

ISSN: 2618-625X  
e-ISSN: 2667-5765



# HALIÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

HALIÇ UNIVERSITY  
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES

**Cilt: 2 • Sayı: 3 • Tarih: 30 Eylül 2019**  
Volume: 2 • Issue: 3 • Date: 30 September 2019

<b>Haliç Üniversitesi Adına Sahibi</b> <i>Owner on behalf of Haliç University</i>	<b>Rektör Prof. Dr. Melek Güneş YAVUZER</b> Haliç Üniversitesi Rektörü
<b>Editör</b> <i>Editor-in-Chief</i>	Prof. Dr. Nur TUNALI
<b>Editör Yardımcısı</b> <i>Associate Editor</i>	Dr. Öğr. Üy. Berrak YIĞIT
<b>Editör Asistanları</b> <i>Assistant Editor</i>	Dr. Öğr. Üy. Dilek BAYKAL Öğr. Gör. Elif İrem GÜNAYDIN Öğr. Gör. Aysu Yıldız KARAAHMET Arş. Gör. Pınar ÖDEVOĞLU Arş. Gör. Berrak ERGÜDEN Arş. Gör. Hülya URFA
<b>Sorumlu Yazı İşleri Müdürü</b> <i>Publishing Manager</i>	Mustafa KILIÇASLAN Haliç Üniversitesi
<b>Yönetim Yeri</b> <i>Head Office</i>	Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
<b>Yazışma Adresi</b> <i>Corresponding Address</i>	Haliç Üniversitesi Sütluçe Mah. İmrahor Cad. No: 82 Beyoğlu – İSTANBUL Tel: +90 212 924 24 44 E-posta: sabd@halic.edu.tr
<b>İnternet Adresi</b> <i>Web Address</i>	<a href="http://dergipark.gov.tr/husagbilder">http://dergipark.gov.tr/husagbilder</a>
<b>Yayın Türü</b> <i>Publication Type</i>	Yerel Süreli / <i>Periodical</i> Ocak, Haziran ve Eylül aylarında olmak üzere yılda 3 sayı yayımlanır. Published three times a year, in January, June and September ISSN: 2618-625X e-ISSN: 2667-5765
<b>Asitsiz kâğıda basılmaktadır</b> <i>Printed on acid free paper</i>	Bu sayı 500 adet basılmıştır. This issue printed as 500 copies.
<b>Baskı</b> <i>Printing Press</i>	Aktif Matbaa ve Reklam Hizmetleri San. Tic. Ltd. Şti. Söğütluçeşme Mah. Halkalı Cad. No: 245/1-A Küçükçekmece / İstanbul Tel: +90 212 698 93 54 Sertifika No: 13978
<b>Basım Tarihi</b> <i>Publication Date</i>	30.09.2019
<b>Derginin Tarandığı Kaynaklar</b> <i>Index in</i>	<b>DergiPark</b> AKADEMİK
Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi <b>Haliç Üniv Sağ Bil Der</b> olarak kısaltılmaktadır.	

---

**Bölüm Editörleri**

*Section Editors*

Dr. Öğr. Üye. Seda Saka  
(Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Editörü)

Dr. Öğr. Üye. Zeynep Özerson  
(Beslenme ve Diyetetik Bölüm Editörü)

Dr. Öğr. Üye. Leman Kutlu  
(Ebelik Bölüm Editörü)

Prof. Dr. Necmiye Sabuncu  
(Hemşirelik Bölüm Editörü)

Dr. Öğr. Üye. H. İlhan Odabaş  
(Spor Yöneticiliği Bölüm Editörü)

Prof. Dr. Aysel Pehlivan  
(Antrenörlük Bölüm Editörü)

Dr. Öğr. Üye. İbrahim Turgay Turan  
(Rekreasyon Bölüm Editörü)

Prof. Dr. Ahmet Feridun Vural  
(Tıp Bilimleri Bölüm Editörü)

Dr. Öğr. Üye. Ferimah Yusufi Yılmaz  
(Hastane Ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Bölüm Editörü)

---

**Yayın Kurulu**

*Editorial Board*

Prof. Dr. Tahsin Beyzadeoğlu

Prof. Dr. Filiz Açıktur

Prof. Dr. Hatice Yorulmaz

Prof. Dr. Furkan Alkan

Prof. Dr. Anayit Margirit Coşkun

Doç. Dr. Çiğdem Bulgan

Dr. Öğr. Üye. Gülbahar Keskin

---

**Cilt: 2 • Sayı: 3 Hakem Listesi**

*Volume: 2 • Issue: 3 Reviewer List*

Prof. Dr. Filiz Açıktur / Haliç Üniversitesi

Doç. Dr. Yasemin Çırak / İstinye Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Berrak Yiğit / Haliç Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Seda Saka/ Haliç Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Leman Kutlu / Haliç Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Meral Madenoğlu Kıvanç / İstanbul Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Serpil Çolak/ İstanbul Medipol Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Fitnat Şule SAKAR / İstanbul Arel Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Nilgün Avcı / Bezmialem Vakıf Üniversitesi

---



## İçindekiler / Contents

---

### Derleme

- s. 1-12 Obezite ve Psikoloji  
Obesity and Psychology  
Merve ŞENGÖNÜL, İrem ÖZAY ARANCIOĞLU,  
Çiğdem YILDIRIM MAVİŞ, Berrak ERGÜDEN

### Klinik Çalışma

- s. 13-22 Sigara Kullanımının İzole Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçirmiş Olgularda Entübasyon Süresi ve Hastanede Kalış Üzerine Etkisi  
The Effect of Cigarette Use on Intubation Duration and Hospital Stay in Patients with Isolated Coronary Artery Bypass Graft Surgery  
Figen İNCE, Serpil ÇOLAK, Serkan ETİ
- s. 23-43 İdiyopatik Skolyozlu Adölesanlarda Korse Kullanımının Vücut Algısı, Yaşam Kalitesi ve Stres Üzerine Etkisi  
Effect of Corset Use on Body Perception, Quality of Life and Stress in Adolescents with Idiopathic Scoliosis  
Berrak YİĞİT , Gizem GÜLER
- s. 45-71 Kars İli Merkezde Evde Sağlık Bakım Hizmeti Alan Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri ve Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı  
Demographic Characteristics and Satisfaction Rate of Patient' Relatives Receiving Home Health Care Services in Kars City Center  
Neriman GEY, Onur YARAR

s. 73-79 Yeni Doğanlarda İşitme Tarama Sonuçlarının  
Değerlendirilmesi: Karaman İli Örneği  
Evaluation of Hearing Screening Results in Newborns:  
Karaman Sample  
İdris ÇILDIR

## Obezite ve Psikoloji

Merve ŐENGÖNÖL<sup>1</sup>, İrem ÖZAY ARANCIOĞLU<sup>1\*</sup>,  
Çiğdem YILDIRIM MAVİŞ<sup>1</sup>, Berrak ERGÖDEN<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul, Türkiye

**Geliş Tarihi:** 18.07.2019

**\*Sorumlu Yazar e mail:** iremozay@gmail.com

**Kabul Tarihi:** 19.09.2019

### Özet

Obezite günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ölkelerin önemli sağlık sorunlarından birisidir. Obezite oranı her geçen gün artarken beraberinde sağlık sorunlarını ve ekonomik sorunları getirebilmektedir. Ayrıca yağ kütlesinin artmasına bağlı olarak oluşan hastalıklar kişinin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Obezite tedavisinde kişiye özel yöntemler uygulanmalıdır. Fiziksel inaktivite ve dengesiz beslenme, diabet, tansiyon hastalığı, kalp hastalıkları gibi hastalıkların oluőmasına neden olabilmektedir. Yaşamı daha sağlıklı ve kaliteli hale getirmek için yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarının kazanılması gerekmektedir. Aslında bu bir hayat tarzı olarak benimsenmeli düzenli yapılan egzersiz ile desteklenerek ruh sağlığının iyi olmasına katkı sağlamaktadır. Bireylerde yeme davranışı içinde bulunduğu üzüntü,neőe,öfke gibi ruhsal durumlara göre değişiklik göstermektedir. Özellikle depresyon,stres durumlarında yeme miktarında artma görölebilmektedir. Benlik saygısı bireyin kendisine verdiği değerle ilgilidir. Bireyin kendisine verdiği değer benlik saygısını etkileyebilmektedir. Bireylerin obez bireylere karşı tutumları, negatif duyguların oluőmasına neden olurken benlik saygısının azalması ile olumsuz beden algısına sebebiyet verebilmektedir. Düşük benlik saygısı, beden algısı ve depresyona etki eden faktörlerin gözden geçirilerek; ruhsal durumun ve beden algısının düzeltilmesi ve benlik saygısının artırılması için gerekli tedavilerin verilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Obezite, Depresyon, Beden Algısı, Benlik Saygısı

**Atıf:** Őengönöl M, Arancioğlu İÖ, Maviş ÇY, Ergüden B. Obezite ve Psikoloji. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;2(3) 1-12

**To cite this article:** Őengönöl M, Arancioğlu İÖ, Maviş ÇY, Ergüden B. Obesity and Psychology, Haliç University Journal of Health Sciences, 2019;2(3) 1-12

## Obesity and Psychology

### Abstract

Obesity is one of the most important health problems of both developed and developing countries. Obesity rate increases day by day, it can bring health problems and economic problems. In addition, diseases caused by the increase of fat mass negatively affect the quality of life of a person. In the treatment of obesity, personalized methods should be applied. Physical inactivity and unbalanced nutrition can lead to diseases such as diabetes, blood pressure disease and heart diseases. In order to make life healthier and more quality, adequate and balanced eating habits should be gained. In fact, this should be adopted as a lifestyle and is supported by regular exercise contributes to good mental health. The eating behavior of individuals varies according to the mood, joy and anger. Especially in depression and stress situations, an increase in the amount of food can be seen. Self-esteem is related to the value given to the individual. The value given to the individual by itself can affect self-esteem. While individuals attitudes towards obese individuals cause negative emotions, they can cause self-esteem and negative body perception. Reviewing the factors affecting low self-esteem, body perception and depression; the treatment of mental state and body perception and treatment of self-esteem should be given.

**Keywords:** Obesity, Depression, Body Perception, Self-esteem

### 1. Giriş

Obezite günlük alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olmasından kaynaklanan ve vücut yağ dokusunun artması ile karakterize olan kronik bir hastalıktır (1). Obeziteyi sınıflandırmak için en çok ağırlığın boyun metre cinsinden bölünmesiyle ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) elde edilen beden kütle indeksi (BKİ) değeri kullanılmaktadır (2). Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu sınıflandırmaya göre, BKİ'nin 18,5'in altında olması zayıf, 18,5-24,9 arasında olması normal kilolu, 25-29,9 arası olması fazla kilolu, 30-34,9 arası 1. derece obez, 35-39,9 arası 2. derece obez, 40 ve üzeri ise 3. derece (morbid) obez olarak değerlendirilmektedir (1, 3).

Obezite, kardiyovasküler ve endokrin sistem başta olmak üzere vücudun tüm organ ve sistemlerini etkileyerek çeşitli fizyopatolojilere



ve hastalıklara yol açabilen önemli bir sağlık problemidir. Obezitenin oluşmasında genetik, sosyoekonomik koşullar, çevresel faktörler ve beslenme alışkanlıkları etkili olduğu gibi, psikolojik sorunlar da etkili olmaktadır. Obezite ile ilgili gözlemlenen önemli sorunlardan birisi de depresyondur. Aşırı kiloluluk ve obezite prevelansı gittikçe artmakta ve depresyon, özgüven eksikliği ile davranış sorunlarına neden olabilmektedir (4). Yapılan bir çalışmada obez bireylerde depresyon gelişme riskinin normal ağırlıkta olan bireylere göre daha yüksek olduğu ve depresyonlu bireylerde ise obezite gelişme riskinin depresyonu olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte zayıflığın da depresyonu artırıcı etkisi olduğu saptanmıştır (5). Obezite depresyonla ilişkili olmakla birlikte benlik saygısı ve beden algısı ile de ilişkilidir (6). Çünkü obezite depresyon riskini artırıcı etkisinin yanı sıra bedenden hoşnutsuzluğu artırarak benlik saygısını azaltıcı etkisi bulunmaktadır. Benlik saygısı, kişinin kendini tanıması, gerçekçi olarak değerlendirmesi ve kendini olduğu gibi kabul edip, benimsemesidir. Kişinin kendisine karşı sevgi, saygı ve güven duygularını ifade etmektedir. Obez bireylerde ise düşük beden saygısının ve olumsuz beden algısının bir arada olduğu görülmektedir (7). Benlik saygısı, bireyin kendisine yönelik tutumu olumlu ise yüksek benlik saygısı olarak ifade edilirken; olumsuz tutumlar ise düşük benlik saygısı olarak ifade edilmektedir (8).

Obezite; günümüzde sadece gelişmiş ülkelerde görülürken, günümüzde gelişmekte olan ülkelerde de sıkça görülmeye başlanmıştır. Bunun sebepleri; artan gelir düzeyi, batılı yaşam tarzının benimsenmiş olması, beslenme alışkanlıklarında görülen değişimler, artan teknolojiyle tüketilen enerjinin azalması gibi etkenlerdir (9). Özellikle batılı yaşam modelini benimsemiş olan ülkelerde bir epidemi halini aldığı görülmektedir. Obezite oldukça sık rastlanan, multifaktöriyel çevresel ve genetik faktörlerin ortak olduğu kronik bir hastalıktır (10).

Bu araştırma, çok faktörlü global bir sağlık sorunu olan obezitenin, yine global sağlık sorunlarından olan psikolojik rahatsızlıklar ile ilişkisini irdelemek amacı ile yapılmıştır. Böylece birbiri ile etkileşim

halinde olan iki önemli rahatsızlığın çözümüne yönelik araştırmalara ışık tutulabileceği düşünülmektedir.

## 2. Gereç ve Yöntem

Literatür taraması amacı ile Science Direct, Ebsco, Pubmed, Web of Science veritabanları kullanılmıştır. Araştırma, Şubat 2019 - Mayıs 2019 tarihleri arasında “Obezite”, “Psikoloji”, “Depresyon”, “Benlik saygısı” anahtar kelimeleri kullanılarak 73 adet makaleye erişilmiştir. Konuya ilişkin genel kabul görmüş bilgilerin yer aldığı çalışmalar da derlemeye dahil edilmiştir. Beslenme konusu ile ilişkilendirilebilen araştırmalar sınırlandırılmış ve 38 adet çalışma elde edilmiştir.

## 3. Tartışma

### 3.1. Obezite

Obezitenin en belirgin özelliği vücutta yağ dokusu oranının artmasıdır. Vücut yağ dokusunun erkeklerde %25’in, kadınlarda ise %30’un üzerinde olması obezite varlığını göstermektedir. İdeal ağırlıkta olan bir yetişkinin vücudunda yaklaşık 25 milyar kadar yağ hücresi bulunmaktadır. Bu hücreler bir araya gelerek vücut yağ dokusunu oluştururlar. Ancak yağ dokunun hücre sayısı ve büyüklüğü yaşam boyu aynı kalmadığı için beslenme ve enerji tüketimine bağlı olarak yağ doku büyüyüp küçülebilir. Alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olması durumunda, biriken yağ hücreleri bölünür ve sayıları hızla artarak obezite oluşumuna neden olurlar (11). ABD’de Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) tarafından yürütülen NHANES (ABD-Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması) çalışmasında, ‘2003-2004 yıllarında obezite prevalansı erkeklerde %31,1, kadınlarda %33,2 iken 2005-2006 yıllarında erkeklerde %33,3, kadınlarda ise %35,3 olarak belirtilmiştir (5). Yine NHANES verilerine göre ABD’de 2009-2010 yıllarında yetişkinlerin %35,7’sinin, 2015-2016 yıllarında ise

yetişkinlerin %39,8'inin obez olduğu bildirilmiştir (12). Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Çalışmasında (TUR-DEP II) obezite prevalansı kadınlarda %29,9, erkeklerde %12,9 olarak bulunmuş olup aynı çalışmada santral obezite prevalansı kadınlarda yaklaşık %48, erkeklerde %17 olarak saptanmıştır (13). Türkiye Obezite Araştırma Derneği (TOAD) tarafından yapılan, 'Türkiye Obezite Profili' adlı çalışmada bireylerin yaklaşık %31'inin normal BKİ'ye sahip olup, %40'ının hafif şişman, %29,5'inin ise şişman olduğu belirtilmiştir (14). Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış olan 'Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010' raporuna göre Türkiye'de obezite sıklığı erkeklerde %20,5, kadınlarda %41,0 toplamda ise %30,3 olarak bulunmuştur (15). Genetik çalışmalar sonucunda ortaya çıkan bulgular bireylerde aşırı kilo veya obezitenin aileden kaynaklanabileceği, deoksiribonükleik asit (DNA)'ın ve genlerin bireylerin obeziteye yatkınlıklarının belirlenmesinde rol oynayabileceğini hatta bazı DNA elementlerinin obezite ile doğrudan ilişkisi bulunduğunu belirtmektedir (16). İkiz bireyler ile gerçekleştirilen çeşitli çalışmalar, obezitede güçlü bir genetik komponentin varlığını desteklemektedir. Evlatlık verilen ve her biri kendi ailesiyle yetişen ikizlerin, ayrı çevrede yetişmesine rağmen şişman oldukları belirlenmiştir (10, 17).

Obezite etiolojisindeki önemli faktörlerden birisi de ebeveynlerin obez olmasıdır. Her iki ebeveyni obez olan çocuklarda obezite gelişme sıklığı %80, ebeveynlerden birisi obez olanlarda %40, her iki ebeveyni de obez olmayanlarda ise %7 olarak görülmüştür. Aşırı obezite riski (BKİ>45 kg/m<sup>2</sup>), aşırı obez kişilerin ailelerinde 8 kat daha yüksek bulunmuş olup, Kanada'da 15.245 kişiyle yapılan bir çalışmada, obezitenin ailesel riskinin obezlerin akrabalarında, genel topluma göre 5 kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir (18). Çevresel faktörlerin de obezite oluşumunda etkili olduğu görülmektedir. Enerji alımı ve harcanması vücut ağırlığında değişimlere neden olabilmektedir. Günlük yaşamda ucuz, lezzetli, kolay erişilebilir ve yüksek enerjili gıdaların alımı gittikçe artmakta ve fiziksel aktivite azalmakta olup obezite nedenlerinden olabilmektedir. Çocukluk döneminde aileden

ayrılma, depresyon, düzensiz aile ilişkileri, kötü aile içi ilişkiler, çocukluk çağı obezitesine sebeplerindedir. Bununla birlikte ailenin beslenme alışkanlığı, kötü beslenme, hormonal ve metabolik bozukluklar obeziteye sebep olabilecek etmenlerindedir (19). Genel olarak sosyo-ekonomik düzeyde azalmanın obezite ve anormal yeme davranışını artırdığı belirtilmektedir (20). Teknoloji ve ulaşımdaki değişimler günlük yaşamda fiziksel aktivitenin azalmasına neden olmakta ve televizyon, bilgisayar başında harcanan zaman bireyleri pasifleştirmektedir (15). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde artan iş yükü ve çalışma saatleri, bireylerde stres artışına ve bireyin yemek yeme sıklığı da artışa neden olmaktadır (21).

Dünya sağlık örgütü; vücut ağırlığının korunmasında enerji metabolizmasının düzenli fiziksel aktivite ile dengelendiğini ve fiziksel aktivitenin, enerji döngüsünün önemli bir parçası olduğunu belirtmiştir. Fiziksel aktivitenin azlığı, obezitenin en önemli nedenlerinden biridir (22). Ekonomik olarak gelişmiş toplumlardaki bireyler, gelişmekte olan toplumlara göre daha çok obez olma eğilimi göstermektedirler. Modern toplumlarda insanların giderek daha obez olduklarını gösteren örnekler bulunmaktadır (18). Hareketsiz yaşam tarzı ve günlük harcanan enerjinin azalması, fazladan alınan enerji günümüzde teknolojinin günden güne artması ile insanların yaşamı daha hareketsiz bir hale gelmiştir (23). Bireylerin öğün bazında beslenme anlayışları obeziteye neden olabilmektedir. Sağlıklı beslenebilmek için üç ana öğün tüketmek ve ara öğünler ile ana öğünleri desteklemek gerekmektedir.

### 3.2. Obezite ve Depresyon

Günümüzde depresyon ve obezite iki büyük sağlık problemlerindedir. Depresyon, yorgunluk ve güçsüzlük gibi duyguların önemli nedeniyken, obezite ise mortalitenin temel sebebidir (24). Obezite, benlik saygısında azalma, beden üstünde kontrolü yitirme, yaralanma, suçluluk duyguları gibi psikolojik sorunlara yol açabilmektedir. Ayrıca ağırlık kaybı ve kaybedilen ağırlığın korunması üzerindeki

psikolojik engelleri de meydana getirebilmektedir (25). Depresyon, kızgınlık, kaygı ve yalnızlık gibi duygular, duygusal yeme davranışlarına sebep olabilmektedir. Depresyon, yorgunluk ve stresin, bireyin yeme davranışını arttırdığı, korkular, ağrılar ve gerilimlerin ise yeme davranışını azalttığı düşünülmektedir (26). Yakın birinin ölümü, yaşanan stres, travmatik olaylar ya da depresyonun olumsuz etkileriyle bireylerin ağırlık kazandığı görülebilmektedir (27). Depresyon ve psikolojik problemler obez hastalarda diyabet, hipertansiyon gibi tıbbi komplikasyonlara göre daha az önemslenmekte ve göz ardı edilebilmektedir. Obezitenin psikolojik faktörler ve psikiyatrik hastalıklarla ilişkisi birçok araştırmayla ortaya konmuştur (24).

### **3.3. Obezite, Beden Algısı, Benlik Saygısı**

Obez bireylerde düşük benlik saygısı kişinin kilolu olmak konusunda yaşadığı kaygılarla ilgili olduğu ile açıklanmaktadır (28). Obezite beden algısı bozukluğuna neden olarak benlik saygısını azaltabilmekte ve kilolu bireyler beden imgelerini kötü algılayarak başkalarının ona davranışlarını da olumsuz yorumlayabilmektedir. Bu nedenle bireylerin benlik saygılarının azalması depresyon ile sonuçlanabilmektedir (29). Duygusal yeme, duygusal sıkıntının yaşandığı durumlarda bunu azaltmak için gerçekleşmektedir. Stres, duygusal yemenin temel sebeplerindendir ve stresle başa çıkabilmek için gıda tüketimine olan yönelim duygusal açlıkla açıklanabilmektedir (30). Öfke, korku, hüzn ve sevinç gibi duygu durumları besin seçimini etkileyebileceği gibi gıdayı çiğneme hızı, tüketilen gıdanın miktarı ve sindirimini de etkileyebilmektedir (31). Duygusal durumlar tüketilen besin ve miktarını etkilemekte, bu da daha sonraki besin alımlarını etkileyebilecek duygusal sonuçları doğurabilmektedir (32). Bir çalışmada beden memnuniyetsizliği olan obez çocukların, beden memnuniyetsizliği olmayan obez çocuklara ya da normal kilolu gruba göre düşük benlik saygısı ve yüksek depresif belirtiler gösterdiği görülmüştür (33).

