalışmada yardımcı alet kullanan hastaların yüksek düzeyde ruhsal sorunlarının olduğu görülmüştür. Bu nedenle hastalara yardımcı alet kullanmanın bir yetersizlik olmadığı, aksine bireyin hayatını kolaylaştırdığı hemşireler tarafından eğitimlerle anlatılarak hastaların yetersizlik duyguları azaltılmaya çalışılmalıdır.

KAYNAKLAR

Airlie J, Baker GA, Smith SJ, Young CA. Measuring The Impact Of Multiple Sclerosis On Psychosocial Functioning: The Development Of A New Self-Efficacy Scale Clinical Rehabilitation 2001;15:259-65.

Akkuş Y, Kapucu S. Multipl Skleroz ve Hasta Eğitimi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;13(2):57-63.

Azzimondi G, Stracciari A, Rinaldi R, D'Alessandro R, Pazzaglia P. Multiple Sclerosis With Very Late Onset: Report of Six Cases And Review of The Literature. European Neurology 1994;34(6):332-6.

Bilgi E, Özdemir HH, Bulut S. Multipl Sklerozlu Hastalarda Depresyon ve Kognitif Fonksiyon Bozukluğu Sıklığının Belirlenmesi. Türk Nöroloji Dergisi 2013;19:11-4.

Courts, NF, Newton AN, McNeal, LJ. Husbands and Wives Living with Multiple Sclerosis. Journal of Neuroscience Nursing 2005;37 (1):20-5.

Dahl OP, Stordal E, Lydersen S, Midgard R. Anxiety and Depression in Multiplesclerosis. A Comparative Population Based Study in Nord, Trøndelag County, Norway. Multiple Sclerosis 2009;15(12):1495-501.

Demirüstü C, Binboğa D, Öner S ve Özdamar K. Üniversite Öğrencilerinin Genel Sağlık Anketi Skorları ve Stresle Başetme Yöntemleri Arasındaki İlişki. Türkiye Klinikleri 2009;29:70-6.

Emre U., Ergün U, Yıldız H, Gedikoğlu Ü, Vargel S, Gürel D ve ark. Multipl Sklerozda Depresyon, Düşünen Adam 2003;16(1):53-6.

Feinstein A, Feinstein K. Depression Associated with Multiple Sclerosis Looking Beyond Diagnosis to Symptom Expression. Journal of Affective Disorders 2001;66:193-8.

Forman AC, Lincoln NB. Evaluation Of An Adjustment Group For People With Multiple Sclerosis: A Pilot Randomized Controlled Trial. Clinical Rehabilitation 2010;24:211-21.

- Galeazzi GM, Ferrari S, Giaroli G, Mackinnon A.** Psychiatric Disorders and Depression in Multiple Sclerosis Outpatients: Impact of Disability and Interferon Beta Therapy. *Neurological Sciences* 2005;26(4):255-62.
- Gottberg K, Einarsson U, Fredrikson S, Von Koch L, Holmqvist LW.** A Population- Based Study of Depressive Symptoms in Multiple Sclerosis in Stockholm county: Association With functioning and sense of Coherence. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007;78(1):60-5.
- Hakim EA, Bakheit AM, Bryant TN, Roberts MW, McIntosh-Michaelis SA, Spackman AJ, et al.** The Social Impact of Multiple Sclerosis: A Study of 305 Patients and Their Relatives. *Disability and Rehabilitation* 2000;22(6):288-93.
- Hammoud AM, Grindstaff CF.** Socio-demographic Characteristics of The Physically Disabled in Canada. *Canadian Journal of Public Health* 1992;83(1):57-60.
- Isaksson AK, Ahlstrom G.** From symptom to Diagnosis; Illness Experiences of Multiple Sclerosis Patients. *Journal of Neuroscience Nursing* 2006;38(4):229-37.
- Janssens ACJW, De Boer JB, Van Doorn PA, Van Der Ploeg HM, Van Der Meché FGA, Passchier J et al.** Expectations of Wheelchair-Dependency in Recently Diagnosed Patients with Multiple Sclerosis and Their Partners. *European Journal of Neurology* 2003; 10: 287-93.
- Karataş M.** Multiple Sklerozda Ayırıcı Tanı. *Journal of Neurological Sciences*. 2008;25:(2) 15;171-84.
- Kaya AS, Çelebi A, Vardar N, Gürsoy E.** Multipl Skleroz Hastalarında Yorgunluğun Depresyon, Özürüllük ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Arch Neuropsychiatr* 2015;52:247-51.
- Kelleci M, Aşti N, Küçük L.** Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003; 7(2): 11-5.
- Kılıç C.** Genel Sağlık Anketi: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7(1): 3-9.
- Kocaman N.** Tıbbi Hastalığa Psikososyal Tepkiler. *İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 2008;71(2):52-8
- Koçer E, Koçer A, Yaman M, Eryılmaz M, Özdem Ş, Börü ÜT.** Multipl Skleroz Olgularında Yaşam Kalitesi: Fiziksel Özürüllük ve Depresyonun Etkisi? *Journal of Mood Disorders* 2011;1(2): 63-70.
- Koçyigit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A.** Kısa Form-36 (KF-36)' nın Türkçe versiyonunun Güvenilirliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1998; 12(2): 102-6.
- Lesley JW and Rudolph H.** Dressendorferi. Exercise and Multiple Sclerosis. *Sports Medicine* 2004 34(15):1077-100
- Mirza M.** Multipl Sklerozun Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi. *Erciyes Tıp Dergisi* 2002; 2 (1):40-7.
- Mc Guigan C, Hutchinsan M.** Unrecognised Symptoms of Depression in A Community-Based Population with Multiple Sclerosis. *Journal of Neurology* 2005; 253(2): 219-23.
- Mitchell AJ, Benito-León J, González JMM, Rivera-Navarro J.** Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing, *The Lancet Neurology* 2005; 4(9): 556-66.
- Nicholl CR, Catherine R, Lincoln NB, Francis VM, Stephan TF.** Assessment of Emotional Problems in People with Multiple Sclerosis. *Clinical Rehabilitation* 2001; 15(6): 657-68.
- Nielsen NM, Westergaard T, Rostgaard K, Frisch M, Hjalgrim H, Wohlfahrt J et al.** Familial Risk of Multiple Sclerosis: A Nationwide Cohort Study. *American Journal of Epidemiology* 2005; 162(8): 774-8.
- Onat ŞŞ, Delialioğlu SÜ, Özel S.** Multiple Sklerozda Depresyon, Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi FTR. *Bilimleri Dergisi* 2015; 18: 139-45.
- O'Sullivan SS, Hardman O.** Detection Rates of Sexual Dysfunction Amongst Patients With Multiple Sclerosis in An Outpatient Setting-Can This Be Improved? *Irish Medical Journal* 2006; 99(10): 304-6.
- Pattent SB, Metz LM.** Interferon b-1a and Depression in Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis: An Analysis of Depression Data From The Pirims Clinical Trial. *Multiple Sclerosis Journal* 2001; 7:243-24.
- Paparrigopoulos T, Ferentinos P, Kouzoupis A, Koutsis G, Papadimitriou G.** The Neuropsychiatry of Multiple Sclerosis: Focus on Disorders of Mood, Affect and Behaviour. *International Review of Psychiatry* 2010;22(1):14-21.
- Pittion-Vouyovitch S, Debouverie M, Guillemin F, Vandenberghe N, Anxionnat R, Vespignani H.** Fatigue in Multiple Sclerosis is Related to Disability, Depression and Quality of Life. *Journal of the Neurological Sciences*,2006;243(1-2):39-45.
- Soyuer F, Ünal D, Mirza M.** Multiple Sklerozda Yaşam Kalitesi Üzerine Yorgunluk ve Yetersizliğin Etkisi. *Erciyes Tıp Dergisi* 2005; 27(4): 147-51.
- Stepleman LM, Jumb R, Shelton SF, Hughes MD.** Psychological Consultation Services at a Multiple Sclerosis Clinic. *Internal Journal of MS Care* 2009; 11:180-6
- Şen N, Genç ŞG, Aydın N, Kılınçel Ş, Köle İH, Eker SS.** Multiple Sklerozda Depresyon ve Anksiyete. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2015; 41(2): 73-7.
- Ünal A, Mavioglu H, Emre U.** Multiple Skleroz, Ed. İdman, Multipl Skleroz Tanı ve Tedavi Kılavuzu, İstanbul, Galenos Yayınevi, 2016,ss:1-13.
- Ware JE.** SF-36 Health Survey Update. In: Maruish ME, ed. *The use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment 3rd ed.* USA: Lawrence Erlbaum Associates.2004; p:693-718.
- Wilken JA, Sullivan C.** Recognizing and Treating Common Psychiatric Disorders in Multiple Sclerosis. *The Neurologist* 2007; 13(6):343- 54.

DERLEME

HEMŞİRELİK UYGULAMALARINA YÖN VEREN ULUSLARARASI HEMŞİRELİK KURULUŞLARININ ÇEVRE SAĞLIĞI YAKLAŞIMLARI

Süheyla ALTUĞ ÖZSOY*

Hatice GÜRGEN ŞİMŞEK**

Alınış Tarihi: 10.01.2017

Kabul Tarihi: 24.04.2018

ÖZET

Hemşireler, birey, aile ve toplum düzeyindeki çevre sağlığı konularını ele almada ve değerlendirmede önemli bir role sahiptirler. Birçok hemşirelik modelinde çevre ele alınmış, egosentrik ve ekosentrik bakış açısıyla değerlendirilmiştir. Hemşirelerin çevre sağlığı alanındaki rollerini yerine getirmeleri için, bu alanda tanımlanmış yeterliliklere sahip olmaları beklenmektedir. Çevre sağlığı alanında hemşirelik eğitim, uygulama ve araştırmalarını geliştirmek ve vizyon oluşturmak için yüksek öğretim kurumu, sağlık bakanlığı ve mesleki kuruluşlarla işbirliği içinde çalışılması gerekmektedir.

Bu makalede uluslararası hemşirelik kuruluşları tarafından sunulan hemşirelik eğitim, uygulama ve araştırmalarına yön veren çevre sağlığı ilkeleri, çevre sağlığı alanında hemşirelerin bilgi ve becerilerini geliştirebilecek yaklaşımlar ve hemşirelerin çevre sağlığı ile ilişkili rolleri incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: çevre sağlığı; hemşirelik; yaklaşım

ABSTRACT

Environmental Health Approaches in International Nursing Organizations Directing Nursing Practices

Nurses play an important role in addressing and evaluating environmental health issues at the individual, family and community level. In many nursing models, the environment is considered and evaluated with an egocentric and ecocentric point of view. It is expected that nurses should have the qualifications defined in this area in order to fulfill their role in environmental health. To develop nursing education, practice and research in the area of environmental health and to form a vision, cooperation with higher education institutions, ministries of health and professional organizations is required.

In this article, the environmental health principles that guide nursing education, practice and research presented by international nursing organizations, the approaches that can improve the knowledge and skills of nurses in the field of environmental health and the roles of nurses related to environmental health are examined.

Keywords: environmental health; nursing; approach

GİRİŞ

Hemşirelik mesleğinin başlangıç dönemlerinden beri Florence Nightingale ve Lillian Wald gibi hemşire liderler, çevresel faktörlerin (hava ve su kalitesi, gıda, sanitasyon, kimyasallar, pestisidler, atıklar) sağlık üzerindeki etkisinin kontrol altına alınmasında, hemşirelik rollerine vurgu yapmışlardır (ANA 2007). Florence Nightingale, Kırım Savaşı'nda yaralı askerlerin iyileştirilmesi ve sağlığı geliştirmede çevrenin önemini vurgulayarak çevre sağlığını ilk fark eden hemşire olarak bilinmektedir. Nightingale çevreyi, sağlığın desteklenmesinde manupile edilebilecek bir araç olarak görmüştür (National Environmental Education & Training Foundation 2002; Canadian Nurses Association 2007). Hemşirelik, birey, sağlık ve çevre kavramlarından oluşan Nightingale'in hemşirelik

modeli, özellikle çevre üzerine yoğunlaşmaktadır. Nightingale çevreyi tüm dış koşullar olarak ele almış, psikolojik veya sosyal çevreden çok, fiziksel çevrenin önemi üzerinde durmuştur (Biol 2005; Hegge 2013). Lillian Wald 19. yüzyılın sonlarında New York'un doğusunda bölge hemşireliğini geliştirmiş, annelere ev sanitasyonu ile ilgili eğitimler vermiş, sağlığa daha büyük etkisi olabileceğini düşündüğü için hemşirelerin şehir sanitasyonu üzerinde çalışmalarını amaçlamıştır. Yirminci yüzyılın başlarında kırsal hemşirelik uygulamalarını başlatan Mary Breckenridge ise bebek ölüm oranlarını düşürmek için temiz suya erişim ve sanitasyon konularını ele almıştır (Canadian Nurses Association 2007).

Çevre sorunlarının gündeme gelmesiyle

* Sorumlu Yazar: Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD, İzmir (Prof. Dr.)

ORCID-ID: 0000-0001-5615-1893, e-posta: suheyla.ozsoy@ege.edu.tr

** Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD, Manisa (Araş.Gör.) ORCID-ID: 0000-0002-2084-4097, e-posta: hatice_2709@hotmail.com

birlikte egosentrik ve ekosentrik paradigmlar ele alınmıştır. Egosentrik paradigma, kişiye odaklanmakta, kişi için iyi olanın toplum için de iyi olduğu varsayımına dayanmaktadır. Tarihsel olarak, hemşireler öncelikle egosentrik paradigmaya bağlı kalarak kuram geliştirmişlerdir. Hemşirenin çevresel odak noktası geleneksel olarak bireylerin hastanede, evde veya toplumdaki yakın çevresi üzerine olmuştur. Egosentrik dünya görüşünün hakim olduğu hemşireler çevreyi, kendi özü ve içsel değerinden ziyade birey ile ilişkili olarak tanımlamışlardır. Örneğin Roy, egosentrik yaklaşıma bağlı kalarak, çevreyi bireylerin, grupların gelişim ve davranışlarını etkileyen, çevreleyen tüm iç ve dış koşullar olarak tanımlamıştır. Roy'un teorisi, bireysel olarak çevreye adaptasyona vurgu yaptığı ve insanoğlunu doğanın geri kalanının dışında tuttuğu için egosentrik olarak kabul edilmektedir. Hemşireliğin sınırlandırılmış bu çevresel dünya görüşü; hemşireler çevresel felaketler ve insan sağlığı üzerindeki bozulmanın farkına vardıkça değişim geçirmiştir. Bununla birlikte, dünya küresel bir toplum haline geldiğinden çağdaş hemşire akademisyenlerin ekosentrik paradigmaya kaydıkları görülmektedir. Ekosentrik paradigma evrene odaklanmakta, çevreyi bir bütün, yaşayan ve birbirine bağlı olarak kabul etmektedir. Rogers, Neuman, Watson ve Parse gibi teorisyenlerin ekosentrik bakış açısına uygun bir şekilde kuramlarında, süreç, bilinç gelişimi, kendini aşma, açık sistemler, uyum, uzayın ve zamanın göreliliği, desen ve bütünsellik gibi temaları paylaştıkları belirtilmektedir. Watson'ın teorisi, özne-nesne ve zihin-beden ikiliğini ortadan kaldırmış, insanlar ve çevre arasındaki birlik ve bütünselliği kabul etmiş, insanlar ve onların dünyalarının ayrılmayacağını kavramsallaştırmıştır (Kleffel 1996).

