



**BANDIRMA
ONYEDİ EYLÜL
ÜNİVERSİTESİ**

SABAD
JHSR

Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi

Journal of Health Sciences and Research

Cilt / Volume:3

Sayı / Issue:1

Yıl / Year: 2021





**BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL
ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ VE
ARAŞTIRMALARI DERGİSİ**
BANU Journal of Health Science and Research

Sahibi / Owner

Prof. Dr. Süleyman ÖZDEMİR (Rektör)

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Responsible Publication Manager

Doç. Dr. Diler YILMAZ

Editör / Editor

Doç. Dr. Diler YILMAZ

Yayın Kurulu / Editorial Board

Prof. Dr. Uğur GÜNŞEN
Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ
Doç. Dr. Recep YILDIZ
Doç. Dr. Diler YILMAZ
Doç. Dr. Yıldı Arzu ABA
Dr. Öğr. Üyesi Ekrem SEVİM
Dr. Öğr. Üyesi Sedat ARSLAN
Dr. Öğr. Üyesi Gülhan Y. GÖKMEN

Dil Editörü / Language Editor

Dr. Öğr. Üye. Şirin ÖZKAN

Danışma Kurulu / Advisory Board

Prof. Dr. Şamil AKYIL (Adnan Menderes Üniversitesi)
Prof. Dr. Zeliha Candan ALGUN (Medipol Üniversitesi)
Prof. Dr. Ebru Işık ALTURFAN (Marmara Üniversitesi)
Prof. Dr. Salih ANGIN (Dokuz Eylül Üniversitesi)
Prof. Dr. Ali AYDIN (İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa)
Prof. Dr. Murat BAŞ (Acibadem Üniversitesi)
Prof. Dr. Yusuf ÇELİK (Hacettepe Üniversitesi)
Prof. Dr. Asiye DURMAZ AKYOL (Ege Üniversitesi)
Prof. Dr. Hüseyin ESECELİ (Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi)
Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN (Bahçeşehir Üniversitesi)
Prof. Dr. Efsun KARABUDAK (Gazi Üniversitesi)
Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI (Atatürk Üniversitesi)
Prof. Dr. Zehra Hajrulai – MUSLİU (Cyrill and Methodius University)
Prof. Dr. Gülden Zehra OMURTAG (İstanbul Medipol Üniversitesi)
Prof. Dr. Hacer ÖZGEN NARCI (İstinye Üniversitesi)
Prof. Dr. Nurcan ÖZYAZICIOĞLU (Uludağ Üniversitesi)
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU (Atılım Üniversitesi)
Prof. Dr. Fatma TOSUN (Medipol Üniversitesi)
Prof. Dr. Roger WATSON (University of Hull)
Prof. Dr. Törün ÖZER (Adnan Menderes Üniversitesi)
Prof. Dr. Işıl SÖNMEZ (Adnan Menderes Üniversitesi)
Prof. Dr. Özgür İŞLEYİCİ (Van Yüzcüncü Yıl Üniversitesi)
Doç. Dr. Recı MESERİ DALAK (Ege Üniversitesi)
Doç. Dr. Sine ÖZMEN TOĞAY (Uludağ Üniversitesi)
Assoc. Prof. Katalin PAPP (University of Debrecen)
Doç. Dr. Pınar SÖKÜLMEZ KAYA (Ondokuz Mayıs Üniversitesi)
Doç. Dr. Sevdâ SÜZGEÇ SELÇUK (İstanbul Üniversitesi)
Dr. Öğr. Üyesi Ayçan ÇAKMAK (Bilgi Üniversitesi)
Dr. Öğr. Üyesi Arzu EDEN (Karadeniz Teknik Üniversitesi)
Dr. Öğr. Üyesi İrem KAYA CEBİOĞLU (Yeditepe Üniversitesi)
Asist. Prof. Daniel Jesus Catalan MATAMOROS (University of Almeria)
Dr. Öğr. Üyesi Burcu İrem OMURTAG KORKMAZ (Marmara Üniversitesi)

Yayın Kurulu Sekreteryası / Editorial Board Secretaries

Araş. Gör. Canan BOZKURT
Araş. Gör. Büşra DAĞCI

**Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi**
Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi (SABAD)
Editörlüğü, 10200, Bandırma/BALIKESİR

web: <http://dergipark.gov.tr/boneyusbad>

Telefon: (+90 266) 717 01 17

Faks: (+90 266) 717 00 30

e-posta: sabad@bandirma.edu.tr**Nisan / April 2021****Cilt 3 / Volume 1****Sayı 3 / Issue 1**

Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından elektronik ortamda yılda üç kez (Nisan- Ağustos- Aralık) yayımlanan multidisipliner, hakemli ve süreli bir dergidir.

Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin bilimsel yayın organı olan Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi ulusal ve uluslararası alanda hemşirelik, beslenme ve diyetetik, fizyoterapi ve rehabilitasyon, çocuk gelişimi, ebelik, gerontoloji, sağlık yönetimi, sosyal hizmet ve diğer sağlık alanlarındaki özgün araştırma makalesi, derleme ve olgu sunumu şeklinde hazırlanan güncel, özgün ve nitelikli bilimsel çalışmaları ve editöre mektupları yayımlayarak bilim dünyasına katkıda bulunmayı amaçlamaktadır.

Değerlendirilmek üzere dergimize gönderilen Türkçe veya İngilizce çalışmaların, daha önce yayımlanmamış, yayımlanmak üzere kabul edilmemiş ya da yayımlanmak için değerlendirme sürecinde olmaması gerekir. Değerlendirme sürecinde olan ve yayımlanan eserlerin sorumluluğu tümüyle yazar(lar)a aittir. Yayımlanan eserlerin telif hakları Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi'ne aittir.

Yayımlanması istenilen çalışmalar dergi yazım kuralları ve yayın ilkelerinde belirtilen koşullara uygun şekilde hazırlanıp gönderilmelidir. Dergiye sunulan çalışmalar öncelikle şekil ve içerik yönünden ön incelemeye tabi tutulur. Şekil ve içerik olarak uygun bulunan çalışmalar editör tarafından yayın kuruluna sunulur. Yayın kurulu tarafından uygun bulunan çalışmalar en az iki hakem tayin edilerek değerlendirme sürecine alınır. Değerlendirme sürecinde hakem değerlendirmeleri ortalama 4 ile 8 hafta sürmektedir. Hakemlerden gelen değerlendirme raporları doğrultusunda dergi editörlüğü tarafından ilgili çalışmaların yayımlanmasına, yazar(lar)dan düzeltme ya da ek bilgi istenmesine veya yayımlanmamasına karar verilir. Hakemlerden bir olumlu ve bir olumsuz rapor verilmesi halinde ilgili çalışma Dergi Editörlüğü tarafından uygun görülmesi halinde üçüncü bir hakeme de gönderilmektedir.



HAKEM LİSTESİ / REFEREE BOARD

Aliye Aslı SONSUZ
Aysel ŞAHİN KAYA
Endam ÇETİNKAYA
Erhan EKİNGEN
Fatma ÖZKAN TUNCAY
Figen ALP YILMAZ
Filiz SÜZER ÖZKAN
Kezban Esen KARACA
Mustafa METE
Nejla CANBULAT ŞAHİNER
Nurperihan TOSUN
Perihan EREN BANA
Rahşan ÇEVİK AKYIL
Seda ÇİFTÇİ
Sibel ERGÜN
Sibel KARACA SİVRİKAYA
Şule AKTAÇ



İÇİNDEKİLER / CONTENTS

ARAŞTIRMA MAKALELERİ / RESEARCH ARTICLES

1. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sistemine Güven
Trust of Healthcare System in Turkey
Mustafa NAL 1-10
2. Suriyeli Sığınmacıların Sosyo-Kültürel Farklılıklarının Sağlık Hizmetlerine Yansıması
Reflection of Socio-Cultural Differences of Syrian Refugees on Health Services
Mürşide ZENGİN, Emriye Hilal YAYAN, Mehmet Emin DÜKEN, Yeliz SUNA DAĞ 11-17
3. Çalışanların Sendikal Algılarının Sendikal Sadakatleri Üzerindeki Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama
The Effect of Employees' Understanding Perception on Unional Loyalty: An Application in the Health Sector
Fuat KORKMAZER 18-28

DERLEME MAKALE / REVIEW ARTICLE

4. Çölyak Hastalığında Mikro Besin Ögesi Eksiklikleri ve Beslenme Önerileri
Micronutrients Deficiencies and Nutritional Recommendations in Celiac Disease
Esra TUNÇER, Nurcan YABANCI AYHAN 29-38
5. Doğum Ağrısının Giderilmesinde Rebozo Tekniği
Rebozo Technique in Relief of Delivery Pain
Özden TANDOĞAN, Ümran OSKAY 39-44
6. Covid-19 Pandemi Sürecinde Kanser Bakım Yönetimi
Cancer Care Management During Covid-19 Pandemic
Aslıhan ÖZTÜRK, Derya ÇINAR 45-51
7. Aralıklı Açlık Diyetlerinin Glukoz Homeostazı ve Lipit Metabolizması Üzerine Etkileri
Effects of Intermittant Fasting on Glucose Homeostasis and Lipid Metabolism
Zeynep KALAYCI, Hülya KAMARLI ALTUN 52-63

OLGU SUNUMU / CASE REPORT

8. Covid-19 Enfeksiyonu Sebebiyle Nörolojik Tutulum Gösteren Olgunun Gordon Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre İncelenmesi
Research of Neurological Involvement Case Due to Covid-19 Infection According to Gordon Functional Health Patterns
Berna CAFER KARALAR, Ayfer KARADAKOVAN 64-71



BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ VE ARAŞTIRMALARI DERGİSİ

BANU Journal of Health Science and Research

DOI: 10.46413/boneyusbad.863269

Original Araştırma/ Original Research

Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sistemine Güven

Trust of Healthcare System in Turkey

Mustafa NAL 

¹ Afyon Kocatepe
Üniversitesi, Dinar
Uygulamalı Bilimler
Yüksekokulu Sigortacılık
Bölümü, Dr. Öğr. Üyesi

**Sorumlu yazar /
Corresponding author:**
Mustafa NAL
mustafanal@aku.edu.tr

**Geliş tarihi / Date of
receipt:** 18.01.2021

**Kabul tarihi / Date of
acceptance:** 19.03.2021

Atıf/Citation: Nal, M.
(2021). Türkiye’de
Sağlık Hizmetleri
Sistemine Güven. *BANÜ
Sağlık Bilimleri ve
Araştırmaları Dergisi*.
3(1), 1-10. doi:
10.46413/boneyusbad.86
3269

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, Türkiye’de toplumun sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyini ve sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyini etkileyen sosyo-demografik değişkenleri belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Katılımcıların sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyini belirlemek için Egede ve Ellis (2008) tarafından geliştirilen ve Dinç ve diğerleri (2013) tarafından Türkçeye uyarlanan “Sağlık Hizmetleri Sistemi Çok Boyutlu Güven Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırma kapsamında kartopu örnekleme yöntemi kullanılmış ve Türkiye’nin farklı bölgelerinden 640 kişi araştırmaya katılmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS 25.0 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların sağlık hizmetlerine güven düzeyi toplam puan ortalaması $55,73 \pm 10,58$, Sağlık profesyonellerine güven toplam puan ortalaması $33,65 \pm 6,46$, sağlık giderini karşılayan kuruma güven toplam puan ortalaması $12,57 \pm 3,33$, sağlık kurumuna güven toplam puan ortalaması $9,50 \pm 2,37$ olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Araştırma sonucunda katılımcıların sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinin orta seviyenin üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık sistemi, Sağlık hizmeti, Güven

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to determine the level of trust in the healthcare system of the society and to determine the socio-demographic variables that affect the level of trust of the healthcare system in Turkey.

Materials and Methods: In order to determine the level of trust of the participants in the healthcare system, the "Trust in Health Care Systems Scale" developed by Egede and Ellis (2008) and adapted into Turkish by Dinç et al. (2013) was used. In this research, snowball sampling method used and Turkey participated in the survey of 640 people from different regions. IBM SPSS 25.0 program was used to analyze these data.

Results: The total mean score of the participants' level of trust in health services was determined as 55.73 ± 10.58 , the total score of trust in health professionals was 33.65 ± 6.46 , the total score of trust in the institution providing the cost was 12.57 ± 3.33 , the trust in the health institution their total mean score is 9.50 ± 2.37 .

Conclusion: As a result of the research, it was determined that the level of trust of the participants in the healthcare system was above the medium level.

Keywords: Healthcare system, Health care, Trust

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin özelliklerinden biri de “bilgi asimetrisidir”. Bu özellik sağlık hizmeti alan bireylerin sağlık hizmeti veren bireylere göre sağlık konusunda daha az bilgiye sahip olmasını ifade etmektedir (Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2015). Çünkü sağlık hizmetleri uzmanlık seviyesi yüksek bir alandır ve sağlık alanında eğitim almayan bir bireyin bu alanda yeterince bilgiye sahip olması beklenemez (Ateş, 2011). Diğer taraftan sağlık hizmetlerinde verilecek olan hizmetin belirleyicisi ve hizmeti veren sağlık profesyonelleridir (Ateş, 2011; Sevim ve Güdük, 2020). Bir başka ifade ile hastanın ihtiyacına göre talebi belirleyen ve hizmetin arzını gerçekleştiren sağlık profesyonelleridir (Tengilimoğlu ve ark., 2015). Bu nedenle sağlık hizmeti alan bireylerle etkili iletişiminin sağlanması ve hastaların tedaviye uyum sağlaması için sağlık hizmeti alan bireylerin sağlık profesyonellerine ve sağlık kurumlarına (sağlık hizmeti sistemine) karşı güven duyması gerekmektedir. Bu nedenle bireylerin sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinin önemli bir konu olduğu düşünülmektedir.

Sağlık hizmetleri, sağlığı korumak, geliştirmek, hastalıkları tedavi etmek, sakatlıkları rehabilite etmek için sunulan hizmetlerin tamamı olarak tanımlanmaktadır (Tengilimoğlu ve ark., 2015). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre ise sağlık sistemi; birincil amacı sağlığı iyileştirmek olan ve çeşitli faaliyetler yoluyla insanları hastalık giderlerine karşı koruyan onların bu meşru beklentilerine yanıt verme sürecinde hizmet verdikleri nüfusun sağlığını iyileştirmek için belirlenen politikalar doğrultusunda bir araya getirilen kişi, kurum ve kaynakların tümüdür (WHO, 2020). Sağlık hizmetleri sistemi ise sağlık hizmetlerini sunan kurumlar, sağlık hizmeti veren bireyler (sağlık çalışanları) ve sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan kurumların bütünü olarak tanımlanabilir.

Türk Dil Kurumuna göre güven kelimesi “Korku, çekinme ve kuşku duymadan inanma ve bağlanma duygusu” anlamına gelmektedir (TDK). Güvenin iki farklı yönü vardır. Birincisi kişilerarası güven, bir bireyin zaman içinde ne kadar güvenilir olduğunu defalarca test etme fırsatı olduğunda gelişen güven türüdür. İkincisi ise sosyal güven, kolektif bir kuruma güven anlamına gelir ve belirli bir kurumdaki geçmiş deneyimler, medya ve genel sosyal güvenden etkilenir (Egede ve Ellis, 2008). Luhman’a (1979) göre ise güvenden

yoksun kurulan ilişkiler sadece anlık ilişkiler olabilir.

Hastanın sağlık hizmeti sunan bireylere güven, sağlık hizmeti sunan bireyin hasta için en iyisini yapacağına ve hastanın savunmasızlığını kabul ederek iyi niyetle davranacağına dair bir dizi beklentiye ifade etmektedir. Güven, etkili kişilerarası ilişkiler ve topluluk yaşamı için temeldir ve insanlar arasındaki iş birliğini kolaylaştırmaktadır. Güven, sağlık hizmetlerinin sunumunda temel ilkelerden biridir (Rasih ve ark., 2020). Özellikle tıbbi uygulamalarda, hasta hekim ilişkisinin temelini güven oluşturur (Atıcı, 2007). Tıpta güven, bir hekimin belirli bir şekilde davranacağına dair bir dizi inanç ve beklenti olarak kabul edilir (Pellegrini, 2017).

Profesyonel bir bireyle ondan hizmet alan birey arasındaki ilişkiyi anlamlı, önemli kılan ve ilişkinin içeriğini oluşturan tanımlayıcı ana unsur güvendir (Seçer, 2009). Hekim-hasta ilişkisinin temeli kuşkusuz güven ögesine dayanmaktadır (Oğuz, 1995). Hasta ile sağlık hizmeti sunanlar (doktorlar, hemşireler, fizyoterapistler) arasındaki güven, hizmet sunan-hasta etkileşimi ve uyumu açısından önemlidir. Özellikle uzun süreli hastalıkların tedavisinde hasta yönetimi sonuçlarını etkilemenin yanı sıra sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve önleme girişimlerinin sonuçlarını da etkiler. Sağlık hizmeti sunan ile hasta arasındaki güvene dayalı bir ilişki, doğrudan bir tedavi edici etkiye sahip olabilir. Sağlık hizmetlerinde değişen sosyo-politik ortam, bilgi teknolojisi çağının etkisi ve hastaların bilinçli kararlar alma konusunda giderek daha güçlü hale gelmesi, sağlık hizmeti sunana duyulan güvenin doğasını etkilemiştir (Rasih ve ark., 2020). Sağlık sistemi özel olarak ele alındığında, doğası itibarıyla sistemin her alanında güvene ihtiyaç duyan bir yapıya sahip olduğu görülmektedir (Ertong, 2011).