Obez bireyler üzerinde gerçekleştirilen “BKİ’nin benlik saygısı ile beden algısı üzerindeki etkisi” nin incelendiği bir çalışmada, BKİ sınıflamasına göre obezite arttıkça benlik saygısının ve beden algısının azaldığı görülmüştür. Benlik saygısının düşük olmasını etkileyen faktörler arasında ayrıca yaş, eğitim, çalışma durumu ve alkol kullanımının etkisi varken; beden algısının düşük olmasında BKİ, yaş ve algılanan gelir düzeyi etkili olmaktadır (18). Aşırı kilolu ve obez kadınlar, normal ağırlığa sahip kadınlara göre bedenleriyle ilgili daha fazla memnuniyetsizlik yaşamaktadırlar (34). Kendilerini fiziksel açıdan pozitif değerlendiren kişiler, ilişkilerinde daha özgüvenli olup işlerinde daha başarılı olmaktadır. Fiziksel açıdan kendilerini olumlu görmeyen insanlar ise yaşamlarının çeşitli dönemlerinde ya da sürekli olarak huzursuz, özgüvensiz ve değersizlik duyguları içindedirler. Beden algısı, zihnimizde biçimlendirdiğimiz kendi bedenimizin bize nasıl görüldüğüyle ilgilidir. Beden algısı, çocuğun kendisini kendi olmayanlardan ayırt etmeye başladığı birinci yaştan itibaren sürekli gelişir (35). Benlik saygısı bireyin toplum içindeki davranışlarını etkileyerek bireyin sahip olduğu yetenek ve kapasitesini pozitif bir durum olarak görmesi ve olumlu benlik algılamasıdır (36). Benlik saygısı kavramının bilişsel, duygusal, bedensel gibi birçok yönü bulunmaktadır. Bireyin kendini değerli hissedebilmesi, yeteneklerini kullanabilmesi, başarılı olabilmesi, benlik saygısının gelişmesinde etkili olmaktadır (37).

### **3.4. Obezitede Tedavi Yaklaşımı**

Obezite tedavisi bir ekip işi olup obeziteye bağlı morbidite ve mortalite risklerinin azaltılması, hastaya yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığının kazandırılması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır. Obezite tedavisi hem hasta hem de sağlık ekibi için, sabırlı olunması gereken uzun bir süreçtir. Tedavinin temelini eğitim, yeterli ve dengeli beslenme programı, egzersiz ve davranış tedavisini içine alan yaşam tarzı değişikliği oluşturmaktadır. Bunun dışında tıp doktoru denetiminde ilaç tedavisi ile hastaya motivasyon kazandırılarak

başarı oranı yükseltilebilir. Bunlara rağmen sonuç alınamıyorsa sağlık ekibi cerrahi tedavi seçeneği düşünülebilir. Sağlıklı yaşam tarzı, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite ve spor konusunda eğitim verilmesi ayrıca hastaların bir araya gelmeleri, birbirlerine destek vermeleri motive olmalarına yardımcı olabilir (38).

#### 4. Sonuç

Obezite birçok farklı nedeni olabilen bir hastalıktır. Tüm dünyada ve ülkemizde obez birey sayısı günden güne artmaktadır. Obezitenin oluşmasında genetik, çevresel, fiziksel birçok faktör etkili olmaktadır. Gelişen teknolojiyle birlikte bireylerin fiziksel aktivitelerinde azalmalar meydana gelmiştir. Bireylerin günlük hayatta yaşadığı sıkıntı, stres, yas süreci gibi durumlar ruh sağlığını etkileyerek obeziteye neden olabilmektedir. Obezite kendisiyle birlikte birçok hastalığa örneğin; kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, düşük benlik saygısı, depresyon ve kanser türlerine neden olmaktadır. Dolayısıyla obezitenin önlenmesi ve tedavisinde genetik, endokrinoloji, beslenme, fizik tedavi, spor ve psikososyal yardım gibi birçok farklı alandaki sağlıkçılardan oluşan multidisipliner bir ekiple bireylere yaklaşılarak hayat boyu destek verilmelidir. Obezitenin önlenmesi ve tedavisindeki asıl basamak bireylerin sağlıklı beslenme alışkanlığını kalıcı olarak kazandırılmasıdır.

#### Kaynaklar

- (1) World Health Organization Geneva SW. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation presented at the World Health Organization, **1998**, June 3–5, Geneva, Switzerland.
- (2) Barlow S.E., Dietz W.H.P., Obesity evaluation and treatment: expert committee recommendations, *Pediatrics*, **1998**, 102(3);29-4.
- (3) Girgin E., Obez Bireylerde Duygusal Yeme Davranışının Beslenme Durumuna Etkisi. Yüksek Lisans Tezi; Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2018**.
- (4) Dallar Y., Erdeve Ş.S., Çakır İ., Köstü M., Obezite, çocuklarda depresyon ve özgüven eksikliğine neden oluyor mu? *Gülhane Tıp Dergisi*, **2006**, 48(1);1-3.

- (5) Johnson C.L., Paulose-Ram R., Ogden C.L., Carroll M.D., Kruszan-Moran D., Dohrmann S.M. ve ark., National health and nutrition examination survey. Analytic guidelines 1999-2010, **2013**.
- (6) Telch C.F., Agras W.S., Obesity, binge eating and psychopathology: are they related? *International Journal of Eating Disorders*, **1994**, 15(1);53-61.
- (7) Çuhadaroğlu F., Adölesanlarda Benlik Saygısı. Uzmanlık Tezi; Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, **1986**.
- (8) Tekdemir Ş.Ç., Bir eğitim ve araştırma hastanesinin obezite polikliniğine başvuran obez bireylerin beden algılarının benlik saygısı üzerine etkisinin değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi; Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2013**.
- (9) Satman İ., Yumuk, V.D., Bayram, F., Bahçeci, M., Araz, M., Sönmez, A., Peker, Y. ve Küçükerdönmez, Ö., Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, **2017**, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.
- (10) Gedik O., Metabolizm. Obezite ve çevresel faktörler, *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, **2003**. 2;1-4.
- (11) Özpınar H., Beslenme ve Diyet Temel İlkeleri. İstanbul Tıp Kitapevi. İstanbul: **2011**.
- (12) Ogden C., Carroll M., Kit B., Flegal K., Prevalence of obesity among adults: United States, 2011-2012. NCHS Data Brief no. 131. **2015**.
- (13) Satman İ., Alagöl F., Ömer B., Kalaca S., Tütüncü Y., Çolak N., Türkiye diyabet, hipertansiyon, obezite ve endokrinolojik hastalıklar prevalans çalışması (TURDEP II). **2011**.
- (14) <http://www.oecd.org/health/49716427.pdf>, Erişim Tarihi: 08.09.2019
- (15) Anonim, Türkiye beslenme ve sağlık araştırması 2010. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, **2014**; (931).
- (16) Koban B., Vural E., Işıtmangil G., Gönenç I., The effects of nutrition, other environmental factors and microbiota on the epigenetics of obesity, *The Journal of Turkish Family Physician*, **2017**, 8(4);108-17.
- (17) Ali İ., Arslan N., Estimated anthropometric measurements of Turkish adults and effects of age and geographical regions, *International Journal of Industrial Ergonomics*, 865 **2009**, 39(5);860-5.
- (18) Hamurcu P., Obez bireylerde benlik saygısı ve beden algısının değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi; Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2014**.
- (19) Wang Y., Monteiro C., Popkin B., Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia, *Am J Clin Nutr*, **2002**, 75(6);971-7.



- (20) İskender M., Tura G., Akgül Ö., Turtulla S., The relationship between the family environment, eating behavior and obesity for the secondary school students Orta okul öğrencilerinde aile ortamı, yeme tutumu ve obezite durumları arasındaki ilişki, *Journal of Human Sciences* , **2014**, 11(2);10-26.
- (21) Güven S.P., Obezitenin Temel Boyutları, Diyarbakır’da Obezite ve Obeziteye Karşı Alınması Gereken Önlemler. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, **2014**.
- (22) Lubrano C., Genovesi G., Specchia P., Costantini D., Mariani S., Petrangeli E. ve ark., Obesity and metabolic comorbidities: environmental diseases? 2013, *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*, **2013**, 1–9.
- (23) Baysal A., Beslenme. Hatipoğlu Yayınları 14. baskı. Ankara:**2002**.
- (24) Assari S., Disparities E.H., Association between obesity and depression among American Blacks: role of ethnicity and gender, **2014**. 1(1);36-44.
- (25) Sönmez Ö., Obezite ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Araştırılması, Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi; Mersin, **2018**.
- (26) Canetti L., Bachar E., Berry E., Food and emotion, *Behavioural Processes*, **2002**, 60(2);157-64.
- (27) Kaya Gündüz G., Obezite tanısı almış kadınların obezite dereceleri ile problemleri yeme davranışları arasındaki ilişki, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, **2016**.
- (28) Arman A., Obez kadınlarda benlik saygısının beden imgesi üzerindeki etkisinde biçimleyici değişkenlerin incelenmesi. Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, **2013**.
- (29) Çetintaş M., Depresif Fazla Kilolu ve Obez Kadınların Diyet Tedavisi Sonucunda Psikolojik Durumlarının Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, **2016**.
- (30) Verzijl C.L., Ahlich E., Schlauch R.C., Rancourt D., The role of craving in emotional and uncontrolled eating, *Appetite*, **2018**, 123;146-51.
- (31) Macht M., How emotions affect eating: a five-way model, *Appetite*, **2008**, 50(1);1-11.
- (32) Gibson E.L., Emotional influences on food choice: sensory, physiological and psychological pathways, *Physiology & Behavior*, **2006**, 89(1);53-61.
- (33) Shin L., Bregman H., Frazier J., Noyes N., An overview of obesity in children with psychiatric disorders taking atypical antipsychotics, *Harv Rev Psychiatry*, **2008**, 16(2);69-79.
- (34) Schwartz M.B., Brownell K., Obesity and body image, *Body Image*, **2004**, 1(1);43-56.

- (35) Karşlı H.G., Obez Bireylerde Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, **2017**.
- (36) Cengiz Y., Obez Ergenlerde Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Ruhsal Durum Değerlendirmesi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi; İstanbul, **2011**.
- (37) Esen Ö., Obezite Tanısı Almış Bireylerde Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Haliç Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, **2017**.
- (38) Leibbrand R., Fichter M.M., Maintenance of weight loss after obesity treatment: is continuous support necessary? Behaviour Research and Therapy, **2002**, 40(11);1275-89.

**Klinik Çalışma**

**Sigara Kullanımının İzole Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçirmiş Olgularda Entübasyon Süresi ve Hastanede Kalış Üzerine Etkisi**

Figen İNCE<sup>1\*</sup>, Serpil ÇOLAK<sup>1</sup>, Serkan ETİ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup> İstanbul Medipol Üniversitesi, Meslek Yüksekokulu, Bilgisayar Programcılığı, İstanbul, Türkiye

**Geliş Tarihi:** 29.04.2019

**\*Sorumlu Yazar e mail:** figen.ince@windowslive.com **Kabul Tarihi:** 05.08.2019

**Özet**

Sigara içimi koroner arter hastalığı (KAH), miyokard enfarktüsü ve kardiyak ölüm nedenleri için güçlü bir risk faktörüdür. Koroner Arter Bypass Greft (KABG) cerrahisi KAH tedavisinde önemli bir araçtır. Sigara ile ilişkili genel sağlık risklerine ek olarak, KABG hasta grubunda sigara içenlerde gecikmiş yara iyileşmesi, pulmoner komplikasyonlar ve mortalite gibi postoperatif komplikasyonlara sahip olma riskleri daha yüksektir. KABG'den sonra uzamış entübasyon süresi hastaların artan morbiditesi ve mortalitesi ile yakından ilişkilidir. Bu durum hastane ve yoğun bakım ünitesinde daha uzun süreli kalışlara sebep olur ve hizmet için daha fazla maliyet oluşturur. KABG cerrahisinde aynı protokol uygulanmasına rağmen olgular arasında hastanede kalış süresi farklılık gösterebilir. Bu grup hastada uzamış entübasyon ve hastanede kalış süresinin belirleyicilerini tanımlamak bakımın yönetimini optimize etmek için önemlidir. Retrospektif nitelikli bu çalışmanın amacı izole KABG ameliyatı geçiren sigara hiç içmemiş, eski içici ve hala içen olgularda entübasyon ve

**Atf:** İnce F, Çolak S, Eti S. Sigara Kullanımının İzole Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçirmiş Olgularda Entübasyon Süresi ve Hastanede Kalış Üzerine Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;2(3) 13-22

**To cite this article:** İnce F, Çolak S, Eti S. The Effect of Cigarette Use on Intubation Duration and Hospital Stay in Patients with Isolated Coronary Artery Bypass Graft Surgery. Haliç University Journal of Health Sciences, 2019;2(3) 13-22

hastanede kalış süresi değerlendirilmesidir. Ekim 2016-Temmuz 2018 tarihleri arasında izole KABG ameliyatı geçiren olguların postoperatif verileri retrospektif olarak incelendi. Olguların entübasyon süresi saat, hastanede kalış süresi ise gün olarak kaydedildi. Araştırmaya dahil edilen tüm olgular ‘‘hiç içmemiş’’, ‘‘eski içici’’ veya ‘‘hala içiyor’’ olarak 3 gruba ayrıldı. İzole KABG ameliyatı olan toplam 123 olgu (98 erkek ve 25 kadın, ortalama 63,1 yaş) analiz edildi. Olguların 39’u (%31,7) hiç içmemiş, 41’i (%33,3) eski içici, 43’ü (%34,9) hala içiyor. Sigara kullanımı ile entübasyon ve hastanede kalış süresi arasında anlamlı bir ilişki ( $p>0,05$ ) saptanmadı. Cinsiyet ile entübasyon ve hastanede kalış süresi arasında anlamlı bir ilişki ( $p>0,05$ ) saptanmadı. Entübasyon süresi ile hastanede kalış süresinin istatistiksel olarak pozitif ( $r=0,414$ ;  $p=0,01$ ) ilişkili olduğu saptandı. KABG ameliyatı geçiren olgularda entübasyon süresi ile hastanede kalış süresi ilişkilidir. Bu çalışmada sigaranın entübasyon ve hastanede kalış süresi üzerine etkisi olmamakla birlikte sigaranın etkinliğini değerlendirmek için daha geniş olgu sayısı ile nikotin bağımlılık seviyesi ve paket yıl kullanımı analiz edilerek ileri araştırmalar yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Entübasyon süresi, Hastanede kalış süresi, Koroner arter bypass greft cerrahisi, Sigaranın etkisi

## The Effect of Cigarette Use on Intubation Duration and Hospital Stay in Patients with Isolated Coronary Artery Bypass Graft Surgery

### Abstract

Smoking is a strong risk factor for coronary artery disease (CAD), myocardial infarction and causes of cardiac death. Coronary Artery Bypass Graft (CABG) surgery is an important tool in the treatment of CAD. In addition to the overall health risks associated with smoking, the risk of postoperative complications such as delayed wound healing, pulmonary complications, and mortality in smokers in the CABG patient group is higher. The duration of prolonged intubation after CABG is closely related to the increased morbidity and mortality of patients. This leads to longer stays in the hospital and intensive care unit and creates more costs for service. Although the same protocol is used in CABG surgery, the length of hospital stay may vary between cases. Identifying the determinants of prolonged intubation and length of stay in this group of patients is important to optimize the management of care. The aim of this retrospective study was to evaluate intubation and length of hospital stay in patients who had never smoked cigarettes, ex-smokers and still smokers who had undergone isolated CABG surgery. Between October 2016 and July 2018, postoperative data of patients who underwent isolated CABG surgery were evaluated retrospectively. The duration of intubation was recorded as hours and hospital stay

was recorded as days. All subjects included in the study were divided into 3 groups as ‘never smoked’, ‘ex-smoker’ or ‘still smoker’. A total of 123 patients (98 males and 25 females, mean age 63.1 years) with isolated CABG surgery were analyzed. 39 (31.7%) of the cases did not drink at all, 41 (33.3%) were ex-smokers and 43 (34.9%) were still smoker. No significant relationship was found between smoking and intubation and hospital stay ( $p > 0.05$ ). There was no significant relationship between sex and intubation and duration of hospital stay ( $p > 0.05$ ). The duration of hospitalization with the duration of intubation was statistically significant positive correlation ( $r = 0.414$ ;  $p = 0.01$ ). Intubation duration and duration of hospital stay are associated with CABG. In this study, although there is no effect of smoking on the duration of hospitalization and intubation, it is necessary to conduct further research by analyzing the wider number of cases with nicotine dependence level and package year usage in order to evaluate the effectiveness of smoking.

**Keywords:** Intubation time, Hospital stay, Coronary artery bypass graft surgery, Effect of smoking

## 1. Giriş

Bulaşıcı olmayan hastalıklar global olarak her yıl 41 milyon insanın ölümüne neden olarak gösterilmektedir. Bu ölümlerin 15 milyonu 30-69 yaş aralığına sahip bireylerde oluşmaktadır ve bu ‘erken’ ölümlerin %85’inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Ölüme neden olan bulaşıcı olmayan hastalıkların ilk sırasında yaklaşık 18 milyon mortalite oranı ile kardiyovasküler hastalıklar (KVH) gelmektedir (1, 2). Türkiye’deki kronik hastalıkların durumu analiz edildiğinde, dünyada olduğu gibi yaşlanmakta olan nüfus ve değişmekte olan yaşam şekli nedeniyle kronik hastalıklardaki artış dikkat çekicidir. Mortalite nedenleri ve etkili olduğu yaş gruplarına göre incelendiğinde ise kardiyovasküler hastalıkların ilk sırada olduğu ve ağırlıklı olarak 60 yaş üstü kişilerde olduğu görülmektedir (3). Kardiyovasküler hastalıklar arasında en sık görüleni ise koroner arter hastalığıdır (KAH). KAH tedavisinde, yeterli miyokardiyal kan akımının sağlanması amacıyla ilaç tedavisi, perkütan koroner girişim ve koroner arter bypass greftleme (KABG) cerrahisi uygulanmaktadır. Yaşam kalitesini etkileyen koroner arter

hastalığının en çok kullanılan tedavi yöntemi koroner arter bypass greftleme ameliyatıdır. Teknolojideki hızlı gelişmeler sonucunda, kalp cerrahisi çoğu merkezde, ileri yaştaki hastalarda dahi, düşük mortalite ile gerçekleştirilmektedir (4,5).

KABG, yaşamsal komplikasyonların gelişebildiği majör bir ameliyattır ve komplikasyonları genellikle ilk altı hafta içinde görülmektedir. Açık kalp ameliyatı geçiren bir hasta herhangi bir komplikasyon gelişmemiş ise ortalama 5-7. günde hastaneden taburcu edilmektedir (6, 7, 8). Günümüzde birçok merkezde uygulanmakta olan açık kalp cerrahisinin giderek yaygınlaşması ile bu alanda çeşitli maliyet analizleri de yapılmaya başlanmıştır. KABG cerrahisi uygulanan merkezlerde tedavi maliyeti hastaların yoğun bakım ve hastanede kalış sürelerine göre değişmektedir. Bazen aynı cerrahi işlemlerin uygulandığı ve aynı yoğun bakımda takip edilen hastalar arasında hastanede kalış süreleri farklılık gösterebilmektedir (9) Bu cerrahi prosedürün başarısı hastanın özelliklerine de bağlıdır. Cerrahi prosedürde gözlemlenen ilerlemeye ek olarak, KABG ameliyatı geçiren nüfusun kişisel özellikleri ve risk faktörlerine sahip olma durumları da cerrahi başarısını ve hastanede kalış süresini etkileyebilmektedir (10). Çoğu insan sigara içimi ve kalp hastalığı arasındaki ilişkiden haberdar olsa da, sigara içmek hala en çok önlenebilir ölüm nedenidir. Sigara içimi, koroner arter hastalığının bilinen başlıca risk faktörlerinden biridir ve kronik sigara kullanımı, siliyer epitelde oluşturduğu hasar nedeniyle postoperatif alveolar çöküşe neden olabilmektedir (11) Sigara ile ilişkili genel sağlık risklerine ek olarak, sigara içenlerin gecikmiş yara iyileşmesi, pulmoner komplikasyonlar ve mortalite gibi postoperatif komplikasyonlara sahip olma olasılıklarının daha yüksek olduğu görülmektedir (12).

Retrospektif nitelikli bu çalışmanın amacı, izole KABG ameliyatı geçiren sigara hiç içmemiş, eski içici ve hala içen olgularda entübasyon ve hastanede kalış süresinin değerlendirilmesidir.

## 2. Materyal ve Metot

Ekim 2016-Temmuz 2018 tarihleri arasında Acıbadem Maslak Hastanesi Kardiyovasküler Cerrahi bölümünde izole KABG ameliyatı geçiren 124 olgunun postoperatif verileri retrospektif olarak incelendi. Değerlendirme verilerine ulaşılamayan olgular değerlendirme dışı bırakıldı. Olguların hastane kayıtlarından demografik bilgileri, sigara içme durumu, hastanede ve yoğun bakım ünitesinde kalış süreleri gün ile entübasyon süresi saat cinsinden kayıt altına alındı. Araştırmaya dâhil edilen tüm olgular ‘hiç içmemiş’, ‘eski içici’ veya ‘hala içiyor’ olarak 3 gruba ayrıldı.

Çalışmanın analiz bölümünde, ilgili değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri verildi. Daha sonrasında hastalara ait sigara kullanımı ile ilişkili entübasyon süresi ve hastanede kalış değerleri arasındaki ilişkinin araştırılmasında korelasyon analizinden yararlandı.

## 3. Bulgular

Araştırmaya izole KABG ameliyatı geçiren 123 olgu dâhil edildi. Exitus olan bireyler çalışmadan dışlandı. Olguların 98’i (% 79,67) erkek, 25’i (%20,32) kadın, yaş ortalaması 63,1 dir (Tablo 1).

**Tablo 1:** Olguların Demografik Özellikleri

	Hiç içmemiş n (%)	Eski içici n (%)	Hala içiyor n (%)	Yaş min-max; (ort±ss)	Toplam n (%)
Erkek	26 (%21,13)	38 (%30,89)	34 (%27,64)	38-87 (58,69±10,24)	98 (% 79,67)
Kadın	13 (%10,56)	3 (%2,43)	9 (%7,31)	48-79 (63,8±8,95)	25 (%20,32)
Toplam	39 (%31,70)	41 (%33,33)	43 (%34,95)	38-87 (63,18±9,94)	123

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma,

Araştırmaya dâhil edilen olguların sigara içme durumları ise 39'u (%31,7) hiç içmemiş, 41'i (%33,3) eski içici, 43'ü (%34,9) hala içiyor (Tablo 2).