Bugün, çevresel sağlık risklerinin Nighthale döneminden daha karmaşık olması nedeniyle, halk sağlığı hemşirelerinin çevre sağlığı konularıyla ilgilenmeleri zorunlu hale gelmiştir (Sattler 2008). Nighthale'in anlayışı doğrultusunda bugünün hemşireleri birey ve toplum düzeyindeki çevre sağlığı kaygılarına cevap verecek şekilde ideal bir yerde konumlanmış durumdadırlar (Nastoff, Drew, Wiginton, Wakefield, Phillips and O'Fallon 2002). Bu açıdan hemşireler çevre sağlığı konularını ele almada ve değerlendirmede önemli bir role sahiptirler (ANA 2007; Pullis 2007). Modern hemşireliğe çevre sağlığının

entegrasyonunun sağlanması için uluslararası örgüt ve toplantılara ait raporlar bulunmaktadır. Bu makalede uluslararası hemşirelik kuruluşları tarafından sunulan hemşirelik eğitim, uygulama ve araştırmalarına yön veren çevre sağlığı ilkeleri, çevre sağlığı alanında hemşirelerin bilgi ve becerilerini geliştirebilecek yaklaşımlar ve hemşirelerin çevre sağlığı ile ilişkili rolleri incelenmiştir.

Uluslararası Hemşirelik Kuruluşları ve Çevre Sağlığı Raporları

Hemşirelik disiplininde yer alan temel kavramlardan biri olan çevre, sağlığı doğrudan veya dolaylı olarak etkilemektedir. Hemşirelerin hizmet verdikleri birey, aile ve toplumların çevre sağlığı ile ilişkili olası ve mevcut sorunlarını ele alması önemlidir. Bu bakış açısıyla, çevre sağlığı alanında donanımlı hemşireler yetiştirmek için, uluslararası hemşirelik örgütleri tarafından yayınlanmış yaklaşımlar, raporlar, öneriler ve yeterlilikler bulunmaktadır:

Uluslararası Hemşireler Birliği'nin Çevre Sağlığı Yaklaşımları (International Council of Nursing-ICN, 1990)

Hemşirelik mesleğinin, çevre sağlığı alanında son yıllarda önemli bir gelişim gösterdiği görülmektedir. ICN, hemşirelik mesleği ve hemşireleri temsil eden önemli örgütlerden birisidir. Örgüt 1899 yılında kurulmasına rağmen ilk olarak 1990 yılında çevre sağlığı alanında hemşirelik rollerini tanımlayan 7 anahtar yaklaşım sunmuştur (Canadian Nurses Association 2007). Bu yaklaşımlar;

1. Çevreyi değerlendirme ve tehlikeleri belirleme
2. Çevresel toksinlerin sağlık üzerindeki etkileri ve küresel tehlikeler hakkında gruplara ve bireylere bilgi sunma
3. İlgili kurumlara önemli çevresel tehditler ile ilgili rapor verme
4. Okul ve işyeri tabanlı sağlık programları geliştir ve uygulama
5. Çevre ile ilgili yasa ve yönetmeliklerin düzenlenmesine destek ver/yardım etme
6. Mevcut toksinlere ve küresel tehditlere aşırı maruziyetin önlenmesine yardım etme
7. İnsanların davranış değişikliği oluşturmalarına yardım etme (örneğin, toplu taşıma kullanımı, geri dönüşüm, CO₂ emen ağaçları ekme).

Tıp Enstitüsü'nün Çevre Sağlığı Yeterlilikleri (Institute of Medicine-IOM, 1995)

ICN'den sonra birçok önemli sivil toplum kuruluşu ve devlet kurumu bu çabaları

desteklemiş, hemşirelik uygulamalarına, araştırmalarına ve eğitimine çevre sağlığının entegrasyonunu geliştirmek için başarılı adımlar atmışlardır (Nastoff, Drew, Wiginston, Wakefield, Phillips and O'Fallon 2002). Bu adımların en önemlilerinden biri IOM'un 1993 yılında çevre ve iş sağlığı alanlarında hemşirelik rollerinin geliştirilmesi ihtiyacını değerlendirmek için düzenlediği çalıştıdır. Çalıştay sonuçlarından yola çıkılarak 1995 yılında Hemşirelik, Çevre ve Sağlık (Nursing, Environment, and Health) raporu yayınlanmıştır. Rapor ayrıca Ulusal Hemşirelik Araştırma Enstitüsü (National Institute for Nursing Research-NINR) tarafından 1997 yılında Nursing Outlook dergisinde de yayınlanmıştır (Nastoff, Drew, Wiginston, Wakefield, Phillips and O'Fallon 2002). Bu rapor çevre sağlığının rönesansı olmuş, raporun yayınlanmasından bugüne kadar hemşirelik uygulamalarına çevre sağlığının dahil edilmesi konusunda birçok ilerleme kaydedilmiştir (Sattler 2008). IOM, NINR, Toksik Madde ve Hastalık Kayıt Ajansı (Agency for Toxic Substances and Disease Registry-ATSD), çevre sağlığı alanında uzman hemşirelere olan ihtiyaca cevap olması açısından hemşirelik mesleği için öz yeterlilikleri tanımlamışlardır. Bu yeterlilikler çevresel kaynaklı sağlık sorunlarının azaltılması ve önlenmesinde, hemşireler için temel bilgi ve farkındalık oluşturma üzerine kurulmuştur (Larsson and Butterfield 2002). Dört alana odaklanan bu raporda, hemşireler için önerilen çevre sağlığı yeterlilikleri şu şekilde tanımlanmıştır (Nastoff, Drew, Wiginston, Wakefield, Phillips and O'Fallon 2002):

1. **Temel bilgi ve kavramlar:** Tüm hemşireler çevre sağlığı ile ilgili bilimsel ilkeleri anlamalıdır (maruziyet yolları, korunma ve kontrol stratejileri, etkili müdahalelerin disiplinler arası niteliği ve araştırma rolleri dahil).
2. **Değerlendirme ve sevk:** Tüm hemşireler çevre öyküsünü almalı, olası çevresel tehlikeleri ve hastalıkları tanımlamalı, uygun yönlendirme yapmalı, hastalarını ve toplumu çevre sağlığı ile ilgili eğitmelidir.
3. **Savunuculuk, etik ve risk iletişimi:** Tüm hemşireler savunuculuk, etik ve risk iletişimi hakkında bilgi sahibi olduklarını göstermelidirler.
4. **Mevzuat ve yönetmelik:** Tüm hemşireler çevre sağlığı ile ilgili önemli mevzuat, yönetmelik ve politik çerçeveyi anlamalıdır.

Bu raporda ayrıca hemşirelik uygulama, eğitim, araştırma ve savunuculuk üzerine öneriler sunulmuştur (Sattler 2008). Bu öneriler şunlardır:

- A. Sorumlu olunan hemşirelik uygulama alanlarında çevre sağlığı yeniden vurgulanmalıdır.
 1. Hemşirelik uygulamalarında çevre sağlığı bileşenlerini destekleyen kaynaklar tanımlanmalı ve bu kaynaklara ulaşım kolay olmalıdır.
 2. Hemşireler çevre sağlığı sorunlarıyla ilgilenen disiplinler arası bir ekibin üyesi ve lideri olarak yer alabilmelidirler.
 3. Çevresel sağlık tehditleri ve toplumun tepkisi ile ilgili bilgilerin transferini kolaylaştırmak için hemşirelik iletişimi bireysel hasta ve aile danışmanlığının ötesine genişletilmelidir.
 4. Hemşirelikte savunuculuk kavramı, bireysel hastalar ve onların aileleri adına savunma yapmanın yanı sıra gruplar ve toplumlar adına savunma yapmayı da içerecek şekilde genişletilmelidir.
 5. İş ve çevre sağlığı tehlikelerine ait uygulamalar ile ilgili etik araştırmalar yürütülmeli, elde edilen bulgular müfredata ve uygulamaya aktarılmalıdır.
- B. Çevre sağlığı kavramları, hemşirelik eğitiminin tüm düzeylerinde yer almalıdır.
 1. Hemşirelik lisans ve sertifika sınavlarında çevre sağlığına yer verilmelidir.
 2. Çeşitli çevre sağlığı disiplinlerindeki uzmanlar hemşirelik eğitiminde yer almalıdır.
 3. Çevre sağlığı kavramı hemşireler için yaşam boyu öğrenme ve sürekli eğitimin bir parçası olmalıdır.
 4. Hemşirelik uygulamalarında çevre sağlığı farkındalığını artırmak için meslek örgütleri, kamu idareleri ve özel kuruluşlar daha fazla kaynak ve eğitim fırsatı sunmalıdırlar.
- C. Hemşirelik uygulamaları için çevre sağlığı bilgi tabanının oluşturulmasında disiplinler arası araştırma çabaları geliştirilmelidir.
 1. Hemşirelik uygulamalarıyla ilgili olarak çevre sağlığı bilgi tabanının oluşturulması için hemşire araştırmacıların sayısı arttırılmalıdır.
 2. Çevre sağlığı hemşireliği için araştırma öncelikleri oluşturulmalı ve hemşire araştırmacılara yön gösterilmelidir.
 3. Araştırma bulgularının hemşirelere, diğer sağlık çalışanlarına ve halka yayılması için

gösterilen çabalar güçlendirilmeli ve genişletilmelidir.

D. Hemşireler aşağıdaki faaliyetleri kapsayacak şekilde toplum, çevre grupları ve yerel yönetimlerle birlikte çalışma becerisine sahip olmalıdırlar:

1. Yasamayla ilgili taslak çalışmaları yapma
2. Sağlık tehditlerini topluma bildirme
3. Daha güvenli bir çevre için savunuculuk yapma
4. Politikaları uygulama.

Akıntıya Karşı Kürek Çekmek: Çevre Sağlığı ve Hemşirelik Konferansı Yaklaşımları (Moving Upstream: Environmental Health and Nursing, 2000)

Montana Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde gerçekleştirilen bu konferansta oturumlar, nominal grup tekniği ile yürütülmüştür. Konferans süresince hemşirelik uygulamalarına çevre sağlığı yeterliliklerinin dahil edilmesi için çeşitli yaklaşımlar geliştirilmiştir. Toplantı sonucunda yayınlanan 38 yaklaşım arasındaki en iyi beş yaklaşım şu şekilde özetlenmiştir (Larsson and Butterfield 2002):

1. Hemşirelik lisans eğitiminde bir gereklilik veya yeterlilik olarak çevre sağlığı olması
2. Disiplinler arası kişilerle çalışma ilişkisinin geliştirilmesi (ekip yaklaşımı)
3. Stratejik olarak hemşirelik öğrencilerinin temel çevre kuruluşlarına (ATSDR, Ulusal Mesleki Güvenlik ve Sağlık Enstitüsü (National Institute of Occupational Safety and Health-NIOSH), Ulusal Çevre Sağlığı Bilimleri Enstitüsü (The National Institute of Environmental Health Sciences-NIEHS) ve Center for Disease Control and Prevention (CDC)) yerleştirilmesi
4. Hemşire eğitimcilerin eğitilmesi
5. Hemşirelik alanında çevre sağlığı ödüllerinin oluşturulması.

Toplantıda ayrıca 38 yaklaşımın yeniden organize edilmesi ile beş katmanlı kavramsal bir model oluşturulmuştur. Bu model genel hemşirelik uygulamalarına çevre sağlığının entegre edilmesi hususunda bir yol haritası olarak hizmet sunmaktadır. Bu model şu kavramlardan oluşmaktadır (Larsson and Butterfield 2002):

- Ortaklıklar geliştirilmesi
- Yayınların güçlendirilmesi
- Sürekli eğitim faaliyetlerinin artırılması
- Hemşirelik uygulamalarının güncellenmesi

- Hemşirelik okullarının güçlendirilmesi.

Hemşirelik ve Çevre Sağlığı Yuvarlak Masa Toplantı Önerileri (Nursing and Environmental Health Roundtable, 2002)

Bu toplantı, çevre sağlığı alanında üç lider kurum olan NIEHS, ATSDR ve NINR'nin işbirliğiyle organize edilmiştir. Yuvarlak masa toplantıları sırasında altı öneri üzerinde çalışılmış ve bu öneriler şu şekilde tanımlanmıştır (Nastoff, Drew, Wiginton, Wakefield, Phillips and O'Fallon 2002):

1. Araştırma gündemi oluşturmak
2. Bilgi alışveriş/takas merkezi kurmak
3. Yayın sayısını ve bilgi kapasitesini genişletmek
4. Müfredat ve öğretim yöntemlerini genişletmek
5. Ortaklık ve kaynak oluşturmak
6. Fon kaynaklarını genişletmek.

Hemşirelik Uygulamalarında Çevre Sağlığı İlkeleri (Environmental Health Principles in Nursing Practice-ANA, 2004)

ANA 1896 yılında kurulmuş ve iyi çevresel uygulamaları destekleyen bir geçmişi bulunmasına rağmen bu desteğini ancak 2004 yılında "Hemşirelik Uygulamalarında Çevre Sağlığı İlkeleri"ni yayınlamak göstermiştir. Bu rapor çevresel maruziyetler ve insan sağlığı arasındaki ilişkiyi anlamak için hemşireleri teşvik etmekte, hemşirenin bakım sunduğu ve hizmet verdiği her yerde bu ilkelerin uygulanabilirliğini vurgulamaktadır. Bu raporda yayınlanan 10 temel ilkenin altında şu varsayımlar yatmaktadır (ANA 2007):

- İnsan sağlığı, çevre kalitesine bağlıdır.
- Hava, su, toprak, gıda ve ürünlerin, olası zararlı kimyasallardan arındırılmış olması gerekir.
- Sağlıklı bir çevre, evrensel bir ihtiyaç ve temel bir insan hakkıdır.
- Çevresel ve sosyal adalet, tüm nüfusun hakkıdır ve sağlıkta eşitsizlikler kabul edilemez.
- Mevcut nesiller ihtiyaçlarını, gelecek nesilleri tehlikeye atmadan karşılamalıdırlar.
- Kirliliğin önlenmesi, kaynağında gerçekleştirilmelidir.
- Hemşirelerin ilgisi insanların sağlığını koruma, geliştirme ve iyileştirme üzerinedir.
- Hemşireler sağlık eşitsizliklerini ve çevresel adaletsizliği önlemek için bir yükümlülüğe sahiptirler.

- Hemşireler sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için diğer mesleklerle, politikacılarla, hak savunuculuğu yapan gruplarla; yerel, ulusal ve uluslararası çabaları geliştirmek için halkla işbirliği yaparlar.