Geleneksel olarak hekim ve hasta ilişkisi paternalizm yaklaşımı üzerine kurulu iken, günümüzde bu ilişki görüşmecilik yaklaşımına dayalı olarak yaşanmaktadır. Paternalistik yaklaşımda, hasta-hekim ilişkisi, hastanın sağlığını ve iyiliğini olumlu yönde etkileyecek en iyi girişimlerin yapılmasını amaçlamaktadır (Atıcı, 2007). Diğer bir ifadeyle paternalizm yaklaşımına göre hekim-hasta ilişkisinde, hekim hastanın faydasına olacak tedavi yöntemini belirler ve uygular. Ancak, görüşmecilik modele (danışan-danışman ilişkisi) göre hekim, hastanın tedavisi için faydalı olacak

yol ve yöntemleri belirler, hastaya bu yöntemin faydalı ve sakıncalı yönlerini açıklar ve hastanın onayı olursa bu tedavi yöntemini uygular. Araştırma sonuçları (Caterinicchio, 1979; King ve Hoppe, 2013), hastanın hekime güvenmesi hastanın tedaviye uyumunu etkilediğini göstermektedir.

Günümüzde geline bu noktada hastanın tedaviye uyum göstermesi; hekimin tavsiye ettiği tedavi yöntemini benimseme durumu ve hastanın hekime ve diğer sağlık sistemi unsurlarına güvenine bağlıdır. Aynı şekilde sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi, insanın koruyucu sağlık hizmetlerinden (aşı uygulaması vb.) faydalanma durumuna da etkileyebilir. Bu nedenle halkın sağlık sistemine güven düzeyi halk sağlığı ve sağlık yönetimi açısından önemli bir unsur olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada sağlık hizmetlerine güven düzeyi, sağlık profesyonelleri, giderleri karşılayan kurumlar ve sağlık hizmeti veren kurumlar olmak üzere üç boyutta ele alınmıştır. Sağlık profesyonellerine güven boyutu, bireyin kendisine sağlık hizmeti sunan sağlık personeline (hekim, hemşire, vb.) yönelik güven duygusunu ifade etmektedir. Gideri karşılayan kurumlara güven boyutu, bireyin sağlık giderlerini karşılayan kurum veya şirketlere (SGK, özel sigorta şirketi) yönelik güven duygusunu ifade etmektedir. Sağlık hizmeti veren kurumlara güven boyutunu ise bireyin sağlık hizmeti aldığı hastane, klinik, sağlık merkezi gibi sağlık kuruluşlarına yönelik güven duygusunu açıklamaktadır.

Sağlık hizmeti sunan bireylere, sağlık kurumlarına ve sağlık hizmeti giderlerini ödeyenlere (sigorta şirketleri) duyulan güven, kişilerarası güven ve sosyal güvenden çeşitli derecelerde etkilendiği görünmektedir (Egede ve Ellis, 2008).

Yapılan işi geliştirmek, başarılı olmak ve kaybetmemek için güven düzeyini ölçmek gerekir (Thom, Hall ve Pawlson, 2004). Yapılan literatür incelemesinde Türkiye’de sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyini belirlemeye yönelik az sayıda araştırma (Dinç, Fatoş ve Karabulut, 2013; Usta, 2016; Ertong Attar, 2018) yapıldığı görülmektedir. Yapılan bu araştırmalar belirli hastanelerde tedavi gören hastalar üzerinde yapılmıştır. Bu araştırma ise Türkiye’de farklı illerde yaşayan, farklı hastanelerden hizmet alan ve farklı sağlık sigortası türüne sahip kişiler üzerinde yapılmıştır. Literatürde bu konu ile ilgili Türkiye genelinde bir araştırmanın olmadığı

görülmüş ve literatürdeki bu boşluğun doldurulması amaçlanmıştır.

Bu çalışmada ilk olarak katılımcıların sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi belirlenmiş, daha sonra ise katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi arasında fark olup olmadığı incelenmiştir. Elde edilen sonuçların araştırmacılara, sağlık politikası oluşturanlara, sağlık profesyonellerine, sağlık hizmeti sunan kuruluşlara ve sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan kuruluşların yönetimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Soruları

Bu araştırmada katılımcıların sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyini bazı sosyo-demografik özelliklerin etkileyebileceği varsayımı doğrultusunda aşağıdaki hipotezler kurulmuştur.

H1: Cinsiyete göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi arasında anlamlı bir fark var mıdır?

H2: Medeni duruma göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi arasında anlamlı bir fark mıdır?

H3: Sağlıkla ilgili bir bölümden mezun olma durumuna göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi arasında anlamlı bir fark mıdır?

H4: Hastane tercih türüne göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi arasında anlamlı bir fark mıdır?

H5: Sağlık Sektöründe çalışma durumuna göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi arasında anlamlı bir fark mıdır?

H6: Yaşa gruplarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi arasında anlamlı bir fark mıdır?

H7: Eğitim durumuna göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi arasında anlamlı bir fark mıdır?

H8: Gelir düzeyi gruplarına göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi arasında anlamlı bir fark mıdır?

H9: En son sağlık hizmetinden faydalanma zamanına göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi arasında anlamlı bir fark mıdır?

H10: Sağlık sigortası türüne göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi arasında anlamlı bir fark mıdır?

H11: Çalışma durumuna göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi arasında anlamlı bir fark mıdır?

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Tasarımı

Bu araştırmada katılımcıların sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyini belirlemek ve katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinin farklılık gösterip göstermediği test etmek amaçlanmıştır. Bu araştırma kesitsel türde tanımlayıcı araştırma olarak tasarlanmıştır.

Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmada örneklem büyüklüğü hesabı yapılmış ve evren büyüklüğü (Türkiye nüfusu 31 Aralık 2019 itibarı ile) 83 154 997 olan, %95 güven aralığı, %5 hata payı ile örneklem büyüklüğü 384 olarak hesaplanmıştır. Araştırmada örnekleme yöntemi olarak kartopu örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Elektronik ortamda oluşturulan anketler (Google Forms) sosyal medya uygulamaları üzerinden paylaşılmış ilk ulaşılan katılımcılardan araştırmaya katılabilecek kişiler ile anket formunun paylaşılması istenmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden 18 yaş ve üstü bireyler araştırmaya dahil edilmiştir. Bu sayede Türkiye'nin farklı bölgelerindeki ve farklı özellikteki katılımcılara ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmaya katılmaya kabul eden toplam 640 kişinin yanıtları değerlendirmeye alınmıştır. Araştırma verileri 1 Ekim 2020 – 30 Kasım 2020 tarihleri arasında toplanmıştır.

Veri Toplama Aracı

Araştırma verileri, "Sosyodemografik Bilgi Formu" ve "Sağlık Hizmetleri Sistemi Çok Boyutlu Güven Ölçeği" kullanılarak elde edilmiştir. Anket formu, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini yansıtan ifadelerin yer aldığı birinci bölüm ve sağlık hizmetleri sistemi güven ölçeğine yer verilen ikinci bölüm olmak üzere toplam iki bölümden oluşmaktadır.

Sosyodemografik Bilgi Formu: Sosyodemografik bilgi formunda, katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir miktarı, sağlık sigortası türü, çalışma durumu, sağlık hizmetinden en son faydalanma zamanı, sağlıkla ilgili bir bölümden mezun olma durumu, sağlık sektöründe çalışma durumu, hastane türü tercihi ile ilgili ifadeler yer almaktadır.

Sağlık Hizmetleri Sistemi Çok Boyutlu Güven

Ölçeği: Katılımcıların sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyini ölçmek için Egede ve Ellis (2008) tarafından geliştirilen ve Dinç ve diğerleri (2013) tarafından Türkçeye uyarlanan "Sağlık Hizmetleri Sistemi Çok Boyutlu Güven Ölçeği" kullanılmıştır. Ölçek, sağlık profesyonellerine güven, sağlık giderini karşılayan kuruma güven ve sağlık kurumlarına güven olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte toplam 17 ifade bulunmaktadır. Ölçeğin en düşük toplam puanı 17, en yüksek toplam puanı ise 85, ölçeğin ortalama puanı ise 51'dir. Ölçeğin ortalama puanı 85'e ne kadar yakın ise sağlık hizmetlerine güven de o kadar yüksek olarak değerlendirilmektedir. Egede ve Ellis (2008) geliştirdiği ölçeğin iç tutarlılık analizinde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0,89, olarak tespit etmiştir. Dinç ve diğerleri (2013) ölçeğin iç tutarlılık analizinde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0,89 olarak tespit etmiştir. Bu araştırmada ise ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı sağlık profesyonellerine güven boyutu için 0,88, sağlık giderini karşılayan kuruma güven boyutu için 0,82, sağlık kurumuna güven boyutu için 0,61, sağlık hizmetleri sistemi güven ölçeğinin geneli için ise 0,91 olarak tespit edilmiştir. Bu bulgular ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında toplanan verilerin analizinde IBM SPSS 25.0 programı kullanılmıştır. Normal dağılım özelliği gösteren değişkenler arasındaki farkın incelenmesinde iki grup için Bağımsız Örneklem T Testi, üç ve daha fazla grup için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Normal dağılım özelliği göstermeyen iki bağımsız değişken arasındaki farkın incelenmesinde Mann-Whitney U Testi, üç ve daha fazla bağımsız değişken arasındaki farkın incelenmesinde ise Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarının değerlendirilmesinde anlamlılık düzeyi olarak 0,05 dikkate alınmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için ilgili Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu etik onayı alınmıştır (Karar No: 2020/116).

BULGULAR

Araştırmaya ait bulgular, sosyo-demografik özelliklere ait bulgular, sağlık hizmetleri sistemi güven düzeyine ilişkin bulgular, araştırma

hipotezlerine ilişkin bulgular başlıkları altında verilmiştir.

Sosyo-Demografik Özelliklere Ait Bulgular

Araştırmaya toplam 640 kişi katılmıştır. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 29,35 ± 11,80, %60'ı (n=384) kadın, %64,1'i (n=410) bekâr, %23,3'ü (n=149) lisans mezunudur.

Araştırma Hipotezlerine İlişkin Bulgular

Sağlık Hizmetleri Sistemi Güven Düzeyine

Tablo 1. Katılımcıların sağlık hizmetlerine güven düzeyi toplam puan ortalamaları

Boyutlar	İfade sayısı	En düşük puan	En yüksek puan	Ortalama	Standart Sapma
Sağlık profesyonellerine güven	10	10	49	33,65	6,46
Sağlık giderini karşılayan kuruma güven	4	4	20	12,57	3,33
Sağlık kurumuna güven	3	3	15	9,50	2,37
Sağlık hizmetleri sistemine güven (Genel)	17	20	83	55,73	10,58

Katılımcıların cinsiyetlerine göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi değerlendirildiğinde, erkeklerin sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi puan ortalamalarının (ortalama=57,06), kadınların sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi puan ortalamasından (ortalama=54,84) yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2) (p<0,05).

Araştırmaya katılanların medeni duruma göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi incelendiğinde, bekar bireylerin sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi puan ortalamalarının (ortalama=56,40), evli bireyleri sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi puan ortalamalarından (ortalama=54,52) daha yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 2) (p<0,05).

İlişkin Bulgular

Katılımcıların sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi toplam puan ortalaması 55,73 ± 10,58, Sağlık profesyonellerine güven toplam puan ortalaması 33,65 ± 6,46, sağlık giderini karşılayan kuruma güven toplam puan ortalaması 12,57 ± 3,33, sağlık kurumuna güven toplam puan ortalaması 9,50 ± 2,37 olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

Sağlıkla ilgili bir bölümden mezun olma durumuna göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi değerlendirildiğinde, grupların puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 2) (p>0,05).

Katılımcıların tercih ettiği hastane türüne göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ve kamu hastanesini tercih edenlerin puan ortalamaların (ortalama=56,48), özel hastaneyi tercih edenlerin puan ortalamasından (ortalama=52,97) yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 2) (p<0,05).

Sağlık sektöründe çalışanlar ile sağlık sektöründe çalışmayanların puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 3) (p>0,05).

Tablo 2. Sosyo-Demografik özelliklere göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi

ÖZELLİKLER	N	Ortalama	SS	t	p
Cinsiyet					
Kadın	384	54,84	10,42	-2,611	0,009*
Erkek	256	57,06	10,68		
Medeni Durum					
Evli	230	54,52	11,10	-2,172	0,03*
Bekâr	410	56,40	10,22		
Sağlıkla ilgili bir bölümden mezun					
Evet	205	55,62	11,19	-0,167	0,867
Hayır	435	55,77	10,29		
Hastane türü tercihi					
Kamu	502	56,48	9,87	3,481	0,001*
Özel	138	52,97	12,48		

*p<0,05, N = Ortalama, SS = Standart sapma, t = Bağımsız örneklem t testi değeri

Tablo 3. Sağlık Sektöründe çalışma durumuna göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi

ÖZELLİK	N	Ortalama	SS	z	p
Sağlık Sektöründe çalışma durumu					
Evet	71	54,47	13,79	-0,904	0,366
Hayır	569	55,88	10,11		

*p<0,05, N= Ortalama, SS= Standart sapma, z = Mann-whitney u testi değeri

Katılımcıların yaş gruplarına göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi değerlendirildiğinde, yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 4) (p<0,05). 18-24 yaş

arasındakilerin puan ortalamalarının (ortalama=56,84), 25-44 yaş arasındakilerin puan ortalamalarından (ortalama =54,51) daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Tablo 4. Sosyo-Demografik özelliklere göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi

ÖZELLİKLER	N	Ortalama	SS	F	p
Yaş					
18-24 yaş	328	56,84	9,77	3,785	0,023*
25-44 yaş	229	54,51	11,22		
45 ve üstü yaş	83	54,67	11,44		
Eğitim Düzeyi					
İlköğretim	41	61,00	10,48	6,662	0,000*
Lise	256	56,53	9,83		
Ön lisans	105	57,24	10,79		
Lisans	149	54,51	10,06		
Yüksek lisans	65	51,35	11,19		
Doktora	24	50,91	12,75		
Gelir miktarı					
0-1999 TL	253	56,76	9,90	2,203	0,087
2000-2999 TL	83	55,33	13,37		
3000-4999 TL	123	56,13	11,19		
5000 TL ve üstü	181	54,18	9,45		
En son sağlık hizmetinden faydalanma zamanı					
Son 30 gün içinde	203	55,66	10,87	2,056	0,129
1-5 ay içinde	207	56,84	9,88		
6 ay ve daha fazla	230	54,79	10,86		
Sigorta türü					
SGK	464	56,02	10,42	0,992	0,396
Özel Sigorta	31	52,87	11,99		
SGK+Tamamlayıcı	105	55,15	11,57		
GSS	40	56,05	8,15		

*p<0,05, N= Ortalama, SS= Standart sapma, F = ANOVA testi değeri

Katılımcıların eğitim düzeyine göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 4) (p<0,05). İlköğretim mezunlarının puan ortalamalarının (ortalama=61,00) lisans mezunlarının (ortalama=54,51) yüksek lisans mezunlarının (ortalama=51,35) ve doktora mezunlarının (ortalama=50,91) puan ortalamasından yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,05). Lise mezunlarının puan ortalamasının (ortalama=56,53) yüksek lisans mezunlarının puan ortalamasından (ortalama=51,35) yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Ön lisans mezunlarının puan ortalamasının (ortalama=57,24) yüksek lisans

mezunlarının puan ortalamasından (51,35) yüksek olduğu ve farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Gelir gruplarına göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi değerlendirildiğinde, gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4) (p>0,05).

Katılımcıların en son sağlık hizmetinden faydalanma zamanına göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi puan ortalamaları arasında fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4) (p>0,05).

Katılımcıların sigorta türüne göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi

değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4) ($p>0,05$).

Tablo 5. Çalışma durumuna ilişkin sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi

ÖZELLİK	n	Ortalama	SS	X ²	p
Çalışma Durumu					
Kamu Sektörü	165	54,50	9,99		
Özel Sektör	114	55,06	13,12		
Emekli	25	58,36	11,05	8,423	0,134
Öğrenci	299	56,41	9,82		
Ev hanımı	20	58,15	9,28		
Çalışmayan	17	53,47	9,70		

* $p<0,05$, N= Ortalama, SS= Standart sapma, X² = Kruskal wallis testi değeri

Katılımcıların sağlık çalışma durumlarına göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 5) ($p>0,05$).

TARTIŞMA

Bu araştırma, Türkiye’de sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyini ve sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyini etkileyen sosyo-demografik değişkenleri belirlemek amacı ile yapılmıştır. Bu çalışmada, katılımcıların sağlık hizmetlerine güven düzeyinin orta seviyenin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Usta (2016) tarafından, Ankara ilinde faaliyet gösteren bir hastanede sağlık hizmeti alan hastalar üzerinde yapılan çalışma sonucunda, katılımcıların sağlık hizmeti sistemine güven düzeyinin orta seviyenin üstünde olduğu saptanmıştır (Usta, 2016). Dinç, Fatoş ve Karabulut (2013) Ankara ilinde bir hastanede tedavi gören hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların sağlık hizmeti sistemine güven düzeyinin orta seviyenin üstünde olduğu belirlenmiştir. Dinç, Fatoş ve Karabulut (2013) ve Usta (2016) tarafından yapılan araştırmaların sonuçları ile bu çalışmanın sonuçları sağlık hizmeti sistemine güven düzeyi açısından benzerlik göstermektedir.

Bu araştırma sonucunda, katılımcıların sağlık profesyonellerine güven düzeyinin orta seviyenin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Dinç, Fatoş ve Karabulut (2013) ve Usta (2016) tarafından yapılan araştırmalarda katılımcıların sağlık profesyonellerine güven düzeyinin orta seviyenin üzerinde olduğunu saptamıştır. Bu çalışmanın sonuçları ile Dinç, Fatoş ve Karabulut (2013) ve Usta (2016) tarafından yapılan çalışmanın sonuçları örtüşmektedir. Ancak Tatlı ve Kazan (Tatlı ve Kazan, 2020) tarafından, evde sağlık hizmeti alan bireyler üzerinde yapılan çalışmada, katılımcıların sağlık personeline

güven düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçları (Caterinicchio, 1979; King ve Hoppe, 2013) sağlık profesyonellerine güvenin, hastaların tedaviye uyumları üzerine etkisi olduğunu göstermektedir. Yıldırım ve diğerleri (2009) yaptıkları çalışmada, hekime duyulan güvenin hastaların hastane tercihlerini etkileyen en önemli faktör olduğunu göstermiştir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin hastaların güvenini kazanacak davranışlarda bulunmaları önemlidir.