**Tablo 2:** Sigara kullanımı ile ilişkili entübasyon süresi ve hastanede kalış

	Entübasyon Süresi (saat)			Hastanede Kalış (gün)			N
	Min	Max	ort±ss	Min	Max	ort±ss	
Hiç İçmemiş	3	10	6,38±1,94	4	18	6,74±2,47	39
Eski içici	2,5	44	7,48±6,34	4	16	6,54±2,46	41
Hala İçiyor	3,5	23,5	6,81±3,32	4	14	6,21±1,98	43

Sigara kullanımı ile entübasyon ve hastanede kalış süresi arasında anlamlı bir ilişki ( $p>0,05$ ) saptanmadı. Cinsiyet ile entübasyon ve hastanede kalış süresi arasında anlamlı bir ilişki ( $p>0,05$ ) saptanmadı. Entübasyon süresi ile hastanede kalış süresinin istatistiksel olarak pozitif ( $r=0,414$ ;  $p=0,01$ ) ilişkili olduğu saptandı (Tablo 3).

**Tablo 3:** Sigara kullanımı ile ilişkili entübasyon süresi ve hastanede kalış

	Sigara	Entübasyon	Hastanede Kalış
Sigara Kullanımı		0,03	-,096
Entübasyon	0,03		<b>0,414**</b>
Hastanede Kalış	-0,09	<b>0,414**</b>	

\*\* $p<0,01$

#### 4. Tartışma

Tüm cerrahi girişimler bireylerin hastanede kalış süresi, fiziksel uyum ve yaşam kalitesi gibi durumları etkileyebilecek erken veya geç dönem komplikasyonlara neden olabilmektedir (8). Kalp ameliyatı



geçiren hastalarda uzun süreli entübasyon süresi artmış mortalite ve morbidite ile ilişkili olabilir. Çalışmalar, operasyondan sonra erken ekstübe edilen hastaların daha kısa yoğun bakım ünitesi ve hastanede kalış sürelerinin olduğunu göstermiştir (13). Açık kalp cerrahisi sonrasında hastanede kalış süresi uzayan hastalarda hastane enfeksiyonu görülme riski artmakta, mobilizasyon ve normal hayata dönüş süreleri uzamakta, ev ortamında sağlanabilecek olan ailelerinin psikolojik ve sosyal destekleri gecikmektedir. Bu yüzden ameliyat sonrasında hastanede kalış süreleri uzayabilecek olan riskli hastaların önceden belirlenmesi ile oluşabilecek komplikasyonlara yönelik gerekli önlemler alınarak hastaların sorunsuz ve en uygun zamanda taburcu edilmeleri sağlanabilir. Bu hastalarda ek olarak tedavi maliyetleri de artmaktadır (14).

Kalp cerrahisi uygulanan merkezlerde, teknik donanım ve sterilizasyon koşulları açısından özel olarak tasarlanan servis, yoğun bakım ve ameliyathane bölümleri hastanelerin en pahalı birimleridir. Doları ile özel donanımlı olan bu alanlarda verilen sağlık hizmetleri de tedavi maliyetlerini artırmaktadır. Kalp cerrahisi uygulanan kliniklerde, operasyon öncesinde ek hastalıkların dikkatlice değerlendirilip uygun ek tedavilerin verilmesi postoperatif dönemde yakın takip ile hastaların sorunsuz şekilde taburcu edilmesi sağlanabilmektedir. Böylece KABG cerrahisi uygulanan hastaların hastanede kalış süresinin kısaltılması ile tedavi maliyetleri de belirgin olarak azaltılabilmektedir. Bunun için hastanede kalış süresini etkileyebilecek risk faktörlerinin önceden belirlenmesi çok önemlidir (7, 8, 9)

Ameliyat öncesi risk faktörleri arasında hastanın yaşı (>60), beden kütle indeksi ( $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ), kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım, aktif solunum yolu enfeksiyonları, diyabet, sigara içme (20 yıldan fazla), hareketsizlik, daha önce geçirilmiş kardiyak cerrahi, serebrovasküler hastalık öyküsü, kronik kalp yetmezliği, acil cerrahi girişim, toplam kardiyopulmoner bypass süresi ( $\geq 140$  dakika) bulunur (4, 5). Bizim olgularımızda yaş ortalaması literatür ile ilişkili olacak şekilde bulundu.

Cerrahiden hemen sonra iyileşmeyi kolaylaştırmak için denetimli egzersiz programları önerilmektedir. Bu programların amacı uzun süreli yatak istirahatının zararlı etkilerini önlemek, kardiyak fonksiyonu geliştirmek, günlük yaşamın temel aktivitelerine yönelik fiziksel tolerans ve becerileri geliştirmek ve hastanın hastanede yatış süresini azaltarak özgüvenini güçlendirmektir (15). Bu çalışmada bulunan bütün hastalar postoperatif süreçte egzersiz programı içeren fizyoterapi almıştır bu nedenle bu değişken çalışma sonuçları ile ilişkilendirilmemiştir.

Bu çalışmanın ana bulgusu entübasyon süresi ile hastanede kalış süresi arasında anlamlı derecede pozitif kolerasyon olmasıydı. Verilerimiz sigara kullanımı ile entübasyon ve hastanede kalış süresi arasında bir ilişki göstermedi. Bu durum olgularımızın sadece sistemde kayıtlı olan bilgileri çerçevesinde analizlerin yapılması; boy kilo ve beden kitle indeksi gibi antropometrik özellikleri veya cerrahi sonrası fizyoterapi program içeriği ve uygulanma durumu, fiziksel aktivite ve sportif aktivite durumu ile beslenme gibi sağlıklı yaşam alışkanlıkları gibi özelliklerin sorgulanmamış olmasından kaynaklanabilir.

## 5. Sonuçlar

Bu çalışmada risk faktörleri arasında bulunan sigara kullanımının hospitalizasyon üzerine etkisine bakılmıştır. Entübasyon süresi ve hastanede kalış süresi üzerinde yaşam alışkanlıkları ve cerrahi sonrası bakım nitelikleri gibi diğer risk faktörlerinin de etkili olmaktadır. Sonuçlarımıza göre KABG olgularında sigara kullanımı entübasyon ve hastanede kalış süresi üzerine bağımsız belirleyici olamayabileceği, süreçte etkili olabilecek diğer etkenler ile birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir.

## Kaynaklar

- (1) <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (26.03.2019)
- (2) <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/547> (26.03.2019)
- (3) Tekin, Ç. S., Fatih, K. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi (IBAD), **2018**;3(1):219-229. <https://dx.doi.org/10.21733/ibad.370584>
- (4) Zipes D.P., Libby P., Bonow R.O., Braunwald E. (eds) Kalp Hastalıkları. 1. Baskı. Çevirenler: Aslanger E, Şirinoğlu İ. Adana: Nobel Tıp Kitabevi, **2008**. s. 22.
- (5) Demir Korkmaz F. Kalp Damar Cerrahisinde Yaşam Kalitesi. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu; (52-9). **2012**, Mayıs; Manisa.
- (6) Alkan S., Topal E., Hanedan M. O., Mataracı İ. Assessment of Healthy Lifestyle Behaviors After Coronary Artery Bypass Surgery. Turk Kardiyol Dern Ars **2018**;46(3):169-174 doi: 10.5543/tkda.2017.98442
- (7) Direk F., Şenol Çelik S. Postoperative Problems Experienced by Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery and Their Self-care Ability After Discharge. Turkish J Thorac Cardiovasc Surg 2012; 20:530–5. DOI: 10.5606/tgkdc.dergisi.**2012**.10
- (8) Dal Ü, Bulut H, Demir SG. The problems experienced by the patients at home after surgery. Bakırköy Tıp Dergisi **2012**; 8:34–40. DOI: 10.5350/BTD-MJB201208106
- (9) Reynolds A.C., King N. Hybrid coronary revascularization versus conventional coronary artery bypass grafting Systematic review and meta-analysis. Medicine, **2018**; 97(33). DOI: 10.1097/MD.00000000000011941
- (10) Sousa, A. G. de, Fichino, M. Z. S., Silva, G. S. da, Bastos, F. C. C., & Piotto, R. F. Epidemiology of Coronary Artery Bypass Surgery in the Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo. Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, **2014**;33–39. <https://doi.org/10.5935/1678-9741.20140062>
- (11) Ji Q., Zhao H., Mei Y. Q., Shi Y. Q., Ma R. H., Ding W. J. Impact of Smoking on Early Clinical Outcomes in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting Surgery. Ji et al. Journal of Cardiothoracic Surgery **2015**; 10:16. DOI 10.1186/s13019-015-0216-y
- (12) Benedetto U., Albanese A., Kattach H., Ruggiero D., De Robertis F., Amrani M., & Raja S. G. (2014). Smoking cessation before coronary artery bypass grafting improves operative outcomes. Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, **2014**;148(2), 468–474. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2013.09.042>

- (13) Kotfis K, Szylińska A, Listewnik M, Lechowicz K, Kosiorowska M, Drożdżal S, Brykczyński M, Rotter I, Żukowski M. Balancing intubation time with postoperative risk in cardiac surgery patients – a retrospective cohort analysis. *Therapeutics and Clinical Risk Management* **2018**;14, 2203-2212. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S182333>
- (14) Flegler, S., & Paro, F. M. Factors associated with intubation time and ICU stay after CABG. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, **2015**;30(6), 631–635. <https://doi.org/10.5935/1678-9741.20150074>
- (15) Van der Peijl ID, Thea PM, Vlieland V, Versteegh MIM, Lok JJ, Munneke M, Dion RAE. Exercise therapy after coronary artery bypass graft surgery: A randomised comparison of a high and low frequency exercise therapy program. *Annals of Thoracic Surgery*, **2004**;77(5), 1535–1541. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2003.10.091>

## İdiyopatik Skolyozlu Adölesanlarda Korse Kullanımının Vücut Algısı, Yaşam Kalitesi ve Stres Üzerine Etkisi

Berrak YİĞİT <sup>1\*</sup>, Gizem GÜLER <sup>1</sup>

<sup>1</sup>Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

**Geliş Tarihi:** 19.09.2019

**\*Sorumlu Yazar e mail:** berrakyigit@halic.edu.tr

**Kabul Tarihi:** 27.09.2019

### Özet

Adölesan idiyopatik skolyoz tanısı konmuş bireylerde korse kullanımının vücut algısı, yaşam kalitesi ve stres düzeyleri üzerine etkisini incelemek amacıyla, Suadiye Sportomed Ortopedik ve Sportif Rehabilitasyon Merkezinde tedavi görmekte olan 20 korse kullanan, 20 korse kullanmayan kız adölesan çalışmaya dahil edildi. Her 2 gruba kişisel verilerini elde etmek için Sosyodemografik Form ve vücut algısını ölçmek için Walter Reed Görsel Değerlendirme Skalası, yaşam kalitesi düzeylerini ölçmek için ise SRS-22 Yaşam Kalitesi Anketi uygulandı. Korse kullanan grubun stres düzeyini ölçmek için Bad Sobernheim Stres Sorgulama Formu, korse kullanmayan grubun stres düzeyini ölçmek için Algılanan Stres Ölçeği uygulandı. Çalışmaya dahil edilen korse kullanan gruptaki adölesanların yaşları ortalama  $13,70 \pm 1,21$  yıl, korse kullanmayan gruptaki adölesanların yaşları ortalama  $13,80 \pm 1,64$  idi. Verilerin analizinde Statistical Package for Social Science (SPSS) Windows Version 21.0 kullanıldı. Çalışma sonucunda elde edilen veriler incelendiğinde korse kullanımının bireyler üzerinde olumsuz bir vücut algısı yarattığı ( $p=0,047$ ) ve yaşam kalitesi düzeylerini olumsuz olarak etkilediği ( $p=0,008$ ) saptandı. Gruplar arası stres düzeyleri

---

**Atıf:** Yiğit B, Güler G. İdiyopatik Skolyozlu Adölesanlarda Korse Kullanımının Vücut Algısı, Yaşam Kalitesi ve Stres Üzerine Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;2(3) 23-43

**To cite this article:** Yiğit B, Güler G. The Effect of Corset Use on Body Perception, Quality of Life and Stress in Adolescents with Idiopathic Scoliosis. Haliç University Journal of Health Sciences. 2019;2(3) 23-43

---

ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında korse kullanan grupta anlamlı bir ilişki ( $r=0,517$ ,  $p<0,05$ ) saptandı. Korse kullanmayan grupta ise yaşam kalitesi ve stres düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki ( $r=-0,799$ ,  $p<0,05$ ) saptandı. Adölesan idiopatik skolyozda korse kullanımının vücut algısına ve yaşam kalitesine olumsuz yönde etkisi olduğu, stres düzeyinin yüksek olmasının ise yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği sonucuna ulaşıldı.

**Anahtar Kelimeler:** adölesan idiopatik skolyoz, vücut algısı, yaşam kalitesi, stres

## **Effect of Corset Use on Body Perception, Quality of Life and Stress in Adolescents with Idiopathic Scoliosis**

### **Abstract**

In order to investigate the effect of corset use on body perception, quality of life and stress levels of adolescents diagnosed with idiopathic scoliosis, 20 corset user adolescent females and 20 adolescent females who do not use corsets were included in the study. All the participants were treated at Suadiye Sportomed Orthopedic and Sport Rehabilitation Center. Sociodemographic Form was used to obtain personal data, Walter Reed Visual Assessment Scale was used to measure body perception, and SRS-22 Quality of Life Questionnaire was used to measure quality of life levels. Bad Sobernheim Stress Questionnaire was used to measure the stress level of the corset group and Perceived Stress Scale was used to measure the stress level of the non-corset group. The mean age of the adolescents in the corset group was  $13,70 \pm 1,21$  years and the average age of the adolescents in the non-corset group was  $13,80 \pm 1,64$  years. Statistical Package for Social Science (SPSS) Windows Version 21.0 was used for data analysis. When the data obtained from the study were examined, it was found that the use of corset created a negative body perception on individuals ( $p = 0.047$ ) and negatively affected quality of life levels ( $p = 0.008$ ). When the relationship between stress levels and quality of life was examined, there was a significant relationship ( $r = 0.517$ ,  $p < 0.05$ ) in the corset group. In the non-corset group, a significant negative correlation was found between quality of life and stress levels ( $r = -0.799$ ,  $p < 0.05$ ). It was concluded that use of corset negatively affects body perception and quality of life and high level of stress has a negative effect on quality of life.

**Keywords:** adolescent idiopathic scoliosis, body perception, quality of life, stress

## 1. Giriş

Skolyoz, omurgada lateral deviasyonlar ve vertebrada rotasyonlar ile karakterize olan omurganın 3 boyutlu deformitesidir. Yapısal ve Fonksiyonel Skolyoz olmak üzere ikiye ayrılır (1).

İdiopatik Skolyozun bilinen tek bir sebebi yoktur. Kendi içerisinde başlangıç yaşlarına göre 3 alt kategori ile sınıflandırılır. Juvenil İdiopatik Skolyoz 0-3 yaş arasını, İnfantil İdiopatik Skolyoz 4-10 yaş arasını ve Adölesan İdiopatik Skolyoz (AİS) 10 yaş ve üzerini kapsamaktadır (2). Skolyozun en çok karşılaşılan tipi adölesan idiyopatik skolyozdur (3). Özellikle sağ torakal ve torakolumbar C eğrilikleri AİS’de en sık karşımıza çıkan tiplerdir (4).

AİS’de kız adölesanlarda görülme sıklığı erkek adölesanlara göre 3,6 kat daha fazladır. Büyük eğriliklerde kızlarda görülme sıklığı daha fazla artmaktadır. Cobb açısının 20 dereceden büyük olduğu durumlarda 5,4 kat, 30 dereceden büyük olduğu durumlarda 10 kata kadar çıkmaktadır (5).

AİS’de tedavi kardiyopulmoner kapasitenin korunmasını, eğriliklerin düzeltilmesini, eğriliklerin progresyonunun engellenmesini amaçlamaktadır Konservatif tedavide kullanılan uygulamalar postüral rehabilitasyon, fizyoterapi uygulamaları, korseler, elektrik stimülasyonlarıdır. Fakat yapılan bir çalışmada birçoğunun etkinliğinin kanıtlanamamış olduğu, tedaviler arasından korse ve fizyoterapinin en etkili yöntemler olduğu bildirilmiştir (6).

Tedavide genel kabul edilen görüş 25 derece ve altı eğriliklerde gözlem, 25-45 derece aralığında korse kullanımı, 45 derece ve üzerinde ise cerrahi yöntemin düşünülmesidir (7).

Depresyon, anksiyete gibi duygu durumu değişiklikleri açısından AİS’li bireylerin risk altında olduğu bildirilmiştir (8). Sağlıklı bireyler ile AİS’li bireylerin vücut algısı değerleri karşılaştırıldığında AİS’li bireylerde vücut algısı bozukluğunun daha fazla olduğu saptanmıştır (9). Yapılan bir çalışmaya göre torasik bölge Cobb açısı 30 dereceden küçük hastaların çoğunda olumsuz bir vücut algısının olmadığı fakat

torasik bölgenin Cobb açısı 40 dereceden fazla olduğunda ve buna ek 20 dereceyi aşan rotasyon açısı olduğunda kişilerin negatif vücut algısına sahip oldukları belirtilmiştir (10). Benzer gövde rotasyonu ve eğrilik açısı olan 2 farklı grupta yapılan çalışmada korse kullanmayan gruptaki bireyler, korse kullanan gruptaki bireylere göre vücutlarındaki deformitenin az olduğunu bildirmişlerdir (11).

Deformiteden kaynaklı stres düzeyi yüksek hastalarda konservatif tedaviden kaynaklı stres düzeyinde artma olduğu gösterilmiştir. Deformitenin derecesi ile stres düzeyinin arasında anlamlı ilişki olduğu da saptanmıştır (12).

Skolyozlu bireylerde stres ile başa çıkmak ve sağlığı geliştirmek için egzersiz programları yardımcı olmaktadır. Buna bağlı kişilerde vücut algısı olumlu yönde etkilenmektedir. Vücut algısının yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörler arasında olduğu da bildirilmiştir (13). AİS'li bireylerde azalan omurga fonksiyonu sonucunda sosyal yaşantı negatif olarak etkilenmektedir. Korseler kendilerini soyutlamalarına ve yaşam kalitelerinin negatif yönde etkilenmesine sebep olabilmektedir (14).

Bu çalışmanın amacı, korse kullanan ve kullanmayan kişilerin vücut algısı, stres ve yaşam kalitesi düzeylerini incelemektir. Yüksek stres düzeyinin ve korse kullanımının bireyler üzerindeki etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

## 2. Materyal ve Metot

Bu çalışma Suadiye Sportomed Ortopedik ve Sportif Rehabilitasyon Merkezinde Şubat 2019 –Mayıs 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çalışmaya klinikte tedavi görmekte olan 10-16 yaşları arasında korse kullanan ve korse kullanmayan 2 grup şeklinde AİS tanısı konmuş 40 adölesan kız dâhil edildi. Korse kullanan 1. grupta 20, korse kullanmayan 2. grupta 20 adölesan değerlendirmeye alındı. Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hasta ve ailelerine Etik Kurul Komitesi tarafından uygun görülen Hasta Gönüllü Bilgilendirme Onam Formuyla



yazılı ve sözlü olarak sahip oldukları hasta hakları, çalışmanın içeriği ve uygulanacak anketler hakkında bilgilendirme verilerek imzalı onam formları alındı.

T.C. Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 29.01.2019 tarihinde yapmış olduğu toplantıda çalışma etik yönden uygun görüldü ve onay alındı. Çalışma Helsinki Bildirgesine uygun olarak gerçekleştirildi.

## 2.1. Olguların Seçimi

Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kendisi ve ailesinin kabul etmesi şartı ile bilinçli ve iletişime geçebilecek 10-16 yaşları arasında bulunan, AIS tanısı almış, radyolojik bulgularında Cobb Açısı  $20^{\circ}$  ve üzerinde olan 40 kız adölesan dâhil edildi. Bireylerden onlara verilmiş olan anketleri ve formları eksiksiz bir şekilde doldurmaları istendi.

10 yaşından küçük ya da 16 yaşından büyük, öncesinde omurga cerrahisi geçirmiş, beraberinde nörolojik hastalık varlığı olan, idiopatik olmayan skolyoz tanısı almış ya da idiopatik skolyozlu erkek adölesanlar ve mental olarak iletişim kuramayacak bireyler çalışma dışı bırakıldı.

Katılımcıların eğrilik tipleri; apeks vertebra T2 ve T11-12 arasında olan eğrilikler Torasik Eğrilik, T12-L1 ise Torakolomber Eğrilik ve L1/2 diski ile L4 arasında olan eğrilikler ise Lomber Eğrilik olarak sınıflandırıldı (15). Çalışmaya dahil edilen korse kullanan gruptaki korse tipleri ise Boston Korse (TLSO), Cheneau Korse (TLSO) ve Gensingen Korse (TLO) olarak sınıflandırılmıştır (15, 16, 17).

## 2.2. Veri Toplama Yöntemi

Çalışmada elde edilen veriler anket yoluyla ve bireylerle yüz yüze görüşme ile toplandı. Bireylerden kendilerine verilen 1 görsel, 2 yazılı ölçeği ve hasta değerlendirme formunu araştırmacının yanında, kendilerine en uygun gördükleri şıkları işaretleyerek doldurmaları

istendi. Anketleri doldururken korse kullanan adölesanlardan Walter Reed Görsel Değerlendirme Skalasını korseyi kullanmadıkları zaman kendi vücutlarında algıladıkları deformiteyi düşünerek işaretlemeleri istendi. SRS-22 Yaşam Kalitesi Anketini ve Bad Sobernheim Stres Sorgulama Anketini ise günlük hayatlarındaki zorlukları, stres düzeylerini ölçmek için korse kullanırken ki durumlarını göz önünde bulundurarak cevaplandırmaları istendi. Korse kullanmayan adölesanlardan stres düzeylerinin değerlendirilmesi için Algılanan Stres Ölçeği'ni doldurmaları istendi.

### **2.3. Veri Toplama Araçları**

#### **2.3.1. Sosyodemografik Form**

Skolyoz Hasta Grubu Değerlendirme Formu ile kişinin yaşı, cinsiyeti, boyu, kilosu, özgeçmiş, soygeçmiş, menarş yaşı, eğriliğinin seviyesi-yönü-tipi, kullandığı korse, aldığı tedavi yöntemi hakkında bilgiler elde edildi.

#### **2.3.2. Walter Reed Görsel Değerlendirme Skalası**

Walter Reed Görsel Değerlendirme Skalası (WRGDS) görsel şekillerden oluşan skolyozlu bireylerde kişinin kendi vücudundaki deformiteyi nasıl, ne şiddette algıladığını ölçmek için Pineda ve ark tarafından 2006 yılında geliştirildi (18). Skalanın Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bulunmamasına rağmen yapılan çalışmada görsel dayalı bir skala olduğu için başlıklar Türkçeye çevrilip uygulandı ve geçerliliği kanıtlandı (19). Omurga deformitesi, kaburga çıkıntısı, bel çıkıntısı, torakal deformite, gövde dengesizliği, skapula asimetrisi ve omuz asimetrisi değerlendirildi (20). Her bölümde deformitenin derecesini temsil eden 5 farklı görsel üzerinden kişi kendi görüntüsüne en yakın olanı işaretledi. 1 puan minimum deformitenin olduğu, 5 puan maksimum deformitenin olduğu görseli ifade edecek şekilde

puanlama yapıldı. Skorun yüksek olması algılanan deformitenin yüksek olduğunu gösterdi (21).