Hemşireliğin temellerinin hastalıkları önleme ve sosyal adalete dayandığı, küresel iklim değişikliğinin devam ettiği ve her bireyin kimyasal yükünün arttığı düşünüldüğünde, bu ilkelerin tüm ortamlarda hemşirelik uygulamalarına entegre edilebileceği belirtilmektedir. Ayrıca bu ilkeler, toplumların, hastaların ve hemşirelerin sağlığını ve iyiliğini koruyan ve geliştiren hemşirelik uygulamaları için çevre sağlığı alt yapısı sağlamaktadır. Bu ilkeler şunlardır (ANA 2007):

1. Çevre sağlığı kavram bilgisi hemşirelik uygulamaları için gereklidir.

Çevre sağlığı aktivistleri olarak hemşireler, uygulama yaptıkları kurumlarda, evlerde ve toplumda şunları ele almalıdırlar: olası riskleri belirleme, risk değerlendirmesi aşamaları (tehlike tanımlaması, doz-cevap değerlendirmesi, maruziyet değerlendirmesi ve risk karakterizasyonu vb.) ile izlemler yapma, politika geliştirme, risk eğitimi ve maliyet-yarar oranını ele alan risk yönetim planı hazırlama.

2. Önleme ilkesi: belirsizlik karşısında önleyici eylemde bulunmak, çevreye veya insan sağlığına zarar vermeyen uygulama ve ürünleri kullanmak için hemşirelik uygulamalarına rehberlik eder.

Önleme ilkesi, en hassasları, güçsüzleri ve bugünün çevre kararları üzerinde hiçbir etkisi olmayan gelecek nesilleri korumak için hemşireleri yetkilendirir. Bu yaklaşım bizlere “Hedeflerimize en az zararla nasıl ulaşabiliriz?” ve “Halk sağlığını ve çevreyi nasıl koruyabiliriz?” sorularını sormaktadır. Önleme ilkesi hemşirelik uygulamalarında şu aktivitelerle gerçekleştirilebilir:

- Yeni tedavi, ürün, teknoloji ve ilaçların çevre, sağlık çalışanları ve hastalar üzerindeki olası etkilerini inceleyerek savunuculuk yapma
- Sağlık kuruluşlarının özellikle kadın doğum ve yeni doğan ünitelerinin toksik materyallerden arındırılmış hale getirilmesi için çaba gösterme
- Toksik temizleme malzemelerine alternatif olarak daha güvenli malzemelerin kullanımını destekleme

- Çevresel tehlikeleri tanımlamak için değerlendirme araçlarını kullanma.

3. Hemşireler, güvenli ve sağlıklı bir ortamda çalışma hakkına sahiptir.

Sağlık bakım ortamları, hasta ve hemşirelerin çeşitli kirleticilere maruz kalabilecekleri bir potansiyele sahiptir. Sağlık kuruluşlarındaki olası çevresel tehlikeler, kurşun, civa gibi ağır metaller, tehlikeli ilaçlar, dezenfektanlar, steril edici kimyasallar, pestisitler, hava ve içme suyundaki kirleticilerdir. Hemşireler, hemşirelik bakımı sunarken kullandıkları malzemelerin içeriğini bilme hakkına sahiptirler. Kurumlar, işyeri maruziyetlerini tanımlamak, azaltmak ve önlemek için çevre sağlığı, iş sağlığı ve enfeksiyon kontrolü ile ilgili eğitim almış personel çalıştırmalıdır ve çalışanlar bu kişiye kolayca ulaşabilmelidir.

4. Sağlıklı çevreler, disiplinler arası işbirliği ile devam ettirilmektedir.

Hemşireler ve diğer sağlık bakım profesyonelleri, yüksek kalitede bakım sunmak için fikir ve bilgi paylaşımında bulunurlar. Bu ekip yaklaşımı rol paylaşımını, aynı amaca odaklanmayı ve disipline özel becerilerle her ekip üyesinin katkı sağlamasını kapsar. Hemşirelerin sağlık kuruluşlarında pozitif değişim yaratmak üzere çevre sağlığı aktivisti olarak önemli rolleri bulunmaktadır. Hemşireler sağlık bakımında uygun ilaçların kullanımı ve atık yönetimi konusunda savunuculuk yapmaktadırlar.

5. Hemşirelik hizmetlerinin sunulduğu ortamlarda kullanılan teknoloji, ürün ve malzemenin seçimi mevcut en iyi kanıta dayalı olarak yapılmalıdır.

Hemşirelik mesleği, kanıta dayalı karar vermeyi desteklemektedir. Mevcut en iyi kanıtların kullanılması, klinik karar vermede sezgi ve plansızlığı önler. NIOSH, Amerika Çevre Koruma Kurumu (U.S. Environmental Protection Agency-EPA), Amerikan Gıda ve İlaç Kurumu (Federal Food and Drug Administration-FDA) ve Nükleer Düzenleme Komisyonu (Nuclear Regulatory Commission-NRC) gibi kurumlar bireylerin ve çevrenin sağlık ve güvenliğinin sürdürülmesi için çaba harcamaktadırlar ve bu alanda çeşitli rehberler sunmaktadırlar.

6. Sağlıklı bir çevre geliştirme yaklaşımı, farklı değer, inanç ve kültürdeki hasta ve ailelerin koşullarına saygı gösterir.

Sağlıklı bir uygulama ortamı geliştirmek için hemşireler, farklı kültürel geçmişe ve ihtiyaca sahip hastalara bakım verirken genellikle hemşirelik sürecini kullanmaktadır. Fakat sağlık

bakım mesleklerinin tümünde azınlık gruplar az temsil edilmektedir. Dünya genelindeki göç eğilimleri sürekli değişen etnik gruplar yaratmakta ve kültürel olarak duyarlı sağlık bakımını gerektirmektedir. Ne yazık ki kültürün çevre üzerinde etkisini anlamamanın tam olarak değeri anlaşılammıştır. Hemşireler sıklıkla hastaların dillerini konuşamaz veya kültürel ihtiyaçlarını/yasaklarını anlayamazlar. Hemşirelik bakım planlarına kültürel faktörlerin hassas ve duyarlı bir şekilde dahil edilmesi, pozitif sağlığı geliştirecek, girişimleri ve sonuçları kolaylaştıracaktır.

7. Hemşireler, yaşadıkları ve çalıştıkları çevrenin kalitesini değerlendirirler.

Hemşirelik süreci, bütün hemşirelik uygulamalarının temel bileşenidir. Tanılama, hemşirelik sürecinin ilk kritik basamağıdır, fiziksel, psikolojik, sosyokültürel, çevresel bilgilerin dahil olduğu sübjektif ve objektif bilgi toplamayı içerir. Çevresel değerlendirme için bireylerin çevresel ve mesleki öykülerinin alınması önemlidir. Bu öykünün en önemli bileşenini, bireylerin mevcut ve önceki işi, evi, ev ve iş yeri dışında zaman harcadığı yerlerin bilgisi, hobileri ve herhangi bir geleneksel tedavi yöntemlerini kullanma durumu hakkında detaylı bilgiyi içermektedir. Bu bilgilerin toplanmasının amacı, bireyin ve ailesinin maruz kalabileceği bütün olası maruziyetleri değerlendirmektir. Bunun için CDC, bir akronim olan *I PREPARE* yaklaşımını önermektedir:

- I- Investigate potential exposures (Potensiyel maruziyetin incelenmesi)
- P- Present work (Mevcut iş)
- R- Residence (Konut)
- E- Enviromental concerns (Çevresel sorunlar)
- P- Post work (Önceki iş)
- A-Activities (Faaliyetler)
- R- Referrals and resources (Yönlendirme ve kaynak sağlama)
- E- Educate (Eğitim).

8. Hemşireler, diğer sağlık çalışanları, hastalar ve toplumlar; maruz kaldıkları zararlı ürünler, kimyasallar, kirleticiler, tehlikeler hakkında uygun ve zamanında bilgi edinme hakkına sahiptir.

Modern dünyada üretimin yaygınlaşması ve kimyasal kullanımının artması, insan sağlığı üzerinde olumsuz etkilere yol açmaktadır. İnsanlar, günlük olarak hem işyerlerinde hem de toplumda kimyasallar, zararlı ürünler, kirleticiler ve tehlikeler ile temas halinde olmaktadır. Toksik kirleticilerin sürekli sızıntısı ve emisyonunun kansere, bazı doğum kusurlarına,

öğrenme güçlüklerine, üreme bozukluklarına ve nörolojik sorunlara neden olduğundan şüphelenilmektedir. Toksik kimyasalların sayısı her yıl EPA tarafından açıklanmaktadır. Kirleticilere yaşam boyu maruz kalma, büyük miktarda ve tek sefer maruz kalmaktan daha zararlı olabilmektedir. Bazı kirleticilere küçük miktarlarda bile maruz kalmanın sağlık üzerinde önemli etkileri olmaktadır. Örneğin, endokrin bozucu ve nanopartiküllere çok az miktarlarda bile maruz kalma, insan sağlığını önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Hemşireler daha güvenli iş ortamları oluşturmak için şu adımları atabilirler: iş yerindeki bütün tehlikeleri tanımlayabilirler, tehlikelerle ilgili broşürler hazırlayabilirler, sürekli eğitim ile kişisel koruyucuların kullanımının önemini aktarabilir ve bu koruyucuların kullanılmasını sağlayabilirler, tehlikeli kimyasalların yerine güvenli maddeler kullanılabilir.

9. Hemşireler sağlıklı ve güvenli bir uygulama çevresi geliştiren araştırmalara katılırlar.

ANA'nın 2004 yılında yayınladığı "Hemşirelik: Kapsam ve Uygulama Standartları"na (Nursing: Scope and Standards of Practice) göre hemşireler araştırma bulgularını uygulama alanlarına entegre eder ve uygulama kararlarına rehberlik etmesi için mevcut en iyi kanıtları kullanırlar. Hemşireler doğrudan bakım sunarken çevre sağlığı sorunlarıyla ilgili klinik problemleri tanımlayabilir, bu sorunları gidermek için araştırmalara katılabilir; bu araştırma sonuçlarını, çevresel tehlikelerin ve maruziyetlerin hasta üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak için politika, yönetmelik ve uygulama standartları geliştirmede kullanabilirler.

10. Hemşirelik uygulamalarında çevre sağlığı ilkelerinin uygulanması ve savunuculuğunun yapılması konusunda hemşirelerin desteklenmesi gerekmektedir.

Olumsuz çevresel olaylar meydana geldiğinde hemşireler, maruziyetlere göre triyaj, ihtiyacı olanlara tedavi ve maruz kalan diğer kişilere toplum içinde bakım verme rollerini yerine getirirler. Hemşireler iş yerlerinde hem hemşirelik uygulamaları hem de sağlık hizmeti sunumu sırasında çevre sağlığı ilkelerinin uygulanmasını savunarak lider olabilirler. Böyle bir liderlik, sağlık hizmeti sunumuna çevre sağlığı ilkelerinin entegre edilmesini destekleyen bir kurum kültürü yaratmayı, çevre sağlığının önemini anlayan kurum ve kuruluş sahiplerini ve hemşirelik yöneticilerini gerektirir.

Hemşirelik: Kapsam ve Uygulama Standartları Yeterlilikleri (ANA Nursing: Scope and Standards of Practice, Second Edition, 2010)

ANA tarafından ilki 2004 yılında yayınlanan “Hemşirelik: Kapsam ve Uygulama Standartları” (Nursing: Scope and Standards of Practice), Uygulama Standartları ve Mesleki Performans Standartları olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir. Mesleki Performans Standartları; profesyonel rolündeki, etik, eğitim, kanıta dayalı uygulama ve araştırma, uygulama kalitesi, iletişim, liderlik, işbirliği, mesleki uygulama değerlendirmesi, kaynak kullanımı ve çevre sağlığı aktivitelerini içeren yetkin davranış seviyesini tanımlar. İlk rapordan farklı olarak 2010 yılında yayınlanan bu standartların 16.’ncı maddesinde “Çevre Sağlığı” kapsamındaki yeterlilikler ele alınmıştır. Ayrıca hemşirelerin çevresel olarak güvenli ve sağlıklı bir şekilde uygulama da bulunmalarına vurgu yapılmıştır (ANA 2004; ANA 2010). Bu kapsamda lisans ve lisansüstü mezunu olan hemşireler için çevre sağlığı alanında belirlenmiş olan yeterlilikler şunlardır (ANA 2010):

Lisans mezunu hemşireler;

- Çevre sağlığı yaklaşımlarının uygulanması gibi çevre sağlığı kavramlarını öğrenir.
- Çalışanlar ve sağlık bakımı alanlar için çevresel sağlık risklerini azaltan bir uygulama ortamını teşvik eder.
- Sağlığı tehdit eden ses, koku ve ışık gibi faktörler için uygulama ortamını değerlendirir.
- Sağlık hizmetlerinde kullanılan ürünlerin akılcı ve uygun kullanımını savunurlar.
- Sağlık bakımı alanlar, aileler, meslektaşlar ve topluluklar ile çevresel sağlık riskleri ve maruziyet azaltma stratejileri hakkında iletişim kurar.
- Bir ürün veya tedavinin çevresel bir tehdit oluşturup oluşturmadığını belirlemek için bilimsel kanıt kullanırlar.
- Sağlıklı toplumlar geliştirmek için stratejilere katılırlar.

Lisansüstü düzeyde olan uzman hemşireler için ek yeterlilikler;

- Sürdürülebilir çevre sağlığı politikalarını ve koşullarını destekleyen ortaklıklar oluştururlar.
- Çevre ve insan sağlığı maruziyetleri üzerinde etkisi olan sosyal, politik ve ekonomik durumları analiz ederler.

- Çevresel sağlık sorunlarının popüler medyada nasıl sunulduğunu eleştirel olarak değerlendirirler.
- Hemşirelik uygulamaları için çevre sağlığı ilkelerinin uygulanmasını savunurlar.
- Hemşirelik uygulamalarında çevresel ilkelerin uygulanması ve savunulması için hemşireleri desteklerler.

Uluslararası Hemşireler Birliği’nin 2017 Teması: “Hemşireler: Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine Ulaşmada Öncü Ses”

ICN, 2017 yılındaki temasında hem hemşirelik mesleği, hem de toplum ve politika yapıcılar arasında Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri’nin ne olduğu ve neden önemli olduğu konusunda farkındalık yaratmayı amaçlamıştır. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri, 2015 yılında Birleşmiş Milletler (United Nations) tarafından Milenyum Kalkınma Hedeflerinin değiştirilmesiyle oluşturulmuştur. Birleşmiş Milletler üyesi 191 ülkenin 2030 yılına kadar gerçekleştirmeyi taahhüt ettiği 17 hedeften dördü çevre sağlığı ile ilgilidir. Çevre sağlığı ile ilgili hedefler şunlardır (ICN, 2017; Oskay, Büyükyılmaz, Baydın, Karaman, Yılmaz ve Akyüz 2017);

- **Hedef 12. Sorumlu Tüketim ve Üretim:** Bu hedef, sağlık hizmetlerinin kaynakların sürdürülebilirliği ve atıkların yönetimine sağlayacağı katkıyı kapsamaktadır. Sağlık hizmetleri ve hastaneler, büyük oranda kaynak tüketmekte ve önemli miktarlarda atık üretmektedirler. Tıbbi atıkların sadece %58’inin doğru bir şekilde bertaraf edildiği belirtilmektedir. Bu durum da toplum, tıbbi ve patolojik atıklardan çapraz bulaş, kesici delici atık yaralanmaları, kimyasal, farmasötik, genotoksik ve radyoaktif atık kirliliğinden zehirlenmelerle karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenle toplum sağlığından sorumlu olan sağlık bakım profesyonelleri, atık yönetimine gereken önemi vermelidir.
- **Hedef 13. İklim Eylemi:** İklim değişikliği, günümüzün en önemli sorunlarından birisidir. Geniş etkilerinden dolayı birçok kişiyi etkilemektedir. Hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri iklim koşullarının değişen etkilerine doğrudan tanık olmaktadır. Özellikle hemşireler ve hemşire dernekleri, toplum sağlığını etkileyecek iklim değişikliklerinin

farklı olmalı ve toplum sağlığını koruyacak önlemler planlamalıdır.