Bu çalışmada, gideri karşılayan kurumlara güven düzeyinin orta seviyenin üzerinde olduğu saptanmıştır. Dinç, Fatoş ve Karabulut (2013) ve Usta (2016) tarafından yapılan çalışmalarda katılımcıların gideri karşılayan kurumlara güven düzeyinin orta seviyenin üzerinde olduğunu belirlemiştir.

(Sağlık kurumlarına güven düzeyinin orta seviyenin üzerinde olduğu saptanmıştır. Dinç, Fatoş ve Karabulut (2013) ve Usta (2016) tarafından gerçekleştirilen araştırma sonuçlarında sağlık kurumlarına güven düzeyinin orta seviyenin üzerinde olduğunu belirlemiştir. Sağlık kurumlarına güven düzeyi açısından bu çalışmanın ve Dinç, Fatoş ve Karabulut (2013) ve Usta (2016) tarafından yapılan araştırmalarının sonuçlarının uyumlu olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyine ilişkin bizim yaptığımız çalışmanın sonuçları ile yapılan diğer araştırmaların sonuçlarının genel olarak benzer olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada, erkeklerin sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinin, kadınların sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinden yüksek olduğu belirlenmiştir. Egede ve Ellis (2008), tarafından, yapılan çalışmada erkeklerin sağlık hizmetlerine güven düzeyinin, kadınların sağlık hizmetlerine güven düzeyinden yüksek olduğu belirlenmiştir. Boulware ve diğerleri (2003), Sohler ve arkadaşları (2007), Toker (2014) ve

Usta (2016) tarafından yapılan araştırmada bireylerin sağlık hizmetleri sistemine güven düzeylerinin cinsiyete göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Yapılan diğer araştırmaların sonuçları ile bu araştırmanın sonuçlarının farklı olduğu görülmektedir. Bu durumun nedeni, bireylerin güven düzeyini etkileyen farklı aracı değişkenlerden kaynaklanıyor olabilir.

Bu araştırma, bekâr bireylerin sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinin, evli bireylerin sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinden yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Egede ve Ellis (2008) ve Usta (2016) tarafından yapılan çalışmada, bireylerin sağlık hizmetleri sistemine güven düzeylerinin medeni duruma göre farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Toker (2014) ise yaptığı araştırmada, evli bireylerin sağlık hizmetlerine güven düzeyinin bekâr bireylere göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bireylerin medeni durumuna göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyini inceleyen araştırma sonuçlarının farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu durumun, medeni durumun yanı sıra farklı faktörlerinde bireylerin sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyini etkilemesinden kaynaklanıyor olabilir.

Bu araştırmada, kamu hastanesini tercih eden bireylerin sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinin özel hastaneyi tercih eden bireylerin sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kamu hastanelerini tercih eden bireylerin sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinin yüksek olmasının nedeni, kamu hastanelerinin sağlık hizmeti sunumunda kar amacı gütmemesinden (kamu hastaneleri hizmet karşılığında ücret alır ancak kar amacı yoktur) kaynaklanıyor olabilir. Diğer taraftan özel hastaneleri tercih eden bireylerin sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinin düşük olmasının sebebi ise özel hastanelerin sağlık hizmeti sunumunda kar amacı gütmemesinden kaynaklanıyor olabilir. Bir başka ifadeyle özel sağlık kuruluşları tarafından bireyin kendisine verilen sağlık hizmeti karşılığında kar elde etme kaygının olduğunu bilmesi, sağlık hizmeti alan bireylerin özel sağlık kurumuna olan güven düzeyini olumsuz yönde etkiliyor olabilir.

Bu araştırmada, 18-24 yaş bireylerin sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinin, 25-44 yaş bireylerin sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinden yüksek olduğu belirlenmiştir. Platt ve diğerleri (2018) ve Usta (2016) tarafından yapılan çalışmada ise 60 yaş üzerindeki bireylerin, diğer

yaş grubundaki bireylere göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Calnan ve Sanford (2004), Toker (2014) ise yaptığı çalışmada, yaş arttıkça sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinin de arttığını belirlemiştir. Boulware (2003), Egede ve Ellis (2008), Sohler ve arkadaşları (2007) tarafından, yapılan çalışmalarda, sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinin, yaşa göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Yaş değişkeni açısından bu çalışma ile yapılan diğer araştırmaların sonuçları farklılık göstermektedir.

Bu araştırmada ilköğretim mezunu bireylerin sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinin lisans, yüksek lisans ve doktora mezunu bireylerin sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinden yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca yüksek lisans mezunu bireylerin sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinin, lise ve ön lisans mezunu bireylerin sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinden düşük olduğu tespit edilmiştir. Usta (2016) yapmış olduğu çalışmada, üniversite ve lisans üstü mezunu bireylerin sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinin diğer eğitim düzeyi mezunlarına göre daha düşük olduğunu ortaya koymuştur. Dinç, Fatoş ve Karabulut (2013) ilköğretim mezunu katılımcıların sağlık hizmetleri sistemine güven düzeylerinin eğitim düzeyi yüksek olan bireylere göre daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Boulware ve diğerleri (2003), yaptıkları araştırma sonucunda, lise ve daha düşük eğitim seviyesine sahip olanların, lisansüstü eğitim seviyesine sahip olanlara göre sağlık hizmetleri sistemine güvenlerinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Literatürde daha önce yapılmış çalışmalarla karşılaştırıldığında, bu çalışma sonucunda elde edilen bulguların genel olarak tutarlı olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada, katılımcıların sigorta türüne göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi değişmediği belirlenmiştir. Ancak, Calnan ve Sanford (2004), özel sigorta kapsamında olan bireylerin sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinin düşük olduğunu belirlemiştir.

SONUÇ

Bu araştırma sonucunda katılımcıların sağlık hizmetleri sistemine güven, sağlık profesyonellerine güven, sağlık giderini karşılayan kuruma güven ve sağlık kurumuna güven düzeyi orta seviyenin üzerinde bulunmuştur. Gelecekte bu konuda yeni

araştırmalar yapılarak, toplumun sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyindeki değişimler gözlemlenebilir.

Katılımcıların sağlık hizmetlerine güven düzeyinin, cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim düzeyi ve hastane türü tercihine göre farklılık gösterdiği ancak sağlıkla ilgili bir alandan mezun olma, sağlık sektöründe çalışma durumu, gelir miktarı ve en son sağlık hizmetinden faydalanma zamanı, sağlık sigortası türü ve çalışma durumuna göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Bu araştırmada kamu hastanesini tercih eden bireylerin sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinin özel hastaneyi tercih eden bireylerin sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinden yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun nedeni özel hastanelerin kar elde etme kaygılarının olması ve bu durumun sağlık hizmeti alan bireyler tarafından biliniyor olması olabilir. Bu varsayımı test etmek için özel hastanelerin kar elde etme (ticari) kaygısı ile hastaların özel hastanelere güvenleri arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar yapılabilir.

Literatürde bu konuda yapılan araştırmaların çok az sayıda olduğu görülmektedir. Gelecekte yapılacak araştırmalar, daha geniş örneklem üzerinde yapılabilir. Ayrıca, gelecek araştırmalarda hastaların sağlık sistemine güven düzeyinin hizmet kalitesi algısı, akıllı ilaç kullanımı, sağlıklı yaşam biçim davranışı gibi farklı davranış ve tutumları üzerine etkileri incelenebilir.

Araştırmanın Etik Yönü / Ethics Committee Approval: Araştırma için ilgili Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu etik onayı alınmıştır (Karar No: 2020/116).

Yazar Katkısı / Author Contributions: Fikir/Kavram: M.N.; Tasarım: M.N. Denetleme/Danışmanlık: M.N.; Analiz ve/veya Yorum: M.N.; Kaynak Taraması: M.N.; Makalenin Yazımı: M.N.; Eleştirel İnceleme: M.N.

Hakem Değerlendirmesi / Peer-review: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması / Conflict of Interest: Yazar araştırmanın yürütülmesinde herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Yazar araştırmanın yürütülmesi sürecinde bir finansal destek almadığını beyan etmiştir.

KAYNAKLAR

- Ateş, M. (2011). *Sağlık Sistemleri*. Beta Basım.
- Atıcı, E. (2007). Hasta - hekim ilişkisini etkileyen unsurlar. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33(2), 91–96.
- Boulware, L.E., Cooper, L.A., Ratner, L.E., LaVeist, T.A., Powe, N.R. (2003). Race and trust in the health care system. *Public Health Reports*, 118(4), 358–365. doi: 10.1093/phr/118.4.358
- Calnan, M.W., Sanford, E. (2004). Public trust in health care: the system or the doctor?. *BMJ Quality & Safety*, 13(2), 92-97.
- Caterinicchio, R.P. (1979). Relationships, Testing plausible path models of interpersonal trust in patient-physician treatment. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 13, 81–99. doi: 10.1016/0271-7123(79)90011-7
- Diñç, L., Korkmaz, F., Karabulut, E. (2013). A validity and reliability study of the multidimensional trust in health-care systems scale in a Turkish patient population. *Social Indicators Research*, 113(1), 107–120. doi: 10.1007/s11205-012-0084-y
- Egede, L.E., Ellis, C. (2008). Development and testing of the multidimensional trust in health care systems scale. *Journal of General Internal Medicine*, 23(6), 808–815. doi: 10.1007/s11606-008-0613-1
- Ertong, G. (2011). Niklas Luhmann'ın Sosyal Sistemler Kuramı ve Güven Tartışmaları Bağlamında Sağlık Sistemi. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 3–26. doi: 10.1501/sbeder_0000000032
- King, A., Hoppe, R.B. (2013). Best practice” for patient-centered communication: a narrative review. *Journal of Graduate Medical Education*, 5(3), 385–393.
- Luhmann, N. (1979). *Trust and Power: Two Works by Niklas Luhmann*. John Wiley&Sons.
- Pellegrini, C.A. (2017). Trust: the keystone of the patient-physician relationship. *Journal of the American College of Surgeons*, 224(2), 95–102. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2016.10.032
- Platt, J.E., Jacobson, P.D., Kardia, S.L. (2018). Public trust in health information sharing: A measure of system trust. *Health Services Research*, 53(2), 824–845. doi: 10.1111/1475-6773.12654
- Rasihah, S., Jaafar, S., Yusof, S., Ponnudurai, G., Chung, K.P.Y., Amirhalingam, S.D. (2020). A study of the nature and level of trust between patients and healthcare providers, its dimensions and determinants: A scoping review protocol. *BMJ Open*, 10(1), 1–5. doi: 10.1136/bmjopen-2018-028061

- Seçer, Ş. (2009). Profesyonel Mesleklere ve Profesyonel Bireylere Güven. *Kamu-İş*, 10(4), 247–277.
- Sevim, E., ve Güdük, Ö. (2020). Kamu sağlık hizmetleri yöneticilerinin sağlık hizmetlerinde pazarlamaya bakış açılarının değerlendirilmesi: İstanbul örneği. *Jaren*, 1(148), 156. doi: 10.5222/jaren.2020.73745
- Sohler, N.L., Fitzpatrick, L.K., Lindsay, R.G., Anastos, K., Cunningham, C.O. (2007). Does patient-provider racial/ethnic concordance influence ratings of trust in people with HIV infection? *AIDS and Behavior*, 11(6), 884-896.
- TDK. (n.d.). *No Title*. <https://sozluk.gov.tr/>
- Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., Işık, O. (2015). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Nobel Yayıncılık.
- Thom, D.H., Hall, M.A., Pawlson, L. G. (2004). Measuring Patients' Trust In Physicians When Assessing Quality Of Care. *Health Affairs*, 23(4), 124–132. doi: 10.1377/hlthaff.23.4.124
- Toker, F. (2014). The study of factors affecting satisfaction and trust in therapeutic health services in Turkey. *IIB International Refereed Academic Social Sciences Journal*, 14(5), 111–118.
- Usta, D. (2016). *Hastaların Sağlık Bakım Sistemine Duydukları Güven*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- WHO. (2020). Retrieved October 23, 2020, from [https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html#:~:text=Health system%3A \(i\) all,responding to people's legitimate expectations](https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html#:~:text=Health system%3A (i) all,responding to people's legitimate expectations)
- Yıldırım, Y., Aksoy, F., Veyseller, B., Altın, S. (2009). Hastaların hastane tercihini etkileyen faktörler. *Haseki Tıp Bülteni*, 47(2), 11–16.



BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ VE ARAŞTIRMALARI DERGİSİ

BANU Journal of Health Science and Research

DOI: 10.46413/boneyusbad.826408

Original Araştırma/ Original Research

Suriyeli Sığınmacıların Sosyo-Kültürel Farklılıklarının Sağlık Hizmetlerine Yansıması *Reflection of Socio-Cultural Differences of Syrian Refugees on Health Services*

Mürşide ZENGİN¹  Emriye Hilal YAYAN²  Mehmet Emin DÜKEN³  Yeliz SUNA DAĞ⁴ 

¹ Dr. Öğr. Üyesi,
Adıyaman Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Çocuk Sağlığı
ve Hastalıkları
Hemşireliği

² Doç. Dr., İnönü
Üniversitesi, Hemşirelik
Fakültesi, Çocuk Sağlığı
ve Hastalıkları
Hemşireliği

³ Arş. Gör., Harran
Üniversitesi, Sağlık
Bilimleri Fakültesi,
Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Hemşireliği

⁴ Arş. Gör., İnönü
Üniversitesi, Hemşirelik
Fakültesi, Çocuk Sağlığı
ve Hastalıkları
Hemşireliği

**Sorumlu yazar /
Corresponding author:**
Mürşide Zengin

mzengin@adiyaman.
edu.tr

**Geliş tarihi / Date of
receipt:** 16.11.2020

**Kabul tarihi / Date of
acceptance:** 04.04.2021

Atıf/Citation: Zengin,M.,
Yayan, E.H., Düken,
M.E., Suna Dağ,Y.
(2021). Suriyeli
Sığınmacıların Sosyo-
Kültürel Farklılıklarının
Sağlık Hizmetlerine
Yansıması. *BANÜ Sağlık
Bilimleri ve
Araştırmaları Dergisi*.
3(1), 11-17.
doi:10.46413/boneyusbad
.826408

ÖZET

Amaç: Bu çalışma Suriyeli sığınmacı hastaların sağlık hizmeti alırken kültürel farklılıklarıyla ilişkili deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür.

Gereç Yöntem: Çalışma betimsel tasarımda uygulanmıştır. Araştırmanın verileri açık uçlu sorulardan oluşan anket formu kullanılarak Suriyeli hastalar aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmanın verileri yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Açık uçlu anket sorularına verilen cevaplar metin haline dönüştürülmüş, tekrar eden ifadeler birleştirilerek ana başlıklar belirlenmiştir.

Bulgular: Katılımcıların çoğunluğu iki ülke arasındaki kültürel farklılığın orta düzeyde ya da oldukça fazla olduğunu belirtmiştir. Çalışmada Suriyeli hastaların kültürel farklılıklara yönelik görüşleri beş ana başlık altında kategorize edilmiştir. Bunlar; iletişim, tedavi uygulamaları, bakım uygulamaları, aile ilişkileri ve çocuk yetiştirme davranışlarına yönelik farklılıklar olarak sınıflandırılmıştır.

Sonuç: Çalışmada Suriyeli hastaların sağlık hizmeti alırken başta farklı dillerin konuşulması olmak üzere kültürel farklılıklardan dolayı sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir. Suriyeli sığınmacı hastaların yaşadığı sorunların asgari düzeye indirilebilmesi için bu hastalara kültürel farklılıkları gözetenek sağlık hizmetinin sunulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kültürel farklılık, Sağlık hizmeti, Savaş ve göç, Sığınmacı

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to determine the experiences of Syrian refugee patients related to their cultural differences while receiving health services.

Material Method: The study was conducted in descriptive design. The research data were collected from Syrian patients using a questionnaire form that consisted of open-ended questions. The data of the study were collected by face to face interview technique. The responses to open-ended questionnaires were transformed into text, and the main headings were determined by combining repetitive expressions.

Results: Majority of the participants stated that the cultural difference between the two countries is moderate or very high level. In the study, Syrian patients' views on cultural differences were categorized under five main headings. These headings as follows; differences in communication, treatment practices, care practices, family relationships and child rearing behaviors.

Conclusion: In the study, it was determined that Syrian patients have problems while receiving health care due to cultural differences, especially speaking different languages. In order to minimize the problems experienced by Syrian refugee patients, it is recommended to provide health services to these patients by considering cultural differences.

Keywords: Cultural difference, Health service, War and migration, Refugee

GİRİŞ

Göç, “bireylerin ya da grupların, sosyal, ekonomik, kültürel ve siyasal nedenlerden dolayı yaşamlarını sürdürdükleri yerden, hayatlarının tamamını ya da bir kısmını geçirmek üzere başka yere yerleşmek koşuluyla yer değiştirmeleri” şeklinde tanımlanmaktadır (Beşer ve Tekkaş Kerman, 2017). Göç ile birlikte insanlar dil, din, gelenek, kültür gibi pek çok açıdan farklı bireylerle aynı ortamlarda yaşamak zorunda kalmaktadır (Baş, Molu, Tuna ve Baş, 2017; Öztürk ve Öztaş, 2012).