### 2.3.3. Bad Sobernheim Stres Sorgulama Formu

Bad Sobernheim Stres Sorgulama Formu (BSSQ) skolyozlu bireylerin sahip oldukları fiziksel deformitenin sebep olduğu psikolojik stres düzeylerini ölçmek için geliştirildi (22).

Toplam 8 sorudan oluşan formda kişinin verdiği cevaba göre en yüksek stres düzeyini ifade eden seçenek 0, en düşük stres düzeyini ifade eden seçenek 3 ile puanlandı. Toplam puanın yüksek olması katılımcının stres seviyesinin düşük olduğunu gösterdi. Anket sonucunda elde edilen toplam skor 0-8 arasında ise yüksek stres düzeyi, 9-16 arasında ise orta stres düzeyi, 17-24 arasında ise düşük stres düzeyi olarak sınıflandırıldı (23). Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz ve ark. tarafından yapıldı (3).

### 2.3.4. Algılanan Stres Ölçeği

Ölçek 1983 yılında Cohen ve ark. tarafından bireylerin hayatlarında karşılarına çıkan durumları ne derecede stresli algıladıklarını ölçmek için oluşturuldu (24). Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Erci tarafından yapıldı (25). Eskin ve ark. ölçeğin öz-yeterlilik ve kişilerin hayatlarındaki stres algısı olarak 2 farklı faktörü içerdiğini ortaya koydu ve Türkçe olan bu ölçeğin kısa ve uzun formlarının geçerli ve güvenilir bir yöntem olduğunu kanıtladı (26). Bu ölçek ile bireylerin son 1 ay içerisinde buldukları duygu durumları değerlendirildi. Beşli likert skalası kullanılan ölçekte, seçenekler; 1-Hiçbir zaman, 2-Neredeyse hiçbir zaman, 3-Bazen, 4-Oldukça sık, 5-Çok sık şeklinde 1-5 puan arasında değer aldı. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 50 iken en düşük puan ise 10 olarak hesaplandı. Bireylerden 4 tanesi olumlu, 6 tanesi olumsuz içerikli toplam 10 soruluk kısa versiyonu doldurmaları istendi. Olumsuz içerikli sorularda 'Hiçbir zaman'

1 puan iken olumlu sorularda ‘Çok sık’ 1 puan şeklinde değerlendirildi. Puanlama yapılırken olumlu içerikli maddelerde (4,5,7,8) puanlama ters yapılarak skor hesaplandı.

Toplam skorda elde edilen puanın yüksek olması kişinin algıladığı stres düzeyinin yüksek olduğunu, elde edilen sayının düşük olması ise kişinin algıladığı stres düzeyinin düşük olduğunu gösterdi (25).

### **2.3.5. Scoliosis Research Society-22 Yaşam Kalitesi Anketi**

Scoliosis Research Society-22 Yaşam Kalitesi Anketi (SRS-22 Anketi),1999 yılında Skolyoz Araştırma Cemiyeti tarafından ABD’de idiopatik skolyozlu bireylerin yaşam kalitesi düzeylerini ölçmek için skolyoza özgü olarak geliştirildi (27). Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Alanay ve ark. (20) tarafından yapılan skalada yer alan 1, 2, 8, 11, 17 numaralı sorular ile kişinin ağrısı, 4,6,10, 14, 19 numaralı sorular ile vücut imajı,5, 9, 12, 15, 18 numaralı sorular ile omurga fonksiyonu,3, 7, 13, 16, 20 numaralı sorular ile kişinin ruh sağlığı ve 21, 22 numaralı sorular ile kişinin tedaviden memnuniyeti değerlendirildi. En yüksek ve pozitif olan cevap 5, en düşük ve negatif olan cevap ise 1 puan ile değerlendirildi. Tedaviden memnuniyet kategorisi dışında diğer 4 kategoride alınabilecek puan minimum 5, maksimum 25 olarak hesaplandı. Tedaviden memnuniyet kategorisinde ise alınabilecek minimum puan 2, maksimum puan 10 olarak hesaplandı. Her bölüm için elden edilen toplam puanlama o bölümde yer alan soru sayısına bölünerek toplam skor elde edildi. Anket sonucunda elde edilen skorun yüksek olması kişinin yaşam kalitesi düzeyinin arttığını, düşük olması kişinin yaşam kalitesi düzeyinin azaldığını gösterdi (20).

### **2.4. İstatiksel Analiz**

Verilerin analizinde SPSS 21,0 for Macbook kullanıldı. Tanımlayıcı bilgilerin analizi için ortalama, standart sapma ve yüzdellik dağılım verildi. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wik

testi ile incelendi. Gruplar arası karşılaştırmalarda nicel veriler için bağımsız örneklem t testi, nitel veriler için ki-kare testi kullanıldı. Değişkenler arası ilişkiler pearson korelasyon testi ile incelendi. Anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edildi.

### 3. Bulgular

Yaşları 10-16 yıl arasında değişen 40 kız çocuğunun demografik bilgileri korse kullanan ( $n=20$ ) ve korse kullanmayan ( $n=20$ ) olmak üzere 2 grup halinde Tablo 3.1’de verilmektedir.

Katılımcıların yaş, boy, kilo, vücut kitle indeksi, tanı aldığı yaş, menarş yaşı, cobb değeri, devam ettiği tedavi yöntemi ve evde egzersiz alışkanlığı dağılımları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

**Tablo 3.1.** Katılımcıların Demografik Veri Tablosu

		<b>Korse Kullanan (n=20)</b>	<b>Korse Kullanmayan (n=20)</b>	<b>p</b>
Yaş (yıl)		13,70 ± 1,21	13,80 ± 1,64	0,828
Boy (cm)		162,45 ± 7,00	159,7 ± 9,97	0,319
Kilo (kg)		50,03 ± 5,82	46,5 ± 7,49	0,081
Vücut Kitle İndeksi (kg/m <sup>2</sup> )		19,02 ± 1,47	18,15 ± 1,67	0,089
Tanı Aldığı Yaş (yıl)		11,92 ± 1,23	12,65 ± 1,53	0,108
Menarş Yaşı (yıl)		12,12 ± 0,88	12,10 ± 1,37	0,946
Cobb Değeri (derece)		35,85 ± 7,96	29,20 ± 13,64	0,068
Devam Ettiği Tedavi Yöntemi	Schroth	13 (%65)	16 (%80)	0,425
	Pilates	1 (%5)	0	
	Fizik Tedavi	6 (%30)	4 (%20)	
Evde Egzersiz Alışkanlığı	Var	17 (%85)	13 (%65)	0,144
	Yok	3 (%15)	7 (%35)	

*Bağımsız örneklem T Testi ve Ki-kare Testi*

Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların eğrilik tipleri ve yönleri ile kullandıkları korseinin tipi Tablo 3.2’de verilmiştir. Çalışmaya katılan katılımcıların eğrilik tipleri ve eğrilik yönleri dağılımları incelendiğinde istatikselsel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p < 0,05$ ).

2. Grup korse kullanmadığı için gruplar arası korse tipi dağılımları için istatikselsel analiz uygulanamamıştır.

**Tablo 3.2.** Eğrilik ve Korse Veri Tablosu

		<b>Korse Kullanan (n=20)</b>	<b>Korse Kullanmayan (n=20)</b>	<b>p</b>
Eğriliğin Tipi	Torasik	9 (%45)	9 (%45)	0,901
	Torakolomber	8 (%40)	7 (%35)	
	Lomber	3 (%15)	4 (%20)	
Eğriliğin Yönü	Sağa Bakan	11 (%55)	9 (%45)	0,527
	Sola Bakan	9 (%45)	11 (%55)	
Korseinin Tipi	Yok	0	20 (%100)	NA
	TLO	7 (%35)	0	
	TLSO	13 (%65)	0	

*Ki-kare Testi \*p < 0,05. NA: Not Applicable, TLO: Torako-Lomber Ortez, TLSO: Torako-Lumbo-Sakral Ortez*

Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların vücut algısı ve yaşam kalitesi değerlerinin karşılaştırılmaları Tablo 3.3’de verilmiştir.

Yapılan karşılaştırmada gruplar arasında vücut algısı ve yaşam kalitesi arasında istatikselsel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların stres düzeylerinin verileri Tablo 3.4’de verilmiştir. Gruplar için elde edilen stres düzeylerinin ortalamaları incelendiğinde her 2 grubunda stres seviyesi orta düzeyde bulunmuştur. Her 2 grup için kullanılan stres sorgulama ölçekleri farklı olduğu için gruplar arası karşılaştırma yapılamamıştır.

**Tablo 3.3.** Gruplararası Vücut Algısı ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması

	<b>Korse Kullanan (n=20)</b>	<b>Korse Kullanmayan (n=20)</b>	<b>p</b>
Vücut Algısı	16,45 ± 4,29	13,70 ± 4,18	<b>0,047*</b>
Yaşam Kalitesi	3,58 ± 0,55	4,03 ± 0,44	<b>0,008*</b>

*Bağımsız örneklem T Testi, \*p< 0,05*

**Tablo 3.4.** Grupların Stres Düzeyi Veri Tablosu

	<b>Korse Kullanan (n=20)</b>	<b>Korse Kullanmayan (n=20)</b>
Stres Düzeyleri	9,90 ± 4,73	26,70 ± 7,31

Grupların kendi içerisinde yapılan yaşam kalitesi ve stres düzeyleri arasındaki ilişkinin verileri Tablo 3.5’de verilmiştir. Korse kullanan katılımcıların bulunduğu gruptaki verilere bakıldığında yaşam kalitesi ve stres düzeyleri arasında istatistiksel olarak orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=0,517$ ,  $p<0,05$ ). Korse kullanmayan katılımcıların bulunduğu gruptaki verilere bakıldığında yaşam kalitesi ve stres düzeyleri arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=-0,799$ ,  $p<0,05$ ).

**Tablo 3.4.** Grup İçi Yaşam Kalitesi ve Stres Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	<b>Korse Kullanan (n=20)</b>	<b>Korse Kullanmayan (n=20)</b>
Yaşam Kalitesi (r)	0,517	-0,799
Stres Düzeyleri (r)		
<b>p</b>	<b>0,019*</b>	<b>0,000*</b>

*Pearson Korelasyon testi, \*p<0,05*

#### 4. Tartışma

İdiopatik skolyoz tanısı almış kız çocuklarında korse kullanımının yaşam kalitesi ve vücut imajına etkisini ayrıca stres düzeyinin bireylerde yarattığı etkiyi araştırmayı amaçlayan bu çalışmada elde edilen verilere bakıldığında korse kullanımının vücut algısını, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ve yüksek stres düzeyinin yaşam kalitesi üzerinde negatif yönde etki oluşturduğu saptandı.

AİS kız çocuklarda daha yaygın olarak görülen bir durumdur. Kızlarda görülme ihtimali erkeklere göre 3,6 kat daha çok iken eğrilik şiddetinin büyümesiyle bu oran daha fazla artmaktadır (5). Ayrıca skolyozun kızlarda daha ilerleyici olduğu ve erkeklere göre daha çok psikososyal etkilenim gözlemlendiği bildirilmiştir (28). Grupların homojen olabilmesi ve hem psikososyal etkilenim açısından hem de hastalığın şiddet seyri açısından homojenite yakalanılmak istendiğinden çalışmaya sadece kız adölesanlar dâhil edilmiştir.

AİS 10 yaşından itibaren kemikleşmenin tamamlanmasına kadar geçen sürede ortaya çıkmaktadır (29). 10-16 yaşları arasında bulunan adölesanlarda %2-4 oranında görülmektedir (30). Ylikoski AİS tanısı almış kız bireylerin prognozu ile ilgili yaptığı bir çalışmada ortalama menarş yaşının 13,1 yıl olduğunu bildirmiştir (31). Yapılan bir başka çalışmada ise sağlıklı kız çocuklarının ortalama menarş yaşı 12,1 yıl, AİS tanısı almış kız çocuklarının ortalama menarş yaşı 12,3 yıl olarak bildirilmiştir (32). Çalışmamıza dâhil edilen tüm katılımcıların yaşları ile menarş yaşları literatürdeki veriler ile uyum göstermektedir.

Skolyozun konservatif tedavisinde Schroth Yöntemi, Pilates Uygulamaları, Klasik Fizyoterapi Tedavisi (korse kullanımı), SEAS ve FITS gibi birçok tedavi yöntemi kullanılmaktadır. Egzersiz tedavisinin ağrıyı azalttığı, eğriliği kontrol altına aldığı ve kardiyopulmoner fonksiyonu geliştirdiği belirtilmektedir fakat skolyoza bağlı ortaya çıkmış olan semptomları ve bulguları iyileştirmek için kullanılabileceğine yönelik çalışma sayısının az olduğu, bu alanda daha çok çalışmaya



ihtiyaç olduğu vurgulanmakta olmasına rağmen korse kullanımının cobb açısı üzerinde olumlu etkileri olduğu gösterilmektedir (33).

Çalışmamıza dâhil edilen korse kullanan ve korse kullanmayan tüm katılımcılar Schroth, Pilates ve Klasik Fizyoterapi Tedavi yöntemlerinden en az birini uyguladıkları tespit edilmiştir. Her 2 grubun verileri incelendiğin Schroth Tedavisinin diğer tedavi yöntemlerine göre daha çok tercih edildiği saptanmıştır.

Çalışmamıza dâhil edilen katılımcıların bütün demografik verileri incelendiğinde ve istatistiksel olarak analiz sonuçlarına bakıldığında anlamlı bir ilişki saptanmaması grupların homojen olarak dağılım gösterdiğini belirtmektedir. Benzer özelliklerde olmaları fiziksel ve psikolojik özelliklerini karşılaştırmayı mümkün kılmaktadır.

Vücut algısı, bireyin kendi duygusal durumunu, inancını ve algıladığı kendi bedenini ifade etmesidir (34). AİS tanısı almış kız çocukları için en büyük problemlerden birisi vücutlarında meydana gelen kozmetik değişikliklerdir. Skolyoz ile mücadele süreci boyunca vücutlarındaki meydana gelen değişimler sonucunda kendilerini yaşlıları ile karşılaştırmaya başlarlar. Kendi vücutları hakkında hissettikleri negatif düşünceler vücutlarına karşı memnuniyetsizlik ve olumsuz bir vücut algısına sebep olabilmektedir (35).

Çalışmamıza dâhil edilen katılımcıların algıladıkları vücut imajlarını ölçmek için Pineda ve ark. (18) tarafından geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış olan Walter Reed Görsel Değerlendirme Skalası kullanılmıştır. Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların WRGDS sonuçları incelendiğinde, korse kullanan grup ortalaması korse kullanmayan gruptaki bireylerin ortalamasına göre daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arası istatistiksel analiz sonuçlarının anlamlı düzeyde korele olduğu; korse kullanımının algılanan vücut imajını olumsuz bir şekilde etkilediği tespit edilmiştir.

Shahidi ve Jannesari, 2014 yılında 3 grup üzerinde yaptıkları bir çalışmanın sonucunda çalışmamıza paralel olarak korse kullanan AİS tanısı almış bireylerin bulunduğu grubun diğer 2 gruba göre (korse kullanmayan AİS'li bireyler ve sağlıklı adölesanlar) anlamlı olarak

daha düşük bir vücut algısına sahip olduklarını bildirmişlerdir (28). Bu çalışmanın sonuçlarından farklı olarak Schwieger ve ark. 2016 yılında yaptıkları bir çalışmada 2 yıl boyunca takip ettikleri bireylerin verileri sonucunda korse kullanımının bireylerin vücut algıları düzeylerine olumsuz bir etki göstermediğini bildirmişlerdir (36). Aynı sonuca ulaşmış olan Merenda ve ark. (37) ile Saraste ve ark. (38) yaptıkları çalışmalar ile korse kullanımının algılanan vücut imajı üzerinde negatif yönde bir etki yaratmadığını göstermişlerdir.

Bu sonuçlar, ilerleyici ve kronik bir hastalık olan idiyopatik skolyoz tanısı almış adölesanların gelişim çağları esnasında akranlarından farklı olarak vücutlarında meydana gelen deformitenin, günlük yaşantılarındaki değişimlerin ve korse kullanımının bireyler üzerinde olumsuz vücut algısı imajına sebep olabileceğini düşündürmektedir ancak uzun süreli takip çalışmaları daha kesin bilgiler sunması açısından gereklidir.

Tanı esnasında genellikle sağlıklı bir vücuda sahip olduğunu düşünen bireyler sonrasında içerisinde buldukları tedavi sürecinin günlük hayatlarına eklenmesi sonucunda bazı problemler yaşaya bilmekte ve buna bağlı olarak da yaşam kaliteleri düşmektedir (39).

Çalışmamızda geçerliliği ve güvenilirliği ispatlanmış olan ve skolyozlu bireylerin yaşam kalitesi düzeylerini ölçmek için skolyoza özgü olarak geliştirilmiş SRS-22 Yaşam Kalitesi Anketi kullanılmıştır. Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların anket sonuçları incelendiğinde, korse kullanan bireylerin korse kullanmayan gruptaki bireylere göre daha düşük bir yaşam kalitesine sahip olduğu tespit edilmiştir. Gruplararası istatistiksel analiz sonuçlarının anlamlı düzeyde korele olduğu; korse kullanımının yaşam kalitesi düzeyini olumsuz bir yönde etkilediği saptanmıştır.

Elde ettiğimiz sonuçlar ile paralellik gösteren çalışmalar bulunmasına rağmen literatürde bu konu üzerine farklı görüş belirtilmiş birçok çalışma da yer almaktadır. Bu çalışma ile aynı sonuçları elde etmiş olan Shahidi ve Jannesari (28) idiyopatik skolyoz tanısı almış 237 İranlı adölesan üzerinde yaptıkları çalışmada korse kullanan adölesanların

yaşam kalitesi anket sonuçlarının anlamlı olarak daha düşük olduğunu bildirmişlerdir. Negrini ve ark. (39) ile Climent ve Sanchez (40) ortez kullanımının bireylerin günlük yaşamlarında bir takım problemlere yol açabildiğini ve yaşam kalitesi düzeylerini olumsuz yönde etkileyebildiğini bildirmişlerdir. Aynı görüşü bildiren Pham ve ark. 2008 yılında (41) Cheneau korsesini tam zamanlı ve yarı zamanlı kullanan ve korse kullanmayan bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada korse kullanmayan gruptaki bireylerin yaşam kalitesi düzeylerinin diğer 2 gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu ve tam zamanlı korse kullanan grubun en düşük yaşam kalitesi skoruna sahip olduğunu saptamıştır. Ugwonali ve ark. 2004 yılında (42) yaptığı ve elde ettiğimiz veriler ile paralellik göstermeyen sonuç elde ettikleri çalışmalarında korse kullanımının idiopatik skolyozlu adölesanların yaşam kalitesi düzeylerine olumsuz bir etki yaratmadığını bildirmişlerdir. Yine aynı görüşte sonuç elde eden Schwieger ve ark. (36) ve Danielsson ve ark. (43) çalışmalarında korse kullanımının yaşam kalitesi skorunu negatif yönde etkilemediğini saptamışlardır.

Günlük yaşantılarına ek olarak uzun ve zorlu bir tedavi sürecinin içine dâhil olmak, yaşlıları ile arasında bir fark hissetmek, aktivitelerinde kısıtlanmalar hissetmek özellikle de günün uzun bir zamanında kullanılan korsenin bu kişilerde yaşam kalitesi düzeylerinin olumsuz olarak etkilenebileceğini düşünmektedir.

Skolyozun bireyler üzerinde yaratmış olduğu bir diğer problem psikososyal etkilenimdir. Günlük hayatta korse kullanımı, maddi ve manevi olarak uygulanan tedavinin sonuçları kişinin stres düzeyini etkileyebilmektedir (44, 45).

Korse kullanan katılımcıların stres düzeylerini ölçmek için skolyoza özgü olarak geliştirilmiş ve geçerliliği, güvenilirliği kanıtlanmış Bad Sobernheim Stres Sorgulama Formu (BSSQ), korse kullanmayan bireylerin stres düzeylerini ölçmek için ise Algılanan Stres Ölçeği kullanılmıştır. Korse kullanan ve korse kullanmayan bireylerin stres anketleri sonucunda elde edilen veri ortalamalarına bakıldığında her 2 gruptaki bireylerin “orta stres düzeyine” sahip oldukları bulunmuştur.

Stres düzeyi ve yaşam kalitesi değerleri grup içi karşılaştırıldığında korse kullanan grupta pozitif, korse kullanmayan grupta negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Her iki grupta da stresin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir. Aulisa ve ark. korse kullanan 108 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada korse kullanımının bireyler üzerinde psikolojik stres yarattığını buna bağlı olarak bireylerin yaşam kalitesi düzeylerinin olumsuz olarak etkilendiğini bildirmişlerdir (46). Tones ve ark. yaptıkları çalışmada egzersiz programları sayesinde stresin azaltılabileceğini buna bağlı olarak bireylerde vücut algısının gelişebileceğini ve iyileşmiş vücut algısı sayesinde yaşam kalitesi düzeyinin de arttırılabileceğini bildirmişlerdir (13).

İdiopatik skolyoz tanısı almış bireylerin yaşları göz önünde bulundurulduğunda görünüş kaygılarının, vücutlarında meydana gelen asimetrinin, korse kullanımlarının, eğriliğin şiddetine bağlı olarak ileride meydana gelebilecek cerrahi düşüncesinin veya hayatlarına fazladan dâhil olan tedavi yöntemlerinin bireylerin stres düzeylerini ve buna bağlı olarak yaşam kalitesi düzeylerini etkilenebileceğini düşünmekteyiz.

## 5. Sonuç

Çalışmamızın sonucunda diyebiliriz ki; AİS’de korse kullanımı vücut algısını, ve yaşam kalitesi düzeyini olumsuz yönde etkiler.

Elde ettiğimiz sonuçlar ışığında korse kullanımı ve skolyoz kaynaklı meydana gelen olumsuz vücut imajının önüne geçilmeli, günlük yaşantılarında fiziksel aktivitelerinin kısıtlanması engellenmeli ve adölesanlar ile sürekli iletişim halinde olunması gerektiği özellikle uygulanacak tedavi ve prognoz hakkında adölesan bireylere açık ve yeterli bilgi verilmelidir.

Veriler sonucu adölesanların stres düzeyleri orta seviyede bulunmasına rağmen sadece korse kullanımının değil skolyozun yarattığı psikolojik etkilenimin aileye, terapisteye belli edilmemiş olsa bile genel olarak bireylerin yaşam kalitesi düzeylerini düşürebileceği sonucuna

ulaşmıştır. Skolyozlu adölesanların tedavi süreçleri içerisine tanı aldıkları andan itibaren psikolojik desteğin dâhil edilmesi gerektiğini savunmaktayız.