- **Hedef 14. Sudaki Yaşam:** Gıda, ilaç, biyoyakıt ve diğer ürünler için doğal kaynak sağlama, sağlık için kritik olan protein ve diğer mikro besleyicilerin ana kaynağı olmaları sebebiyle okyanusların ve diğer su kaynaklarının bakımı çok önemlidir. Su kaynakları, atıkların dağılımı ve uzaklaştırılmasını sağlar, iklim değişikliğinin azaltılmasına ve mevsimsel geçişlerin meydana gelmesine yardımcı olurlar. Ayrıca turizm ve rekreasyon için değerli kaynaklardır. Özellikle temiz su kaynaklarının (göl vb.) gıda teminini (su ürünleri) karşılayan önemli bir kaynak olduğu ve bu kaynakların çocuklarda malnütrisyonu önlemede etkili olabileceğini vurgulamaktadır. Bu hedef kapsamında gıda temini için önemli bir kaynak olan suların temizliği ve gıda güvenliğinin sağlanması konusunda hemşirelere önemli görevler düşmektedir.
- **Hedef 15. Karasal Yaşam:** Biyoçeşitlilik ve tabiattaki değişiklikler, hastalıkların yayılmasında anahtar rol oynamaktadır. Bu hedef kapsamında öncelikle amaç; karasal ekosistemleri korumak, restore etmek ve sürdürülebilir kullanımını sağlamak, ormanların varlığını korumak, çölleşme ile mücadele etmek, toprakların verimsizleşmesini önlemek ve verimliliği artırmak ve biyoçeşitlik kaybını durdurmaktır. Ekosistemler, insan yaşamını sürdürmek için yaşamsal öneme sahiptir. İnsan refahının tüm yönleri, biyolojik çeşitliliği barındıran ekosistemden etkilenir. Biyoçeşitlilik kaybı ve ekosistemlerdeki değişiklikler sonucunda; bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkma, gelişme sürecinde zayıflama, gıda ve beslenme güvenliğinde bozulma ile birlikte doğal felaketlerle karşılaşma riskinde de artış meydana gelebilir. Özellikle ekosistemle ilgili değişiklikler, mevcut enfeksiyon hastalıklarındaki önceliklerin değişmesine, yeni enfeksiyon hastalıklarının (EBOLA vb.) gündeme gelmesine neden olmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu derlemede, uluslararası hemşirelik örgütlerinin hemşirelik uygulamalarının çevre sağlığı ile ilişkisini, hemşirelerin sorumlulukları ve yeterliliklerini detaylı bir şekilde ele aldığı görülmektedir. Hemşireler, bireylerin çevreyle ilişkili sağlık sorunları için temas kurabilecekleri

birincil kişiler olarak değerlendirilmektedir. Hava kalitesi, su kalitesi, pestisit kullanımı, asbest ve hasta bina sendromu hakkında yeni bilgiler ortaya çıktığında insanlar yaşadıkları, çalıştıkları ve eğlendikleri çevreler hakkındaki kaygı ve sorularını hemşirelere danışmaktadırlar. Bu nedenle hemşirelerin çevre sağlığı sorularına yanıt verebilmeleri için bilgi kapasitelerini geliştirmeleri gerekmektedir. Bu anlamda IOM, ATRSD ve NINR'nin hemşirelik için geliştirdiği çevre sağlığı yaklaşımları son derece değerlidir (Larsson and Butterfield 2002). Fakat hala hemşirelik alanında çevre sağlığı konusunda eğitim eksiklikleri bulunmaktadır (National Environmental Education & Training Foundation 2002). Hemşirelik mesleği, tehlikeli çevre koşullarının yol açabileceği mevcut ve olası insan sağlığı sorunları için hazırlanmalı, aynı zamanda daha iyi çevre koşulları için savunuculuk görevini yerine getirmelidir. Bu hazırlık, hemşirelik eğitimi için liderleri, uygulayıcıları, öğrencileri ve eğitimcileri içeren kapsamlı bir plandan oluşmalıdır. Ayrıca bu hazırlığın hemşirelik süreci basamaklarının (tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme) tamamını da kapsamı gerekmektedir (Nastoff, Drew, Wiginston, Wakefield, Phillips and O'Fallon 2002).

Bugün Amerika'da eğitimci, uygulayıcı, araştırmacı, yasa ve politika işiyle uğraşan çevre sağlığı hemşireleri bulunmakta (Sattler 2008), ayrıca çevre sağlığının hemşirelik müfredatına entegre edildiği görülmektedir (Nastoff, Drew, Wiginston, Wakefield, Phillips and O'Fallon 2002). Bütün bu sonuçlara şüphesiz ki 2004 yılında ANA'nın çevre sağlığı alanında hemşirelere rehber olması için yayınladığı ilkelerin katkı sağladığı ve hemşirelikte en iyi çevre sağlığı uygulamalarının geliştirilmesinin önünü açtığı belirtilmektedir (Sattler 2008). Buna rağmen ülkemizde hemşirelik eğitim, araştırma ve uygulamalarında çevre sağlığı konularının yeterince ele alınmadığı, sınırlı sayıda derleme, araştırmaların ise bilgi, tutum ve davranışları ölçmeye yönelik olduğu görülmektedir (Çınar, Akduran, Dede ve Altınkaynak 2010; Şenyurt, Temel ve Özkahraman 2011; Koyuncu ve Aslan 2014; Bahar ve Aydoğdu 2015; Ünver, Avcıbaşı ve Özkan 2015; Çelik 2016).

Çevre sağlığı alanında hemşirelerin birey, aile ve toplum için çevre sağlığı risklerini değerlendirme, sürdürülebilirliği geliştirme ve tehlikelere maruziyeti önlemek için çeşitli rolleri bulunmaktadır. Bu rollerini sağlığı koruyan

yasaları savunarak ve çevre sağlığı konularında hemşirelik bilgisi üreterek gerçekleştirirler. Çevresel yasa ve düzenlemelerin aktif olarak uygulanması ve daha bağlayıcı olması için hemşirelerin toplumla birlikte çalışması zorunludur. Bu bağlamda hemşirelerin çevre sağlığı aktivisti olarak toplumda yer almaları bir gerekliliktir. Ayrıca yirmi birinci yüzyılda hemşirelik uygulamalarının yalnızca ulusal düzeyde değil aynı zamanda evrensel düzeydeki çevre politikalarını da içermeye zorunluluğu olduğu unutulmamalıdır. Çevre bilgisi ile donanmış hemşireler, epidemiyolojik çalışmalarda etki gösterebilmeli, hemşirelik alanındaki araştırma projeleri ve tez konularını

çevre alanına yönlendirmelidirler. Hemşireler tarafından verilen sağlık eğitimi mesajlarına çevresel faktörlerin dahil edilmesi ile bu mesajlar yeni bir önem ve anlam kazanabilir. Hemşireler çevresel kaygı ile hareket ettiklerinde, hizmet verdiği toplumda liderlik rolü üstlenebilirler. Güvenli yaşam ortamları oluşturmak için halk sağlığı hemşireleri toplumsal çabaları harekete geçirmelidir. Hemşirelikte küresel bakış açısı kazanmak için sınırlar genişletilmelidir. Bu bağlamda küresel sürdürülebilirlik; güçlü etik ilkelere bağlılık, sosyal adalet ve günlük bireysel uygulamalarda çevresel sorumluluğunun başlaması ile gerçekleştirilebilecektir.

KAYNAKLAR

American Nurses Association (ANA). ANA's Principles of Environmental Health for Nursing Practice with Implementation Strategies. American Nurses Association 2007, Silver Spring, Maryland.

American Nurses Association (ANA). Nursing: Scope and Standards of Practice. 1 st Edition American Nurses Association, 2004.

American Nurses Association (ANA). Nursing: Scope and Standards of Practice 2 nd Edition. American Nurses Association, 2010. Silver Spring, Maryland.

Bahar Z, Aydoğdu NG. Çevre, Sağlık, Araştırma ve Hemşirelik. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2015; 8(2).

Birol L. Hemşirelik Süreci. 7. Baskı. İzmir: Etki matbaacılık; 2005.p.54-8.

Canadian Nurses Association. Nurses And Environmental Health: Survey Results 2007. https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/survey_results_e.pdf?la=en Erişim tarihi:30.04.2016

Çelik S. Hemşirelik ve Tıp Öğrencilerinin Çevre Sorunlarına Yönelik Tutumları. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2016; 3(2):91-8.

Çınar N, Akduran F, Dede C, Altınkaynak S. Hemşirelik bölümü son sınıf öğrencilerinin çevre sorunlarına yönelik tutumları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; 242-52.

Hegge M. Nightingale's Environmental Theory. Nursing Science Quarterly 2013;26(3): 211-19.

International Council of Nursing (ICN). 2017-Nurses: A voice to lead - Achieving the sustainable development goals. http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/ICN_AVoiceToLead_guidancePack_EN_Lowres.pdf Erişim tarihi:10.04.2018

Kleffel D. Environmental Paradigms: Moving Toward an Ecocentric Perspective. Advances in Nursing Science 1996; 18(4):1-10.

Koyuncu A, Aslan FE. Sağlık Bakımında Görünmeyen Tehlike; Plastik Ürünler Ve Etkileri. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 2014; 17(2):117-24.

Larsson LS, Butterfield P. Mapping the Future of Environmental Health and Nursing: Strategies for Integrating National Competencies into Nursing Practice. Public Health Nursing 2002;19(4):301-8.

Nastoff T, Drew DM, Wiginton PS, Wakefield J, Phillips J, O'Fallon LR. Nursing and Environmental Health Round table Draft Report. North Carolina August 26-27, 2002.

National Environmental Education & Training Foundation. Nurses and Environmental Health: Success Through Action Illustrations From Across the Nation. Washington 2002.

Oskay Ü, Büyükyılmaz F, Baydın NÜ, Karaman A, Yılmaz B, Akyüz F. Uluslararası Hemşireler Birliği Teması'na Genel Bakış. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2017; 26(1):69-78.

Pullis BC. Environmental health. In: Nies MA, McEwen M, eds. Community/Public Health Nursing: Promoting the Health of Populations. 4 st ed. St. Louis, MO: Elsevier Saunders; 2007.p.250-8.

Sattler B. Environmental health risk. In: Ivanov LL, Blue CL, eds. Public Health Nursing, Leadership, Policy and Nursing. 1 st ed. USA: Delmar Cengage Learning; 2008. p..213-6.

Şenyurt A, Temel A, Özkahraman Ş. Üniversite Öğrencilerinin Çevresel Konulara Duyarlılıklarının İncelenmesi. SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 2(1): 8-15.

Ünver S, Avcıbaşı İM, Özkan ZK. Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Çevre Tutumu ve Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2015; 18(4):282-6.

DERLEME

PRENATAL STRESİN ANA-ÇOCUK SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ

İlknur ATASEVER*

Aslı SİS ÇELİK**

Alınış Tarihi: 27.03.2017

Kabul Tarihi: 24.04.2018

ÖZET

Prenatal dönem; gebeliğin başlangıcından doğum anına kadar geçen dönemdir. Bu dönemde yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişimlere annenin yeterli uyum sağlayamaması anneyi kaygı ve stres oluşumu yönünden savunmasız bırakmaktadır. Literatürde prenatal dönemde yaşanan stresin maternal, fetal ve çocuk sağlığı üzerine birçok olumsuz etkisinin olduğu kanıtlanmıştır. Bu nedenle gebelik, doğum ve doğum sonrası sürecin sağlıklı geçirilebilmesi için sağlık profesyonellerinin prenatal strese neden olan faktörler, her bir trimesterde yaşanan değişiklikler, stresin olumsuz sonuçları ve baş etme yolları hakkında bilgi sahibi olmaları ve bu doğrultuda hizmet vermeleri gerekmektedir. Bu derlemede; literatür bilgileri doğrultusunda prenatal dönemde yaşanan stresin nedenleri, anne-bebek-çocuk sağlığı üzerine olan etkileri, başa çıkma yolları ve prenatal stres durumunda verilecek hemşirelik bakımına yönelik bilgiler verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Prenatal dönem; gebelik; çocuk; stres; hemşirelik

ABSTRACT

Effect of Prenatal Stress on Maternal- Child Health

Prenatal period is the period, lasting from the beginning of pregnancy to the moment of the birth. Not sufficient orientation of mother to the psychosocial changes in this period gets her vulnerable in terms of concerns and stress. In the literature, prenatal stress has been proven to have many negative effects on maternal, fetal and child health. Thus, health professions should have the knowledge about factors causing prenatal stress, changes in each trimester, negative results of the stress and ways to cope with it to conduct healthy pregnancy, birth and postpartum period, and they should serve in this direction. In this review, the knowledges about the reason of stress in prenatal period, its effects on health of mother-baby-child, ways to cope with it, and the nursing care in the case of prenatal stress are given in the direction of knowledge in literature.

Keywords: Prenatal period; stress; pregnancy; nursing.

GİRİŞ

Prenatal dönem, kadın vücudunda bir takım fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin yaşandığı bir süreçtir. Bu dönem doğurganlık özellikleri ile neslin devamını sağlayan kadınlar için hayatlarında önemli bir dönüm noktasıdır (Taşkın, 2016). Gebelikte kadınlar ruhsal olarak oldukça hassas bir dönemden geçmektedirler. Gebelik sırasında yaşanan fiziksel semptomlar, ebeveynlik kaygıları, aile ve sosyal hayatla ilgili değişiklikler, beden imajında bozulma, doğum korkusu, bebeğin sağlığıyla ilgili kaygıları içeren birçok durum bu dönemde kadınlar için stres kaynağı olabilmektedir (Lobel ve ark., 2008; Alderdice ve Lynn, 2011).

Prenatal dönemde yaşanan stresin kadın sağlığı, bebek ve çocuk sağlığı üzerine birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır. Bu etkilerden bazıları; gebelikte görülebilen hipertansif hastalıklar, plasental anormallikler, artmış uterin arter direnci, spontan abortus, antenatal kanama,

preterm eylem, zor doğum eylemi, operatif doğumlar, postpartum depresyon, intrauterin gelişme geriliği, düşük APGAR Skor, düşük doğum ağırlığı ve fetal ölümdür (Field ve ark., 2006; Breitkopf ve ark., 2006; Rondo 2007; Graignic-Philippe ve ark., 2014). Bunlarla birlikte stresli bir gebelik çocukluk, adölesan ve yetişkinlik döneminde görülebilecek kalıcı sağlık sorunlarıyla da yakından ilişkilidir (DiPietro, 2002; Lobel ve ark., 2008). Olumsuz etkilerden dolayı prenatal dönemde yaşanan stres, önemle ele alınması ve erken tanı koyulup tedavi edilmesi gereken temel bir sorundur (Woods ve ark., 2010).