Göç sonrasında bireyler sosyokültürel farklılıklar nedeniyle hayatlarının birçok alanında farklılıklar yaşamakta (Borlu ve Ener, 2017) ve bu farklılıklara uyum karmaşık bir yapı şeklinde kendini göstermektedir (Çakır, 2017). Siyasal, sosyal, kültürel ve ekonomik açıdan toplumu ve bireyleri etkileyen göç olgusu sağlık alanında da farklılıklara ve sorunlara neden olmaktadır (Beşer ve Tekkaş Kerman, 2017; Öztürk ve Öztaş, 2012).

Sağlık hizmetleri konusu ülkemize göç eden Suriyeli sığınmacıların yaşadığı en önemli problemlerden birisidir (Kördeve, 2017). Sığınmacılar sağlık hizmeti alırken iletişim güçlükleri, tanı-tedavi olanakları, ilaca ulaşım ve koruyucu hizmetler başta olmak üzere farklı sorunlar yaşamaktadır (Aygün, Gökdemir, Bulut, Yaprak ve Güldal, 2016; Çakır, 2017). Diğer taraftan sağlık hizmeti sunucuları da sığınmacı hastaların sayıca fazla olması, sağlık çalışanı sayısının yetersiz olması ve iletişim güçlüğüne bağlı zaman kaybı nedeniyle hastalara yeterli bakımı sunamama gibi çeşitli güçlükler yaşamaktadır (Akkoç, Tok ve Hasiripi, 2017; Aygün ve ark., 2016; Yaman, 2017).

Sağlık çalışanları için hastalara sağlık hizmeti sunumunda kültürel farklılıkların göz önünde bulundurulması yaşanan güçlüklerin azaltılması konusunda önem taşımaktadır. Hastaların kültürel farklılıklarını dikkate alarak bakım sunmak, etkili ve uygun bir biçimde iletişim kurmak etkili bir sağlık hizmeti sunmanın gerekliliklerindedir. Bu yaklaşım bakım verilen kişilerle gelişebilecek ve bakımı olumsuz etkileyebilecek algı ya da tutumların yaşanmasını engellemektedir (Beşer ve Tekkaş Kerman, 2017; Tanrıverdi, Seviğ, Bayat ve Birkök, 2009). Mülteci ya da sığınmacı hastaların sağlık bakımı alırken yaşadığı güçlüklerin ve kültürel farklılıkların belirlenmesi sunulan bakımın bu doğrultuda planlanması

açısından önem taşımaktadır. Bu bilgilerden yola çıkarak bu çalışma savaş sonrası yoğun bir şekilde ülkemize göç eden Suriyeli hastaların kültürel farklılıklara yönelik görüşlerinin ve deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür.

GEREÇ YÖNTEM

Araştırmanın türü

Bu çalışma, verileri açık uçlu soruları içeren bir anket yoluyla toplanan tanımlayıcı betimsel bir çalışmadır.

Araştırma evreni ve örnekleme

Araştırmanın evrenini, Eylül-Kasım 2018 tarihleri arasında, Türkiye'nin doğusunda bulunan dört ilin devlet hastanesinde bulunan dahili ünitelerde yatan (yoğun bakımlar hariç), 18-65 yaş arasında bulunan, durumu stabil olan Suriyeli hastalar oluşturmuştur. Araştırmada örneklem hesabı yapılmamış, belirtilen tarihlerde hastanedeki sığınmacı hastalardan gönüllü olanların tamamı çalışmaya dahil edilmiştir. Belirlenen tarihlerde 118 Suriyeli hastaya ulaşılmış, gönüllü olan 86 katılımcıyla çalışma tamamlanmıştır (kabul oranı: %72.8). Araştırmada dahil edilme kriterleri; Suriye kökenli olup savaş sonrası Türkiye'ye göç etme, 18-65 yaş arasında bulunma ve Arapça dilinde okuyup yazma becerisine sahip olma olarak belirlenmiştir. Araştırmada sağlık durumu stabil olmayan ve iletişim kurmada sorun yaşanan sığınmacı hastalar ise dışlanmıştır.

Veri toplama araçları

Araştırmanın verileri açık uçlu sorulardan oluşan yarı yapılandırılmış anket formu kullanılarak, Suriyeli hastalar aracılığıyla ve yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada Suriyeli hastaların bazı kişisel özelliklerini değerlendirmek için; yaş, cinsiyet, meslek, çalışma durumu, gelir düzeyi, devletten yardım alma ve alınan yardımın türü şeklinde toplam 7 tane kapalı uçlu soru kullanılmıştır. Yaşam aktiviteleri ve sağlık hizmetlerinde karşılaştıkları kültürel farklılıkları betimlemek ve bu konuda hastaların görüşlerini bildirmelerini sağlamak amacıyla (hastanede yaşanan farklılıklar-tedavi ve bakım uygulamaları ve uygulayıcı tutumlarına yönelik farklılıklar, aile ilişkileri ve çocuk yetiştirme davranışlarına yönelik farklılıklar, iletişim farklılıkları) toplam 9 adet açık uçlu soru

kullanılmıştır. Anket formu Arapça dilinde oluşturulmuş, katılımcılar tarafından bireysel olarak doldurulması için yeterli zaman verilmiştir. Anket formu katılımcılar tarafından ortalama 5 dakikada tamamlanmıştır. Katılımcılar tarafından anket formu doldurulduktan sonra veriler iki tercüman tarafından Türkçe diline tercüme edilmiş ve değerlendirilmiştir.

Araştırmanın etik yönü

Bu çalışmada Helsinki bildirgesine uygun olarak dizayn edilmiş ve yapılmıştır. Çalışmada etik ilkelerin sağlanmasında Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik kurulundan etik kurul onayı (2018 / 10-19) ve araştırmanın yapıldığı ilgili kurumlardan izin alınmıştır. Araştırmada insan olgusunun kullanımı, bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden ilgili etik ilkeler olan “Bilgilendirilmiş Onam İlkesi”, “Gönüllülük İlkesi” ve “Gizliliğin Korunması İlkesi” yerine getirilmiştir. Araştırmada gönüllülere araştırma hakkında bilgi verilmiş, bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildikten sonra gönüllü olan Suriyeli sığınmacılardan anket formunu doldurmaları istenmiştir.

Verilerin değerlendirilmesi

Nicel verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, nitel verilerin analizinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Demografik özelliklere ilişkin verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerden frekans ve yüzde analizi kullanılmıştır. Açık uçlu anket sorularına verilen cevaplar bilgisayar ortamında metin haline dönüştürülmüş, kodlamalar oluşturulmuş, tekrar eden ifadeler birleştirilmiş ve ana başlıklar belirlenmiştir. Bulguların güvenilirliğini değerlendirmek için katılımcının ifadelerinden önemli bölümler seçilerek bulgular bölümüne eklenmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya katılan Suriyelilerin yaş ortalamaları $31,5 \pm 9,1$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %53,5’inin kadın ve %57’sinin gelir durumunu kötü olduğu saptanmıştır. Çalışmada Suriyelilerin bazı demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de verilmiştir.

Çalışmaya katılan Suriyeli hastalar iki ülkenin kültürlerinin karşılaştırılması konusunda farklı cevaplar vermiştir. Katılımcıların bir kısmı iki ülke arasındaki kültürel farklılığın çok belirgin

olmadığını hatta birçok açıdan benzer olduğunu bildirirken, çoğunluğu bu farklılığın orta düzeyde ya da oldukça fazla olduğunu belirtmiştir. Bu konuda bazı ifadeler şu şekildedir;

“Kültürlerimiz aynı, fark yok.”

“Farklı bir coğrafyadan farklı bir yere geldik ve toplumsal, sosyal sıkıntılar yaşadık. Yenidoğan çocuklarımız buranın şartlarına göre büyüyecek. Bu da bizim ileride bu coğrafyaya alışmamız demektir.”

“Türkiye bize göre daha modern bir ülke. Bizde şeriat vardı.”

Tablo 1. Suriyeli hastaların bazı demografik özelliklerinin dağılımı

ÖZELLİK	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	46	53,5
Erkek	40	46,5
Meslek		
Çalışmıyor	5	5,8
Ev hanımı	40	46,5
Serbest-işçi	36	41,9
Öğretmen-memur	5	5,8
Gelir düzeyi		
Kötü	49	57,0
Orta	35	40,7
İyi	2	2,3
Türkiye’den yardım alma (Sağlık dışında)		
Evet	41	47,7
Hayır	45	52,3
Yardım türü*		
Sağlık	76	88,4
Para yardımı	22	25,6
Gıda	10	11,6
Giyim	5	5,8
Diğer (Konaklama vb.)	5	5,8

*Bazıları birden çok yardım türünden yararlandığını bildirmiştir.

Katılımcılar kültürel farklılıkların aile ilişkileri (çocuklara olan ilgi, eşe olan bağlılık, aile büyüklerine olan saygı gibi), giyim ve yemek (saatleri, şekilleri ve lezzetleri) gibi günlük yaşamın birçok alanında kültürel farklılıklar olduğuna yönelik görüş bildirmiştir.

“Burada giyim konusunda farklılıklar var.”

“...İnsanları bize göre daha misafirperver diyebiliriz.”

“Türkiye’de saygı ve sevgi kavramları daha baskın diyebilirim.”

“...Sosyal medya burada aşırı şekilde kullanılıyor. Burada küçük çocukların ellerinde bile telefon var. Bizde durum farklıydı.”

Çalışmada Suriyeli hastaların kültürel farklılıklara yönelik görüşleri açık uçlu sorulara verilen cevaplar doğrultusunda beş ana başlık altında verilmiştir. Bunlar; iletişim farklılıkları, tedavi uygulamalarına yönelik farklılıklar, bakım uygulamalarına yönelik farklılıklar, aile ilişkilerindeki farklılıklar, çocuk yetiştirme davranışlarındaki farklılıklar şeklinde gruplandırılmıştır.

İletişim Farklılıklarına Yönelik Görüşler

Çalışmada Suriyeli hastaların büyük kısmı farklı dili konuşmanın iletişimi ciddi biçimde olumsuz etkilediğini bildirmiştir. Bu konuda bazı katılımcı ifadeleri şu şekildedir;

“Dil sorunu çok zor.”

“Evin içinde yine konuştuğumuz dili konuşuyoruz. Ama dışarıda sıkıntı yaşıyoruz.”

“...Bazen sağlık çalışanlarıyla ikili ilişkilerde sıkıntı yaşadım. Onlara kendimi ifade edemiyordum. Bu da zoruma gidiyordu.”

“Burada Türkçeyi öğrendik. İlk zamanlar çok fazla sıkıntı yaşadık.”

Çalışmada ana dili Kürtçe olan ya da bu dili konuşabilen bazı katılımcılar daha az güçlük yaşadığını ifade etmiş, Arap olan katılımcılardan bazıları ise dil konusunda ciddi güçlükler yaşadığını ifade etmiştir.

“Benim anadilim Kürtçe olduğu için fazla sıkıntı çekmedim.”

“Ben Arap olduğum için çok fazla sıkıntı yaşadım (iletişim konusunda). Ama şu an biraz daha iyi.”

“Anadili Arapça olanlar daha fazla sıkıntı çekerken, Kürtçe olanlar daha az güçlük yaşamaktadır.”

Tedavi Uygulamalarındaki Farklılıklara Yönelik Görüşler

Tedavi uygulamalarındaki farklılıklar konusunda görüş bildiren Suriyeli hastaların çoğunluğu kültürel olarak hastalıkların tedavisinde bitkisel ürünlerin sıklıkla kullanıldığını bildirmiştir. Türkiye ile kıyasladıklarında ilaç tedavisine daha az başvurdukları ve alternatif tıp ile bitkisel tedavi yöntemlerini daha çok kullandıklarını ifade etmiştir.

“Türkiye’deki doktorlar çok ilaç yazıyor. Bunun yerine daha değişik yollar tavsiye edilebilir. Doktorların muayene süreleri de çok kısa...”

“Suriye’de daha çok ilaç yazmak yerine doğal yollardan iyileşme tavsiye edilir.”

“Bizde tedavi genellikle bitkisel yolla halledilirdi. İlaç son aşamada verilirdi.”

“Bizde genelde kırık-çıkık olaylarında hastaneye değil de kırıkçıya gidilir.”

“...Mesela çocuğun bademciği şişse yani iştahı kapansa bu işten anlayan yaşlarımız var. Elini damağına koyar tedavi ederler.”

Katılımcılar tarafından tedavi yöntemlerindeki farklılıkların yanı sıra tedavi sürecine yönelik farklılıklar olduğu bildirilmiştir. Bu konuda katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“Burada muayene olmak için birçok aşamadan geçiriliyor. Aşı, iğne, muayene için birçok işlem devam ediyor. Birçok gereksiz aşama var, sıra, vezne, fiş gibi... Suriye’de böyle bir durum yok.”

“Daha ayrıntılı işlem yapılıyor Türkiye’de... Mesela bizde büyük şehirlerde buradakiler ile aynıydı. Ama küçük şehirlerin imkanları kötüydü. Bu yüzden bulaşıcı hastalıklar çok oluyordu.”

“Hastaneler burada çok yoğun bir hasta kitlesine sahip. Sistemi çok ağır. Mağduriyetler yaşıyor. İşlemler çok uzun sürüyor. Zaman kaybı var.”

Bakım Uygulamalarındaki Farklılıklara Yönelik Görüşler

Anket soruları doğrultusunda hastaların bir kısmı hemşirelerin bireysel tutumlarına yönelik görüş bildirmiş bir kısmı da yapılan bakıma ve kalitesine yönelik görüş bildirmiştir.

“Türkiye’deki hemşireler anlayışlı. Memnuniyetimiz var.”

“Türkiye’deki hemşirelerle anlaşamıyoruz. Hemşireler daha az ilgililer ve çabuk sinirleniyorlar.”

“Bazı hemşirelerin yaklaşımı çok iyi, ama bazılarınınki o kadar da iyi değil.”

Türkiye’deki bakımın kalitesini değerlendiren hastaların tamamına yakını Türkiye’deki bakımın kalitesini daha yüksek, olanakların daha iyi olduğuna yönelik görüş bildirmiştir. Bunun yanında iki ülke arasında hijyen farklılıklarına yönelik görüş bildiren hastalar bulunmaktadır. Bu görüşlerden bazıları şu şekildedir.

“(Türkiye’de) Bakım ve hijyen açısından daha hassaslar. Bizde o kadar hassasiyet yok sanki.”

“Burada yapılan bakım daha hijyenik ortamda yapılıyor. Kullanılan malzeme daha temiz.”

“Bizdeki hemşirelerde çalışma hırsları daha fazlaydı. Burada hemşire sayısı ve olanakları bizden fazla. Bizde olanaklar daha az.”

“Bizde mesela engelli olan veya yaşlanıp kendi bakımını yapamayanların bakımını kendimiz yaparız. “Türkiye’de hem evde bakım hizmeti var hem de ailenin yaptığı bakım var. Buradaki bakım bence daha iyi.”

Aile İlişkilerindeki Farklılıklara Yönelik Görüşler

Katılımcılar aile içi rollere yönelik farklılıkların yanı sıra aile içindeki bireyler arasındaki bağ ve iletişim konusunda da farklılıkların belirgin düzeyde olduğunu bildirmiştir. Suriyeli hastaların bir kısmı kültürel olarak kendi aile bağlarının Türkiye’deki ailelere kıyasla daha güçlü ve samimi olarak değerlendirmiştir.

“Suriyedeki aile ilişkileri daha güzel daha rahat.”

“Bizde akrabalar arasında sıkı bir ilişki durumu var. Ama burada saygı kavramı daha üst seviyede diyebilirim.”

“Bizde ciddi bir sevgi bağı vardır. Ama burada da durumlar aynı diyebiliriz. Sadece bizde akşamları her zaman bir yerlere gitme geleneği vardır. Aile büyüğünün sözü geçerlidir.”

Katılımcıların aile yapısı konusunda bildirdikleri bazı görüşler şöyledir;

“Burda bazı ailelerde katı ve sert kurallar olabiliyor. Ama aile bağları olduğundan dolayı kültür benzerliği var.”

“Türkiye’de aile ilişkileri zayıf ve çocuklara karşı ilgisizler.”

“Erken yaşta evlilik bizde daha fazladır özellikle Arap kesiminde. Bizde evlilik yaşına geldiğinde, 15-16 yaşında veririz.”

Çocuk Yetiştirme Davranışlarındaki Farklılıklara Yönelik Görüşler

Çocuk yetiştirme ve çocuğa yönelik tutumlardaki farklılıklar konusunda katılımcıların tamamı görüş bildirmiştir.

“Suriye’de kırsal yaşam olduğu için çocuklar

daha serbest bırakılıyor.”

“...Yürüdüğünde ise çıplak ayakla genellikle evin etrafında oynarlar.”

“...Bizde çocuk sayısı fazla olduğundan çok fazla ilgi veremiyoruz...”

Bazı katılımcılar tarafından çocuk yetiştirme konusunda iki ülke arasında farklılık olduğu bildirilmiştir.

“Çocuk yetiştirmek Türkiye’de zor. Uyum sorunu var. Davranış bozukluğu var.”

“Kendi ülkemde çocuklarımı daha iyi yetiştiririm. Türkiye’de maddi imkânsızlıklardan ve ihtiyaçlardan dolayı istediğim imkânı sağlayamıyorum.”

“Çocuk yetiştirme Türkiye’de daha iyidir. İmkânlar açısından...”

Çalışmaya dahil olan Suriyeli hastalar doğum sonrası uygulamalar, ek besin ve sağlığı korumaya yönelik kültürel farklılıklar olduğu konusunda görüş bildirmiştir.

“Çocuğun haftası bittikten sonra su verilir. Besin takviyesi de 3 aylıktan sonra verilir. Yürümeye başladıktan sonra da serbest bırakırız.”

“Bebeklere 40 günü doldurduklarında fırkete takarız. Çocuk korkmasın diye yapılan bir şeydir bu. Elbisesine küçük iğne tarzı bir şey asarız. Amaç çocuğu hastalıktan, kötülüklerden ve uç harflilerden korumaktır.”