Korse kullanan ve kullanmayan bireyler için 2 farklı stres ölçeği kullanılmasının gruplararası karşılaştırma yapmamızı engellediğini ve ileriki çalışmalarda her 2 grubunda doldurabileceği tek bir stres ölçeği seçilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Korse tedavisinde kullanılan korse tiplerinin farklılık göstermesinden dolayı her bireyin kullandığı korse tipinin yaratacağı etkiler göz önünde bulundurularak ileride daha kapsamlı çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Çalışmamızda doldurulan anketlerin tek seferli oluşu adölesanların duygusal ruh değişimlerini düşündüğümüzde sonuçları etkileyebilir. Uzun süreli takip ile yapılacak bir çalışma daha güvenilir sonuçlar elde edilmesini sağlayabilir.

Vücut algısını ölçmek için kullandığımız skalanın görsel içerikli olması ya da resimlerin arkadan görüntüyü yansıtıyor olması bireylerin yaşları göz önünde bulundurulduğunda sonuçlarımızı etkilemiş olabilir.

AİS tanısı almış bireylerin sürekli değişen ruh hali ve gelişim çağında oldukları göz önünde bulundurularak, içinde buldukları kendi durumları hakkında bilgilendirilmeli ve çevresel etkenlerden etkilenebilecekleri unutulmamalıdır. İdiopatik skolyozlu adölesanlara tedavi sürecinde bütün olarak yaklaşmalı ve ailelerin yeterince bilinçlendirilmesi gerektiğini önermekteyiz.

## Kaynakça

- (1) Şimşek İ.E., Akçay B. (2017). İdiyopatik Skolyoz ve Kifozda Konservatif Tedavi Yaklaşımları. İçinde : Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Cilt 2. Eds: Karaduman A., Tunca Yılmaz Ö., Hipokrat Kitabevi, Ankara, s: 487-492.
- (2) Altaf F., Gibson A., Dannawi Z., Noordeen H. (2013). Adolescent Idiopathic Scoliosis. Bmj, 346, f2508.

- (3) Yılmaz H.G., Kuru T., Yavuzer M.G. (2012). Gövde Ortezi Kullanan İdiyopatik Skolyozlu Adölesanlarda Bad Sobernheim Stres Sorgulama Formunun Türkçe Adaptasyonu ve Güvenilirliği. *Türk Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 58(3): s:225-229.
- (4) Otman S. (2015)(ed), Egzersiz Tedavisinde Temel Prensipler ve Yöntemler, 5. Baskı, Pelikan Yayıncılık, Ankara, s: 160-175.
- (5) Weinstein S.L. (1999). *Natural History. Spine*, 24(24), 2592.
- (6) Bilgiç S., Erşen Ö. (2017). Adölesan İdiyopatik Skolyoz Konservatif Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Orthopaedics and Traumatology Special Topics*, 10(2): 118-123.
- (7) Öztürk F. (2018). Posterior Füzyon Cerrahisi Sonrası Adölesan İdiyopatik Skolyozlu Bireylerde Gövde Kas Endüransı, Statik Ayakta Durma Dengesi ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi(Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- (8) Gallant J.N., Morgan C.D., Stoklosa J.B., Gannon S.R., Shannon C.N., Bonfield C.M. (2018). Psychosocial Difficulties in Adolescent Idiopathic Scoliosis: Body Image, Eating Behaviors, and Mood Disorders. *World neurosurgery*.
- (9) Auerbach J.D., Lonner B.S., Crerand C.E., Shah S.A., Flynn J.M., Bastrom T., Penn P., Ahn J., Toombs C., Bharucha N., Bowe W.P., Newton P.O., (2014). Body Image in Patients with Adolescent Idiopathic Scoliosis: Validation of the Body Image Disturbance Questionnaire-Scoliosis Version. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 96(8), e61.
- (10) Watanabe K., Hasegawa K., Hirano T., Uchiyama S., Endo N. (2007). Evaluation of Postoperative Residual Spinal Deformity and Patient Outcome in Idiopathic Scoliosis Patients in Japan Using the Scoliosis Research Society Outcomes Instrument. *Spine*, 32 (5), 550-554.
- (11) Danielsson A.J., Hasserijs R., Ohlin A., Nachemson A.L. (2012). Body Appearance and Quality of Life in Adult Patients with Adolescent Idiopathic Scoliosis Treated with a Brace or Under Observation Alone During Adolescence. *Spine*, 37(9), 755-762.
- (12) Misterska E., Glowacki M., Harasymczuk J., (2011). Brace and Deformity-Related Stress Level in Females with Adolescent Idiopathic Scoliosis Based on the Bad Sobernheim Stress Questionnaires. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 17(2), CR83.
- (13) Tones M., Moss N., Polly Jr D.W. (2006). A Review of Quality of Life and Psychosocial Issues in Scoliosis. *Spine*, 31(26), 3027-3038.
- (14) Verma K., Lonner B., Hoashi J.S., Lafage V., Dean L., Engel I., Goldstein Y. (2010). Demographic Factors Affect Scoliosis Research Society-22 Performance in Healthy Adolescents:A Comparative Baseline for Adolescents with Idiopathic scoliosis. *Spine*, 35(24), 2134-2139.

- (15) Kara T. (2014) Adölesan İdiyopatik Skolyoz Tedavisinde Uygulayıcıya Bağlı Sınıflama ve Tedavi Planındaki Uyumun İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Haluk Berk).
- (16) Weiss H.R. (2010). “Brace Technology” Thematic Series-the Gensingen Brace in The Treatment of Scoliosis. *Scoliosis*, 5(1), 22.
- (17) Korovessis P., Syrimpeis V., Tsekouras V., Vardakastanis K. et al. (2018). Effect of the Chêneau Brace in the Natural History of Moderate Adolescent Idiopathic Scoliosis in Girls: Cohort Analysis of a Selected Homogenous Population of 100 Consecutive Skeletally Immature Patients. *Spine deformity*, 6(5), 514-522.
- (18) Pineda S., Bago J., Gilperez C., Climent J. M. (2006). Validity of the Walter Reed Visual Assessment Scale to Measure Subjective Perception of Spine Deformity in Patients With Idiopathic Scoliosis. *Scoliosis*, 1(1), 18.
- (19) Çolak T.K. (2012). Adölesan İdiyopatik Skolyozda Schroth Yöntemine Göre 3 Boyutlu Egzersizlerin Etkinliği. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. İpek Yeldan).
- (20) Alanay A., Cil A., Berk H., Acaroglu R.E., Yazici M., Akcali O., Kosay C., Genc Y., Surat A. (2005). Reliability and Validity of Adapted Turkish Version of Scoliosis Research Society-22 (SRS-22) Questionnaire. *Spine*, 30(21): 2464-2468.
- (21) Arık İ. (2017). Adölesan İdiyopatik Skolyoz Cerrahi Tedavisinde Enstrümantasyon Tipi ve Düzeltme Miktarının Vücut Dengesi Üzerine Etkileri. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Denizli, (Danışman: Prof. Dr. Ahmet Esat Kıter).
- (22) Kotwicki T., Kinel E., Stryła W., Szulc A. (2007). Estimation of the stress related to conservative scoliosis therapy: an analysis based on BSSQ questionnaires. *Scoliosis*, 2(1), 1.
- (23) Botens-Helmus C., Klein R., Stephan C. (2006). The Reliability of the Bad Sobernheim Stress Questionnaire (BSSQbrace) in Adolescents with Scoliosis During Brace Treatment. *Scoliosis*, 1(1), 22.
- (24) Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, s: 385-396.
- (25) Erci B. (2006). Reliability and Validity of the Turkish Version of Perceived Stress Scale. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1), s:58-63.
- (26) Eskin M., Harlak H., Demirkıran F., Dereboy Ç. (2013). Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Güvenirlilik ve Geçerlilik Analizi. *New/Yeni Symposium Journal*, 51(3), s: 132-140.

- (27) <https://www.srs.org/>(29.03.2019)
- (28) Shahidi S, Jannesari NT. (2014). Iranian Adolescents with Scoliosis: Effects of Brace Treatment on Self-Esteem, Body Image Concern and Quality of Life. *British Journal of Medicine & Medical Research*, 5(4): 499-508.
- (29) Weinstein S.L., Dolan L.A., Cheng J.C., Danielsson A., Morcuende J.A. (2008). Adolescent Idiopathic Scoliosis. *The Lancet*, 371(9623), 1527-1537.
- (30) Reamy B.V., Slakey J.B. (2001). Adolescent Idiopathic Scoliosis: Review and Current Concepts. *American Family Physician*, 64(1).
- (31) Ylikoski M. (2005). Growth and Progression of Adolescent Idiopathic Scoliosis In Girls. *Journal of Pediatric Orthopaedics B*, 14(5), 320-324.
- (32) Yim A.P., Yeung H.Y., Hung V.W., Lee K.M., Lam T.P. et al. (2012). Abnormal Skeletal Growth Patterns In Adolescent Idiopathic Scoliosis - A Longitudinal Study Until Skeletal Maturity. *Spine*, 37(18), E1148-E1154.
- (33) Hawes M.C. (2003). The Use of Exercises In The Treatment of Scoliosis: An Evidence-Based Critical Review of The Literature. *Pediatric Rehabilitation*, 6(3-4), 171-182.
- (34) Karankı İ. (2016). İdiyopatik Skolyozlu Kız Adölesanlarda Beden Algısı ve Özsaygı Düzeyinin Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Gösterilen Uyuma Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Hürriyet Gürsel Yılmaz).
- (35) Gür G., (2015). Adölesan İdiyopatik Skolyozda Spinal Stabilizasyon Eğitimi ve Vücut Farkındalığı Eğitiminin Subjektif Vertikal Algılama ve Gövde Simetrisi Üzerine Etkisinin Araştırılması.
- (36) Schwieger T., Campo S., Weinstein S.L., Dolan L.A., Ashida S., Steuber K.R. (2016). Body Image and Quality-of-Life in Untreated Versus Brace-Treated Females with Adolescent Idiopathic Scoliosis. *Spine*, 41(4), 311.
- (37) Merenda L., Costello K., Santangelo A.M., Mulcahey M.J. (2011). Perceptions of Self-Image and Physical Appearance: Conversations with Typically Developing Youth and Youth with Idiopathic Scoliosis. *Orthopaedic Nursing*, 30(6), 383-390.
- (38) Saraste H., Olafsson Y., Ahlgren R.M. (1999). Does Bracing Affect Self-Image? A Prospective Study on 54 Patients with Adolescent Idiopathic Scoliosis. *European Spine Journal*, 8(5), 402-405.
- (39) Negrini S., Aulisa A.G., Aulisa L., Circo A. B., Durmala J. et al. (2012). 2011 SOSORT Guidelines: Orthopaedic and Rehabilitation Treatment of Idiopathic Scoliosis During Growth. *Scoliosis*, 7(1), 3.
- (40) Climent J.M., Sanchez J. (1999). Impact of the Type of Brace on the Quality of Life of Adolescents with Spine Deformities. *Spine (Phila Pa 1976)*, 24 (18), 1903-1908.



- (41) Pham V M., Houlliez A., Carpentier A., Herbaux B., Schill A., Thevenon A. **(2008)**. Determination of The Influence of The Cheneau Brace on Quality of Life for Adolescent with Idiopathic Scoliosis. In *Annales de readaptation et de medecine physique* (Vol. 51, No. 1, p:3-8). Elsevier Masson.
- (42) Ugwonali O.F., Lomas G., Choe J.C., Hyman J.E., Lee F.Y., Vitale M.G., Roye Jr D.P. **(2004)**. Effect of Bracing on the Quality of Life of Adolescents with Idiopathic Scoliosis. *The Spine Journal*, 4(3), 254-260.
- (43) Danielsson A.J., Hasserijs R., Ohlin A., Nachemson A.L. **(2010)**. Health-Related Quality of Life in Untreated Versus Brace-Treated Patients With Adolescent Idiopathic Scoliosis. *Spine*, 35(2), 199–205.
- (44) Mistowska E., Glowacki M., Latuszewska J., Adamczyk K. **(2013)**. Perception of Stress Level, Trunk Appearance, Body Function and Mental Health in Females with Adolescent Idiopathic Scoliosis Treated Conservatively: A Longitudinal Analysis. *Quality of Life Research*, 22(7), 1633-1645.
- (45) Donnelly M.J., Dolan L.A., Grande L., Weinstein S.L. **(2004)**. Patient and Parent Perspectives on Treatment for Adolescent Idiopathic Scoliosis. *Iowa Orthop J*,p:76-83.
- (46) Aulisa A.G., Guzzanti V., Perisano C., Marzetti E., Specchia A., Galli M., Aulisa L. **(2010)**. Determination of Quality of Life in Adolescents With Idiopathic Scoliosis Subjected to Conservative Treatment. *Scoliosis*, 5(1), 21



## Kars İli Merkezde Evde Sağlık Bakım Hizmeti Alan Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri ve Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı

Neriman GEY<sup>1\*</sup>, Onur YARAR<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kafkas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kars, Türkiye

<sup>2</sup>Okan Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İstanbul, Türkiye

**Geliş Tarihi:** 25.08.2019

**\*Sorumlu Yazar e mail:** ngey58@hotmail.com

**Kabul Tarihi:** 24.09.2019

### Özet

Bu çalışma, Kars ili merkezde Harakani Devlet Hastanesi'nin Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nden hizmet alan hasta yakınlarının demografik özellikleri ve sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı tipteki bu araştırma, 2016 yılı Ağustos ve Kasım aylarında Kars ili merkezde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın örneklemini 179 hasta yakını oluşturmuştur. Veriler hasta yakınlarına anket uygulayarak toplanmıştır. Elde edilen verilerin analizinde; frekans, yüzde, ortalama, varyans analizi, Mann Whitney U, Kruskal Wallis testleri ve korelasyon analizi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının çoğunluğunun erkek (%56.4), 51 yaş ve üstü yaş grubunda (%38), evli (%83.8), lise ve dengi okul mezunu (%39.1), oğlu veya gelini (%46.9), ev hanımı (%25.7) ve sürekli hastanın yanında kalanlar (%83.3) olarak bulunmuştur. Ayrıca, sağlık personelinin hastaya ayırdığı hizmet süresi de %38 olarak saptanmıştır. Kars ili merkezde yapılan bu çalışmada, hastaya sunulan evde sağlık hizmetlerini hasta yakınları %26.8 oranında "iyi", %65.9 oranında "çok iyi" olarak değerlendirmiştir. Böylece %92.7 oranında hasta yakınlarının genel memnuniyet düzeyi hesaplanmıştır. Sonuç olarak,

**Atf:** Gey N, Yazar O. Kars İli Merkezde Evde Sağlık Bakım Hizmeti Alan Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri ve Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;2(3) 45-71

**To cite this article:** Gey N, Yazar O. Demographic Characteristics and Satisfaction Rate of Patient's Relatives Receiving Home Health Care Services in Kars City Center. Haliç University Journal of Health Sciences, 2019;2(3) 45-71

hasta yakınlarının evde sunulan sağlık hizmetlerinden genelde memnun olduklarını ancak, sağlık personelinin hastaya yeteri kadar zaman ayıramamalarından yakındıkları saptanmıştır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılmasına önem verilmeli, hasta yakını memnuniyeti geliştirilmeli ve düzenli memnuniyet ölçümleri yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Evde sağlık hizmetleri, Demografik özellik, Hasta yakını memnuniyeti

## **Demographic Characteristics and Satisfaction Rate of Patient' Relatives Receiving Home Health Care Services in Kars City Center**

### **Abstract**

Demographic characteristics and satisfaction ratio of Health Care Services in the relatives of patients receiving home health care services in Kars Province. This descriptive research was conducted in August and November 2016 in Kars city center. The sample of the study consisted of 179 relatives. Data were collected by applying a questionnaire to patients' relatives. In the analysis of the data obtained; frequency, percentage, mean, variance analysis, Mann Whitney U, Kruskal Wallis tests and correlation analysis were used. The majority of the patients' relatives who participated in the study were male (56.4%), 51 (51%) age group (38%), married (83.8%), high school and equivalent school graduates (39.1%), son or bride (46.9%), housewife (%) 25.7) and those staying with the patient continuously (83.3%). In this study conducted in the center of Kars province, 26.8% of the patients' home health services were evaluated as "good" and 65.9% as "very good". Thus, 92.7% of the patients' general satisfaction level was calculated. As a result, it was found that the relatives of the patients were generally satisfied with the health services provided at home but complained that the health personnel could not allocate sufficient time to the patient. Therefore, importance should be given to increasing the quality in health services, satisfaction of relatives should be improved and regular satisfaction measurements should be performed.

**Keywords:** Home health services, Demographic characteristics, Patient relatives satisfaction.

## 1. Giriş

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşam standardının yükselmesi, ortalama yaşam süresini uzatmış; yaşlı nüfusu da artırmıştır. Yaşlanan nüfus pek çok sorunu da beraberinde getirmiştir. Bu sorun son zamanlarda Dünya’da ve Türkiye’de sağlık politikalarında geniş yer almaya başlamış ve sağlık hizmetlerine talebi de artırmıştır. Bu hizmetler içinde evde sağlık hizmetlerinin önemli bir yeri vardır. Çünkü kökleri tarihe dayanan evde sağlık hizmetleri ailede bakıcılığın yükü özellikle kadınların üzerindedir (1). Oysa Sanayi Devrimi sonrası kadınların çalışma hayatına girmesi çok ağır olan evde yaşlı bakımı yükünü taşıyamamalarına neden olmuştur (2). Ayrıca, aile içinde bakıcılık yapanların evde sağlık hizmetlerini yürütebilmek için temel bilgi ve beceriye de sahip olmaları gerekir (1).

Mevcut sağlık sisteminde; hastaların hastaneye yatırılması, sağlık hizmeti talebinin artması, özellikle yaşlı nüfusa bağlı kronik hastalıklardaki artış, hastalıkların tanı ve tedavisinde yüksek teknolojinin kullanılması, sağlık harcamalarını yükseltmiştir (3). Maliyetlerdeki artışı düşürmek, ülke ekonomileri üzerindeki baskıyı hafifletmek, hastanelerde hasta yoğunluğunu azaltmak için sağlık hizmetlerinden alternatif evde sağlık bakım hizmeti özellikle devlet tarafından desteklenmekte ve sosyal güvenlik sistemleri tarafından da ciddi anlamda önemsenmektedir (1).

Evde sağlık hizmetlerinin yaşlı ve hastaların kendi evinde ya da yaşadığı ortamda sunulması; sağlık harcamalarının düşmesi, bireye özel bakım alınması, bakım alan ailede dayanışmayı güçlendirmesi, iyileşmeyi süratlendirmesi, hizmet kalitesini artırması, hasta ve hasta yakınlarını sağlık bakımı konusunda bilgilendirmesi ve yaşam kalitesinin artması gibi sağlık alanındaki önemli hedefler, hem birey hem de ülke için büyük yararlar sağlamaktadır (4).

Hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet sürecini, hastalıkları ile ilgili edindiği önceki deneyimleri, sağlık kurumlarının hizmet sunum şekli, hasta ve hasta yakınlarının sosyo-kültürel durumları, algıları, fiziksel çevre, güven, ücret gibi denetlenmeyen birçok etmen

etkilemektedir. Bu memnuniyetin belirlenmesi, hastaya verilen tıbbi ve tıbbi olmayan hizmetlerin kalitesini ortaya koyacağı gibi, ülkelere gelişmişlik düzeyinin ölçümünde de önemli bir yere sahiptir (5).

Bu araştırma, Kars'ta evde sağlık hizmeti alanlara verilen hizmetten dolayı bu hizmeti alanların yakınlarının memnuniyet düzeyinin belirlenmesi yönünden önemlidir. Çünkü, hasta yakını memnuniyeti ile ilgili olarak, yapılan literatür (6,7) çalışmasında, Kars'ta bu alandan başka benzer bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Kars ilinde bu çalışma bir ilktir. Bu bağlamda çalışmanın böylesine önemli toplumsal sağlık bakım konusunun Kars ili merkezinde durum saptaması yapılması yanında, literatüre de katkı sağlaması düşünülmektedir.

Bu nedenle araştırma, Kars ili merkezde Harakani Devlet Hastanesi'nin Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nden hizmet alan hasta yakınlarının demografik özellikleri ve sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

## 2. Gereç ve Yöntem

### 2.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, Kars ili merkezde Harakani Devlet Hastanesi'nde Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nden yararlanan hasta yakınlarının sosyo-demografik özelliklerinin ve evde sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu çalışma, tarama modelinde kesitsel olarak tanımlayıcı tasarımda gerçekleştirilmiştir.

### 2.2. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın amacını gerçekleştirmek için belirlenen hipotezler şunlardır:

**H1:** Kars İl merkezinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının cinsiyetine göre boyutlar arasında anlamlı bir fark vardır.

**H2:** Kars İl merkezinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının medeni durumuna göre boyutlar arasında anlamlı bir fark vardır.

**H3:** Kars İl merkezinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının yaş gruplarına göre boyutlar arasında anlamlı bir fark vardır.

**H4:** Kars İl merkezinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının eğitim durumuna göre boyutlar arasında anlamlı bir fark vardır.

**H5:** Kars İl merkezinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının yakınlık derecesine göre boyutlar arasında anlamlı bir fark vardır.

**H6:** Kars İl merkezinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının hasta ile birlikte kalma süresine göre boyutlar arasında anlamlı bir fark vardır.

**H7:** Kars İl merkezinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının mesleğine göre boyutlar arasında anlamlı bir fark vardır.

**H8:** Kars İl merkezinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınları aldıkları hizmetten memnundurlar.

### 2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışma, Türkiye'nin Kars İli merkezde, Harakani Devlet Hastanesi evde sağlık hizmetleri biriminden faydalanan hastaların yakınları ile yapılmıştır. Veriler, 2016 Ağustos ve Kasım ayları arasında evde Sağlık Hizmeti Koordinasyon Merkezi'nin hazırladığı hasta takip formları incelenerek toplanmıştır.

Kars Devlet Hastanesi'ne kayıtlı 332 hasta evde sağlık hizmeti almıştır. Araştırmanın evreni kayıtlı 332 hastanın yakınları, örneklemi ise evreni belli örnekleme hesaplama formülüyle ( $n=N t^2 p q / d^2(N-1) + t^2 p q$ ) elde edilen (8,9); %95 güven aralığı ile belirlenen ve %5 hata oranıyla 179 (n:178.34) hasta yakını oluşturmuştur (10).

Çalışmanın pilot uygulaması evde sağlık hizmeti alan 40 hasta yakınıyla yapılmıştır. Bu uygulamada herhangi bir sorunla karşılaşılmamıştır. Anket, pilot uygulama için hazırlandığı şekliyle çalışmaya dâhil edilmiştir.