Bu nedenle bu derlemenin amacı; prenatal dönemde yaşanan stresin nedenlerini, anne-bebek-çocuk sağlığı üzerine olan etkilerini, başa çıkma yollarını ve prenatal stres durumunda verilecek hemşirelik bakımını gözden geçirmektir.

* Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum- Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD, Ankara (Araş.Gör.) ORCID-ID: 0000-0003-1596-9538, e-posta: ilknur_kulcur235@outlook.com

** **Sorumlu Yazar:** Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Erzurum (Dr.Öğr.Üyesi) ORCID-ID: 0000-0002-3597-7167, e-posta: aslisis@hotmail.com

PRENATAL STRES

Stres, çağımızın en büyük problemi ve belki de çoğu hastalığın zeminini hazırlayan önemli ve üzerinde durulması gereken bir konudur. Bir eylem ya da durumun kişi üzerinde meydana getirdiği fiziksel ve psikolojik zorlanma durumunda ortaya çıkan tepki stres olarak tanımlanmaktadır (Hellriegel, 1992). Bireyde stres oluşturan etmenler ise stresör olarak adlandırılmaktadır. Stresörler günlük yaşam olayları (trafikte sıkışmak, yemeğin yanması vb.), durumsal stresörler (ciddi hastalıklar, yakınına kaybetme), gelişimsel stresörler (gebelik vb.) gibi birçok farklı yelpazede karşımıza çıkmaktadır (Baltaş ve Baltaş, 2014). Bu nedenle gebelikteki stresi sadece tek bir nedenle ilişkilendirip, açıklamak doğru değildir (Melender, 2002; Taşkın, 2016).

Gebelik, kadın için fizyolojik bir süreç olmasının yanı sıra önemli biyo-psiko-sosyal değişimlerin yaşandığı kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir. Gebelik döneminin kadının vücudunda, yaşam tarzında, rollerinde, insanlarla olan ilişkilerinde ve sorumluluklarında yarattığı bir takım değişiklikler kaygı ve stres oluşumuna neden olmaktadır (Yali ve Lobel, 2002). Bu nedenle literatürde gebelik ve doğum döneminin neden olduğu nöroendokrin ve psikososyal değişiklikleri yaşamın diğer dönemleriyle kıyaslanmanın mümkün olamayacağı belirtilmektedir (Diego ve ark., 2009). Bayık ve ark.'nın (2006) yaptığı bir çalışmada kadınların deneyimlediği stres verici yaşam olayları arasında ilk sırayı hamileliğin aldığı belirtilmiştir. Çapık ve ark.'nın (2015) yaptığı çalışmada gebelerde önemli oranda distres yaşandığı bildirilmiştir.

Prenatal dönemde ruh sağlığının bozulmasına neden olan etmenlerden bazıları; ailesel ve eşle ilgili sorunlar, partnerin olmaması, daha önce geçirilmiş psikiyatrik rahatsızlıklar, düşük eğitim düzeyi, genç yaşta olma, düşük sosyo-ekonomik durum, çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kalma, düşük benlik saygısı, gebelikte sosyal ve duygusal destek yetersizliği, daha önce düşük yapmış olma, fetüsle ilgili kaygı, istenmeyen gebeliklerdir (Harrison ve Sidebottom, 2008; Vırit ve ark., 2008; Karaçam ve Ançel, 2009; Şahin ve Kılıçarslan, 2010; Rosand ve ark., 2011; Çapık ve ark., 2015). Bunların yanısıra literatürde annede kilo alımı yetersizliği, daha önceden kronik hastalığa sahip olma, madde kullanımı,

aile içi şiddet ve çocuk sayısının fazla olmasının gebelik stresi ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Yali ve Lobel, 2002; Woods ve ark., 2010; Aliyu ve ark., 2010; Keegan ve ark., 2010). Çapık ve ark.'nın (2015) gebelerde distres düzeyinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışma sonucunda; gebelerde yaş, gelir durumu, eş mesleği ve gebeliğin planlanma durumunun distres ile ilişkili olduğu; eğitim düzeyi, meslek, eş eğitim düzeyi, aile tipi, gebelik sayısı ve çocuk sayısının ise distres ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir.

Prenatal Stresin Anne- Bebek Sağlığı Üzerine Etkileri

Literatürde prenatal dönemde yaşanan stresin maternal ve fetal sağlığı iki farklı yönden etkileyebileceği düşünülmektedir. Bunlardan ilki gebelik döneminde artan stresin biyolojik sistemler üzerine olan (artan stres hormonlarının vücut üzerine olan) doğrudan etkisidir. İkincisi ise; stres belirtileri yaşayan annelerde madde kullanımı, prenatal kontrollere gitmeme gibi sağlıksız davranışların ortaya çıkması sonucunda maternal ve fetal sağlığın dolaylı olarak etkilenmesidir. Her iki şekilde de stres erken doğum ve düşük doğum ağırlığına değil, bebekte bazı anomalilere yol açabilmektedir (Usta ve Balıkcı, 2012).

Prenatal dönemde artan stres annenin hipotalamik-pitüiter-adrenal aksını aktive eder. Böylece hipotalamustan kortikotropin releasing hormon (CRH) salınımını artırır. Hipotalamustan salgılanan CRH, hipofizden adrenocortikotropin hormon (ACTH) salınımını uyarır ve ACTH da böbreküstü bezinden kortizol ve nörepinefrin salınımını artırır. Bu stres hormonları, plasenta aracılığıyla fetüse geçmekte ve intrauterin gelişme geriliği, konjenital anomali vb. komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bu nedenle fetal gelişim olumsuz yönde etkilenmektedir. (Obela ve ark., 2005; Murphy ve ark., 2006; O'Donnell ve ark., 2012; Rajani 2017). Lilliecreutz ve ark. (2016) yaptıkları vaka kontrol çalışmasında; gebeliğinde stres yaşamış kadınların %54'ünün preterm doğum yaptığını tespit etmişlerdir.

Stres durumunda, plasentayı besleyen damarlar daralmakta ve uterusu giden kan akımı azalmaktadır (Maccari ve ark., 2003; Talge ve ark., 2007). Prenatal stresin neden olduğu obstetrik komplikasyonlardan bazıları; pre-eklampsi riskinde artış, spontan abortus, doğum öncesi kanama, uterin arter direncinin artması, erken doğum, plasental anomaliler, operatif doğumlar, zor doğum ve epizyotomi oranında

artmadır. Ayrıca prenatal stresin doğum eyleminin süresinde uzama veya kısılma, malprezentasyon, erken membran rüptürü ve mekonyum aspirasyonu gibi doğum komplikasyonlarıyla da ilişkili olduğu bilinmektedir (Breitkopf ve ark., 2006; Alder ve ark., 2007; Diego ve ark., 2009; Pearlstein, 2015).

Literatürde stresli bir gebelik dönemi geçiren kadınların bulantı-kusma gibi gebeliğe bağlı görülen fiziksel şikâyetlerinin arttığı, bu gebelerin daha fazla hastaneye başvurdukları, daha çok doğum korkusu yaşadıkları, stresli gebelerin daha fazla sezaryen doğum yaptıkları ve doğum esnasında epidural anestezi gereksinimlerinin daha fazla olduğu belirtilmektedir (Andersson ve ark., 2004; Shishehgar ve ark., 2014). Culhane ve ark.(2001) 454 gebe kadınla yaptıkları çalışmada; sosyo-demografik ve davranışsal risk faktörleri kontrol altına alındığında, erken gebelik döneminde yüksek stres yaşayan kadınlarda düşük stres yaşayanlara oranla bakteriyel vajinozis görülme oranının arttığını tespit etmişlerdir.

Stresin fetal/neonatal etkileri ise; prematüre doğum, fetal kalp atım hızında değişiklik, fetal aktivitede değişiklik, düşük APGAR Skoru, düşük doğum ağırlıklı bebek, gestasyon yaşına göre küçük fetüs, yoğun bakım gerektiren bebek, enfeksiyonlar, intrauterin gelişme geriliği, fetal ölüm ve bebek mizacında olumsuz reaktivitedir (Baibazarova ve ark., 2013; Graignic-Philippe ve ark., 2014; Staneva ve ark., 2015; Bussières ve ark., 2015;). Berkowitz ve arkadaşları 2003 yılında 11 Eylül terörist saldırıları sırasında Dünya Ticaret Merkezinde veya yakınında bulunup bebek bekleyen anneler üzerinde yaptıkları çalışmada; bu kadınların beklenen doğum tarihinde değişiklik olmadığını ancak bebeklerinde intra uterin gelişme geriliği görülme olasılığının 2 kat arttığını tespit etmişlerdir.

Hansen ve ark. (2000) gebeliğin ilk trimestrinde olumsuz yaşam olaylarına maruz kalmış gebelerle yaptıkları çalışmada; bu gebelerin çocuklarında konjenital malformasyon görülme oranının arttığını saptamışlardır. Yukarıda bahsedilen olumsuz etkilerin bebeğin yaşamı boyunca karşılaşılabileceği kalıcı sağlık sorunlarıyla da yakından ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Örneğin; bebekte gelişme geriliğinin olması uzun dönemde solunum, gastrointestinal, üriner sistem komplikasyonları, serebral palsi, görsel- işitsel problemler ve zeka sorunlarıyla ilişkilidir. Düşük doğum ağırlığı ise;

yetişkin yaşamda kronik hastalıklara yakalanma olasılığını artırmaktadır (Rondo, 2007). Annenin duygusal durumu ile fetüsün davranışları ya da kalp atış hızı arasında bir ilişki olduğu kanıtlarla desteklenmektedir. Field ve arkadaşlarının (2002) gebeliğin ikinci trimesterinde 166 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada; gebelik süresince yüksek düzeyde gerginlik yaşayan kadınların fetüslerinin daha aktif olduğu, büyümede gecikmeler yaşadığı, kortizol ve adrenalın düzeyinin arttığı, dopamin ve serotonin seviyelerinin azaldığı, vagal tonun düştüğü, uykularının düzensiz olduğu ve daha fazla durum değişikliği yaşadıkları saptanmıştır. Monk ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları deneysel bir çalışmada; gebe kadınlardan stresli bir bilgisayar görevini yerine getirmeleri istenmiş, görev esnasında kendilerini stresli hissedilen kadınların fetüslerinin kalp atış hızının arttığı tespit edilmiştir. Ancak Chung ve ark. (2001) yaptığı çalışma yukarıdaki iki çalışmanın bulgularını destekler nitelikte değildir. Bu çalışmada; ruhsal sıkıntı yaşayan gebelerin fetüslerinin diğer fetüslere oranla daha çok uyudukları ve daha az hareket ettikleri tespit edilmiştir.

Stresli geçen bir gebelik bebeğin mizacında olumsuz değişikliklere yol açabilmektedir. Nitekim Huizink ve arkadaşları (2002) erken gebelik döneminde stres yaşayan 170 nullipar gebe üzerinde yaptıkları çalışmada, bu annelerin bebeklerini 3 ve 8 aylıkken gözlemlediklerinde bebeklerde olumsuz mizaç değişiklikleri olduğunu tespit etmişlerdir.

Son zamanlarda, kordon kanındaki lökositlerdeki telomer uzunluğundaki bir değişikliğin, gebeliğe özgü stres ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Entringer ve ark. (2011) yaptıkları araştırma sonucunda; prenatal strese maruz kalmanın daha kısa telomer uzunluğuyla ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Telomer kısalmasının insan hücrelerinin ömür uzunluğunun kısalmasında evrensel bir rol oynadığı ve bu durumun da yaşlanma üzerindeki rolleri yapılan çalışmalarla doğrulanmıştır.

Prenatal Stresin Doğum Sonu Dönem Üzerine Etkileri

Prenatal dönemde yaşanan ruhsal sorunlar erken dönemde tanımlanıp çözülemezse; doğum sonu dönemdeki stres faktörleri de eklendiğinde tablo postpartum hüznün ve depresyonla sonuçlanabilir (Limlomwongse ve Liabsuetrakul, 2006). Anne ve bebeğin sağlık durumu üzerinde yarattığı bu olumsuz etkiler nedeniyle prenatal stres, üzerinde önemle

durulması ve erkenden tanınıp müdahale edilmesi gereken bir sorundur. Eğer gebeliğin erken döneminde ruhsal sorunlar tespit edilip müdahale edilirse postpartum depresyonun önlenmesi için önemli bir adım atılmış olacaktır (Orr ve ark., 2007; Lancaster ve ark., 2010).

Prenatal dönemde yaşanan stres etkin bir şekilde başa çıkılmamasının doğum sonu depresyon gelişimi, etkin emzirmenin sağlanamaması ve anne-bebek bağlanmasının gecikmesine neden olabileceği düşünülmektedir (Dennis ve McQueen, 2007). Bir araştırma sonucunda; postpartum dönemde depresyonu olan kadınların emzirmeye devamlılık konusunda daha başarısız oldukları ve bu kadınların emzirmeyi bırakma oranlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Dunn ve ark., 2006).

Prenatal Stresin Çocuk Sağlığı Üzerine Etkileri

Prenatal dönemde yaşanan stres çevresel koşullara bağlı olarak fetüsün yaşamının ilerleyen dönemlerinde bilişsel ve psikolojik problemler yaşama olasılığını arttırmaktadır (Bock ve ark.,2015). Doğum öncesi yaşanan stres çocuklukta görülen sosyal ve emosyonel problemlerle de ilişkilidir. Çocuklukta görülebilecek bu problemlerden bazıları; dil gelişiminde gecikme, çocuğun bilişsel, davranışsal ve psikomotor gelişimde gecikme, okul başarısında düşme, düşük entelektüel zekâ düzeyleri, öğrenme ve hafıza eksiklikleri, sosyal gelişimde gecikmeler, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğudur (Talge ve ark.,2007; Glover, 2014; Pearlstein, 2015; Polanska ve ark., 2017). Ayrıca stresli bir gebelik dönemi geçiren annelerin çocukları otizm, şizofreni, öğrenme ve davranış bozuklukları gibi mental sağlık sorunları yönünden de risk altındadır (Kinney ve ark.,2008; Bock ve ark., 2015).

Betts ve ark. (2015) 3099 annenin 21 yaşına gelmiş çocuklarını inceledikleri kohort çalışmasında; gebeliğinde stres yaşayan annelerin çocuklarında davranış problemleri ve depresif belirtilerin görülme oranının arttığını; Niederhofer ve Reiter (2004) ise doğum öncesi stres yaşayan annelerin 6 yaşına gelmiş çocuklarının okul başarılarının diğer çocuklara oranla düşük olduğunu bulmuşlardır. King ve Laplante (2005) Kanada'da gebeliği sırasında buz fırtınasına maruz kalmış annelerin 2 yaşındaki çocuklarını incelemiş; birinci veya ikinci trimesterde yüksek strese maruz kalan annelerin çocuklarının Bayley's zeka testi skorlarının, düşük stres yaşayan annelerin çocuklarıyla kıyaslandığında daha düşük

olduğunu ve bu çocuklarının dil gelişiminin daha geri olduğunu tespit etmişlerdir (King ve Laplante,2005).