“Bizde doğum yapan anneye ilgi fazladır. Genelde erkek çocuk olursa sevgi daha fazla artar.”

TARTIŞMA

Bu çalışma savaş sonrası yoğun bir şekilde ülkemize göç eden Suriyeli hastaların kültürel farklılıklara yönelik görüşlerinin ve deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür. Araştırmanın sonucunda Suriyeli hastaların kültürel farklılıklara yönelik görüşleri beş ana başlık altında kategorize edilmiştir. Bunlar; iletişim, tedavi uygulamaları, bakım uygulamaları, aile ilişkileri ve çocuk yetiştirme davranışlarına yönelik farklılıklar olarak sınıflandırılmıştır.

Sınır illerde Suriyeli sığınmacı hastalara sağlık hizmeti sunumunda dil problemi öne çıkan kültürel farklılıkların başında gelmektedir. Ortak dili konuşamamaya bağlı yaşanan iletişim

güçlüğü sağlık hizmeti sunan sağlık profesyonelleri ile alan hastaların karşılıklı olumsuzluk yaşamasına neden olmaktadır (Akkoç ve ark., 2017; Bulut, Kayagil, ve Karpuz, 2016; Çavuşoğlu, Çal, ve Aydın Avcı, 2018). Bu araştırmada da Suriyeli hastaların sağlık hizmeti alırken başta farklı dillerin konuşulmasına bağlı olarak ciddi biçimde iletişim problemleri yaşadıkları belirlenmiştir. Yapılan farklı çalışmalarda sığınmacıların sağlık çalışanlarıyla farklı dilleri konuşmaktan kaynaklı iletişim güçlüklerine dikkat çekilmiştir (Akkoç ve ark., 2017; Aslan, Sünbül, ve Güzel, 2018; Bischoff vd., 2003; Sevinç, 2018). Çalışmalarda mültecilerin dil engelinden dolayı sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşadığı (McKeary ve Newbold, 2010), kendilerini ifade edemedikleri ve sağlık çalışanları tarafından anlaşılamadıkları için güven problemi yaşadıkları (Koçan, Demirci Güngördü, Demir ve Üstün, 2017) saptanmıştır. Mirza ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında sığınmacıların sağlık hizmeti alımında dil engelinin önemli bir sorun olarak ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Sığınmacı hastaların iletişim sorunları dolayısıyla sağlık hizmeti talepleri kesintiye uğrayabilmektedir. Uygun sağlık hizmetlerine erişilememesi kronik ve bulaşıcı hastalıklar, mental sorunlar ve negatif sağlık algısı ile sonuçlanabilmektedir (Beşer ve Tekkaş Kerman, 2017). Ayrıca yaşanan iletişim problemleri nedeniyle tanı ve tedavi süresinin uzadığı, müdahalenin zorlaştığı, malpraktis riskinin arttığı bildirilmektedir (Koçan ve ark., 2017).

Yapılan bazı çalışmalarda mülteci ve sığınmacıların sağlık hizmeti alırken yaşadığı güçlükler dikkat çekilmiştir (Kara ve Nazik, 2018; O'Donnell ve ark., 2007; Sevinç ve ark., 2016). Akkoç ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında sağlık çalışanlarının çoğunluğunun mülteci ve sığınmacı hastalarla farklı dilleri kullandıkları için sorun yaşadığı belirlenmiştir. Araştırmada Türkiye'deki hemşirelerin tutumlarına yönelik olarak kendilerine anlayış gösterdikleri konusunda görüş bildiren hastalar bulunmakla beraber hemşirelerin anlayışsız tutum sergilediklerini bildiren hastalar da bulunmaktadır. Bu durumun temelinde sığınmacı hasta-hemşire arasındaki iletişim sorunlarının yer aldığı düşünülmektedir.

Hemşireler, dünyadaki en savunmasız nüfus gruplarından biri olarak kabul edilen mültecilere yönelik bakım hizmetlerinde ön sırada yer

almaktadır. Bu hastalara bakım verirken yaşanan zorlukların minimal düzeye indirilebilmesi adına yeni bir hemşirelik alanı olarak mülteci sağlığı hemşireliğinin uygulamaya konması ve bu hemşirelerin rollerinin belirgin hale getirilmesi gereklidir (Ogunsiji, Ng Chok, Mashingaidze ve Wilkes, 2018).

SONUÇ

Çalışmada Suriyeli hastaların sağlık hizmeti alırken başta farklı dillerin konuşulması olmak üzere kültürel farklılıklardan dolayı sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir. Suriyeli sığınmacı hastalara sağlık hizmetleri sunumunda yaşanan sorunların asgari düzeye indirilebilmesi ve bakımın kalitesinin artırılabilmesi için kültürel farklılıkların gözetilmesi önemlidir. Sığınmacı hastalara sağlık hizmeti sunumunda kültürel farklılıklar ve önemi konusunda farkındalık yaratılması, sağlık hizmetlerinin bu doğrultuda planlanarak sunulması önerilmektedir. Ayrıca sığınmacı hastaların sağlık hizmeti alırken karşılaştığı sorunların başında gelen iletişim güçlüğü sorununun etkili tercümanlık hizmetleri ile çözülebileceği düşünülmektedir.

Araştırmannın Etik Yönü / Ethics Committee Approval: Araştırma için ilgili üniversitenin Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar etik kurulundan etik onay alınmıştır (Karar No: 2018/10-19).

Yazar Katkısı / Author Contributions: Fikir/Kavram: MZ, EHY, MED, YSD; Tasarım: MZ, EHY, MED, YSD; Denetleme/Danışmanlık: EHY; Analiz ve/veya Yorum: MZ, EHY, MED Kaynak Taraması: MZ, MED, YSD; Makalenin Yazımı: MZ, EHY, MED; Eleştirel İnceleme: MZ, EHY

Hakem Değerlendirmesi / Peer-review: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması / Conflict of Interest: Yazar araştırmanın yürütülmesinde herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Yazar araştırmanın yürütülmesi sürecinde bir finansal destek almadığını beyan etmiştir.

KAYNAKLAR

Akkoç, S., Tok, M., Hasiripi, A. (2017). The problems encountered by healthcare workers while offering an medical care to refugees and asylum seekers.

- Health Care Academician Journal*, 4(1), 23. doi: 10.5455/sad.13-1483602352
- Aslan, Ş., Sünbül, F., Güzel, Ş. (2018). Mültecilerin Kilis sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, (1), 48–58. doi: 10.35345/johmal.518977
- Aygün, O., Gökdemir, Ö., Bulut, Ü., Yaprak, S., Güldal, D. (2016). Bir toplum sağlığı merkezi örneğinde sığınmacı ve mültecilere verilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*, 10(1), 6. doi: 10.5455/tjfm.199143
- Baş, M., Molu, B., Tuna, İ., Baş, İ. (2017). Göç eden ailelerin sosyo-kültürel ve ekonomik değişiminin kadın ve çocuk yaşamına etkisi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 6(3), 1680–1693.
- Beşer, A., Tekkaş Kerman, K. (2017). Göç eden bireylerin öncelikli sağlık sorunları ve sağlık hizmetine ulaşımdaki engeller. *Turkiye Klinikleri Journal of Public Health Nursing-Special Topics*, 3(3), 143–148.
- Bischoff, A., Bovier, P. A., Isah, R., Françoise, G., Ariel, E., Louis, L. (2003). Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Social Science & Medicine*, 57(3), 503–512. doi: 10.1016/S0277-9536(02)00376-3
- Borlu, A., Ener, D. (2017). Göçlerin toplum beslenmesine etkileri. *Turkiye Klinikleri Journal of Public Health-Special Topics*, 3(1), 22–26.
- Bulut, Ş., Kayagil, T., Karpuz, N. (2016). Suriyeli sığınmacılarla sağlık sektöründe yaşanan iletişim sorunları üzerinde bir araştırma: Kilis ili örneği. İçinde (Ed.), M. Paksoy, K. Sarıçoban, E. Yıldırımci, & Ö. Özkan (Ed.), *II. Uluslararası Ortadoğu Konferansları: Ortadoğu'daki Çatışmalar Bağlamında Göç Sorunu* (ss. 295–313). Kilis Türkiye: Kilis 7 Aralık Üniversitesi Matbaası.
- Çakır, H. (2017). Suriyeli mülteci kadınların sosyo-kültürel değişime uyum çabaları: Yozgat örneği. *ÇOMÜ Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(4), 53–68.
- Çavuşoğlu, F., Çal, A., Aydın Avcı, İ. (2018). Göçmen bireylere sağlık bakım hizmeti sunumunda yaşanan sorunlar. *Turkiye Klinikleri Journal of Public Health Nursing - Special Topics*, 4(3), 59–64.
- Kara, P., Nazik, E. (2018). Göçün kadın ve çocuk sağlığına etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 58-69.
- Koçan, S., Demirci Güngördü, N., Demir, A., Üstün, Ç. (2017). Bir grup sağlık çalışanının bakış açısıyla göçmen sorunu: nitel bir çalışma. *Journal of Turkish Studies*, 12 (Volume 12 Issue 31), 361–378. doi: 10.7827/TurkishStudies.12550
- Kördeve, M. K. (2017). Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimi: bir alan araştırması. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(2), 1–12.
- McKeary, M., Newbold, B. (2010). Barriers to care: The challenges for Canadian refugees and their health care providers. *Journal of Refugee Studies*, 23(4), 523–545. doi: 10.1093/jrs/feq038
- Mirza, M., Luna, R., Mathews, B., Hasnain, R., Hebert, E., Niebauer, A., Mishra, U. D. (2014). Barriers to healthcare access among refugees with disabilities and chronic health conditions resettled in the US Midwest. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(4), 733–742. doi: 10.1007/s10903-013-9906-5
- O'Donnell, C. A., Higgins, M., Chauhan, R., Mullen, K. (2007). “They think we’re OK and we know we’re not”. A qualitative study of asylum seekers’ access, knowledge and views to health care in the UK. *BMC Health Services Research*, 7. doi: 10.1186/1472-6963-7-75
- Ogunsiji, O., Ng Chok, H., Mashingaidze, G., Wilkes, L. (2018). “I am still passionate despite the challenges”: Nurses navigating the care for refugees. *Journal of Clinical Nursing*, 27(17–18), 3335–3344. doi: 10.1111/jocn.13863
- Öztürk, E., Öztaş, D. (2012). Transkültürel hemşirelik. *Batman Üniversitesi Yaşam Bilgileri Dergisi*, 1(1), 293–300.
- Sevinç, S., Kılıç, S. P., Ajghif, M., Öztürk, M. H., Karadağ, E. (2016). Difficulties encountered by hospitalized Syrian refugees and their expectations from nurses. *International Nursing Review*, 63, 406–414. doi: 10.1111/inr.12083
- Sevinç, S. (2018). Nurses’ experiences in a Turkish Internal Medicine clinic with Syrian refugees. *Journal of Transcultural Nursing*, 29(3), 258–264. doi: 10.1177/1043659617711502
- Tanrıverdi, G., Seviğ, Ü., Bayat, M., Birkök, M. C. (2009). Hemşirelik bakımında kültürel özellikleri tanılama rehberi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1), 793–806. doi: 10.14687/ijhs.v6i1.630
- Yaman, F. (2017). Uyum ve ötekileşme ayrımında Suriyeli sığınmacılar. *Kadın ve Demokrasi Derneği*, 3(1), 91–109. doi: 10.21798/kadem.2017130143



BANDIRMA ONYEDİYÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ VE ARAŞTIRMALARI DERGİSİ

BANU Journal of Health Science and Research

DOI: 10.46413/boneyusbad.893967

Orijinal Araştırma/ Original Research

Çalışanların Sendikal Algularının Sendikal Sadakatleri Üzerindeki Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama

The Effect of Employees' Understanding Perception on Unional Loyalty: An Application in the Health Sector

Fuat KORKMAZER¹ 

¹ Muş Alparslan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi, Dr. Öğr. Üyesi

Sorumlu yazar / Corresponding author:
Fuat Korkmazer

f.korkmazer@alparslan.edu.tr

Geliş tarihi / Date of receipt: 09.03.2021

Kabul tarihi / Date of acceptance: 05.04.2021

Atıf/Citation:
Korkmazer, F. (2021). Çalışanların Sendikal Algularının Sendikal Sadakatleri Üzerindeki Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. *BANÜ Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 18-28. doi: 10.46413/boneyusbad.893967

ÖZET

Amaç: Sendikalar, işçi ve işveren ilişkilerinin gelişmesi ve değişmesi sonucunda ortaya çıkmıştır. Sendika kavramı; tüm çalışanları değil de sadece işçi ve işverenler baz alınarak geliştirilmiştir. Bu kavram, zamanla çalışma hayatı tüm mensupları açısından değişime uğradıkça genişlemiş ve kamu görevlileri de dahil olmak üzere tüm çalışan kesimi içine almıştır. Üyelerinin olumlu sendikal algılananını, sendikal sadakat gibi olumlu tutumlara yol açacağı ön görülmektedir. Bu araştırmada temel amaç; sendika algısının, sendikal sadakate olan etkisini belirlemektir. Ayrıca sendikal sadakat ile sendika algısının mesleki-demografik değişkenlere göre nasıl farklılaştığını ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kamuya bağlı bir hastanede çalışan 171 sağlık çalışanına uygulanmıştır. Veri toplama iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların tanıtıcı özelliklerini belirlemek amacıyla 8 soru ikinci bölümde ise Sendikal Algı Ölçeği ile Sendikal Sadakat Ölçeği yer almaktadır.

Bulgular: Katılımcıların; %53,2'si kadın, %68,9'u evli, %48'inin öğrenim düzeyi lisans ve %78'inin sağlık hizmetlerinde çalıştığı saptanmıştır. Sendikal algı ile sendikal sadakat arasında pozitif yönlü orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu ($r=0,635$, $p<0,001$) ve sendikal algının sendikal sadakatteki değişiminin %39'unu açıkladığı tespit edilmiştir.

Sonuç: Sağlık çalışanlarının sendika algısının sendikal sadakati üzerinde pozitif yönlü anlamlı bir etkisinin olduğu ve sendikal algı ve sendikal sadakatin demografik özelliklere göre farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sendika algısı, Sendikal sadakat, Sağlık çalışanları

ABSTRACT

Aim: Unions have emerged as a result of the development and change of employee and employer relations. The concept of union has been developed based on employees and employers, not all employees. This concept has expanded over time as the working life has changed for all its members and has included the entire working segment, including public officials. It is predicted that the positive union perception of its members will lead to positive attitudes such as union loyalty. The main purpose of this research is; to determine the effect of union perception on union loyalty. In addition, to reveal how union loyalty and union perception differ according to occupational-demographic variables.

Materials and Methods: The research was applied to 171 healthcare professionals working in a public hospital. Data collection consists of two parts. In the first part, there are 8 questions to determine the introductory characteristics of the participants, and the second part includes the Union Perception Scale and the Union Loyalty Scale.

Findings: Participants; It was determined that 53.2% were women, 68.9% were married, 48% had a bachelor's degree and 78% were working in health services. It was determined that there is a moderate and statistically significant positive correlation between union perception and union loyalty ($r = 0.635$, $p < 0.001$).

Conclusion: It has been concluded that the union perception of healthcare workers has a significant positive effect on union loyalty. and differs according to demographic characteristics and union perception and union loyalty differ according to demographic characteristics.

Keywords: Union perception, Union loyalty, Healthcare professionals

GİRİŞ

Sendikalar, üyelerinin maddi, sosyal hakları ile çıkarlarını koruyan, haksızlığa ve adaletsizliğe uğradığı durumlarda üyelerin başvurabileceği sivil toplum kuruluşlarıdır. Sendika kavramının anlam ve önemi ülkeden ülkeye, ülkelerde sendikaların oynadıkları ekonomik, sosyal ve politik hayatındaki rolüne ve zamana göre farklılık göstermektedir. Sendika kelimesi aynı sınıfa mensup olan çalışanlar tarafından iş koşulları ile kazanç düzeylerinin korunması ve iyileştirilmesi amacıyla kurulan mesleki birliği ifade etmektedir. Sendika deyimi, Fransızca, İtalyanca, İspanyolcada birbiri ile eş ve benzer anlamlara gelen “syndicat” ve ”sindicato” kelimeleriyle ifade edilmekte, özellikle işçiler tarafından benimsenmektedir. Türkçeye de Fransızcadan geçen sendika sözcüğünün kapsamına işçi birlikleri kadar işveren birlikleri de girmektedir. Almanya, İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri’nde ise işçi ve işveren sendikalarını ifade etmek için farklı kelimeler bulunmaktadır. Almanda işçi sendikasını ifade etmek için işveren birliği anlamına gelen “Arbeitsgebersverband”, İngilizcede ise işçi sendikalarını ifade etmek için “trade union”, işveren sendikasını ifade etmek için “employers association” ifadesi kullanılmaktadır (Tuncay ve Savaş Kutsal, 2006).

Sendika, farklı şekillerde ifade edilse de “üyelerin çalışma ilişkilerinde çıkarlarını korumada belirli bir amaç için oluşturulan ve çalışanların uzun vadeli birliği şeklinde tanımlanmaktadır” (Yoder, 1974). Bununla birlikte sendika; çalışanların, çalışma hayatına ilişkin problemlerinin çözülmesi, ortak çıkarlarının ve haklarının korunması, geliştirilmesi amacıyla kurdukları örgütlere denilmektedir. Literatürde sendika kavramını ifade etmek için farklı tanımlamalara rastlamak mümkündür. Sendikalar, “bir mesleği icra edenlerin kazanç paylaşmayı amaç edinmeden, kendi çıkarlarını koruma ve toplumsal statülerini güçlendirme amacı ile yasalar doğrultusunda birleşerek örgütlenmelerini” de ifade etmektedir (Yılmaz, 2010). Bir başka ifadeye göre ise; bir işletmede ücretli olarak çalışanların işlerini koruyabilmek ve çalışma koşullarını iyileştirebilmek amacıyla oluşturdukları sürekli bir örgüt olarak tanımlanmıştır (Ünsal, 2003).