### 2.4. Veri Toplama Araçları

Etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra "Kars ili merkezde Harakani Devlet Hastanesi'nin Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nden

yararlanan hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri ve hasta yakınlarının memnuniyet düzeyini belirlemek için veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Evde bakım alacak hastanın birinci derece yakını ya da bakımından sorumlu olan kişiden sözel ve yazılı onam alınarak yüz yüze görüşme ile anket uygulanmıştır. Bu anket formu üç bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde hasta yakınlarının sosyo-demografik özelliklerini içeren 7 soruluk “Kişisel Bilgi Bölümü” bulunmaktadır. İkinci bölümde evde sağlık hizmetlerine başvuru sürecini belirlemeye yönelik toplam 6 sorudan oluşan “Başvuru Bölümü” yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise evde sağlık hizmetlerinde hasta yakınlarının aldıkları hizmetten memnuniyetlerini belirlemeye yönelik sağlık çalışanlarının yaptığı uygulama süresince hastaya karşı davranışları ve iletişim şeklinin hasta yakınının duygu ve düşüncesi üzerindeki etkisini değerlendiren 18 maddelik 5’li likert tipi Memnuniyet Ölçeği kullanılmıştır. Ölçekteki ifadelerin oluşturulmasında ilgili literatürden (2) yararlanılmış; geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmıştır.

Literatür doğrultusunda araştırmacıların kendisi tarafından geliştirilen 5’li likert tipi ölçekte maddelere katılım düzeyini ifade etmek için 5’li likert tipi derecelendirme kullanılmıştır. Bu dereceleme, Kesinlikle katılıyorum (5), Katılıyorum (4), Kararsızım (3), Katılmıyorum (2), Kesinlikle Katılmıyorum (1) şeklinde sıralanmıştır. Ölçekteki puanlar “Kesinlikle Katılıyorum” kategorisinden başlayarak 5,4,3,2,1 şeklinde puanlanmış olup 5’e yaklaştıkça önermeye katılım düzeyleri yüksek, 1’e yaklaştıkça düşük olduğu kabul edilmiştir (8).

## 2.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 21.0 (Statistical Packet For Social Sciences) paket programında yapılmıştır. Hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri, sağlık hizmetine başvuru şekli ve değerlendirme süreci ile ilgili bulgular için; frekans, yüzde, ortalama, standart sapma gibi, tanımlayıcı istatistiksel



analizleri ve hasta yakınlarının evde sağlık hizmetinden memnuniyet düzeylerine ilişkin frekans analizi kullanılmıştır.

Memnuniyet Ölçeği sorularına Faktör Analizi uygulanmış, Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterlilik İstatistiği ve Bartlett Küresellik Testi, verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile test edilmiş ve anlamlılık değerleri 0.05'den küçük olduğu için normal dağılıma uygunluğun sağlanmaması nedeniyle tüm istatistiksel analizler parametrik olmayan testler kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Parametrik olmayan testlerden iki bağımsız arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında MannWhitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi ile Korelasyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

## 2.6. Faktör Analizi

Likert Tipi Memnuniyet Ölçeği sorularına Faktör Analizi uygulanmış ve sorular 3 boyuta indirgenmiştir. Hasta yakınlarının evde sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeylerini ölçmeye yönelik 18 maddelik 5'li likert tipi ölçekte 18. madde genel memnuniyet sorusu olduğu için Faktör Analizi'ne dâhil edilmemiştir. Ancak, geriye kalan 17 soru ile "Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi", "Görevlilerin Davranış Biçimi" ve "Resmi Prosedürler" olmak üzere 3 boyut oluşturulmuştur.

## 2.7. Ölçeğin Güvenirlik ve Geçerlik Analizi

### 2.7.1. Güvenirlik Analizi:

Hasta memnuniyeti Likert tipi ölçeğin güvenirlik düzeyini saptamak için iç tutarlılığın bir ölçütü olan "Cronbach Alpha" katsayısı kullanılır. Bu katsayısı 1'e yaklaştıkça güvenirlik artmakta; 0'a

yaklaştıkça azalmaktadır. Bu nedenle, “Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi, Görevlilerin Davranış Biçimi ve Resmi Prosedürler”ine yönelik 18 maddeden oluşan Tutum Ölçeği’nin güvenilirliği için Cronbach Alpha katsayısı hesaplanmış ve  $\alpha= 0,922$  olarak bulunmuştur. Ayrıca, ölçme aracının her alt boyutu için iç tutarlılık katsayılarının her bir alt boyutu için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları “Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi” boyutu  $\alpha=0,857$ ; “Görevlilerin Davranış Biçimi” boyutu  $\alpha=0,759$  ve “Resmi Prosedürler” boyutu  $\alpha=0,800$  saptanmıştır (11).

Bu faktörlerin alt maddelerinin Güvenirlik Analizi sonucu bulunan Cronbach Alfa Değerleri ölçeğin güvenilir olduğunu göstermiştir. Araştırmada toplam korelasyon katsayısı tüm maddeler için 0.534-0.854 arasında bulunmuştur (Tablo 1).

**Tablo 1:** Faktör Alt Maddeleri Güvenirlik Analizi (n:179)

Faktörler	Maddeler	Toplam Korelasyon Değeri	Cronbach Alpha Değeri
<b>Faktör 1</b> Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi	5	0.616	0.857
	10	0.669	
	12	0.794	
	13	0.844	
	14	0.776	
	15	0.820	
	16	0.744	
<b>Faktör 2</b> Görevlilerin Davranış Biçimi	1	0.663	0.759
	2	0.736	
	3	0.712	
	4	0.534	
	6	0.667	
	11	0.636	
	17	0.783	
<b>Faktör 3</b> Resmi Prosedürler	7	0.847	0.800
	8	0.854	
	9	0.845	

### 2.7.2. Geçerlilik Analizi:

Hasta memnuniyet ölçeğinin geçerliğine ilişkin bilgi toplamak amacıyla temel bileşenler analizi kullanılmıştır. Verilerin temel bileşenler analizine uygunluğu Kaiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett Küresellik testi ile incelenmiştir. KMO, testinde bulunan değer 0,50'nin altında ise kabul edilemez, 0,50 zayıf, 0,60 orta, 0,70 iyi, 0,80 çok iyi, 0,90 mükemmeldir (12). KMO değerinin 1'e yakın bir değer olması 0,853 faktör değişkenlerinin birbirlerini yüksek derecede tahmin edebileceğini göstermektedir.

Bartlett Küresellik Testi sonucuna göre Ki-Kare değeri 1410,651 saptanması, faktör analizi yapılabilmesi için değişkenler arasında istenen ilişkinin bulunduğunu göstermektedir ( $p<0,01$ ). KMO değeri 0,5'ten büyük ve Barlett testi sonucu anlamlı olduğu bu değerlerle veri seti faktör analizine uygun kabul edilir. (8). Boyutlar normal dağılıma uygun olup olmadıkları Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testi kullanılarak analiz edilmiştir. Yapılan analizlerde boyutların normal dağılım göstermedikleri sonucuna ulaşılmıştır ( $p<0,01$ ).

### 2.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Bu araştırmada verileri toplamaya başlamadan önce izlenen izin aşamaları; T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Kars İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden ve Kars Harakani Devlet Hastanesi'nden anket için kurum çalışması izinleri alınmıştır. Okan Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 19.10.2016 tarih ve 77 sayılı etik kurul izni alınmıştır. Araştırma için "Hasta Yakını Onam Formu" ve "Memnuniyet Ölçeği" izni alınmıştır.

### 2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın örneklemini Kars İli Harakani Devlet Hastanesi'nde Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nden yararlanan hasta yakınları

oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri hasta yakınlarının ankete verdiği cevaplardan oluştuğundan sonuçların güvenilirliği, örneklem grubunda yer alan hasta yakınlarının verdikleri ile sınırlıdır. Araştırma sürecinde, bazı hastaların vefat etmesi, bazı hastaların verilen adreste bulunamaması ve anket uygulamasına kimi hasta yakınları da katılmak istememiştir.

### 3. Bulgular

Evde sağlık hizmeti ile ilgili araştırmaya katılan 179 hasta yakınından anket yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular; “Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri, Evde Sağlık Hizmetine Başvuru Şekli ve Değerlendirme Süreci ile İlgili Bulgular, Hasta Yakınlarının Evde Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyleri ile İlgili Bulgular, Hasta Yakınlarının Boyutları Arası Farklılıklar, Kars İli Merkezde Hasta Yakınlarına Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Genel memnuniyet Düzeyi” beş başlık altında verilmiştir.

#### 3.1. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri

Kars Harakani Devlet Hastanesi Tıbbi Sağlık Bakım Hizmetleri Birimi'ne kayıtlı evde sağlık hizmetlerinden yararlanan ve araştırmaya katılan 179 hasta yakınının demografik özellikleri, frekans ve yüzde dağılımları Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tabloda araştırmaya katılan hasta yakınlarının çoğunun; erkek (% 56.4, n=101), 51 yaş ve üzeri (%38.0, n=68), evli (%83.8 n=150), lise ve dengi okul mezunu (%39.1, n=70), oğlu veya gelini (%46.9, n=84), ev hanımı (% 25.7, n=46), hasta ile birlikte olduğu süre (% 83.3, n=149) olduğu, görülmektedir

**Tablo 2:** Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N:179)

<b>Demografik Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	78	43.6
Erkek	101	56.4
<b>Yaş Grubu</b>		
20-30	28	15.6
31-40	49	27.4
41-50	34	19.0
51 +	68	38.0
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	150	83.8
Bekâr	29	16.2
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar değil	33	18.4
Okuryazar	17	9.5
İlkokul	38	21.2
İlköğretim	20	11.2
Lise ve dengi okul	70	39.1
Üniversite ve üzeri	1	0.6
<b>Yakınlık Derecesi</b>		
Kız	38	21.2
Oğlu/Gelini	84	46.9
Kardeşi	6	3.4
Annesi	12	1.1
Bakıcısı. Tanıdığı	12	1.1
Eşi	47	26.3
<b>Meslek Grupları</b>		
Memur	25	14.0
İşçi	28	15.6
Çiftçi	42	23.5
Ev Hanımı	46	25.7
Emekli	12	6.7
Çalışmıyor	23	12.8
Esnaf	3	1.7
<b>Hasta Yakınının Hasta İle Birlikte Olduğu Süre</b>		
Sürekli Yanında Kalıyorum	149	83.3
1-30 gün	2	1.1
1-12 ay	9	5.0
1 -3 yıl	8	4.5
4 -5 yıl	11	6.1

### 3.2. Evde Sağlık Hizmetine Başvuru Şekli ve Değerlendirme Süreci ile İlgili Bulgular

Hasta yakınlarının evde sağlık hizmetlerini öğrenme şeklinin, hizmete başvurma süreci ile ilgili bilgilerinin, hastaneye başvuru sonrası alınan hizmetin zamanı, ilk incelemede gelen sağlık çalışanlarının görevlerine yönelik bilgilerin edinildiği bulgular Tablo 3’ de gösterilmiştir.

Bu tabloda hasta yakınlarının çoğu evde sağlık hizmetlerini; hastaneden (%34.6, n=62) öğrendikleri, başvuru merkezine giderek (%47.0, n=84) başvurularını yaptıkları, hastaneye ilk başvurularının olmadığı (%54.2, n=97) gösterilmiştir. Evde sağlık hizmetlerine başvuru sonrası “İlk İncelemede Gelen Sağlık Görevlileri” arasında genellikle hemşire (%95.3, n=175) olduğu; “İlk Başvuru Yaptıktan Sonra Görevlilerin İlk İncelemeye Gelme Süresinde” hasta yakınlarının çoğu (%60.9 n=109) sağlık hizmetini başvuru tarihinden itibaren 0-3 gün içinde aldıkları, “Hasta Yakını Önerilerinden” hasta yakınlarının çoğunun (%63.1, n=113) sağlık hizmetinden “Memnun olduklarını ve önerilerinin olmadıklarını” ifade etmişlerdir.

**Tablo 3:** Evde Sağlık Hizmetine Başvuru Şekli ve Değerlendirme Süreci ile İlgili Özelliklerin Dağılımı (N:179)

Evde Sağlık Hizmetlerini Öğrenme Şekli	n	%
İletişim Araçlarından	12	6.7
Hastaneden	62	34.6
Aile Hekiminden	47	26.3
Tanıdıklardan	58	32.4
<b>Başvuru Yöntemi</b>		
Evde Sağlık Hizmeti Merkezine Giderek	84	47.0
Evde Sağlık Hizmeti Merkezini Telefonla Arayarak	23	12.8
Aile Hekimliğine Başvurarak	72	40.2
<b>Hastaneye İlk Başvurunuz mu?</b>		
Evet	82	45.8
Hayır	97	54.2

<b>Evde Sağlık Hizmetinde İlk İncelemede Gelen Sağlık Görevlileri</b>		
Doktor	1	2.0
Hemşire	175	95.3
Psikolog	0	0.0
Diyetisyen	0	0.0
Fizyoterapist	3	2.7
<b>İlk Başvuru Sonrası İlk Hizmet Almaya Başlamaya Kadar Geçen Süresi (Gün)</b>		
0-3 gün	109	60.9
4-7 gün	43	24.1
8-11 gün	4	2.2
12-15 gün	7	3.9
16 ve üzeri	16	8.9
<b>Hasta Yakını Önerileri</b>		
Hizmetten memnunum önerim yok	113	63.1
Personel Sayısı artsın	23	12.9
Daha kaliteli hizmet verilsin	16	8.9
Ziyaretler daha sık yapılsın	27	15.1

### **3.3. Hasta Yakınlarının Evde Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyleri ile İlgili Bulgular**

Evde sağlık hizmetlerinden hasta yakınlarının memnuniyet düzeyleri Tablo 4'te gösterilmiştir. Tabloda hasta yakını memnuniyet dağılımına bakıldığında hasta yakınlarının, çoğunun (%60'dan fazlasının) uygulanan bakımdan memnun oldukları görülmesine karşın, %38.0'i (n=68) sağlık personelinin hastaya ayırdığı hizmet süresinin yetersizliğinden yakınmıştır. Bu kapsamda genel memnuniyet düzeyi hasta yakınlarının (%92, n=166) 'iyi' (%26.8, n=48) ve 'çok iyi' (%65.9, n=118) değerlendirmeleriyle bulunmuştur.

**Tablo 4:** Hasta Yakınlarının Evde Sağlık Hizmetinden Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Bulgular (N: 179)

Maddeler	Çok Zayıf		Zayıf		Orta		İyi		Çok İyi	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-Hastanız için evde sağlık hizmeti başvurunuz sırasında telefondaki veya merkezdeki görevlilerin size gösterdiği nezaket düzeyi	3	1.7	3	1.7	14	7.8	45	25.1	114	63.7
2-Evde sağlık hizmetine gelen sağlık personelinin size ve hastanıza karşı nezaket düzeyi	-	-	-	-	14	7.8	38	21.3	127	70.9
3-Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin tedavi işlemlerinde dikkatli ve titiz davranma düzeyi	-	-	2	1.1	7	3.9	46	25.7	124	69.3
4-Hastanızın çeşitli nedenlerle (Röntgen, vb) hastaneye getirilip götürülme durumu oldu ise. Evde sağlık hizmeti veren personelin bu transferde dikkatli ve titiz davranma düzeyi	4	2.2	4	2.2	37	20.7	45	25.1	89	49.8
5-Evde sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin hastanıza ayırdığı sürenin yeterlilik düzeyi	13	7.3	12	6.7	36	20.1	50	27.9	68	38.0
6-Evde sağlık hizmeti veren sağlık personeli hastanın mahremiyetine önem verme düzeyi	-	-	1	.6	7	3.9	46	25.7	125	69.8
7-Evde sağlık hizmeti sunumunda yapılan girişimsel işlemler için alınan rıza/onam ile ilgili bilgilendirme düzeyi.	2	1.1	2	1.1	23	12.8	53	29.6	99	55.4
8-Evde sağlık hizmeti veren personelin önceden belirlenmiş programa uyma düzeyi	2	1.1	2	1.1	11	6.2	57	31.8	107	59.8
9-Evde sağlık hizmetini sunan personelin hastanız ile ilgili kayıtların tutulmasındaki dikkat düzeyi	-	-	-	-	16	8.9	44	24.6	119	66.5
10-Evde sağlık hizmeti sunan personelin hizmet sunumuna yönelik isteklilik düzeyi	-	-	2	1.1	19	10.6	47	26.3	111	62.0
11- Evde sağlık hizmeti sunan personelin hizmet sunumuna yönelik kıyafetinin uygunluğu					10	5.6	45	25.1	124	69.3



12-Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanın bulunduğu fiziksel ortamın nasıl olması gerektiği hususunda (hasta yatağı, oda ısısı vb.) sizi ve hastanızı bilgilendirme düzeyi	5	2.8	4	2.2	9	5.0	47	26.3	114	63.7
13-Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanın hastalığı dışında beslenmesi, yatak yarası, vb. konularla ilgilenme düzeyi	3	1.7	6	3.4	9	5.0	45	25.1	116	64.8
14-Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın sağlık durumu ve tedavi işlemleri ile ilgili sorularınıza açıklayıcı ve yeterli cevap verme düzeyi	1	.6	-	-	16	8.9	42	23.5	120	67.0
15- Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın kullanacağı ilaçların ve tıbbi cihazların kullanım şekli konusunda sizi ve hastanızı yeterince bilgilendirme düzeyi	2	1.1	2	1.1	7	3.9	55	30.7	113	63.2
16-Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın kullanacağı ilaçların yan etkileri konusunda sizi ve hastanızı bilgilendirme düzeyi	-	-	2	1.1	14	7.8	52	29.1	111	62.0
17-Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın problemi olduğunda problemi çözmek için samimiyet düzeyi	-	-	-	-	8	4.5	44	24.6	127	70.9
18-Hastanıza sunulan evde sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet düzeyiniz	-	-	-	-	13	7.3	48	26.8	118	65.9

### 3.4. Hasta Yakınlarının Boyutları Arası Farklılıklar

Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi”. ”Görevlilerin Davranış Biçimi” ve “Resmi Prosedürler” boyutları arasında hasta yakınlarının cinsiyetine göre (Tablo 5) anlamlı farklar saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 5:** Hasta Yakını Cinsiyetine Göre Boyutlar Arası Farklılıklar (N:179)

Boyutlar	Hasta Yakını Cinsiyeti	n	Sıra Ort.	Sıra Toplamı	Z	p
Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi	Kadın	78	98,06	7649,00	-1,835	0.067
	Erkek	101	83,77	8461,00		
Görevlilerin Davranış Biçimi	Kadın	78	83,24	6493,00	-1,537	0.124
	Erkek	101	95,22	9617,00		
Resmi Prosedürler	Kadın	78	87,13	6796,00	-,653	0.514
	Erkek	101	92,22	9314,00		

Mann-Whitney-U Testi \* $p < 0.05$  \*\*  $p > 0.05$

“Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi”, ”Görevlilerin Davranış Biçimi” ve “Resmi Prosedürler” boyutları arasında hasta yakınlarının medeni durumuna (Tablo 6) göre anlamlı farklar saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 6:** Hasta Yakını Medeni Durumuna Göre Boyutlar Arası Farklılıklar (n:179)

Boyutlar	Hasta Yakını Medeni Durumu	n	Sıra Ort.	Sıra Toplamı	Z	p
Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi	Evli	150	93,44	14015,50	-2,023	0.043
	Bekâr	29	72,22	2094,50		
Görevlilerin Davranış Biçimi	Evli	150	96,22	14432,50	-3,660	0.000
	Bekâr	29	57,84	1677,50		
Resmi Prosedürler	Evli	150	94,70	14204,50	-2,765	0.006
	Bekâr	29	65,71	1905,50		

Mann-Whitney-U Testi \* $p < 0.05$  \*\*  $p > 0.05$

“Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi” ve “Görevlilerin Davranış Biçimi ”boyutları arasında hasta yakınlarının yaş gruplarında (Tablo 7) anlamlı farklar bulunmasına karşın ( $p<0.05$ ), “Resmi Prosedürler” boyunda anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 7:** Hasta Yakınının Yaş grubuna Göre Boyutlar Arası Farklılıklar (n:179)

Boyutlar	Hasta Yakını Yaş Grupları	n	Sıra Ort	Sıra Toplamı	X <sup>2</sup>	p
Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi	20-30	28	81,36	3	15,813	0,001
	31-40	49	72,47			
	41-50	34	84,71			
	51 +	68	108,84			
Görevlilerin Davranış Biçimi	20-30	28	80,54	3	5,504	0,001
	31-40	49	79,06			
	41-50	34	98,74			
	51 +	68	97,41			
Resmi Prosedürler	20-30	28	81,25	3	2,591	0,459
	31-40	49	83,86			
	41-50	34	95,09			
	51 +	68	95,49			

X<sup>2</sup> kw: Kruskal-Wallis Testi \* $p<0.05$  \*\*  $p>0.05$

“Görevlilerin Davranış Biçimi ” ve “Resmi Prosedürler” boyutları arasında hasta yakınlarının eğitim durumu (Tablo 8) bakımından anlamlı farklar bulunmamasına karşın ( $p>0.05$ ), “Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi” boyutunda eğitim durumu (Tablo 8) yönünden anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Tablo 8:** Hasta Yakını Eğitim Durumuna Göre Boyutlar Arası Farklılıklar (n:179)

Boyutlar	Hasta Yakını Eğitim Durumu	n	Sıra Ort.	Sıra Toplamı	X <sup>2</sup>	p
Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi	Okur Yazar Değil	23	110,56	5	16,599	0,005
	Okur Yazar	10	113,06			
	İlkokul	21	90,92			
	İlköğretim	14	79,00			
	Lise ve Dengi Okul	43	76,27			
	Üniversite ve Üzeri	1	165,50			
Görevlilerin Davranış Biçimi	Okur Yazar Değil	23	97,11	5	10,182	0,070
	Okur Yazar	10	120,71			
	İlkokul	21	93,79			
	İlköğretim	14	79,45			
	Lise ve Dengi Okul	43	80,37			
	Üniversite ve Üzeri	1	74,50			
Resmi Prosedürler	Okur Yazar Değil	23	96,50	5	9,757	0,082
	Okur Yazar	10	103,76			
	İlkokul	21	105,68			
	İlköğretim	14	77,90			
	Lise ve Dengi Okul	43	78,56			
	Üniversite ve Üzeri	1	88,50			

X<sup>2</sup> kw: Kruskal-Wallis Testi \*p<0.05 \*\* p>0.05

“Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi”, “Görevlilerin Davranış Biçimi ” ve “Resmi Prosedürler” boyutları arasında hasta yakınlarının yakınlık derecelerine (Tablo 9) göre anlamlı farklar bulunmamıştır (p>0.05).