Davis ve Sandman (2010) yaptıkları araştırma sonucunda; doğum öncesi stres yaşamış annelerin çocuklarını 3, 6 ve 12 aylıkken değerlendirdiklerinde bu çocukların mental ve motor gelişiminde aksaklıklar olduğunu saptamışlardır. Laplante ve arkadaşları (2008) gebelik döneminde stres yaşamış annelerin 2 yaşına gelmiş çocuklarının %12'sinin dil gelişiminde gecikme olduğunu tespit etmişlerdir.

Benzer bir çalışmada Walder ve ark. (2014) Kanada'da gebeliği sırasında buz fırtınasına maruz kalmış annelerin 6 yaşına gelmiş çocuklarını incelemiş ve gebeliğin ilk trimestrinde yüksek strese maruz kalan annelerin çocuklarının otizm spektrum değerlendirme ölçeği skorlarının daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Beversdorf ve ark. (2005) yaptıkları araştırma sonucunda gebeliğinin 25 - 28. haftaları arasında stres yaşayan annelerin çocuklarında otizm görülme olasılığının arttığını tespit etmişlerdir.

Van Os ve Selten (1998) 1940 yılında Almanya'nın Hollanda'yı işgali sırasında gebe olan kadınların çocuklarıyla yaptıkları araştırma sonucunda; bu annelerin çocuklarında yetişkinlik döneminde şizofreni görülme olasılığının arttığını tespit etmişlerdir. Benzer bir çalışmada; Malaspina ve ark. (2008) 1967 Arap- İsrail savaşında gebe olan kadınların çocuklarıyla yaptıkları araştırma sonucunda; bu çocuklarda ilerleyen dönemde şizofreni görülme insidansının arttığını saptamışlardır.

Prenatal dönemde stres altında olan annelerin çocuklarında uzun vadede konsantrasyon bozukluğu, sinirlilik gibi davranış bozukluklarının ve bu çocukların suç işleme potansiyellerinin popülasyonun geneline kıyasla daha yüksek olabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Hammen ve Brennan, 2003; Madazlı, 2005).

Stresli annelerden doğan çocuklarda ilerleyen yaşlarda hipertansiyon, obezite, tip II diyabet ve atopik bünyeye sahip olma riski artabilmektedir (Madazlı, 2005). Bu hastalıkların görülme olasılığının artma nedeninin annenin doğum öncesi yaşadığı stresin, plasentadaki DNA mutilasyonu ve gen ekspresyonunda epigenetik etkilere neden olabileceği tahmin edilmektedir (Flanigan, 2016).

Annenin vücudundaki kortizol düzeyi ile fetüsün kortizol düzeyi arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Anne kanında kortizol

hormonunun düzeyinin anormal bir şekilde artması fetüste de bu hormonun artmasına neden olacaktır (Field ve ark., 2006). Kortizol bağışıklık sisteminin baskılanmasına, periferik kanda eozinofil, lenfosit ve makrofajların direkt olarak azalmasına yol açacaktır. Bu durum ise bebeği hastalıklara yatkın hale getirecektir (Arıbal Kocatürk, 2000).

Beijers ve ark. (2010) Hollanda'da gebeliğinin son trimestirinde stres yaşamış gebelerin çocuklarında yaşamın ilk bir yılı içerisinde solunum sistemi hastalıkları (öksürük, astım vb.), genel hastalıklar (ateş, alerji, göz-kulak semptomları vb.), cilt sorunları (impetigo, kaşıntı vb.) görülme oranının ve bu hastalıklara ilişkin antibiyotik kullanımının arttığını tespit etmişlerdir.

Andersson ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada, maternal stresin çeşitli atopik bozukluklarla (astım, alerjik rinit, atopik dermatit) ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Van de Loo ve ark. (2016) 1960 ile 2013 yılları arasında yayınlanmış 10 çalışmayı inceledikleri meta-analiz sonucunda; gebelik sırasında herhangi bir psikolojik strese maruz kalmış annelerin çocuklarında hırıltılı solunum, astım ve diğer solunum semptomlarının görülme sıklığının arttığını saptamışlardır. Sausenthaler ve ark. (2009) Almanya'da gebeliği sırasında stres yaşamış annelerin 2 yaşına gelmiş çocuklarıyla yaptığı araştırma sonucunda; bu çocuklarda egzema görülme olasılığının arttığını tespit etmişlerdir.

Prenatal Stresle Başa Çıkma Yolları

Gebeliğin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi kadının karşılaştığı sorunlarla baş edebilme gücüyle yakından ilişkilidir. Bu sorunlarla baş edebilmek için, bireyin sorununun bilincinde olması, daha önceki baş etme mekanizmaları, sosyal destek sistemlerinin varlığı ve niteliği önem taşımaktadır. Gebenin ruhsal yapısı ve kişilik özellikleri, kadının gebeliği ile ilgili duygu, düşünce ve beklentileri üzerinde etkilidir. Prenatal dönemde yaşanan stresle etkin bir şekilde baş edebilmek için; olumlu tutuma sahip olunması, ruh sağlığının korunması, sağlıklı bir yaşam sürdürülmesi, problem çözme becerilerinin geliştirilmesi ve uygun kişilerden sosyal destek alınması önem arz etmektedir (Vırit ve ark., 2008; Babacan Gümüş ve ark., 2011). Gebelerin çevresindeki en önemli sosyal destek kaynakları yakın ailesi, arkadaşları ve özellikle eşleridir. Bu dönemde eşin ve yaşanan psikososyal çevrenin gebelik

hakkındaki tutumları kadının ruh sağlığını önemli derecede etkiler (Vırit ve ark., 2008).

Gebelikte stresten korunmak için gebe kendine yönelik olumlu bakış açısına sahip olmalı, dengeli ve yeterli beslenmeli, düzenli uyku alışkanlığına sahip olmalı, alkol ve sigaradan uzak durmalı, egzersiz yapmalı ve sağlık kontrollerine düzenli olarak gitmelidir. Ayrıca gebe stresle başa çıkabilmek için gevşeme tekniklerini de kullanabilir (Sözeri ve ark., 2006; Baltaş ve Baltaş, 2014).

Son yıllarda tamamlayıcı ve alternatif müdahaleler tıbbi uygulamalara ek olarak birçok hastalığın tedavisinde kullanılabilmektedir. Ayrıca gebelikte yaşanan semptomları hafifletme amacıyla da tamamlayıcı ve alternatif müdahaleler aktif olarak kullanılmaktadır. Literatürde prenatal dönemde yaşanan stresi önlemede kullanılan gevşeme tekniklerinin, gebelik sonuçları üzerinde önemli etkileri olduğu belirtilmektedir. Bunlardan bazıları prematüre veya düşük doğum ağırlığını azaltması, yenidoğanın vücut ağırlığını artırması, sezaryen veya müdahaleli doğum oranını azaltmasıdır. Gebelik stresinin azaltılmasında kullanılan gevşeme tekniklerinden bazıları; yoga, masaj, hipnoterapi, progresif kas gevşeme egzersizleri ve diyafragmatik solunumdur (Bastani ve ark., 2005; Tragea ve ark., 2014). Beddoe ve ark. 2010 yılında 16 sağlıklı gebe ile yaptıkları randomize kontrollü çalışmada yoganın fiziksel ağrı (özellikle bel ağrısı), algılanan stres ve kaygıyı azaltmada etkili olduğunu bulmuşlardır.

Tragea ve ark. (2014); gebelik stresinin azaltılmasında bir stresle yönetim programının etkinliğini değerlendirmişlerdir. Bu çalışma kapsamına, gebeliğinin ikinci trimestirinde 60 primigravida alınmıştır. Bu kadınlar 6 hafta boyunca stres yönetimi programı almıştır (gevşeme ve nefes egzersizleri vb.). Sonuçta girişim grubundaki gebelerde algılanan stresin azaldığı görülmüştür.

Gebelik döneminde yaşanan stresle mücadele etmede gebelerin başa çıkma tarzlarını belirlemek en önemli noktalardan biridir. Çünkü kadınların gebelik döneminde stresle baş etme becerileri yetersiz kaldığında; maternal ve fetal sağlığı tehdit edebilecek olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Stresle baş etme sürecinde gebenin baş etmede kullandığı stratejilerin tanımlanması, yeni baş etme yöntemlerinin öğretilmesi ve etkisiz baş etmenin söz konusu olduğu durumlarda baş etme becerilerinin geliştirilmesi açısından önem arz etmektedir (Huizink ve ark., 2002; Dağlar ve Nur, 2014).

Hamilton ve Lobel'in (2008) gebelerin stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek için yaptıkları araştırma sonucunda; gebelerin erken gebelik haftalarında ve ikinci trimesterde sıklıkla spiritüel başa çıkma tarzını kullandıklarını belirlemişlerdir. Huizink ve ark. (2002) ise çalışmalarında gebelerin ilk trimesterde emosyonel odaklı, ikinci trimesterde hem emosyonel hem de problem odaklı başa çıkma tarzlarını kullandıklarını ve son trimesterde de bunun devam ettiğini saptamışlardır.

Dağlar ve Nur'un (2014) gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisini belirlemek amacıyla yaptıkları araştırma sonucunda; stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama tarzını kullanan gebelerin depresyon riskinin düştüğü, boyun eğici ve çaresiz yaklaşım tarzını kullanan gebelerde ise depresyon riski ve anksiyete düzeyinin yükseldiği belirlenmiştir.

Bu çalışmaya dayanarak; gebelerin stresle başa çıkma, stresörlerin uyandırdığı duygusal gerilimi azaltma ya da yok etmeye yönelik tavırlarının anksiyete ve depresyon gelişme riskini önleme açısından oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

Prenatal Stres ve Hemşirenin Rolü

Prenatal dönemde yaşanan ruhsal sorunların anne ve bebeğin sağlık durumunu olumsuz etkilemesi, postpartum depresyona yol açması nedeniyle üzerinde önemle durulmalı ve erken tanınmalı, tedavi edilmelidir (Lancaster, 2010). Bu yüzden bu dönemde yaşanan psikososyal sorunların sağlık ekibi üyeleri tarafından bilinmesi, bu sorunları önlemeye yönelik koruyucu girişimlerin planlanması ve gerektiğinde uygun girişimlerde bulunması son derece önemlidir (Babacan Gümüş ve ark., 2011).

Prenatal dönem süresince gebe ile sağlık ekibi arasındaki ilişki çok önemlidir. Çünkü sağlık ekibi üyelerinin ilgisi, yaklaşımı ve açıklamalarıyla erken dönemde gebe kadının kaygı ve endişesi giderilebilir (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014).

Gebelik ve doğum sonrası dönemin sağlıklı geçirilebilmesi için, gebelik süresince her trimesterde ortaya çıkabilecek değişikliklerin bilinmesi ve bu değişikliklere uyumun sağlanması önem kazanmaktadır. Eğer anne yeterli ve uygun doğum öncesi bakım alırsa, gebeliği daha kısa sürede kabullenip, gebelik ve annelik rolüne daha kolay uyum sağlayabilir (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014). Sağlık çalışanları

gebe kadını fiziksel ve mental yönden değerlendirmeli, gebelikte ruhsal sorunların belirti ve bulgularını bilmeli ve bunlarla baş etme yaklaşımlarını uygulayabilmelidirler. Ayrıca bu sorunların erken dönemde tespiti için etkin tarama yöntemlerini geliştirilmeli ve nitelikli ev ziyaretleri ile gebeler fiziksel ve psikolojik yönden detaylı bir şekilde değerlendirilmelidir. Bu şekilde gebelikte ruhsal sorunlar erken dönemde tespit edilip, tedavi edilebilir (Melender ve ark., 2002; Koyun ve ark., 2011).

Hemşire ve ebeler; gebelik sürecinde sık karşılaşılabilen anksiyete, aile içi süreçlerde değişim, bilgi eksikliği, beden imajında bozulma gibi sorunlara karşı hemşirelik sürecini uygulamalı ve bakımın sonuçlarını değerlendirmelidir (Koyun ve ark., 2011). Gebelikte strese neden olan faktörlerin erken dönemde saptanarak ölçülebilmesi, uygun şekilde müdahaleye imkan sağlayarak gebelik sonuçlarına olumlu katkı sağlayacaktır (Ortaarık ve ark., 2012).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Prenatal dönemde, anne adayının kaygı ve strese neden olabilecek birçok etkenle karşılaşması kaçınılmazdır. Araştırmalardan elde edilen bulgular prenatal stresin kadın sağlığı, bebek ve çocuk sağlığı üzerinde birçok olumsuz etkisi olduğuna işaret etmektedir. Bu nedenle prenatal dönemde kaygı ve strese neden olabilecek faktörlerin sağlık profesyonelleri tarafından bilinmesi, bu sorunlara yönelik koruyucu girişimlerin planlanması ve gerektiğinde uygun yaklaşımlarda bulunulması son derece önemlidir. Gebelikteki stresi önlemedeki ilk adım risk altındaki kadınların belirlenmesidir. Risk altındaki kadınların erken dönemde belirlenmesi, bu konuda önleyici girişimlerin yapılmasına ve erken müdahaleye olanak sunabilecektir. Böylece stresin gebelik, doğum ve doğum sonu dönem üzerindeki olumsuz sonuçları önlenecek veya azaltılacaktır. Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulabilir;

Hemşire ve ebeler;

- Ülkemizde birinci basamakta görev alan sağlık personellerinin ev ziyaretine daha özenle önem vermesi,
- Gebeyle güven verici bir iletişim ortamı sağlayarak duygu ve düşüncelerini ifade etmesine yardımcı olmalı,
- Prenatal dönem süresince her trimestere özgü meydana gelen değişiklikleri bilmeli ve bu süreçte anne adayında ortaya çıkabilecek

fiziksel ve duygusal semptomlara karşı önlem almalı,

- Nitelikli ev ziyaretleri ile risk altındaki gebelerin erken dönemde tanınması, tedavinin başlatılması ve sürdürülmesinde aktif rol almalı,

KAYNAKLAR

Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösl I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 2007;20(3): 189-209.

Alderdice F, Lynn F. Factor structure of the prenatal distress questionnaire. *Midwifery* 2011; 27(4): 553-9.

Aliyu MH, Lynch O’N, Belogolovkin V, Zoorob R, Salihu HM. Maternal alcohol use and medically indicated vs spontaneous preterm birth outcomes: a population-based study. *Eur. J. Public Health* 2010; 20(5): 582-7.

Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: A population-based study. *American Journal of Epidemiology* 2004;159(9):872-81.

Andersson NW, Hansen MV, Larsen AD, Hougaard KS, Kolstad HA, Schlünssen V. Prenatal maternal stress and atopic diseases in the child: a systematic review of observational human studies. *Allergy* 2016; 71(1):15-26.