Sendika kavramı, günümüzde demokrasinin ayrılmaz bir unsuru olarak sivil toplum kavramıyla birlikte anılmakta ve demokrasinin

olmazsa olmaz kurumlarından birisi olarak görülmektedir. Sendikaların temel amacı aslında işverenle toplu pazarlık yaparak özellikle sendika üyesi olan çalışanları korumak ve koşullarını iyileştirmektir. Sendikaların başarılı olup olmadığı büyük ölçüde pazarlık güçlerine bağlı olmaktadır (Blanchflower, Oswald ve Garrett, 1990).

Sendikalaşmanın mesleki ve toplumsal amaçlar olmak üzere iki amacı vardır (Serim, 1995).

Mesleki Amaçlar: Sendikalar öncelikle bir hak arama ve mesleki sorunların çözülmesi için bir araçtır. Sendika, çıkarlarını korumak ve geliştirmek için çalışanların ve çalıştırılanların aralarında kurulmuş olan örgüttür. Kitle örgütü olan sendikalar, üyelerinin ortak çıkarlarını savunmaktadırlar. Çalışanların ekonomik çıkarları ile birlikte toplumsal, kültürel ve mesleki haklarını da korumaktadırlar. Sendikalaşmanın amacı, iş güvenliğinin sağlanması, sağlık, eğitim, ulaşım, konut gibi sosyal hakların güvence altına alınmasıdır. Sendikal etkinliğin mesleki çıkarları korumak ve geliştirmek için düzenlendiği ve özgürlüğünün korunduğu yasalarda da kabul edilmiştir (Serim, 1995).

Toplumsal Amaçlar: Sendikaların çalışanların ilgili kararlarını etkilemekten, demokratik rejimin yerleşip sağlıklı işlemesine kadar diğer toplumsal örgütler gibi etkisi büyüktür. Sendikaların işlevi, adil bir ekonomik, siyasal ve sosyal düzen yaratılmasına yardımcı olmaktır. Sendikal hakların yasaklanması, sosyal ve ekonomik adaletsizliklerin sürüp gitmesi anlamına gelmektedir. Sendikaların politikayla uğraşmaları kaçınılmazdır. Toplumsal olaylarla ilgilenmek, sendikaları ister istemez politikanın içine itmektedir. Aslında toplumsal olaylarla ilgilenmek politikanın ta kendisidir. Sendikaların, toplumsal ve siyasal yaşamın tüm alanlarıyla ve çalışanların sorunlarıyla ilgilenirken tarafsız tavır koymaları gerekmektedir. Olması gerekense, sendikaların kendilerini siyasal parti yerine koymaması, onun işlevini yüklenmemesidir (Serim, 1995).

Bazı sendikalar, sadece aynı meslekten olan çalışanları bünyesinde barındıran meslek sendikası iken, bazıları da yalnızca belirli işyerlerindeki ücretlileri kapsayan işyeri sendikası olarak örgütlenir. Sendikaların üst düzey örgütlenmeleri olan konfederasyon ve federasyon da sendikaları tanımlamada kullanılabilir diğer kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Federasyonlar, farklı yörelerde aynı meslek ve iş

kolunda örgütlenen sendikaların üst yapılması iken konfederasyonlar ise genellikle tüm meslek, bölge, işyeri ve iş kollarındaki sendikaların ulusal düzeyde örgütlenmesidir (Koç, 2003).

Sendikaların temel işlevleri çalışanların çıkarlarını ve istihdam koşullarını güvence altına almaktır. Bir sendikanın ana işlevleri aşağıdaki şekilde ifade edilebilir (Rao, 2010);

- Üyeleri için daha yüksek ücretler ve daha iyi çalışma koşulları sağlamak adına toplu pazarlık yapmak.
- Çalışanların endüstrinin kontrolünü ellerinde bulundurmalarına yardımcı olmak.
- Üyelerini işverenlerin haksız adaletsiz ve ayrımcı davranışları karşısında korumak.
- İşçilerin çıkarlarını ilgilendiren tüm konularda işçilere yardım etmek.

Türkiye’de son dönemlerde yaşanan mühim bir gelişme kamu çalışanlarının sendikalaşmasıdır. Memur sendikacılığı, memurların idareciler veya siyasi erk tarafından gasp edilen haklarının korunması açısından oldukça önem arz etmektedir. Memurlar devleti temsil eden somut varlıklardır. Memurların sendikalaşması anayasa ve yasalarda olmadığı, özel olarak anayasa değişikliği yapılmadan bu hakkın kullanılması konusu sürekli tartışılmıştır. Türkiye’de memurların sendikalaşma hususunda mücadele etmeleri ve bu mücadele karşısında siyasi iktidarların tavırları, özellikle 1990’lı yıllarda yeni çatışmaları da beraberinde getirmiştir. Memur sendikaları ülkemizde 2001 yılında yasal zemine kavuşmuştur. İlk olarak 23.07.1995 tarihinde yapılan anayasa değişikliği ile daha sonrasında ise 25.01.2001’de 4688 sayılı kamu görevlileri sendikaları kanunu çıkarılmıştır. 2001 yılında yapılan değişiklikte anayasadaki “işçiler” ifadesi yerine “çalışanlar” ibaresi konulmuştur (Akyiğit, 2008).

Sadakat genel ifade ile samimi ve sağlam dostluğu, içten bağlılığı, duygu ve hislerde sağlamlığı, ihanet etmemeyi, hakikate uygunluğu ifade etmektedir. Russ Holloman tarafından sadakat bir tutum, ruh hali ve değer sistemi şeklinde tanımlanmaktadır (Morrall, 1999). Angle ve Perry (1986), bir sosyal sisteme sadakatin, o sisteme duyulan psikolojik bağlılık anlamına geldiğini belirtmektedir. Sendikal sadakat, üyenin sendikasında kalma konusunda güçlü bir isteğinin olması, sendikasına üye olduğu

için gurur duyması ve sendika üyeliğinin sağladığı faydaların bilincinde olmasıdır (Bilgin, 2003). Sendikal sadakat, üyenin sendika amaçları ve görüşlerini benimseme ile içselleştirme derecesini yansıtmaktadır. Sadakat, sendikadaki işlerin kötüye gitmesi halinde bile sabırla koşulların iyileşmesini beklemek, dahası koşulları iyileştirmek için gayret göstermek anlamına gelmektedir (Morrow ve Mcelroy, 2006).

Demir (2009), Sendikal sadakate ait üç unsurun olduğunu belirtmektedir. Birincisi, sendikaya duyulan gurur duygusunu göstermektedir. İkincisi, mübadele ilişkilerini ifade etmektedir. Mübadele farklı ihtiyaç ve yardımları karşıladığında, üyelerin sendikal sadakat tutumları gelişmektedir. Başka bir ifadeyle, bireyler sendikalarının ihtiyaçlarını karşılayacağını algıladığında sendikal sadakat oluşabilir. Üçüncüsü ise, sendika üyeliğini koruma veya devam ettirme arzusuna işaret etmektedir. Sonuç olarak, sadakat düzeyi yüksek olan sendika üyelerinin, sendikayla birlikte hareket etmekten gurur duyma ve üyelik kaynaklı faydaların farkında olmaları beklenmektedir (Demirbilek ve Çakır, 2004).

Sendikal sadakat, sendikalar ile ilgili genel bir tutumdan ziyade, çalışanların üyesi olduğu sendika ile ilgili özel tutumdur (Snape, Radmen ve Chan, 2000). Sendikal sadakatin öncülleri, algılanan sendikal destek ile sendika üyelerinin bir takım yararlar elde etmesi ve sendika ile gurur duymadır (Phillips, Curtiss ve Lundskow, 2010). Bir işletmenin başarılı olması, çalışanların sadakatine bağlı olduğu gibi bir sendikanın başarılı olması da üyelerin sadakatine bağlıdır. Üyelerin sadakati de sendikaları ile ilgili algılarına bağlıdır (Morrall, 1999).

Daha önce yapılmış olan çalışmalarda, sendikalara yönelik genel tutum ve davranışlar ile sendikalarla üyelerin ilişkileri, işçi sendikaları üzerinde sıklıkla inceleme yapılmasına rağmen, memur sendikaları ile ilgili özel tutum ve davranışlara yeterince yer verilmediği görülmüştür. Bununla birlikte Türkçe literatürde, sendikaya ilişkin algının, sendikal sadakat üzerindeki etkisinin memur sendikaları üzerinde sıklıkla inceleme yapılmasına rağmen, memur sendikaları ile ilgili özel tutum ve davranışlara yeterince yer verilmediği görülmüştür. Bununla birlikte Türkçe literatürde, sendikaya ilişkin algının, sendikal sadakat üzerindeki etkisinin memur sendikaları üzerinde ölçüldüğü bir çalışmaya yazar tarafından rastlanmamıştır. Bu

araştırma ile literatürdeki bu boşluklara katkı sağlanması düşünülmektedir.

Araştırma Amacı ve Hipotezleri

Bu araştırmada temel amaç sağlık çalışanlarının sendika algılarının sendikal sadakatleri üzerindeki etkisini belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda geliştirilen araştırma hipotezleri;

H1: Sağlık çalışanlarının sendikal algıları, sendikal sadakatlerini etkilemektedir.

H2: Demografik bilgilere göre, sağlık çalışanlarının sendikal algıları farklılık göstermektedir.

H3: Demografik bilgilere göre, sağlık çalışanlarının sendikal sadakat düzeyleri farklılık göstermektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Çalışma, sağlık çalışanlarının sendika algılarının sendikal sadakatleri üzerindeki etkisini belirlemek için tanımlayıcı araştırma modeline göre yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evreni Türkiye'nin bir ilindeki kamu hastanesinde görev yapan ve herhangi bir sendikaya üye olan sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Araştırmanın yapıldığı tarihte kurumda bir sendikaya üye olan çalışan sayısı 473'tür. Araştırmada ayrıca örneklem seçilmeden, araştırmaya katılmayı kabul eden ve bir sendikaya üye olan tüm sağlık çalışanları (171 kişi) araştırmaya dahil edilmiştir. Yazıcıoğlu ve Erdoğan'ın (2014) geliştirdiği örneklem hesaplama yöntemine göre: $p=0,2$ $q=0,8$ olasılığında $\alpha=0,05$ güven aralığı ve $0,05$ örneklem hatasıyla 500 kişilik bir evrenin örneklem sayısı minimum 165 kişiden oluşmalıdır. Örneklem büyüklüğü % 95 güven aralığında belirlenmiştir.

Veri Toplama Araçları

Verileri toplamada kişisel bilgiler formu, sendikal algı ölçeği ve sendikal sadakat ölçeğinden faydalanılmıştır. Kişisel bilgiler formu, katılımcılara ait demografik bilgileri içeren yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslekteki ve kurumdaki hizmet süresi, hizmet sınıfı ve üye olduğu sendika durumuna ilişkin 8 sorudan oluşmaktadır.

Sendikal Algı Ölçeği: Katılımcıların sendikal algılarını ölçmek için Tekin ve Tüfekçi (2015)

tarafından geliştirilen Sendikal Algı Ölçeğinden yararlanılmıştır. Ölçek üç bölümden ve toplamda 20 ifadeden oluşmaktadır. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa değeri tarafımızca 0,855 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

Sendikal Sadakat Ölçeği: Katılımcıların sendikal sadakat düzeylerini ölçmek için Derin ve Akbıyık (2017) tarafından geliştirilen Sendikal Sadakat Ölçeğinden yararlanılmıştır. Ölçek tek bölümden ve 7 ifadeden oluşmaktadır. Çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,895 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre ölçek yüksek derecede güvenilirdir. İlgili anketlerde bulunan ifadelerde 5'li Likert tipi ölçek kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Konu ile ilgili 28.01.2021 tarihi ile etik kurul kararı (Karar No: 31) ve Sağlık Bakanlığında yazılı izin alındıktan sonra e-anket olarak internet üzerinden paylaşılarak cevaplar toplanmıştır. Çalışmaya ait veriler 1 Şubat-26 Şubat 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Katılımcılara, çalışma amacı ile ilgili bilgilendirme yapılarak gönüllü ve istekli olarak katılmalarına özen gösterilmiştir.

Verilerin Analizi

Anket verileri SPSS veri tabanına aktarılarak "SPSS 21.0" programı ile istatistiksel analizler yapılarak değerlendirilmeye tabi tutulmuş, elde edilen bilgiler değerlendirilerek yorumlanmıştır. Örneklem gruplarının dağılımının normal olup olmadığını saptamak amacıyla, örneklem büyüklüğü 50'den fazla olduğundan Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. Sendikal algı toplam puanı ile sendikal sadakat toplam puanı dağılımı normal ($p<0,05$) olmadığı ve basıklık ile çarpıklık değerleri normal sınırlar dâhilinde olmadığı için verilerin analizinde parametrik olmayan testlerden istifade edilmiştir. Eksiksiz doldurulan veriler istatistiksel değerlendirmeye alınmış ve veriler değerlendirilirken, frekans dağılımı, yüzdellik, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis, Çoklu regresyon ve Pearson korelasyon testlerinden yararlanılmıştır.

BULGULAR

Bu bölümde sendikal sadakat ile sendikal algı ve alt boyutlarının ilişkisi korelasyon analiziyle test edilmiştir. Tablo 1'de Katılımcıların demografik bilgilerine ilişkin bilgiler verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Özellikler	N	%	
Yaş	18-25	21	12,3
	26-30	45	26,3
	31-35	35	20,5
	36-40	25	14,6
	41 ve üstü	45	26,3
Cinsiyet	Kadın	91	53,2
	Erkek	80	46,8
Medeni Durum	Evli	119	69,6
	Bekâr	52	30,4
Öğrenim Durumu	Lise	16	9,4
	Ön lisans	59	34,5
	Lisans	82	48,0
Meslekte Çalışma Süresi	Lisansüstü	14	8,2
	1 yıldan az	8	4,7
	1-5 yıl	39	22,8
Meslekte Çalışma Süresi	6-10 yıl	54	31,6
	11 yıl ve üstü	70	40,9
	Kurumda Çalışma Süresi	1 yıldan az	16
1-5 yıl		63	36,8
6-10 yıl		49	28,7
11 yıl ve üstü		43	25,1
Üye Olduğu Sendika	Sağlık-Sen	102	59,6
	SES	37	21,6
	Türk Sağlık-Sen	32	18,7
Hizmet Sınıfı	Sağlık Hizmetleri	135	78,9
	İdari Hizmetler	36	21,1
	TOPLAM	171	100

Tablo 1. demografik bilgiler açısından incelendiğinde en fazla katılımcı %26,3 ile 26-30 yaş ve 41 ve üstü sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Cinsiyet açısından bakıldığında, kadın katılımcıların (%53,2) erkeklerden (%38,9) daha fazla olduğu görülmektedir. Öğrenim durumu açısından, en yüksek katılımı %48 ile lisans mezunları oluştururken, bunu %34,5 ile ön lisans mezunu katılımcılar izlemektedir. Meslekte çalışma süresine bakıldığında, en fazla katılımı %40,9 ile 11 yıl ve üstü çalışanlar oluşturmakta, bunu %31,6 ile 6-10 yıl çalışanlar izlemektedir. En az katılım ise %4,7 ile 1 yıldan az süre ile çalışanlardan oluşmaktadır. Kurumda çalışma süresine bakıldığında, en yüksek katılımı %36,8 ile 1-5 yıl çalışanlar oluşturmakta, bunu %28,7 ile 6-10 yıl çalışanlar izlemektedir. En az katılım ise %9,4 ile 1 yıldan az süre ile çalışanlardan oluşmaktadır. Katılımcıların üye oldukları sendikalara bakıldığında, yarısından fazlası %59,6 Sağlık-Sen üyeleri iken, bunu %21,6 ile SES (Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası), %18,7 ile Türk Sağlık-Sen izlemektedir. Çalışanların hizmet sınıfına göre bakıldığında çoğunluk (%78,9) sağlık hizmetleri sınıfı, düşük düzeyde katılım (%21,1) ise idari hizmetler sınıfından oluşmaktadır.

Geçerlik ve Güvenirlğe İlişkin Bulgular

Anketin geçerliliği için yapılan doğrulayıcı faktör analizine sendikal algı ölçeği için üç faktör ve 20 maddeyle başlanmış, sendikal fayda alt boyutundaki 1 maddenin faktör yükü 0,30'dan düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu madde anketten çıkarılarak 19 madde üzerinden analize devam edilmiştir. Sendikal sadakat ölçeği için yapılan faktör analizinde de maddelere ilişkin faktör yük değerleri incelenmiş ve tüm maddelerin 0,30'dan büyük olduğu tespit edilmiştir. Ölçekten herhangi bir madde çıkarılmadan olduğu gibi 7 madde üzerinden analize devam edilmiştir. Anket güvenilirliği, iç tutarlılık katsayıları değerlendirilerek her ölçek ve alt boyutlar için ayrıca hesaplanmıştır. Tablo 2'de ölçeklerin ve alt boyutlarının güvenilirlik sonuçlarına ilişkin bilgiler verilmiştir.

Tablo 2. Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Güvenirlik Sonuçları

Ölçek	n	Cronbach α
Sendikal Algı	19	0,855
Sendikal Fayda	12	0,917
Üyelik Algısı	5	0,769
Devlet Desteği	2	0,622
Sendikal Sadakat	7	0,895

Alpar (2014)'a göre anketin güvenilirliğinin test edilmesinde kullanılan Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 60-79 aralığında olduğunda oldukça güvenilir, 80-100 aralığında olduğunda ise ölçek yüksek güvenilirlikte kabul edilmektedir. Sendikal algı ölçeğinin güvenilirliği alt boyutlarda incelendiğinde sendikal fayda alt boyutunda güvenilirlik katsayısının en büyük 0,917, devlet desteği alt boyutunda ise güvenilirliğin en düşük 0,622 olduğu tespit edilmiştir. Sendikal algı ölçeği tüm alt boyutları ile birlikte değerlendirildiğinde anketin güvenilirliğinin 0,855 olması yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermiştir. Sendikal sadakat ölçeğinin güvenilirlik katsayısının ise 0,895 olarak tespit edilmesi, anketin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermiştir.

Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar ve Regresyon Analizi Sonuçları

Bu bölümde öncelikle sendikal sadakat, sendika algısı ve alt boyutları arasındaki ilişki pearson korelasyon analiziyle test edilerek bu değişkenlerin ortalama ve standart sapmaları hesaplanmıştır. Daha sonra sendika algısı alt

boyutları bağımsız değişkenler, sendikal sadakat ise bağımlı değişken şeklinde kabul edilerek bağımlı değişken üzerinde bağımsız değişkenlerin etkisi çoklu doğrusal regresyon analiziyle incelenmiştir.

Tablo 3'te sendikal sadakat ile sendikal algı ve alt boyutlarının ortalama, standart sapma ve korelasyon katsayıları verilmiştir.

Tablo 3. Değişkenler Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi

Alt Boyutlar	Ort.	S.S.	1	2	3	4
1. Sendikal Fayda	2,59	0,74		0,075	0,115	0,441**
2. Üyelik Algısı	3,63	0,70		1	0,085	0,249**
3. Devlet Desteği	2,93	0,84			1	0,431**
4. Sendikal Sadakat	2,61	0,80				1

**p<0,001

Tablo 3. incelendiğinde sendikal algı puanı ortalamasının $2,90 \pm 0,53$ olduğu, sendikal sadakat ortalamasının da $2,61 \pm 0,80$ olduğu görülmektedir. Sendikal algı alt boyutları incelendiğinde ise en yüksek puan sahibi boyutun üyelik algısı boyutu ($3,63 \pm 0,70$), en düşük puan

sahibi boyutun ise sendikal fayda boyutu ($2,59 \pm 0,74$) olduğu görülmektedir. Korelasyon katsayıları incelendiğinde ise, sendikal algı puanı ile sendikal sadakat arasında pozitif yönlü orta kuvvette ($r: 0,375$; $P: 0,000$) bir ilişki görülmektedir. Sendikal algının tüm alt boyutları ile sendikal sadakat arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. En yüksek ilişki sendikal fayda alt boyutunda görülürken en düşük ilişki ise devlet desteği alt boyutunda görülmektedir ($p<0,05$).

Korelasyon katsayısı 1 olduğunda, kusursuz pozitif ilişki; -1 olduğunda kusursuz negatif bir ilişki; 0 olduğunda ise ilişki olmadığını göstermektedir. Korelasyon katsayısı yorumlanırken üzerinde tamamen uzlaşma sağlanmış aralıklar olmamakla birlikte, korelasyonun yorumlanmasında şu sınırlar kullanılabilir. Korelasyon katsayısı mutlak değer olarak, 0,70-1,00 aralığında olduğunda, yüksek; 0,30-0,70 aralığında olduğunda, orta; 0,10-0,30 aralığında olduğunda ise, düşük düzeyde bir ilişki şeklinde tanımlanmaktadır (Büyüköztürk, 2020). Buna göre sendikal sadakat ile sendikal algı ve iki alt boyutu arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki olduğu ve çalışanların sendikal algısında artış oldukça sendikal sadakatinin de artacağı söylenebilir.

Tablo 4. Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	B	Std. Hata	β	t	p	VIF	Durbin-Watson
Sabit	1,469	0,342	-	4,294	0,000*	-	
Sendikal Fayda	0,455	0,066	0,418	6,924	0,000*	1,021	2,275
Üyelik Algısı	0,288	0,069	0,250	4,151	0,000*	1,015	
Devlet Desteği	0,346	0,058	0,362	5,985	0,000*	1,023	

Bağımlı Değişken: Sendikal Sadakat F=37,574 R²=0,392 R=0,635 *p<0,001

Regresyon analizinde, bağımlı bir değişken ile bağımlı değişkeni etkilediği düşünülen bağımsız değişken ya da değişkenler arasındaki ilişki bir modelle açıklanmaktadır (Gürbüz ve Şahin, 2016). Tablo 4'te sendikal algı alt boyutu değişkenlerinin sendikal sadakat üzerindeki etkisinin belirlenmesi için yapılan çoklu regresyon analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo 4'e göre; sendikal algı, sendikal sadakati pozitif ve anlamlı olarak arttırmaktadır. Sendikal algının üç alt boyutu da sendikal sadakati anlamlı olarak arttırmaktadır. Çoklu doğrusal ilişkinin olup olmadığını göstermek amacıyla varyans

büyütme oranı Variance Inflation Factor (VIF) değeri incelenmiştir. VIF değerinin yüksek olması bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin büyüklüğüne işaret etmektedir. Genel itibariyle VIF değeri 10'dan yüksek olduğunda bağımsız değişkenler arasında önemli bir çoklu doğrusal ilişki problemi olduğu kabul edilmektedir. Bu çalışmada VIF>10, kritik değeri çoklu bağıntının emaresi olarak kabul edilmiştir. Durbin-Watson katsayısı 1,5-2,5 aralığında olduğu ve VIF katsayıları 10'dan düşük olduğu otokorelasyon ve çoklu bağlantı problemleri olmadığı anlamına gelmektedir (Büyüköztürk, 2020). Bu çalışmada Durbin-Watson katsayısının 2,275 ve VIF

değerlerinin ise 1,023 ile 1,015 arasında değiştiği görülmektedir. Bu sonuçlara göre otokorelasyon ve çoklu bağlantı problemleri bulunmamaktadır. Ayrıca kurulan regresyon modelinin doğrusal olduğu ve modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($F=37,574$; $p<0,001$). Bununla birlikte ayarlanmış $R^2=0,392$ olarak hesaplanmış, sendikal algının sendikal sadakati açıklama yüzdesi %39,2 olarak tespit edilmiştir. Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre, yordayıcı değişkenlerin sendikal sadakat üzerindeki görece önem sırası; sendikal fayda, devlet desteği ve üye algısıdır. Regresyon

katsayılarının anlamlılığı ile ilgili sonuçlar incelendiğinde ise, sendikal fayda ile devlet desteği değişkenlerinin sendikal sadakat üzerinde önemli olan anlamlı birer yordayıcı olduğu görülmektedir. Üye algısı değişkeninin ise önemli bir etkisinin olmadığı görülmektedir.

Araştırmada ayrıca katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslekte ve kurumda çalışma süresi, hizmet sınıfı ve üye olduğu sendika durumuna göre sendikal algı ve sendikal sadakat düzeylerinde bir farklılık olup olmadığı da incelenmiştir.

Tablo 5. Cinsiyet, Medeni Durum ve Hizmet Sınıfı İçin Yapılan Mann Whitney U Testi

Özellikler		Sendikal Algı			Sendikal Sadakat			
		N	Sıra Ort.	U	P	Sıra Ort.	U	P
Cinsiyet	Kadın	91	97,67	2578,00	0,001	88,08	3450,50	0,556
	Erkek	80	72,73			83,63		
Medeni Durum	Evli	119	84,88	2961,00	0,655	81,64	2575,00	0,080
	Bekâr	52	88,56			95,98		
Hizmet Sınıfı	Sağlık Hiz.	135	87,69	2201,50	0,386	81,56	1830,50	0,023
	İdari Hiz.	36	79,65			102,65		

Katılımcıların sendika algılarının demografik özelliklere göre karşılaştırıldığı Mann Whitney U testine göre; sendika algısının cinsiyet grupları arasında anlamlı bir farkın bulunduğu; medeni durum ve hizmet sınıfı grupları arasında ise anlamlı bir farkın bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Kadın katılımcıların erkek katılımcılara nazaran daha olumlu sendikal algıya sahip oldukları görülmüştür. Tablo 6'ya bakıldığında; sendikal sadakat düzeylerinin hizmet sınıfı grupları arasında anlamlı bir farkın bulunduğu; cinsiyet ve medeni durum grupları arasında anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmektedir. Çalışmada, idari hizmetler sınıfında çalışan katılımcıların sağlık hizmetleri sınıfında çalışan katılımcılara nazaran daha yüksek sendikal sadakate sahip oldukları görülmüştür.

Tablo 6'ya göre; sendika algısının yaş, öğrenim durumu, üye olduğu sendika ve kurumda çalışma süresi grupları arasında anlamlı bir farkın bulunduğu; meslekte çalışma süresi grupları arasında ise anlamlı bir farkın bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,05$). Gruplar arasında hangi gruptan kaynaklı farkın olduğunu test etmek amacıyla yapılan Tukey HSD testi sonuçları doğrultusunda; 18-25 yaş grubundaki personelin sendika algısı düzeyinin diğer yaş

gruplarına nazaran daha yüksek olduğu ve lise mezunu çalışanların sendika algılarının diğer eğitim düzeylerinden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca kurumda 1 yıldan az çalışanların sendika algılarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Başka bir ifade ile çalışanların yaşları öğrenim düzeyleri ve kurumda çalışma süreleri arttıkça sendikal algılarında olumsuz yönlü değerlendirmelerin arttığı söylenebilir. Bu durum bireyin yaşı, öğrenim durumu ve kurumda çalışma süresi ilerledikçe edindiği tecrübeler neticesinde olayları ve düşünceleri değerlendirmede daha hassas ve temkinli yaklaştığı şeklinde yorumlanabilir. Katılımcıların üye olduğu sendikaya göre oluşan farklılık için yapılan test sonuçlarına göre Sağlık- Sen üyelerinin diğer sendika üyelerine nazaran daha olumlu bir sendika algısına sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum üye sayısı en fazla olan ve yetkili sendika olan sendikanın daha güçlü ya da imkânlarının daha fazla olması şeklinde yorumlanabilir.

Tablo 6. Yaş, Üye Olduğu Sendika, Öğrenim Durumu, Meslekte Çalışma Süresi ve Kurumda Çalışma Süresi İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi

		Sendika Algısı			Sendikal Sadakat			
		N	Sıra Ort.	X ²	P	Sıra Ort.	X ²	P
Yaş	18-25	21	111,24	11,656	0,020	69,57	10,195	0,037
	26-30	45	93,42			96,06		
	31-35	35	82,10			72,57		
	36-40	25	64,80			104,00		
	41 ve Üstü	45	81,61			84,06		
Üye Olduğu Sendika	Sağlık-Sen	102	95,75	9,846	0,007	81,59	5,774	0,026
	SES	37	71,20			103,22		
	Türk Sağlık-Sen	32	72,02			80,16		
Öğrenim Durumu	Lise	16	101,53	9,837	0,020	130,06	30,221	0,000
	Ön lisans	59	92,17			101,40		
	Lisans	82	77,38			70,74		
	Lisansüstü	14	73,43			60,14		
Meslekte Çalışma Süresi	1 yıldan az	8	90,31	1,996	0,573	76,19	,471	0,925
	1-5 yıl	39	90,65			87,12		
	6-10 yıl	54	90,31			88,10		
	11 yıl ve üstü	70	79,59			84,88		
Kurumda Çalışma Süresi	1 yıldan az	16	111,00	14,526	0,002	89,50	2,607	0,456
	1-5 yıl	63	87,03			87,41		
	6-10 yıl	49	95,79			91,86		
	11 yıl ve üstü	43	64,03			75,95		

Tablo 6'ya göre; sendikal sadakat düzeyinin yaş, öğrenim durumu ve üye olduğu sendika grupları arasında anlamlı bir farkın bulunduğu; meslekte ve kurumda çalışma süresi grupları arasında ise anlamlı bir farkın bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p < 0,05$). Hangi gruptan kaynaklı farkın olduğunu test etmek amacıyla yapılan Tukey HSD testi sonuçları doğrultusunda; 36-40 yaş aralığındaki sağlık personelinin sendikal sadakat düzeyinin diğer yaş grubundaki sağlık personellerine nazaran daha yüksek olduğu söylenebilir. Lise mezunu sağlık çalışanlarının diğer gruplardaki sağlık çalışanlarına nazaran daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bu sonuçlara göre; hipotezlerin durumu (0,05 anlamlılık düzeyinde) aşağıdaki gibidir.

- H1: "Sağlık çalışanlarının sendikal algıları sendikal sadakat düzeylerini etkilemektedir" hipotezi kabul edilmiştir.

- H2 "Demografik bilgilere göre, sendikal algıları farklılık göstermektedir" hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

- H3 "Demografik bilgilere göre, sendikal sadakat düzeyleri farklılık göstermektedir" hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Sendikalar, çalışanların ortak hakları ve çıkarlarını koruma, sorunlarını çözme amacıyla kurulan maddi unsurlar taşıyan, devletten, siyasi partilerden ve iktidar örgütlenmelerine bağımlı olmayan örgütlenmelerdir. Doğru sendikacılık; üyelerinin diline, dinine, ırkına, cinsiyetine, siyasi görüşüne bakmadan, mağdur oldukları her yerde, üyesinin hakkını korumak için mücadele etmektir.

Ülkemizde, kuruluş amacı doğrultusunda sağlıklı sivil toplum kuruluşlarının oluşmasında büyük yarar bulunmaktadır. Bu kapsamda sivil toplum kuruluşu olarak memur sendikalarının asli görevleri, işkolundaki memurların hak ve menfaatlerinin korunması çerçevesinde olmalıdır. Türkiye' de kurulan bazı sendikaların asli görevlerinden uzaklaşmış olmaları memurların sendikalaşmalarını olumsuz etkilemiştir. Türkiye' de memur sendikalarında üyelik oranına bakıldığında kısmen siyasi duruma göre şekillendiği de bir gerçektir. Memur Sendikacılığı ve Sağlık iş kolundaki bazı sendikaların çalışanlara karşı etik olmayan üye yapma yöntemleri ve sendikaların görevleri olmayan başka işlerle uğraşmaları, memur sendikacılığının gelişmesine zarar vermektedir. Sendikacılıkta başarının temel ölçütlerinden birisi, mümkün olan en geniş tabana yayılabilmektir (Işık, 1990 Akt: Derin ve Akbıyık, 2017). Bu da sendikanın üye

sayısı, üyelerin sendikaya yönelik tutumları ve sendikal faaliyetlere katılımına bağlıdır. Bugün üye sayısı ele alındığında ülkemizde üç büyük memur sendikasının olduğu, bunun yanında az sayıda üyesi olan sendikaların da mevcut olduğu görülmektedir. Sendikaların sağlıklı yapılarının olması güçlü ve etkin sendikaları oluşturacak, başta demokrasinin gelişmesi olmak üzere temel insan haklarının korunması, hukuk, adalet, adil gelir dağılımında önemli etkilerinin olacağı açıktır. Sendikaların asli görevlerini yerine getirememeleri durumunda demokrasinin gelişmesine de olumsuz etkilerinin olacağı açıktır.

Araştırma sonuçları incelendiğinde, sağlık çalışanlarının sahip olduğu sendikal algının tüm alt boyutları ile (Sendikal Fayda, Üyelik Algısı, Devlet Desteği) sendikal sadakat arasında orta düzeyde pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişkinin olduğu ve sağlık çalışanlarının sendika algısının sendikal sadakati üzerinde pozitif yönlü anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir. Ayrıca sendika algısının sendikal sadakati açıklama yüzdesi %39,2 olarak tespit edilmiştir. Başka bir deyişle sendika algısındaki artış sendikal sadakati de arttırmaktadır. Bu sonuç doğrultusunda sendikal algının sendikal sadakatin önemli bir öncülü olduğu söylenebilir. Bu bulgu Kazançoğlu (2011) ile Derin ve Akbıyık (2017) tarafından yapılan çalışmaların sonuçları ile de desteklenmektedir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar ele alındığında, sağlık çalışanlarının sendika algısının yeterince olumlu bir düzeyde olmadığı (Ort: 2,90) söylenebilir. Bu sonuçlar sendikaların asli görevlerinden uzaklaşmış olmaları ve üye yapılma esnasında üyelerin yaşadıkları olumsuzluklar ile açıklanabilir. Üye yapma esnasındaki olumsuzluklar ve sendikalara duyulan güvensizlik çalışanların sendikalardan uzak durmasını sonucunu meydana getirmektedir (Urhan, 2005; Urhan ve Selamoğlu, 2008; Uçkan ve Kağmıoğlu, 2009; Tekin ve Tüfekçi, 2015). Ayrıca çalışmanın yapıldığı sağlık kurumunda çalışan sayısı 1256 kişi iken sendika üyesi çalışan sayısının 473 kişi olması da bu durumu destekler niteliktedir.

Ayrıca katılımcıların demografik bilgilerine göre sendika algısı ve sendika sadakatinde kısmen bir farklılık olduğu da tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda sosyo-ekonomik, psikolojik bir takım faktörlerin üyenin sendikası ile ilgili özel algıları ve tutumları etkilediği görülmüştür. Bu faktörlerden bir kısmı da kişilerin demografik

özellikleridir (Gani, 1996; Seçer, 2009; Akbıyık, 2012; Dursun, 2014; Derin ve Akbıyık, 2017; Alıcı, 2019).

Katılımcıların sendika algılarına demografik özelliklere göre bakıldığında kadın katılımcıların erkek katılımcılara nazaran daha olumlu sendikal algıya sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgu (Seçer, 2009 ve Alıcı, 2019) tarafından yapılan çalışmalarda “kadın çalışanların erkek çalışanlara nazaran daha olumlu sendikal algıya sahip olduğu” sonucu ile benzerlik göstermektedir. Buna karşın (Çağlayan, 2002; Koray, 1992; Sağlık-Sen, 2013; Derin ve Akbıyık, 2017) tarafından yapılan çalışmalarda ulaşılan “erkek çalışanların kadın çalışanlara nazaran daha olumlu sendikal algıya sahip olduğu” sonucu ile örtüşmemektedir. Ayrıca sendika algılarının yaş değişkenine göre de farklılaştığı görülmüştür. Çalışmada genç çalışanların üyesi oldukları sendikaya ilişkin tutumları ileri yaşlardaki çalışanlara nazaran daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgu (Yılmaz, 2015; Derin ve Akbıyık, 2017) tarafından yapılan çalışmaların sonucu ile örtüşmektedir.