**Tablo 9: Hasta Yakının Yakınlık Derecesi Göre Boyutlar Arası Farklılıklar (N:179)**

Boyutlar	Hasta Yakını Yakınlık Derecesi	n	Sıra Ort.	Sıra Toplamı	X <sup>2</sup>	p
Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi	Kızı	38	93,05	5	2,377	0,795
	Oğlu/Gelini	84	86,40			
	Kardeşi	6	90,58			
	Annesi	12	129,50			
	Bakıcısı. Tanıdığı	12	119,50			
	Eşi	47	90,96			
Görevlilerin Davranış Biçimi	Kızı	38	74,58	5	5,977	0,309
	Oğlu/Gelini	84	96,60			
	Kardeşi	6	77,42			
	Annesi	12	115,50			
	Bakıcısı. Tanıdığı	12	112,50			
	Eşi	47	90,23			
Resmi Prosedürler	Kızı	38	81,82	5	3,934	0,559
	Oğlu/Gelini	84	89,63			
	Kardeşi	6	86,92			
	Annesi	12	129,00			
	Bakıcısı. Tanıdığı	12	56,50			
	Eşi	47	97,45			

X<sup>2</sup> kw: Kruskal-Wallis Testi \*p<0.05 \*\*

“Görevlilerin Davranış Biçimi” ve “Resmi Prosedürler” boyutları arasında hasta yakınlarının hasta ile birlikte kalma süresi (Tablo 10) bakımından anlamlı farklar bulunmasına (p<0.05) karşın, “Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi” boyutunda anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05).

**Tablo 10:** Hasta Yakınının Hasta İle Birlikte Kalma Süresine Göre Boyutlar Arası Farklılıklar (n:179)

Boyutlar	Hasta Yakınının Hasta İle Birlikte Kalma Süresi	n	Sıra ort.	Sıra Toplamı	X <sup>2</sup>	p
Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi	Sürekli Yanında Kalıyorum	149	88,90	4	6,902	0,141
	1-30 gün	2	146,00			
	1-12 ay	9	62,11			
	1 -3 yıl	8	109,25			
	4 -5 yıl	11	103,55			
Görevlilerin Davranış Biçimi	Sürekli Yanında Kalıyorum	149	89,40	4	13,894	0.006
	1-30 gün	2	145,00			
	1-12 ay	9	42,44			
	1 -3 yıl	8	123,25			
	4 -5 yıl	11	102,82			
Resmi Prosedürler	Sürekli Yanında Kalıyorum	149	91,81	4	12,375	0.015
	1-30 gün	2	151,00			
	1-12 ay	9	37,56			
	1 -3 yıl	8	92,88			
	4 -5 yıl	11	95,27			

X<sup>2</sup> kw: Kruskal-Wallis Testi \*p<0.05\*\* p>0.05

“Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi”, “Görevlilerin Davranış Biçimi ” ve “Resmi Prosedürler” boyutları arasında hasta yakınlarının mesleğine göre (Tablo 11) anlamlı farklar bulunmamıştır (p>0.05).

**Tablo 11:** Hasta Yakınının Mesleğine Göre Boyutlar Arası Farklılıklar (N:179)

Boyutlar	Hasta Yakınının Hasta İle Birlikte Kalma Süresi	n	Sıra Ort.	Sıra Toplamı	X <sup>2</sup>	p
Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi	Memur	25	85,20	6	11,623	0.071
	İşçi	28	79,04			
	Çiftçi	42	75,55			
	Ev Hanımı	46	103,52			
	Emekli	12	116,00			
	Çalışmıyor	23	91,17			
	Esnaf	3	114,33			
Görevlilerin Davranış Biçimi	Memur	25	95,92	6	7,717	0.260
	İşçi	28	77,79			
	Çiftçi	42	102,81			
	Ev Hanımı	46	92,13			
	Emekli	12	80,83			
	Çalışmıyor	23	73,22			
	Esnaf	3	108,00			
Resmi Prosedürler	Memur	25	87,20	6	7,053	0.316
	İşçi	28	78,39			
	Çiftçi	42	102,93			
	Ev Hanımı	46	93,76			
	Emekli	12	78,67			
	Çalışmıyor	23	78,22			
	Esnaf	3	118,67			

X<sup>2</sup> kw: Kruskal-Wallis Testi \*p<0.05 \*\* p>0.05

### 3.5. Kars Merkezde Hasta yakınlarına Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Düzeyi

Genel Memnuniyet düzeyi Tablo 12’da gösterilmiştir. Tablodan hasta yakınlarının (%92.7, n=166) verilen hizmeti ‘iyi’ (%26.8, n=48) ve ‘çok iyi’ (%65.9, n=118) olarak değerlendirmeleriyle memnuniyet düzeyi bulunmuştur.

**Tablo 12:** Kars Merkezde Hasta yakınlarına Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Düzeyi (N:179)

Hastanıza sunulan evde sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet düzeyi	n	%	Ortalama	Std Sapma	Medyan
Orta	13	7.3			
İyi	48	26.8	4.586	0.624	5.000
Çok İyi	118	65.9			

## 4. Tartışma

Bu çalışmada Kars Harakani Devlet Hastanesi Tıbbi Sağlık Bakım Hizmetleri Birimi’ne kayıtlı evde sağlık hizmeti sunulan hasta yakınlarının aldıkları hizmetten memnuniyet oranlarını belirlemek için uygulanan anket verileri değerlendirildi. Anketi yanıtlama oranı %53.9 olarak bulunmuştur. Daha önce yapılan çalışmalarda anket yanıtlama oranları Schwarzkopf ve ark. (2013) anketinde %28 (13), Erdal ve ark. (2013) anketinde %52.6 (14), Aydın ve ark. (2016) anketinde %80.2 (15) olarak bulunmuştur. Araştırmamızda hesaplanan bu oran, diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında %50’den fazla bir katılım olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada hasta yakınlarının cinsiyete göre dağılımları arasında kadın ve erkek hasta yakınları arasında önemli bir fark bulunmamasına (Tablo 2) karşın, Kuzubaş (2014) araştırmasında (6), Yeşiltaş (2014) çalışmasında (2) hasta yakınlarının cinsiyete göre



dağılımlarında çoğunluğu kadınların oluşturduğunu belirtmişlerdir. Yaş dağılımında bakım verenlerin %38'i, 51 yaş ve üzeri bulunmasına karşın, Kuzubaş (2014) bu dağılımı %0.5 (6), Yeşiltaş (2014) %47.2 (2) olarak saptamışlardır. Hasta yakınlarının medeni durumları bakımından %83.8'i evli bulunmuştur. Kuzubaş (2014) %97 (6), Yeşiltaş (2014) da %86.8 gibi yüksek oranlarda (2) benzer sonuçlar açıklamışlardır. Bu çalışmada hasta yakınlarının %39.1'i lise ve dengi okul mezunu bulunurken, Kuzubaş (2014) hasta yakınlarının çoğunun ilköğretim mezunu (6), Yeşiltaş (2014) %76.1'nin ilköğretim ve altı eğitime (2) sahip olduklarını açıklamışlardır. Akgün Şahin ve ark. (2009) yaptıkları çalışmalarında hasta yakınlarının eğitim düzeyinin, bakımın kalitesini etkilediğini belirtmişlerdir (16). Hastaya yakınlık derecesi bakımından %46.9'u oğlu/gelini bulunmasına karşın, Kuzubaş (2014) hasta yakını bu çalışmadan farklı olarak %87.2'lik bir oranda anne olduğunu (6) ifade etmiştir. Meslek grupları bakımından hasta yakınlarının %25.7 ev hanımı bulunurken, Kuzubaş (2014) yaptığı çalışmada (6) %74.4'ü ev hanımı olduğunu belirtmiştir. Hasta yakını hasta ile birlikte olduğu süre %83.3'i sürekli olarak hastanın yanında bulunması ile aile bağının halen güçlü olduğunu göstermiştir. Kuzubaş (2014) yaptığı çalışmada (6) benzer sonuç rapor etmiştir (6).

Evde sağlık hizmetine başvuru şekli ve değerlendirme süreci ile ilgili bulgular Tablo 3 'de gösterilmiştir. Bu tabloda hasta yakınlarının evde sağlık hizmetlerini yüksek oranda öğrenme şeklinin "Hastane" (%34.6) olduğu, hizmete başvurma yöntemlerinden "Evde sağlık hizmeti birimine giderek" (%47) hizmet alımı yapıldığı görülmüştür. Yeşiltaş (2014) çalışmasında (2) hasta yakınlarının %46'sı evde sağlık hizmetini hastaneden öğrendiği, evde sağlık hizmeti almak için yapılan başvuruların %72,5 gibi yüksek bir oranda Evde Sağlık Hizmeti Birimi'ne başvurulduğunu belirtmiştir.

Hasta yakınlarının başvuru sonrası ilk hizmet almaya kadar geçen süre 0-3 gün arasında en yüksek oran %60.9 olduğu, ilk incelemede gelen sağlık görevlileri içinde %95.3 oran ile "Hemşire" olduğu görülmüştür. Oysa, Yeşiltaş (2014) yaptığı çalışmada (2) başvuru sonrası ilk

hizmet almaya kadar geçen 4-8 günlük süredeki oranın %33.1 bulunduğunu ve ilk incelemede gelen sağlık görevlileri içinde %97.5 oran ile “Hemşire” olduğunu belirtmiştir. Çalışmalar arasındaki farklı sonuçların, hasta yakınlarının davranışlarından veya başka faktörlerin etkisinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Likert Tipi Memnuniyet ölçeği (Tablo 4) maddelerine göre; bu araştırmaya katılan hasta yakınlarının evde sağlık personelinin hasta ve yakınlarına gösterdikleri; hizmet süresi yeterli (%38) düzeyi dışında, nezaket (%70.9), mahremiyet (%69,8), personelin isteklilik (%69,3) personelinin kıyafeti (69.3), ilaçların ve tıbbi cihazların kullanım şekli konusunda bilgilendirme (%63.1), hastanın sorununu çözmeye yönelik samimiyet (%70.9) ve genel memnuniyet düzeyleri (92.7) genellikle %60'ın üstünde bulunurken, Yeşiltaş (2014) çalışmasında (2) sağlık personelinin kıyafeti (%23.8) hariç, hizmet süresi yeterli (%42.1) düzeyi mahremiyet (%48.4), personelin isteklilik (%48.8), ilaçların ve tıbbi cihazların kullanım şekli konusunda bilgilendirme (%42.8), hastanın sorununu çözmeye yönelik samimiyet (%48.1) düzeylerinin bu çalışmada bulunan oranlara göre düşük olup, genellikle %40 civarında olduğu halde nezaket (%55.6) ve genel memnuniyet düzeylerinin (%85) diğer maddelerin oranlarından yüksek olduğu saptanmıştır. Bu oransal farklar, bazı sağlık personelinin eğitim yetersizliğinden ya da başka etmenlerden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda oluşturulan faktörlerin alt maddelerine göre Cronbach Alfa Değeri (Tablo 1) “Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda Bilgilendirmesi” için 0.857. “Görevlilerin Davranış Biçimi” için 0.759. “Resmi Prosedürler ” için de 0.800 bulunmuştur. Bu değerler ile ölçeğin güvenilir olduğu Yeşiltaş'ın (2014) bulguları ile de benzerlik gösterdiği söylenebilir (2).

Yaşam kalitesi üzerinde araştırmaya katılan hasta yakınlarının eğitim durumu (Tablo 8), medeni durumu (Tablo 6) ve hasta ile birlikte kalma süresiyle (Tablo 10) ilgili gruplara göre boyutlar arasında uygulanan testlerde anlamlı farklar ( $p<0.01$ ) bulunmasına karşın, hasta yakını yakınlık derecesine (Tablo 9) göre boyutlar arasında anlamlı

fark bulunmamıştır ( $p>0.01$ ). Yeşiltaş (2014) çalışmasında (2) araştırdığı eğitim durumu ve medeni durumla ilgili böyle farkların saptanmadığını rapor etmiştir. Bulgularımızdaki bu farkların; ilimizde medeni durumdan yani evlilik ile toplumumuzda aile kavramının yerleşmesinden ve eğitim düzeyinin artmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Kabalcı ve Gözde (2012) çalışmasındaki veriler de bunu göstermiştir. Şöyle ki: Türkiye il ve bölgelerine göre eğitim düzeyi göstergelerinde 15-64 yaş arası yaş grubunda eğitim düzeyinin en yüksek il 9.1 yıl ile Ankara; en düşük 5.1 yıl ile Ağrı ilidir. Kars ilinde eğitim düzeyi, erkeklerde 7.6 yıl; kadınlarda ise 5.8 yıl olup (17) bu veriler, Kars ilinde eğitim düzeyini göstermiştir. Ayrıca, hasta yakınlarının hasta ile birlikte kalma süresinin de çok yüksek bulunması, bölgede aile bağının halen çok güçlü olduğunu göstermektedir.

Kars ili merkezde yapılan bu araştırmada, hastaya sunulan evde sağlık hizmetlerinin hasta yakınlarının %26.8 oranında 48 kişi “iyi”, %65.9 oranında 118 kişi “çok iyi” olarak değerlendirmeleri ile sonunda %92.7 oranında 166 kişi, verilen hizmetten memnuniyetlerini ifade etmişlerdir. Bu veriler, hasta yakınının büyük çoğunluğunun Kars ili merkezde sunulan evde sağlık hizmetlerinden memnun kaldıklarını göstermiştir. Bu araştırmada ve bu alanda yapılan diğer çalışmalarda memnuniyet düzeyi için belirli bir kriter olmamasına karşın, literatürde (15) %70 ve üzerindeki memnuniyet oranının bulunması, sunulan hizmetlerden memnun kalındığı ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada da bu oranın üzerinde bir orana ulaşılması sunulan hizmetlerin giderek kalite bakımından artış gösterdiği, hasta yakını ve hastaların çoğunun da sunulan hizmetten memnun kaldıkları görülmüştür.

## 5. Sonuç

Evde sağlık hizmetleri veren hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri ve memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, hastaların ve hasta yakınlarının gereksinimlerinin karşılanması yönünden hastanelerin evde sağlık bakım hizmetleri veren

birimlerinde çalışanların multidisipliner ekip anlayışı ile hizmet vermesi sağlanmalıdır. Özellikle eğitim programları düzenleyerek bu konuda gerek sağlık çalışanlarının gerekse hasta ve hasta yakınlarının bilinçlendirilmesi gerekir. Ayrıca, her geçen gün gelişen sağlık sektörünün yeni bir dalı olan evde sağlık hizmetleri, hasta ve hasta yakınları ile yaşlılar yalnız sağlık ve bakım hizmetleri yönünden değil aynı zamanda sosyal, psikolojik ve ekonomik yönlerden de desteklenmeli ve bu tip hizmetler ülke genelinde yaygınlaştırılmalıdır.

### Teşekkür

Bu çalışma. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yaptığım Yüksek Lisans Tezi'min bir bölümü olup, çalışmaların esnasında değerli yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım Sayın hocam Dr. Öğretim Üyesi Onur YARAR'a; çalışmalarına katkıda bulunan eşim Doç. Dr. Hüseyin GEY'e teşekkür ederim.

### Kaynaklar

- (1) Karabağ, H. Evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye'de uygulanabilirliğine ilişkin hekimlerin görüşleri ve kardiyoloji hastaları için hastane destekli evde bakım hizmetleri model önerisi. Gazi Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Ankara, **2007**.
- (2) Yeşiltaş, A. Evde sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta yakınlarının memnuniyeti: Isparta örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Isparta, **2014**.
- (3) Coşkun, N. Evde sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti. Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hastane İşletmeciliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, **2011**.
- (4) Altuntaş, M., Yılmaz, T.T., Güçlü, Y.A., Öngel, K. Evde sağlık hizmeti ve günümüzdeki uygulama şekilleri. Tepecik Eğitim Hast Derg. **2010**; 20 (3): 153-158.
- (5) Bişkin, F. Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi: Konya İlinde Bir Uygulama. International Review Of Economics And Management. **2018**; 6 (1): 50-72.
- (6) Kuzubaş, H .Y. Hasta yakınlarında demografik yapı- memnuniyet ilişkileri: Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Süt Çocuğu Servisi örneği. Beykent

- Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, **2014**.
- (7) Kesgin, C., Topuzoğlu, A. Sağlığın tanımı: Başaçıkma. Journal of İstanbul Kültür University. **2006**; 4 (3): 47-49.
- (8) Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E.K, Akgün, Ö.E., Karadeniz, Ş., Demirel, F. Bilimsel araştırma yöntemleri. Pegem Atıf İndeksi. **2017**; 1-360
- (9) Balcı, A. Sosyal bilimlerde araştırma yöntem teknik ve İlkeler, 11.baskı, Pegem Akademi Yayınları. Ankara, **2015**.
- (10) <http://www.cozumarastirma.com.tr/örneklemhesaplama>. Erişim tarihi: 23.Şubat.2017
- (11) Can, A. SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi. Pegem Akademi. Ankara, **2014**.
- (12) Field, A. Discovering Statistics Using SPSS, Sage Publications, London, 2006.
- (13) Schwarzkopf ,D., Behrend ,S., Skupin, H., Westermann, I., Riedemann, N.C. Family satisfaction in the intensive care unit: a quantitative and qualitative analysis. Intensive Care Med. **2013**; 39: 1071–1079.
- (14) Erdal, Ç., Tunalı ,Y., Dilmen, Ö., Akçıl, F., Yentür, E. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarının memnuniyetinin değerlendirilmesi. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi. **2013**. 11: 64-71
- (15) Aydın, K., Tokur, M., Daş, T., Esmen, D., Arslanoğlu, E. , Yaldirak, E. , Büyük-kayalı, E., Demir, B ., Yelli ,R., Gökmen ,N., Koca, U. Anestezi Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Yakını Memnuniyetinin Değerlendirilmesi. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, **2016**; 30 (2): 61-70.
- (16) Şahin, A.Z., Polat, H., Ergüney. S. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. **2009**; 12(2): 1-9.
- (17) Kabalcı, M., Gözde, M. İl ve Bölgelere Göre Eğitim Düzeyi Göstergeleri. Tü-caum VII. Coğrafya Sempozyumu.(s.278-287). 18-19 Ekim **2012**.Ankara.



## Yeni Doğanlarda İşitme Tarama Sonuçlarının Değerlendirilmesi: Karaman İli Örneği

İdris ÇILDIR<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Karaman Devlet Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Karaman, Türkiye

**Geliş Tarihi:** 04.08.2019

**\*Sorumlu Yazar e mail:** idriscildir@hotmail.com

**Kabul Tarihi:** 19.09.2019

### Özet

Bu çalışmada sağlıklı yeni doğanlardaki olası işitme kaybı sıklığının değerlendirilmesi amaçlandı. Çalışma, Ocak 2017-Mart 2019 tarihleri arasında Karaman Devlet Hastanesi'nde doğan matür ve sağlıklı 8003 bebeğin kayıtlarının değerlendirildiği retrospektif bir çalışmadır. Doğum sonrası ilk 1. haftada geçici uyarılmış otoakustik emisyon ile ilk tarama yapıldı. Daha sonra aynı test ile taramayı geçemeyen bebeklere 15 gün sonra 2. tarama yapıldı. Bu taramayı da geçemeyen bebeklere işitsel beyin sapı yanıtı testi uygulandı. Son tarama testi sonrası tek ya da çift taraflı cevap alınamayan bebekler olası işitme kaybı ön tanısıyla bir üst merkeze sevk edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel analizlerden frekans ve yüzdeleme kullanıldı. Çalışmaya dâhil edilen 8003 yeni doğandan ilk tarama sonucunda testi geçen 5591 ( %69,9) bebek olduğu saptandı. İkinci tarama sonucunda 2374 (%29,6) yeni doğan daha testi geçti. İki tarama sonunda toplam 7965 (%99,5) yeni doğan testi geçti. Kalan 38 (%0,47) yeni doğandan 33'üne ABR testi uygulandı.Çalışma sonucunda olası işitme kaybı olan yeni doğan sayısı 26 (%0,32) olarak saptandı. Yeni doğanların yarısında tek taraflı işitme kaybı diğer yarısında ise çift taraflı işitme kaybı olduğu tespit edildi.

**Anahtar Kelimeler:** Yeni doğan, işitme taraması, işitme kaybı

---

**Atf:** Çıldır İ. Yeni Doğanlarda İşitme Tarama Sonuçlarının Değerlendirilmesi: Karaman İli Örneği. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;2(3) 73-79

**To cite this article:** Çıldır İ. Evaluation of Hearing Screening Results in Newborns: Karaman Sample. Haliç University Journal of Health Sciences, 2019;2(3) 73-79

---

## Evaluation of Hearing Screening Results in Newborns: Karaman Sample

### Abstract

The aim of this study was to evaluate the frequency of possible hearing loss in healthy newborns. This is a retrospective study of the records of 8003 mature and healthy infants born at Karaman State Hospital between January 2017 and March 2019. Initial screening tests were performed in the first postnatal week with temporary evoked otoacoustic emission, which was re-applied 15 days later to newborns who did not pass the initial test. If the newborn failed both tests, auditory brainstem response tests were applied for further assessment. After the last screening test, newborns who did not have unilateral or bilateral response were referred to a higher healthcare center with a preliminary diagnosis of possible hearing loss. Frequency and percentage of descriptive statistical analyzes were used to evaluate the data. Of the 8003 newborns included in the study, 5591 (69.9%) newborns passed the test at the first screening. As a result of the second screening, 2374 (29.6%) newborns passed the test. A total of 7965 (99.5%) newborns passed the test at the end of two scans. Of the remaining 38 (0.47%) newborns, 33 underwent ABR. The number of newborns with possible hearing loss was 26 (0.32%). Half of these newborns had unilateral hearing loss and the other half had bilateral hearing loss.

**Keywords:** Newborn, auditory screening, hearing loss

### 1. Giriş

İşitme kaybı, doğum başına 1000 yeni doğan için yaklaşık 1.4 bebekte meydana gelen en yaygın engellerden biridir (1). İşitme kaybı, çocuğun konuşma, dil ve sosyal becerilerini geliştirme yeteneğini etkileyebilir (2). İşitme kaybı olan çocukların altı aydan önce erken tanı ve müdahale edilerek tedavi edilmesi tedavi edilmeyen çocuklara kıyasla konuşma ve dil gelişimi açısından anlamlı derecede daha iyi sonuçlar elde edilmektedir (3).

Yeni doğan işitme taraması yapılmadığında, orta ile şiddetli düzeydeki işitme kaybı ortalama iki yaşından önce belirlenemez ve 40 aydan önce tedavi edilmez. Hafif düzeydeki işitme kaybı ise okul çağına kadar atlanabilir (4). Tüm bu nedenlerden dolayı, uluslararası



kuruluşlar evrensel yeni doğan işitme taramasının uygulanmasını önermektedir (5, 6).

Günümüzde yeni doğanlarda işitme taraması geçici uyarılmış otoakustik emisyon (transient evoked otoacoustic emissions/TEOAE) ve işitsel beyin sapı yanıtı (Auditory Brainstem Response, ABR) testi ile yapılmaktadır. Her iki testin de otomatik olması, uygulama kolaylığı, invaziv işlem gerektirmemesi gibi ortak özellikleri vardır. Bu testler ayrı ayrı yapılabileceği gibi ikisi bir arada da uygulanabilmektedir (7). TEOAE testinin esası, kohleanın ürettiği seslerin dış kulak yolunda kaydedilmesine dayanır. Kaydedilen sesler amplifiye edilip dijitalle dönüştürülerek analiz edilir. Kohlear yanıtın olup olmadığına göre “kaldı” veya “geçti” şeklinde sonuç verilir (7). ABR testinde ise kulağa klik tarzında sesli uyarılar verilir ve kafatasına yerleştirilen elektrotlarla oluşan cevap kaydedilir. Böylece işitme sinirinin ve beyin sapı işitme yolunun fonksiyonu ölçülür (8).