Arıbal Kocatürk P. Stres Cevap. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2000,53(1): 49-56.

Babacan Gümüş A, Çevik N, Hatay Hyusni S, Biçen Ş, Keskin G, Malak TA. Gebelikte benlik saygısı ve beden imajı ile ilişkili özellikler. *Anatolian Journal of Clinical Investigation* 2011; 5(1): 7- 14.

Baibazarova E, van de Beek C, Cohen-Kettenis PT, Buitelaar J, Shelton KH, van Goozen SH. Influence of prenatal maternal stress, maternal plasma cortisol and cortisol in the amniotic fluid on birth outcomes and child temperament at 3 months. *Psychoneuroendocrinology* 2013;38(6):907-15.

Baltaş Z, Baltaş A. Stres ve Başa Çıkma Yolları, 31. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 2014: 58-60.

Bastani F, Hidarnia A, Kazemnejad A, Vafaei M, KashanianM. A randomized controlled trial of the effects of applied relaxation training on reducing anxiety and perceived stress in pregnant women. *Journal of Midwifery & Women’s Health* 2005; 50(4):36-40.

Bayık A, Altuğ Özsoy S, Ardahan M, Özkahraman Ş, Başalan İz F. Kadınların Stres Verici Yaşam Olaylarıyla Karşılaşma Durumları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006; 9(2):1-12.

- Prenatal dönemde gebelerin ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik gebeliğe, doğuma hazırlık kurslarının yaygınlaştırılmasında ve eğitim programlarının hazırlanmasında öncü olarak yer almalıdır.

Beddoe AE, Lee KA, Weiss SJ, Powell Kennedy H, Yang CPP. Effects of mindful yoga on sleep in pregnant women: a pilot study. *Biological research for nursing* 2010; 11(4): 363-70.

Beijers R, Jansen J, Riksen-Walraven M, de Weerth C. Maternal prenatal anxiety and stress predict infant illnesses and health complaints. *Pediatrics* 2010; 126(2): e401-e409.

Berkowitz GS, Wolff MS, Janevic TM, Holzman IR, Yehuda R, Landrigan PJ. The World Trade Center disaster and intrauterine growth restriction. *Jama* 2003; 290(5): 595-6.

Betts KS, Williams GM, Najman JM, Alati R. The relationship between maternal depressive, anxious, and stress symptoms during pregnancy and adult offspring behavioral and emotional problems. *Depression and anxiety* 2015; 32(2): 82-90.

Beversdorf DQ, Manning SE, Hillier A, Anderson SL, Nordgren RE, Walters SE, Nagaraja HN, Cooley WC, Gaelic SE, Bauman ML. Timing of prenatal stressors and autism. *Journal of autism and developmental disorders* 2005; 35(4): 471-8.

Bock J, Wainstock T, Braun K, Segal M. Stress in utero: prenatal programming of brain plasticity and cognition. *Biological psychiatry*, 2015; 78(5): 315-26.

Breitkopf CR, Primeau AL, Levine ER, Olson GL, Wu HZ, Berenson AB. Anxiety symptoms during pregnancy and postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2006; 27(3): 157-62.

Bussièrès EL, Tarabulsy GM, Pearson J, Tessier R, Forest JC, Giguère Y. Maternal prenatal stress and infant birth weight and gestational age: A meta-analysis of prospective studies. *Developmental Review* 2015; 36:179-99.

Chung TK, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosomatic Medicine* 2001; 63(5):830-4.

Culhane JF, Rauh V, McCollum KF, Hogan VK, KA, Wadhwa P. Maternal stress is associated with bacterial vaginosis in human pregnancy. *Maternal Child Health* 2001; 5(2):127-34.

Çapık A, Ejder Apay S, Sakar T. Gebelerde Distres Düzeyinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015; 18(3): 196-203.

Dağlar G, Nur N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2014; 36: 429-41.

Davis EP, Sandman CA. The timing of prenatal exposure to maternal cortisol and psychosocial stress is associated with human infant cognitive development. *Child development*, 2010; 81(1),131-48.

- Demirbaş H, Kadioğlu H.** Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2014; 4(4): 200-6.
- Dennis CL, Mc Queen K.** Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta paediatrica* 2007; 96(4): 590-4.
- Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez-Quintero VH.** Prenatal depression restricts fetal growth. *Early human development* 2009; 85(1): 65-70.
- DiPietro J.** Prenatal/perinatal stress and its impact on psychosocial child development. *Encyclopedia on Early Childhood Development* 2002; 257-60.
- Dunn S, Davies B, McCleary L, Edwards N, Gaboury I.** The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2006; 35(1): 87-97.
- Entringer S, Epel ES, Kumsta R, Lin J, Hellhammer DH, Blackburn EH et al.** Stress exposure in intrauterine life is associated with shorter telomere length in young adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2011; 108 (33): E513-E518.
- Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Salman, F, Schanberg S, Kuhn C et al.** Prenatal anger effects on the fetus and neonate. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002; 22(3): 260-6.
- Field T, Diego M, Hernandez-Reif M.** Prenatal depression effects on the fetus and newborn: A review. *Infant Behavior and Development* 2006; 29(3): 445-55.
- Flanigan C, Sheikh A, Nwaru BI.** Prenatal maternal psychosocial stress and risk of asthma and allergy in their offspring: protocol for a systematic review and meta-analysis. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine* 2016; 26: 16021.
- Glover V.** Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology* 2014; 28(1): 25-35.
- Graignic-Philippe R, Dayan J, Chokron S, Jacquet AY, Tordjman S.** Effects of prenatal stress on fetal and child development: a critical literature review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2014; 43:137-62
- Hamilton JG, Lobel M.** Types, patterns, and predictors of coping with stress during pregnancy: Examination of the Revised Prenatal Coping Inventory in a diverse sample. *Journal of psychosomatic obstetrics&Gynecology* 2008; 29(2): 97-104.
- Hammen C, Brennan AP.** Severity, chronicity and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Archives of General Psychiatry* 2003; 60(3): 253-8.
- Hansen D, Lou HC, Olsen J.** Serious life events and congenital malformations: A national study with complete follow-up. *The Lancet* 2000; 356 (9233): 875-80.
- Harrison PA, Sidebottom AC.** Systematic prenatal screening for psychosocial risks. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 2008, 19(1):258-76.
- Hellriegel D., Slocum J. W., And Woodman R. W.** *Organizational Behavior*, Western Publishing: New York. 1992.
- Huizink AC, Robles de Medina PG., Mulder EJH., Visser GHA, Buitelaar JK.** Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2002; 41(9): 1078-85
- Huizink AC, de Medina PG, Mulder EJ, Visser GH, Buitelaar JK.** Coping in normal pregnancy. *Annals of Behavioral Medicine* 2002; 24(2):132-40.
- Karaçam Z, Ançel G.** Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population. *Midwifery*, 2009, 25(4):344-56.
- Keegan J, Parva M, Gerson A, Belden M.** Addiction in pregnancy. *Journal of Addictive Diseases* 2010; 29(2): 175-95.
- King S, Laplante DP.** The effects of prenatal maternal stress on children's cognitive development: Project Ice Storm. *Stress* 2005; 8(1):35-45.
- Kinney DK, Munir KM, Crowley DJ, Miller AM.** Prenatal stress and risk for autism. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2008; 32(8): 1519-32.
- Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F.** Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3(1): 67-99
- Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM.** Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2010, 202(1): 5-14.
- Laplante DP, Brunet A, Schmitz N, Ciampi A, King S.** Project Ice Storm: Prenatal maternal stress affects cognitive and linguistic functioning in 5½-year-old children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2008; 47(9):1063-72.
- Lilliecreutz C, Larén J, Sydsjö G, Josefsson A.** Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. *BMC pregnancy and childbirth* 2016; 16(5):1-8.
- Limlomwongse N, Liabsuetrakul T.** Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6-8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Archives of women's mental health* 2006; 9(3): 131-8.
- Lobel M, Cannella DL, Graham JE, DeVincent C, Schneider J, Meyer BA.** Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychology* 2008; 27(5): 604-15.
- Maccari S, Darnaudery M, Morley-Fletcher S, Zuena AR, Cinque C, Van Reeth O.** Prenatal stress and long-term consequences: implications of

- glucocorticoid hormones. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2003; 27(1): 119-27.
- Madazlı R.** Gebelik ve Stress. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2005; 47: 61-2.
- Malaspina D, Corcoran C, Kleinhaus KR, Perrin MC, Fennig S, Nahon D et al.** Acute maternal stress in pregnancy and schizophrenia in offspring: a cohort prospective study. *BMC psychiatry* 2008; 8(1):71.
- Melender HL.** Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. *Birth* 2002; 29(2): 101-11.
- Monk C, Myers MM, Sloan RP, et al.** Effects of women's stress-elicited physiological activity and chronic anxiety on fetal heart rate. *J Dev Behav Pediatr* 2003; 24(1): 32-8.
- Murphy VE, Smith R, Giles WB, Clifton VL.** Endocrine regulation of human fetal growth: The role of the mother, placenta, and fetus. *Endocrine Reviews* 2006; 27(2):141-69.
- Niederhofer H, Reiter A.** Prenatal maternal stress, prenatal fetal movements and perinatal temperature factors influence behaviour and school marks at the age of 6 years. *Fetal Diagnosis and Therapy* 2004; 19(2): 160-2.
- O'Donnell KJ, Jensen VA, Freeman L, et al.** Maternal prenatal anxiety and downregulation of placental 11beta-HSD2. *Psychoneuroendocrinology* 2012;37(6): 818-26.
- Obela C, Hedegaarda M, Henriksen TB, Secher NJ, Olsen J, Levine S.** Stress and salivary cortisol during pregnancy. *Psychoneuroendocrinology* 2005; 30(7): 647-56.
- Orr ST, Blazer DG, James SA, Reiter JP.** Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy. *Journal of Women's Health* 2007; 16(4): 535-42.
- Ortaarık E, Tekgöz İ, Ak M, Kaya E.** İkinci trimestir gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012, 1: 16-20.
- Pearlstein, T.** Depression during pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2015; 29(5): 1-11.
- Polanska K, Krol A, Merez- Kot D, Jurewicz J, Makowiec- Dabrowska T, Chiarotti F et. al.** Maternal stress during pregnancy and neurodevelopmental outcomes of children during the first 2 years of life. *Journal of Pediatrics and Child Health* 2017; 53(3); 263-70.
- Rajani, M.** Effect Of Maternal Psychological Stress (Krodha-Shokadı Mansika Bhava) On Fetal Development. *World Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*,2017; 6(4):828-35.
- Rondo PHC.** Maternal stress / distress and low birth weight, preterm birth and intra-uterine growth restriction: a review. *Curr Womems Health Rev* 2007; 3(1): 13-29.
- Rosand GM, Slinning K, Eberhard-Gran M, Røysamb E, Tambs K.** Partner relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy. *BMC Public Health* 2011; 11(1): 1-12.
- Sausenthaler S, Rzehak P, Chen CM, et al.** Stress-related maternal factors during pregnancy in relation to childhood eczema: results from the LISA Study. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2009; 19(6): 481- 7.
- Shishehgar S, Dolatian M, Majd HA, Bakhtiary M.** Perceived pregnancy stress and quality of life amongst Iranian women. *Global Journal of Health Science* 2014; 6(4): 270-7.
- Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O.** Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.* 2006; 1(2): 93-104.
- Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski A.** The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: a systematic review. *Women and Birth* 2015; 28(3): 179-93.
- Şahin EM, Kılıçarslan S.** Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* 2010, 27(1):51-8.
- Talge NM, Neal C, Glover V.** Antenatal maternal stress and long term effects on child neuro development: How and why? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007; 48 (3-4): 245-61.
- Taşkın L.** Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 13. Baskı. Ankara, Özyurt Matbaacılık, 2016:259-65.
- Tragea C, Chrousos GP, Alexopoulos EC, Darviri C.** A randomized controlled trial of the effects of a stress management programme during pregnancy. *Complementary Therapies in Medicine* 2014; 22(2): 203-11.
- Usta MG, Balıkcı A.** Prenatal stresin nörogelişimsel etkileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012; 4(1): 99-111.
- Van De Loo KF, Van Gelder MM, Roukema J, Roeleveld N, Merkus PJ, Verhaak CM.** Prenatal maternal psychological stress and childhood asthma and wheezing: a meta-analysis. *European Respiratory Journal* 2016; 47(1): 133-46.
- Van Os J, Selten JP.** Prenatal exposure to maternal stress and subsequent schizophrenia. The May 1940 invasion of The Netherlands. *Br J Psychiatry* 1998;172:324-6.
- Virit O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H.** Gebelikte Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek İle İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008;45(1):9-13.
- Walder DJ, Laplante DP, Sousa-Pires A, Veru F, Brunet A, King S.** Prenatal maternal stress predicts autism traits in 6 year-old children: Project Ice Storm. *Psychiatry Res* 2014; 219(2):353-60.
- Woods SM, Melville JL, Guo Y, Fan MY, Gavin A.** Psychosocial stress during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2010; 202(1): 61-7.
- Yali AM, Lobel M.** Stress-resistance resources and coping in pregnancy. *Anxiety, Stress and Coping* 2002; 15(3): 289-309.

YAZIM KURALLARI

Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 3 ayda bir olmak üzere yılda 4 kez yayınlanır. Yayın dili Türkçe ve İngilizce'dir. Dergide hemşireliğin tüm alanları ile ilgili bilimsel araştırma ve derleme yazılara yer verilir.

Dergide yayınlanmak üzere sunulan yazılar daha önce hiçbir yerde yayınlanmamış ve yayınlanmak üzere kabul edilmemiş olmalıdır. Eğer makalede daha önce yayımlanmış; alıntı yazı, tablo, resim vs. mevcut ise makale yazarı, yayın hakkı sahibi ve yazarlarından yazılı izin almak ve bunu makalede belirtmek zorundadır. Kongre ya da sempozyumda sunulmuş olan çalışmalarda bu durum ilk sayfada dipnot olarak belirtilmelidir.

Yazım kuralları ile ilgili gerekli görülen düzeltmeler editör ya da hakemler tarafından yapılabilir. Düzeltme için geri gönderilen yazılarda, hakemlerin ve editörün istemleri dışında değişiklikler yapılamaz.

Yazım kurallarına uygun olarak yazılmayan yazılar yayınlanamaz. Dergide yayınlanan yazılar için yazarlara bir ücret ödenmez. Yayınlanmak üzere dergiye sunulan yazılar yayınlanmasın yayınlanmasın geri gönderilmez. Ancak düzeltme istenen yazılar düzeltmenin yapılmasını sağlamak amacıyla geri gönderilebilir.

Dergide yayınlanan yazıların sorumluluğu yazı sahiplerine aittir. Yayınlanan yazılardan kaynak gösterilmek koşulu ile alıntı yapılabilir.

Bütün makaleler <http://e-dergi.atauni.edu.tr> adresine sunulmalıdır.