Bu çalışmada; Ocak 2017-Mart 2019 tarihleri arasında Karaman Devlet Hastanesi’nde doğmuş sağlıklı yenidoğanlardaki olası işitme kaybı sıklığının tespit edilmesi amaçlandı. Çalışmadan elde edilen sonuçlar güncel literatür eşliğinde sunulmuştur.

## 2. Gereç ve Yöntem

Çalışmada Ocak 2017 – Mart 2019 tarihleri arasında doğan sağlıklı ve matür 8003 yenidoğan bebeğin kayıtları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Taramalar doğum sonrası birinci haftada deneyimli iki odyometrist tarafından sessiz ortamda anne kucağında veya sedye üzerinde uyur pozisyonda yapıldı.

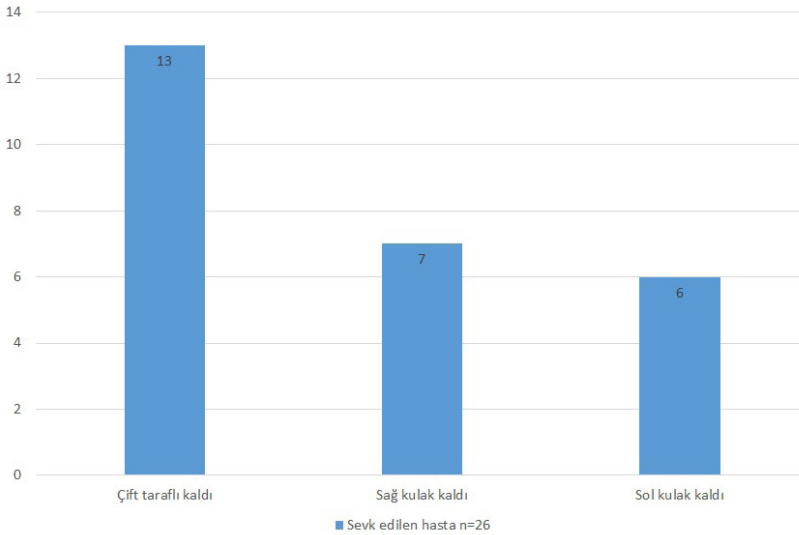
Taramada Echocheck OAE Screener ve Madsen Acuscreen marka cihaz kullanıldı. Çift taraflı geçti sonucu alınan bebekler taramadan geçmiş olarak kabul edildi. Tek ya da çift taraflı geçemeyen bebekler ilk taramadan 15 gün sonra kulak burun boğaz hekimi tarafından muayene edildi. Tıkayıcı serumen, kulak yolu anomalileri, seröz otitis media, vb. yönünden değerlendirilerek uygun tedaviden sonra test

yeniden yapıldı. İkinci OAE testini geçemeyen bebeklere ABR yapıldı. ABR testini de geçemeyen bebekler olası işitme kaybı ön tanısıyla bir üst merkeze sevk edildi.

Çalışmanın tüm verileri IBM SPSS (v20) programında değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistiksel analizlerden frekans ve yüzde kullanıldı.

### 3. Bulgular

Toplam 8003 yeni doğan bebeğin ilk 1.haftadaki tarama sonucunda testi geçen 5591 ( %69,9) bebek saptandı. Yapılan muayene sonucu dış kulak yolu temizliği ve mevcut patolojilerin tedavisi sonrası yapılan ikinci taramada 2374 (%29,6) bebek daha testi geçti. İki tarama sonunda toplam 7965 (%99,5) bebek testi geçti. Kalan 38 (%0,47) bebek ABR testi için davet edildi. Beş (%0,06) bebek teste gelmedi. ABR testi yapılabilen 7 (%0,08) bebek testi geçti. Çalışma sonucunda olası işitme kaybı olan bebek sayısı 26 (%0,32) olarak saptandı (Tablo 1). Olası işitme kaybı saptanan bebeklerin yarısında (n=13) tek taraflı işitme kaybı diğer yarısında (n=13) ise çift taraflı işitme kaybı olduğu tespit edildi (Şekil 1).



Şekil 1. Tarama sonrası kalan hastaların dağılımı (n=26)

**Tablo 1.** Yeni doğanların işitme durumlarının dağılımı (n=8003)

Tarama	Geçti n (%)	Kaldı n (%)	Gelmedi n (%)	Toplam n
1.tarama	5591 (%69,9)	2412 (%30,1)	-	8003
2.tarama	2374 (%29,6)	38 (%0,47)	-	2412
ABR	7 (%0,08)	26 (%0,32)	5(%0,06)	38

ABR: işitsel beyin sapı yanıtı (Auditory Brainstem Response)

#### 4.Tartışma

Konjenital işitme kaybı sıklığı dünyada 1000 canlı doğumda 1-5 arasında bildirilmektedir (9). Ülkemizde yapılan ve 142 128 yeni doğanın değerlendirildiği geniş çaplı bir araştırmada işitme kaybı sıklığının %0,27 olduğu bildirilmiştir (10). Benzer şekilde ülkemizin farklı bölgelerinde yapılan yeni doğan işitme taraması sonucuna göre işitme kaybı sıklığının %0,15 ile %0,47 arasında değiştiği rapor edilmiştir (11-15). Bu sonuçlar ülkemizde görülen sıklığın da dünyadaki ile benzer olduğunu göstermiştir. Çalışma sonucunda hem dünyadaki hem de ülkemizdeki sonuçlarla uyumlu olarak işitme kaybı sıklığı %0,32 olarak bulundu.

Yeni doğan işitme tarama programı ülkemizde ilk kez 1994 yılında Marmara Üniversitesi Odyoloji Bilim Dalı tarafından başlatılmış, 1998 yılında ise Hacettepe Üniversitesi çalışmalara katılmıştır. Sonraki yıllarda doğum yapılan tüm hastanelerde yeni doğan işitme tarama programı yürütülmeye başlanmıştır. İşitme tarama testlerinde birçok protokol kullanılmasına rağmen günümüzde en geçerli protokol TEOAE ile birlikte ABR testi uygulamasıdır. Çalışmanın yapıldığı klinikte de bu protokol uygulanmaktadır. Takip zorluğu ve risk grubu yenidoğanlarda sadece ABR testi uygulanan protokoller de mevcuttur (16).

Çalışmada tarama testlerinden tek ya da çift taraflı kalma muhtemel işitme kaybı olarak kaydedilerek hastalar bir üst merkeze sevk edilmiştir. Muhtemel işitme kaybı oranı %0,32, çift taraflı işitme kaybı oranı %0,16, tek taraflı işitme kaybı oranı ise %0,16 olarak saptandı. Sağ ve sol kulak işitme kaybı ayırımında ise sağ kulak %0,08, sol kulak %0,07 olarak tespit edildi. Literatüre bakıldığında iki taraflı işitme kaybı için %0,13-0,60, tek taraflı işitme kaybı için %0,17-0,38 arasında oranlar bildirilmektedir (16, 17). Bulunan bu değerler literatürle uyumluydu.

Sonuç olarak yeni doğan işitme tarama programları, erken tanı ve tedavi olanakları sağlamasıyla konjenital işitme kaybının seyrinin değişmesinde önemli katkılar sağladı. İşitme tarama testleri son derece güvenli ve doğruluk oranı yüksek testlerdir. Zamanında ve etkin bir şekilde yapıldığı takdirde ileride oluşabilecek olumsuzlukları önlemede ne kadar önemli olduğu anlaşılmaktadır. Bu nedenle olası bir işitme kaybının saptanması amacıyla yaşamın ilk 1 ayı içinde tüm bebeklere işitme taraması yapılmalı ve 6. aydan önce gerekli rehabilitasyon programına başlanmalıdır.

## Kaynaklar

- (1) Vohr B. Overview: Infants and children with hearing loss—part I. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* **2003**;9(2):62-4.
- (2) Force UPST. Newborn hearing screening: recommendations and rationale. *Am J Nurs.* **2002**;102(11):83-9.
- (3) Sloot F, Hoeve HL, De Kroon ML, Goedegebure A, Carlton J, Griffiths HJ, et al. Inventory of current EU paediatric vision and hearing screening programmes. *J Med Screen.* **2015**;22(2):55-64.
- (4) Bubbico L, Tognola G, Greco A, Grandori F. Universal newborn hearing screening programs in Italy: survey of year 2006. *Acta Otolaryngol.* **2008**;128(12):1329-36.
- (5) Grandori F. European consensus statement on neonatal hearing screening finalised at the European Consensus Development Conference on Neonatal Hearing Screening 15-16 May 1998, Milan, Italy. *Scand Audiol.* **1998**;27(4):259-60.

- (6) American Academy of Pediatrics, Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics*. **2007**;120(4):898-921.
- (7) Patel H, Feldman M, Society CP, Committee CP. Universal newborn hearing screening. *Paediatr Child Health*. **2011**;16(5):301-5.
- (8) Watkin P. Neonatal hearing screening-methods and outcome. *Audiol Med*. **2003**;1(3):165-74.
- (9) Nikolopoulos TP. Neonatal hearing screening: what we have achieved and what needs to be improved. Elsevier; **2015**.
- (10) Çelik İH, Canpolat FE, Demirel G, Eras Z, Sungur VG, Sarier B, et al. Ze-kai Tahir Burak Women's Health Education and Research Hospital newborn hearing screening results and assessment of the patients. *Turk Pediatri Ars*. **2014**;49(2):138.
- (11) Özbay İ, Kucur C, Oğhan F, Aksoy S, Erdoğan O, Karakuş YT. İç Ege Bölge-si'ndeki yenidoğan işitme tarama testi sonuçları. *Journal of Medical Updates*. **2014**;4(3):105-9.
- (12) Yılmaz B, Küçükbaşak B. Yenidoğan işitme tarama sonuçlarımız, Bolu; Tür-kiye. *Abant Tıp Dergisi*.2(3):204-7.
- (13) Kemalöglü YK, Gökdoğan Ç, Gündüz B, Önal EE, Türkyılmaz C, Atalay Y. Newborn hearing screening outcomes during the first decade of the program in a reference hospital from Turkey. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. **2016**;273(5):1143-9.
- (14) Arıcıgil M, Ulutaş AR, Yücel A, Arbağ H. Yenidoğan işitme tarama sonuçları-mız. *Selçuk Tıp Derg* **2015**:121-3.
- (15) Mansur Tatlı M, Bulent Serbetcioglu M, Duman N, Kumral A, Kirkim G, Ogun B, et al. Feasibility of neonatal hearing screening program with two stage tran-sient otoacoustic emissions in Turkey. *Pediatr Int*. **2007**;49(2):161-6.
- (16) Kayıran SM, Genç E, Erdil A, Gürakan B. Amerikan Hastanesi yenidoğan işitme taraması sonuçları. *Turk Pediatri Ars*.44(4).
- (17) Yazgan H, Keleş E, Gebeşçi A, Demirdöven M, Uzun L. Yenidoğan işitme ta-ramasında dört yıllık sonuçlarımız. *Van Tıp Dergisi*. **2012**;19(3):112-5.



# HALIÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ'NİN YAYIN İLKELERİ

---

## 1. GENEL

1.1. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri dergisi dört ayda bir (yılda üç sayı) ve gerektiğinde 'özel sayı' olarak yayımlanır. Dergi basılı olarak yayınlanacaktır.

1.2. Dergide sağlık ilgili özgün araştırma makaleleri, derlemeler, vaka sunumları, çeviri yazılar, eğitim amaçlı bilimsel yazılar (kitap özetleri ve değerlendirmeleri, Sağlık alanındaki uluslararası kuruluşların (WHO, UNFPA, UNICEF, vb) açıklamaları, literatürden özetler yayımlanır.

1.3. Derginin yayın dili Türkçe olmakla birlikte Türkçe özet içermek kaydıyla yazarların İngilizce yazılmış makalelerine de dergide yer verilebilir.

1.4. Yayınlanmak üzere dergiye gönderilen makalelerin daha önce yayınlanmamış ya da yayınlanmak üzere başka bir dergide halen değerlendirilmedi olmamaları gereklidir. Daha önce bir kongrede tebliğ edilmiş çalışmalar bu durum belirtilmek koşuluyla kabul edilir.

1.5. Yayınlanan bütün yazıların içerikleri yazarların görüşlerini yansıtır, hiçbir şekilde editör ve yayıncı sorumlu değildir.

1.6. Yazarlar dergide yayınlanan yazıların yayın haklarını dergiye devredeceklerini yazılı olarak beyan ederler. Bu durumlar tüm yazarlarca imzalanan ve yayın için editöre başvuru mektubunda belirtilir. Dergiye gönderilen yazılara telif hakkı ödenmez.

1.7. Çevirilerde yazının yabancı dildeki orijinal metni de gönderilmeli, metnin kaynağı ve yazarı açık şekilde belirtilmelidir.

## 2. YAZININ İNCELENME VE KABUL SÜRECİ

- 2.1. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri dergisi hakemli bir dergidir.
- 2.2. Yayınlanmak üzere gönderilen bütün makalelerin dergimiz yazım kurallarına titizlikle uyularak hazırlanmış olması gerekir.
- 2.3. Yayınlanmak üzere gönderilen yazılar ilk olarak editör(ler) tarafından dergi okuyucu kitlesine hitap etmesi ve derginin yayın ilkelere uyum açısından incelenir. Yazı uygun bulunursa, en az iki danışman (hakem) tarafından değerlendirmeye gönderilir. Editör(ler) konunun özelliğine göre gerekli gördüğünde, yazıyı yayın kurulunda veya danışma kurulunda yer alan hakemler dışında hakemlere gönderebilir. Yazılar konu ile ilgili iki danışmanın olumlu görüşü, Yayın Kurulu'nun kararıyla yayımlanır. Düzeltmesi istenilen yazı yazarına iade edilir, gerekli düzeltme yapıldıktan sonra yayın kurulu tarafından uygun görülürse yayımlanır.
- 2.4. Editörler yayın koşullarına uymayan yazıları yayınlamamak, düzeltmek veya kısaltmak üzere yazarlara geri göndermek, ayrıca yazıları biçim olarak düzenlemek yetkilerine sahiptir. Editörlerin yazının mesajını değiştirmeyen düzeltmeleri ve kısaltmaları yapma yetkisi vardır.
- 2.5. Yayımlanan ve yayına kabul edilmeyen yazılar, ekleri dâhil, geri gönderilmez, yazarlar bu konuda bir hak iddia edemez.

## 3. ETİK İLKELER

- 3.1. Makalelerin bilimsel ve etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.
- 3.2. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri dergisi Helsinki Bildirgesi etik standartlarına (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>) uymayı kabul eder.
- 3.3. Çalışmanın yapıldığı hasta veya gönüllüler bilgilendirilerek yazılı onayları alınmalı ve makalenin Gereç ve Yöntem kısmında yazılmalıdır.



3.4. Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalarda, yazının Gereç ve Yöntem kısmında çalışmanın Laboratuvar Hayvanlarının Bakımı ve Kullanımı Kılavuzu ([www.nap.edu/catalog/5140.html](http://www.nap.edu/catalog/5140.html)) prensipleri doğrultusunda yapıldığı ve ilgili kurumdan etik kurul onayı alındığı belirtilmelidir.

3.5. Gerek görülürse editör tarafından etik kurul onayının bir örneği yazarlardan istenebilir.

3.6. Eğer makalede doğrudan veya dolaylı ticarî bağlantı veya çalışma için maddî destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kaynak sayfasında, kullanılan ticarî ürün, ilaç, ilaç firması v.b. ile ticari hiçbir ilişkinin olmadığını veya varsa nasıl bir ilişkinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar) bildirmek zorundadır.

## 4. YAZIM KURALLARI

### 4. 1. Orijinal Makale Yazım Kuralları

- Çalışmanın Türkçe İsmi Her Kelimenin İlk Harfi Büyük (Bağlaçlar Hariç) ve “Times New Roman” Fontunda 14 Punto Olacak Şekilde
- Özet kısmında çalışmanın yenilikleri ve temel bulguları vurgulanmalıdır. Türkçe ve İngilizce özet kısımları Times New Roman yazı tipi ile yazılmalı ve 10 punto büyüklüğü seçilmelidir. Yazım metni iki tarafa yaslanmalıdır. Özet bölümünün yazımında tek satır aralığı seçilmelidir. Makale özetinin 250 ila 300 kelime arasında olmasına dikkat edilmelidir. Türkçe ve İngilizce özetlerin 1 (bir) sayfayı geçmemesi gerekmektedir.
- Anahtar kelime sayısı en az 3 en fazla 6 olmalıdır.
- Ana metin, A4 kâğıt boyutuna 2 cm kenar boşlukları ile 12 punto yazı büyüklüğünde Times New Roman yazı tipi ile 1 satır aralığı ve her iki yana yaslı şekilde yazılmalıdır. Ana bölüm başlıkları numaralandırılmalı, kelimelerin ilk harfleri büyük olmalı ve koyu

(bold) karakterde yazılmalıdır. Ana bölüm başlığından sonra 1,5 satır aralıklı boşluk bırakılarak metne geçilmelidir. Başlıkla üst metin arasında da bir satır boşluk bırakılmalıdır. Paragraflar arasında boşluk bırakılmamalıdır.

- Giriş bölümünde çalışmayla ilgili yeterli literatür bilgisi verilmeli ve çalışmanın gerekçesi belirtildikten sonra amacı vurgulanmalıdır. Ancak konu ile ilgisi olmayan ve gereğinden fazla literatür bilgisi vermekten kaçınılmalıdır.
- Materyal ve Metot bölümünde, uygulanan yöntemler ve teknikler anlaşılır bir şekilde verilmeli ve metin “Times New Roman” yazı tipinde 12 punto büyüklüğünde ve tek satır aralıkla yazılmalıdır.
- Bulgular bölümünde çalışma sonucunda elde edilen bulgular çalışma sırasına göre sunulmalıdır. İstatistik için kullanılan analizler detaylı olarak anlatılmalıdır. İstatistiksel anlamlılık durumunu belirtmek için kullanılan “p” değerinin gerçek değeri verilmelidir.
- Şekiller grafik, diyagram, fotoğraf, resim şeklinde olabilir. Şekil yazısı şeklin alt kısmına yazılmalıdır. Hem şekil hem de şekil yazısı sayfaya ortalanmalıdır. Şekil yazıları okunaklı olmalıdır. Şekil ile üst metin arasında 1 satır boşluk bırakılmalıdır. Şekil yazısı ile alt metin arasında da 1 satır boşluk bırakılmalıdır. Şekil yazısı 11 punto olarak yazılmalıdır. Metin içerisinde şekillere atıfta bulunulmalıdır. Şekiller grafik, diyagram, fotoğraf ve resimler sayfanın en altına konulmalıdır.
- Tablolar kapalı çerçeveli tercih edilebilir. Tablo yazısı tablonun üst kısmına yazılmalıdır. Hem tablo hem de tablo yazısı sayfanın soluna hizalanmalıdır. Tablo yazısı ile üst metin arasında 1 satır boşluk bırakılmalıdır. Tablo ile alt metin arasında 1 satır boşluk bırakılmalıdır. Tablo yazıları tercihen 11 punto ile yazılmalı ve tek satır aralığı seçilmelidir. Metin içerisinde tablolara atıfta bulunulmalıdır.

- Tartışma bölümünde, yapılan çalışmadan elde edilen bulgular bilimsel ilkelerin ışığı altında önceki verilerle karşılaştırılarak irdelenmelidir.
- Sonuçlar bölümünde çalışmadan elde edilen özgün sonuçlar bir sıra dâhilinde sunulmalıdır.
- Kaynaklar kullanım sırasına göre numaralandırılarak verilmelidir. Ancak Özet bölümünde kaynak gösterilmez. Kaynak numaraları parantez içerisinde gösterilmelidir. Kaynakların tamamı çalışmanın son sayfasındaki “Kaynaklar” başlığı altında, makale içerisindeki kullanım sırasına göre aşağıdaki örneklere uygun biçimde verilmelidir. Kaynaklar “Times New Roman” fontunda 10 punto olarak yazılmalıdır. Kaynak numaraları otomatik numaralandırma ile eklenmelidir ve her referans arasında 6 punto boşluk olmalıdır.

## 4.2. Derleme Yazım Kuralları

Derlemeler, standart yazı şeklinden farklıdırlar. Yazı yazmanın evrensel formatı IMRAD derleme yazılarında uygulanmaz. Ana hatlarıyla giriş bölümü daha geniştir. Amacı ve yazı gerekçesini açıklar. Yöntem ve gereçler bölümünde makale taramasının hangi veri tabanlarında yapıldığını ve makalelerin hangi dâhil edilme ve dışlanma kriterlerine göre derlemeye kabul edildiği açıklanır. Bulgular kısmı bulunmaz. Tartışma kısmı yine geniş tutulacak ve kişisel deneyimler doğrultusunda aynı konuda yapılmış çalışmalar ve onların sentezi yapılır. Sonuç anlamında bir yorum ve değerlendirme paragrafı bulunur. Kaynaklar ise tüm yazılara göre daha fazla sayıda olur. Derleme yazarken;

- Derlemenin başlarında, incelenen konunun neden önemli olduğunu ve derlemede hangi konuların ele alınıp alınmayacağını açık olarak belirtin
- Araştırma bulguları ve diğer bilgi kaynakları arasındaki ayrımı belirtin
- Belirli çalışmaların neden önemli olduğunu açıklayın

- Bir konunun güncelliğine dair yorum yapıyorsanız, zaman çerçevesini tanımlarken spesifik olun.
- Klasik veya alanında dönüm noktası yaratmış bir çalışmayı kaynak gösteriyorsanız paragrafta önemini vurgulayarak tanımlayın.
- Konunuzla ilgili diğer derlemeleri tartışın
- Ayrıntılı olarak tartışmayacağınız konularda okuyuculara başka derlemeleri kaynak gösterin.
- “Hiçbir çalışma bulunamadı” gibi yorumları doğrulayın.
- Derlemenize dâhil ettiğiniz çalışmaların sonuçları tutarsız veya çok farklıysa, bunları ayrı ayrı belirtin.

\* Derleme yazılarının şekil ve düzeni orijinal makale yazım kuralları ile aynıdır.

Prof. Dr. Nur TUNALI

Editör

Dr. Öğr. Üye. Berrak YİĞİT

Editör Yardımcısı

**e-posta:** [sabd@halic.edu.tr](mailto:sabd@halic.edu.tr)

<http://dergipark.gov.tr/husagbilder>

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi

Sütlüce Mah. İmrahor Cad. No: 82 Beyoğlu – İSTANBUL

Tel: +90 212 924 24 44