Yayınlanmak Üzere Dergiye Gönderilen Yazılarda Dikkat Edilecek Noktalar

1. Makaleler IBM uyumlu bilgisayarda, Microsoft Word 7.0 yazılım programında, Times New Roman yazı karakterinde, 11 punto ve 1.5 satır aralığı ile yazılmalıdır.
2. Makaleler sayfanın üst ve sol yandan 4'er cm, alt ve sağ yandan 3'er cm boşluk bırakılacak ve **toplam 14** sayfayı geçmeyecek şekilde hazırlanmalıdır. İlk sayfa hariç diğer sayfalar numaralandırılmalıdır.
3. Makalelerin başlığı 12 punto, büyük harflerle ve bold karakterde yazılmalıdır. Başlık en kısa anlatımla içeriği yansıtmalıdır.
4. Başlık sayfası; makale başlığı, yazışma yapılacak yazarın yazışma adresi, fax ve telefon numarası (cep telefonu numarası tercih nedenidir), e-mail adresini içermelidir. İkinci sayfaya makale başlığı, alt kısmına unvan kullanılmaksızın önce isim, sonra büyük harflerle soy isim yazılmalı, yazarlar birden fazla ise yan yana yazılmalıdır. Yazar(lar)ın unvan ve kurumları ilk sayfanın altına dipnot olarak aynı yazı karakterinde ve 10 punto ile yazılmalıdır.
5. Yazının başında en fazla 200 kelimelik Türkçe "ÖZET" ile İngilizce "ABSTRACT" yer almalıdır (10 punto ve italik karakterde). **Özet bölümü: Amaç, Yöntem, Bulgular ve Sonuçlar başlıkları altında yapılandırılmalıdır. Özette kısaltma olmamalı ve kaynak kullanılmamalıdır.** Türkçe özetin altında "Anahtar Kelimeler", İngilizce abstract'ın altında ise "Keywords" yazılmalı ve karşısında en az iki anahtar kelime olacak şekilde, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. Kelimeler birbirlerinden noktalı virgül (;) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler "Medical Subject Headings (MESH)"e uygun olarak verilmelidir (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>). Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri (TBT)'ne uygun olarak verilmelidir (<http://www.bilimterimleri.com>). Çalışmanın İngilizce adı küçük harflerle 10 punto ve bold karakterde yazılmalıdır.
6. **Araştırma yazılarında:** Giriş, Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular ve Tartışma, Sonuç ve Öneriler, Kaynaklar bölümleri yer almalı ve bölüm başlıkları büyük harflerle 11 punto ve bold, normal yazı karakterinde olmalıdır. Gereç ve yöntem kısmında araştırmanın türü, evren ve örnekleme, örnekleme yöntemi, veri toplama aracı, varsa hemşirelik girişimi, etik, araştırmanın sınırlılıkları yazılmalıdır.

Etik sorumluluk: İnsan ögesini kapsayan tüm araştırmalarda Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uyulması gerekmektedir. Bu tür araştırmalarda yazarlar makalenin gereç ve yöntem bölümünde bu ilkelere uygun olarak araştırmayı/çalışmayı yaptıklarını, etik kurulları varsa bu kurullardan yoksa ilgili makamlardan ve araştırmaya katılmış insanlardan bilgilendirilmiş onam aldıklarını belirtmek zorundadırlar. Eğer araştırma için maddi destek veya her hangi bir kurumdan fon sağlanmış ise yazarların belirtmeleri gerekmektedir. Makalelerin etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

İngilizce metinler; abstract, keywords, Türkçe özet, Türkçe başlık, anahtar kelimeler, introduction, methods, finding and discussion ve conclusion bölümlerini içermelidir. Methods bölümü design, population, sample, data collection, ethics vb. bölümleri kapsamalıdır.

7. Derleme yazılarında: Özet (Ortalama 200 kelime, bölümsüz, Türkçe ve İngilizce), konu ile ilgili başlıklar, kaynaklar bölümleri yer almalıdır.

Derleme yazıları; Hemşirelik ve Tıp alanında özellik gösteren her türlü konu için güncel literatürü de içine alacak şekilde hazırlanmalıdır. Yazarın o konu ile ilgili basılmış yayınlarının olması özellikle tercih nedenidir.

8. Yazılarda geçen kısaltmalar yazı içinde ilk kullanımlarında açık olarak yazılmalı ve hemen yanında parantez içinde kısaltılmış şekil verilmelidir.

9. Yazılardaki tablolar dikey çizgiyi içermemeli ve tablolar word programındaki tablo menüsünden yararlanılarak yapılmalı ve tablo sayısı 5'i geçmemelidir. Tablolar, tablodaki her bir değer, bir satır ve sütuna gelecek şekilde yazılmalı, kùsuratlar arasında virgül değil nokta olmalıdır. 95.88 gibi)

- ✓ Şekil, resim, tablo ve grafiklerin metin içinde geçtiği yerler ilgili cümlenin sonunda belirtilmelidir. Şekil, resim, tablo ve grafikler makale sonuna eklenmelidir.
- ✓ Net baskı elde edilebilmesi için, şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer .jpg veya .gif dosyası olarak (pixel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm eninde ve 300 çözünürlükte taranarak) yüklenmelidir.
- ✓ Kullanılan kısaltmalar şekil, resim, tablo ve grafiklerin altındaki açıklamada belirtilmelidir.
- ✓ Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak şekil, resim, tablo ve grafik açıklamasında belirtilmelidir.
- ✓ Resimler/fotoğraflar renkli, ayrıntıları görülecek derecede kontrast ve net olmalıdır.

10. Makalelerin yazım dilleri açık ve anlaşılır olmalıdır. Türkçe makalelerde Türk Dil Kurumu'nun Türkçe sözlüğü veya <http://www.tdk.org.tr> adresi ayrıca Türk Tıbbi Derneklerinin kendi branşlarına ait terimler sözlüğü esas alınmalıdır.

11. Teşekkür: Makalelerde, eğer çıkar çatışması, finansal destek, bağış ve diğer bütün editöryal (istatistiksel analiz, İngilizce/Türkçe değerlendirme) ve/veya teknik yardım varsa, metnin sonunda belirtilmelidir.

Metin İçinde Kaynak Kullanımı

Makalede bulunan yazar sayısı yedi veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, yedi veya daha fazla ise ilk altı isim yazılıp İngilizce makaleler için "et al", Türkçe makaleler için "ve ark." eklenmelidir

Metin içinde kaynak yazılımı iki şekilde olabilir:

a- Harmankaya, Pabuçcu, Dilek, Başer, Orhon ve Özgök (2001).....belirtmiştir.

Chung, Chu, Paoloni, O'Brien ve Demel (2007).....belirtmiştir.

Dexter, Applegate, Backer, Clayton, Keffer, Norton ve arkadaşlarının (1997) belirttiğine göre.....

b- Literatürde..... belirtilmiştir (Harmankaya, Pabuçcu, Dilek, Başer, Orhon ve Özgök 2001).

Literatürde belirtilmiştir (Chung, Chu, Paoloni, O'Brien and Demel 2007)

Literatürde belirtilmiştir (Dexter, Applegate, Backer, Clayton, Keffer, Norton et al. 1997)

Metin içinde birden fazla kaynak gösterildiğinde her bir kaynağın tarihinden sonra "noktalı virgül" kullanılmalıdır.

Örnek:araştırma bulguları ile benzerdir (Tanabe, Steinmann, Anderson, Johnson, Metcalf and Ring-Hurn 2004; Siderias, Guadio and Singer 2004).

Kaynakça Listesinde Kaynak Yazımı

- ✓ Metin sonunda kaynaklar ayrı bir liste olarak alfabetik sıra ile verilmeli ve 10 punto karakterinde yazılmalıdır.
- ✓ Makalede bulunan yazar sayısı 6 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, 7 veya daha fazla ise ilk 6 isim yazılıp İngilizce makaleler için “et al”, Türkçe makaleler için “ve ark.” eklenmelidir.
- ✓ *Kongre bildirileri, kişisel deneyimler, basılmamış yayınlar, tezler ve internet adresleri kaynak olarak gösterilmemelidir.*
- ✓ *DOI tek kabul edilebilir on-line referanstır.*

Kaynak yazımı için örnekler

Yazarlar kaynak yazılımında noktalama işaretlerine özellikle çok dikkat etmelidir.

Makale için: Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, makale ismi, dergi ismi, yıl, cilt, sayı, sayfa no’su belirtilmelidir (Cilt ile birlikte sayı mutlaka olmalıdır).

Tanabe P, Steinmann R, Anderson J, Johnson D, Metcalf S, Ring-Hurn E. Factors Affecting Pain Scores During Female Urethral Catheterization. *Academic Emergency Medicine* 2004;11(6):699-702.

Dexter P, Applegate M, Backer J, Clayton K, Keffer J, Norton B, et al. A Proposed Framework For Teaching and Evaluating Critical Thinking in Nursing. *Journal of Professional Nursing* 1997;13(3):160-7.

Dergi kaynağı bitiş numarası yazılırken tekrar eden numaralar yazılmamalıdır (Yanlış örnek :803-807; Doğru örnek: 803-7.)

Stephane A. Management of Congenital Cholesteatoma with Otoendoscopic Surgery: Case Report. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2010;30(2):803-7.

Kitap için: Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, editörün(lerin) ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.

Yabancı dilde yayınlanan kitaplar için

Underwood LE, Van Wyk JJ. Normal and aberrant growth. In: Wilson JD, Foster DW, eds. *Williams’ Textbook of Endocrinology*. 1 st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1992. p.1079-138.

Türkçe kitaplar için

Tür A. Acil Hava Yolu Kontrolü ve Endotrakeal Entübasyon. Şahinoğlu AH, editör. *Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri*. 2. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri;2003. p.9-16.

Yazar ve editörün aynı olduğu kitaplar için

Yazar(lar)ın/editörün soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.

Solcia E, Capella C, Kloppel G. Tumors of the exocrine pancreas. *Tumors of the Pancreas*. 2 nd ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1997. p.145-210.

Eken A. Kozmesötikler: Kozmetiklerle İlaçlar Arası Ürünler. *Kozmesötik Etken Maddeler*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2006. p.1-7.

Online kaynak kullanımı:

Bodur S, Filiz E. Validity and Reliability of Turkish version of ‘Hospital Survey on Patient Safety Culture’ and Perception of Patient Safety in Public Hospitals in Turkey. *BMC Health Services Research* 2010; 10:28. doi:10.1186/1472-6963-10-28

Makale Sunumu

Bütün makaleler <http://e-dergi.atauni.edu.tr> adresine sunulmalı.

JOURNAL OF ANATOLIA NURSING AND HEALTH SCIENCES

General Information

Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences is published four times a year. The journal publication's language is Turkish and English. The journal includes peer-reviewed original research, case report paper about all area of nursing.

All manuscripts should be submitted at: <http://e-dergi.atauni.edu.tr>

Author Guidelines

All submitted manuscripts are peer-reviewed. The manuscript should not already have been published in a journal and should not be under consideration by any other journal. Submission of an article implies that it is unpublished work and that the essential content of the article, including tables and figures, has not been and will not be submitted for publication elsewhere before a publication decision is made by this journal. The corresponding author is responsible for the entire content of the copy-edited article. The reviewers' reports are considered by the Editor who provides a summary report and a recommendation regarding publication. The journal makes no page charges for published article.

Manuscript Preparation

Three copies of the manuscript and a disk should be submitted on a PC-compatible disk in MS Word or as a text file. Manuscripts should be typed 11 fonts, 1.5-spaced, with standard margins (about 1 inch) white paper. Articles must be typewritten on one side of the page; pages should be numbered consecutively and centred in the down, except beginning with the title page. Papers should not exceed 14 pages, including abstract, tables, illustrations, and references.

The hierarchy of headings within the text should be clear, 12 fonts bold and short with capital letter. The heading must reflect content of manuscript.

Title page should contain heading of manuscript, the name and full address (including telephone- fax numbers, and email address) of the corresponding author.

Page 2 of the manuscript should include title of manuscript; down of title must be written the name(s) of the author(s), family name with 11 fonts. Title of the author(s) and the name(s) of the department(s) or institution(s) should be written with 10 fonts as footnote.

Page 2 of the manuscript should carry Turkish and English abstract, the each abstract not to exceed 150 words. The abstracts should be followed by minimal three key words or short phrases for Index Medicus purposes. The abstracts must be written as 10 fonts and italic.

Original research manuscript includes introduction, aim(s), methods, finding and discussion, and conclusions (those directly supported by data, along with any clinical implications).

Main headings (when the paper has either one or two levels of headings) use centred uppercase and lowercase letters (e.g., Method, Results, Discussion, and References). Each heading should being 11 fonts and bold.

Methods contain study design, number and type of subjects, study population, measurement, intervention, ethics consideration, study limitation and type of statistical analysis.

Abbreviations must be written clear in first time use, and abbreviation must be given in parenthesis.

All tables and figures should be placed in the main text. Tables should be numbered consecutively with Arabic numbers, 1/2-spaced, and have a title at the top. Tables should be done form word table menu, and they should not contain vertical lines.

References

The list of references should include only those references are used to the text. All citations in the text must be listed in the references, and all references should be cited in the text. Text references are cited in the author-date method in which the last name of the author and the year of publication are inserted in parentheses in the text. List of references must be given at the end of the text, in alphabetical order.

Citation of References

In the text the authors' names should be cited followed by the date of publication, e.g., Smith and Parker (1991). Where there are six or more authors, the six authors name followed by et al. should be written in the text, e.g., Tanabe, Steinmann, Anderson, Johnson, Metcalf and Ring-Hurn 2004, Head 2006, Chung, Chu, Paoloni, O'Brien and Demel 2007, Siderias, Guadio and Singer 2004)

Sample in-text citation:

Previous one study (O'Brien and Demel 2007)

Tanabe, Steinmann, Anderson, Johnson, Metcalf and Ring-Hurn (2004) found.....

References List

References appear on the page following the end of the text and must be sequenced alphabetically.

Journal Article

Journal references must include names and initials of all authors, title of article, name of journal spelled in, year of publication, volume number, issue number, first and last page number.

If there are six authors, all of these authors should be written.

For example:

Tanabe P, Steinmann R, Anderson J, Johnson D, Metcalf S, Ring-Hurn E. Factors Affecting Pain Scores During Female Urethral Catheterization. *Academic Emergency Medicine* 2004;11(6):699-702.

If there are six more authors the first six followed by et al.

For example:

Dexter P, Applegate M, Backer J, Clayton K, Keffer J, Norton B, et al. A Proposed Framework For Teaching and Evaluating Critical Thinking in Nursing. *Journal of Professional Nursing* 1997;13(3):160-7.

Book

For example:

Underwood LE, Van Wyk JJ. Normal and aberrant growth. In: Wilson JD, Foster DW, eds. *Williams' Textbook of Endocrinology*. 1 st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1992. p.1079-138.

Chapter in edited book, multiple editors

For example:

Solcia E, Capella C, Kloppel G. Tumors of the exocrine pancreas. *Tumors of the Pancreas*. 2 nd ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1997. p.145-210.

Online document

Bodur S, Filiz E. Validity and Reliability of Turkish version of 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' and Perception of Patient Safety in Public Hospitals in Turkey. *BMC Health Services Research* 2010; 10:28. doi:10.1186/1472-6963-10-28

Manuscript Submission

<http://e-dergi.atauni.edu.tr>