Çalışma bulgularına göre sendikal sadakat düzeyinde yaş, öğrenim durumu, hizmet sınıfı ve üye olduğu sendika grupları arasında anlamlı bir farkın bulunduğu; meslekte ve kurumda çalışma süresi grupları arasında ise anlamlı bir farkın bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır. 36-40 yaş aralığındaki sağlık personelinin sendikal sadakat düzeyinin diğer yaş grubundaki sağlık personellerine nazaran daha yüksek olduğu söylenebilir. Bu bulgu (Sağlık-Sen, 2013; Yılmaz, 2015; Derin ve Akbıyık, 2017) tarafından yapılan çalışmaların sonucu ile örtüşmektedir. Lise mezunu sağlık çalışanlarının diğer gruplardaki sağlık çalışanlarına nazaran daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu Snape ve arkadaşları (2000) ile Derin ve Akbıyık (2017) tarafından yapılan çalışmaların sonucu ile örtüşmektedir. Bu durum eğitim düzeyi yüksek olanların sendikal sadakat ihtiyacının azalması, bu kişilerin toplu hareket etmekten ziyade bireysel hareket etmeye yönelmesi, beklentilerinin yüksek olması, yazılı ve görsel iletişim araçlarını iyi takip etmesi ile açıklanabilir.

Çalışmanın gelecekte yapılacak çalışmalara da yol göstermesi beklenmektedir. Araştırma, sadece sağlık sektörü çalışanları üzerinde yapıldığından, diğer sektörlerde de uygulanmasının konunun gelişimine katkısı olacaktır. Bu çalışma,

Türkiye’de bir ildeki bir kamu hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarına uygulanmıştır. Tüm sağlık çalışanlarıyla ilgili genelleme yapılabilmesi için, diğer illerdeki kamu ve özel sektörde çalışan sağlık çalışanlarına da benzer bir çalışmanın uygulanması konuya katkı sağlayacaktır.

Araştırmanın Etik Yönü / Ethics Committee

Approval: Bu çalışma için etik kurul onayı Muş Alparslan Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Tarih: 28.01.2021 ve Sayı No:31).

Yazar Katkısı / Author Contributions:

Fikir/Kavram: F.K.; Tasarım: F.K.; Denetleme/Danışmanlık: F.K.; Analiz ve/veya Yorum:F.K.; Kaynak Taraması: F.K.; Makalenin Yazımı: F.K.; Eleştirel İnceleme: F.K.

Hakem Değerlendirmesi / Peer-review: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması / Conflict of Interest: Yazarlar araştırmanın yürütülmesinde herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Finansal Destek / Financial Disclosure: Yazarlar araştırmanın yürütülmesi sürecinde bir finansal destek almadığını beyan etmiştir.

KAYNAKLAR

- Akbıyık, N. (2012). Sendika üyeliği ve sendikal bağlılığı etkileyen unsurlar. *Hikmet Yurdu*, 5(9), 37-64.
- Akyiğit, E. (2008). İş Hukuku. (7. Baskı), Ankara: Seçkin Kitabevi.
- Alıcı, A. (2019). Sağlık sendikaları yöneticilerinin kişilik özelliklerinin sendika algıları üzerindeki etkisi: İstanbul örneği. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Alpar, R. (2014). Uygulamalı istatistik ve geçerlilik-güvenilirlik. (3. Baskı), Ankara: Detay Yayıncılık,
- Angle, H.L., Perry, J.L. (1986). Dual commitment and labor-management relationship climates. *Academy of Management Journal*, 29(1),31-50.
- Bilgin L. (2003). Sendikaya bağlılık ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(4), 12-31.
- Blanchflower, D.G, Oswald, A.J., Garrett, M.D. (1990). Insider power in wage determination. *Economica*, 57, 143-170.
- Büyüköztürk, Ş. (2020). Sosyal Bilimler için veri analizi el kitabı istatistik, araştırma deseni SPSS uygulamaları ve yorum. (28. Baskı) Ankara: Pegem Yayıncılık

- Çağlayan, H. (2002). Kadın işçilerin sendikal ve demokratik katılımı. (Ed). Işıklı A. Türkiye’de sendikacılık hareketleri içinde demokrasi kavramının gelişimi. Ankara: T.C Kültür Bakanlığı Yayınları.
- Demir, Ş. (2009). İlköğretim okullarında çalışan öğretmenlerin sendikal bağlılıklarının demografik özelliklerine göre incelenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Demirbilek, T., Çakır, Ö. (2004). Sendikal bağlılık. İstanbul: Petrol-İş Yayını.
- Derin, N., Akbıyık, N. (2017). Sağlık sektöründe üye algılarına göre oluşan sendikal imajın, sendikal sadakate etkisi: Malatya merkezde memur sendika üyeleri üzerinde incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22(1), 123-138.
- Dursun, S. (2014). Üniversite öğrencilerinin sendikalara yönelik tutumları. *Sosyoloji Konferansları*, 49, 33-46.
- Gani A. (1996). Who joins the unions and why? Evidence from India. *International Journal of Manpower*, 17 (6/7), 54-65.
- Gürbüz, S., Şahin, F. (2016). Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Işık, A. (1990). Türkiye’de memur sendikacılığı. Uluslararası Sempozyum, Ankara: Mülkiyeliler Vakfı Yayınları.
- Kazançoğlu, İ. (2011). Havayolu firmalarında müşteri sadakatinin yaratılmasında kurum imajının ve algılanan hizmet kalitesinin etkisi. *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi*, (21),130-158.
- Koç, Y. (2003). Türkiye işçi sınıfı ve sendikacılık hareketi tarihi. (Genişletilmiş 2. Basım). İstanbul: Kaynak Yayınları.
- Koray, M. (1992). Çalışma yaşamında kadın gerçekleri. *Amme İdaresi Dergisi*, 25(1), 93-122.
- Morrall A. (1999). The survivor loyalty factor. *Human Resource Development Quarterly*, 10(1), 95-99.
- Morrow, P.C., Mcelroy, J.C. (2006). Union loyalty antecedents: a justice perspective. *Journal of Labor Research*, 28(1), 75-87.
- Phillips B., Curtiss P., Lundskow G. (2010). Workers’ relationships to their union: the effects of transfer status and race at a U.S. automobile plant. *The Social Science Journal*,47, 392-417.
- Rao, P.S. (2010) *Human resource management* (Text And Cases)1. St. Ed. Himalaya Publishing House Pvt Ltd, Mumbai, İndia.
- Sağlık-Sen (2013). Sendikal bağlılık, algı, memnuniyet ve beklenti araştırması. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları-17.

- Seçer, B. (2009). Kadınların sendikalara yönelik tutumları ile cinsiyet ayrımcılığı algılarının sendika üyesi olma isteğine etkisi. *Çalışma ve Toplum*, 4, 27-59.
- Selamoğlu, A. (2004). Örgütlenme sorunu ve sendikal yapıda değişim arayışı. *Çalışma ve Toplum*, (2), 39-54.
- Serim, B. (1995). Kamu görevlilerinin örgütlenmesinde hukuksal boyut. Ankara: Ayrintı Matbaası.
- Snape E., Radmen T., Chan A.W. (2000). Commitment to the union: a survey of research and the implications for industrial relations and trade unions. *International Journal of Management Reviews*, 2(3), 205-230.
- Tekin, Ö.A., Tüfekçi, Ö.K. (2015). Turizm öğrencilerinin sendika algısı: Üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(1), 171-200.
- Tuncay, C., Savaş Kutsal, B. (2006). Toplu iş hukuku. İstanbul: Beta Basım.
- Uçkan, B., Kağnıcıoğlu, D. (2009). İşçilerin sendikalara ilişkin algı ve tutumları: Eskişehir örneği. *Çalışma ve Toplum*, 22(3), 35-56.
- Urhan, B. (2005). Türkiye'de sendikal örgütlenmede yaşanan güven ve dayanışma sorunları. *Çalışma ve Toplum*, 1(4), 57-88.
- Urhan, B., Selamoğlu, A. (2008). İşçilerin sendikalara yönelik tutum ve davranışları: Kocaeli örneği. *Çalışma ve Toplum*, 18(3), 171-197.
- Ünsal, E. (2003). Sendika özgürlüğü ve uluslararası çalışma örgütü ile T.C. hükümetleri ilişkileri. (1. Baskı). İstanbul: Beta Yayınevi.
- Yazıcıoğlu, Y., Erdoğan, S. (2014). SPSS uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri. (4. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Yılmaz, Ç. (2015). İşçilerin sendikal örgütlenmeye dair tutumları: Petro-kimya sektörü örneği. *Çalışma ve Toplum*, 4, 95-130.
- Yılmaz, E. (2010). Türkiye'de işçi sendikalarının siyasal ve sosyolojik özellikleri üzerinden süreç içinde değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14(1), 195-207.
- Yoder, D. (1974). Personnel management and industrial relations, prentice-hall of India, New Delphi.



BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ VE ARAŞTIRMALARI DERGİSİ BANU Journal of Health Science and Research

DOI:10.46413/boneyusbad.807225

Derleme Makale / Review

Çölyak Hastalığında Mikro Besin Ögesi Eksiklikleri ve Beslenme Önerileri Micronutrients Deficiencies and Nutritional Recommendations in Celiac Disease

Esra TUNÇER¹ Nurcan YABANCI AYHAN² 

¹ Ankara Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Beslenme ve
Diyetetik Bölümü, Arş.
Gör.

² Ankara Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Beslenme ve
Diyetetik Bölümü, Prof.
Dr.

Sorumlu yazar /
Corresponding author:
Esra Tunçer

dytesra17@gmail.co
m

Geliş tarihi / Date of
receipt: 07.10.2020

Kabul tarihi / Date of
acceptance: 27.04.2021

Atıf/Citation: Tunçer, E.,
Yabancı Ayhan, N.
(2021). Çölyak
Hastalığında Mikro Besin
Ögesi Eksiklikleri Ve
Beslenme Önerileri.
BANU Sağlık Bilimleri ve
Araştırmaları Dergisi.
3(1), 29-38.
doi:10.46413/boneyusba
d.807225

ÖZET

Çölyak; genetik yatkınlığı olan bireylerde glutenin tüketilmesiyle tetiklenen, ince bağırsaklarda inflamasyona neden olan sistemik, immün aracılı bir hastalıktır ve tedavisi glutensiz diyetdir. Malabsorpsiyonlar ve glutensiz diyetin bazı besin öğelerini (magnezyum, tiamin, riboflavin, niacin vb.) yeterli miktarda içermemesi nedenleriyle çölyak hastalığında besin ögesi eksiklikleri görülebilir. Bu derlemenin amacı, çölyak hastalığında mikro besin ögesi eksikliklerini literatür kapsamında incelemektir. Çölyak tanısı sırasında sık görülen mikro besin ögesi eksiklikleri demir, kalsiyum, magnezyum, D vitamini, çinko, folat, niacin, B₁₂ vitamini, riboflavin şeklinde sayılmaktadır. Sonuçta, çölyak hastalığında vitamin-mineral eksikliklerinin tedavisi için glutensiz diyetle uyum ile optimal beslenmenin sağlanmasının gerekliliği görülmektedir. Ayrıca, gereken durumlarda hekim kontrolünde besin takviyesi alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Çölyak hastalığı, Beslenme bilimi, Mineraller, Vitaminler

ABSTRACT

Celiac disease, which is triggered by consuming gluten in individuals with a genetic predisposition, is a systemic, immune-mediated disease, causing inflammation in the small intestine, and its treatment is the gluten-free diet. Nutritional deficiencies can be observed in celiac disease due to malabsorption, and a gluten-free diet may not contain enough nutrients (magnesium, thiamine, riboflavin, niacin, etc.). This review aims to evaluate micronutrient deficiencies in celiac disease in the context of the literature. Micronutrient deficiencies frequently seen during the diagnosis of celiac are stated as iron, calcium, magnesium, vitamin D, zinc, folate, niacin, vitamin B₁₂, riboflavin deficiencies. In conclusion, it is necessary to adherence to a gluten-free diet and to ensure optimal nutrition for the treatment of vitamin-mineral deficiencies in celiac disease. In addition, when necessary, nutritional supplements should be taken under the control of a physician.

Keywords: Celiac disease, Nutritional science, Minerals, Vitamins

GİRİŞ

Çölyak hastalığı diğer adıyla gluten enteropatisi; ince bağırsaklarda villus yapıların bozulmasına neden olan, hasarlar oluşturan ve dolayısıyla besin öğelerinin emilimini engelleyen bir sindirim sistemi hastalığıdır. Bu hasar buğday, çavdar, arpa, gibi tahıllarda bulunan gluten proteinin tüketimi ile tetiklenmektedir (Foschia, Horstmann, Arendt ve Zannini, 2016). Çölyak hastalığının dünya genelinde görülme sıklığı serolojik test sonuçlarına göre %1,4; biyopsi sonuçlarına göre %0,7 olarak tahmin edilmektedir (Singh ve ark., 2018). Türkiye’de ise çölyak hastalığı görülme sıklığı %0,3-%1,0 arasında değişmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2017).

Çölyak hastalığında diyare, steatore, ağırlık kaybı, abdominal distansiyon, flatulans (şişkinlik), abdominal ağrı gibi gastrointestinal semptomlar ve anormal karaciğer fonksiyon testi, demir eksikliği anemisi, kemik ve deri hastalıkları gibi gastrointestinal olmayan semptomlar görülebilir (Foschia ve ark., 2016; Rubio-Tapia, Hill, Kelly, Calderwood ve Murray, 2013).

Çölyak hastalığının tedavisi glutensiz diyetdir. Buğday, arpa, çavdar ve bu tahılların tüm türevlerinin öğün planından çıkarılması ile glutensiz diyet uygulanır. Yulaf, öğütme işlemi sırasında genellikle buğday, arpa veya çavdarla kontamine olmaktadır. Bu nedenle sadece kontamine olmayan yulafın glutensiz diyetle kullanılması güvenli olabilir. Glutensiz diyetle tüketilebilen tahıllar arasında pirinç, mısır, karabuğday, akdarı, kinoa yer alır (Leivers, Martin, Gasparetto, Shelley ve Valente, 2014; Green, Leibold, ve Greywoode, 2015).

Glutensiz diyet, çölyak hastalığı olan bireyler için malabsorbsiyonda, beslenme yetersizliklerinde, semptomlarda iyileşme ve komorbiditelerde azalma sağlar. Ancak besin ögesi eksiklikleri, yeterli posa alımının olmaması sonucunda konstipasyon gelişmesi gibi çeşitli riskleri olabilir (Reilly, 2016).

Malabsorbsiyonlar ve glutensiz diyetin magnezyum, tiamin, riboflavin, niasin gibi bazı besin öğelerini yeterli miktarda içermemesi nedenleriyle çölyak hastalığında besin ögesi eksiklikleri görülebilir. Çölyak hastalığı anormal bir immün yanıtı yol açar, bunu ince bağırsak mukozasının kronik inflamasyonu ile bağırsak villuslarının progresif olarak kaybolması izler ve bu durum birçok besin ögesinin emiliminde

azalmaya yol açar. Ayrıca, çölyak hastalığında görülebilen diğer ince bağırsak komplikasyonlarının (ülserasyon veya neoplazi gibi) varlığı besin ögesi eksiklikleri ile ilişkilendirilmektedir (Thompson, Dennis, Higgins, Lee ve Sharrett, 2005; Saturni, Ferretti, ve Bacchetti, 2010; Choung ve ark., 2016).

Çölyak tanısı sırasında sık görülen besin ögesi eksikleri enerji, protein, posa, demir, kalsiyum, magnezyum, D vitamini, çinko, folat, niasin, B₁₂ vitamini, riboflavin eksiklikleri olarak sayılmaktadır. Uzun dönem glutensiz diyet tedavisinde çölyak hastalarında sık görülen besin ögesi eksiklikleri arasında ise posa, folat, niasin, B₁₂ vitamini, riboflavin eksiklikleri sayılmaktadır (Saturni ve ark., 2010).

Bu derlemede, çölyak hastalığında görülebilen mikro besin ögesi eksiklerini literatür kapsamında incelemek amaçlanmıştır.

Çölyak ve Mikro Besin Öğeleri

Demir

Çölyak hastalarında demir eksikliği sıklıkla görülmektedir ve bunu birçok hastada demir eksikliği anemisi izlemektedir. Yeni tanı konmuş çölyak hastalarında demir eksikliği prevalansının %10-80 arasında olduğu belirtilmektedir. Demir eksikliği prevalansı, glutensiz diyetle uyumun başlamasından 6 ay sonra yaklaşık %70, 1 yıl sonra yaklaşık %50 ve 2 yıl sonra yaklaşık %40 olarak bildirilmiştir (Rondanelli ve ark., 2019).

Diyetle yeterli demir alan hastalarda, demir eksikliğinin en yaygın nedenleri, kan kaybı ve proksimal bağırsağın enterositlerinin diyet demirini almamasıdır. Çölyak hastalığı anormal bir immün yanıtı yol açar, bunu ince bağırsak mukozasının kronik inflamasyonu ile bağırsak villuslarının progresif olarak kaybolması izler ve bu durum demir dahil birçok besinin emiliminde bir azalmaya yol açar (Martin-Masot ve ark., 2019). Duodenum mukozal demir alımında bozulma (duodenumdaki yüzey emici alan büyük ölçüde azalır, çünkü çölyak hastalığı büyük ölçüde proksimal ince bağırsağa odaklanmış bağırsaklık aracılı bir hastalık), çölyak hastalığında görülebilen diğer ince bağırsak komplikasyonlarının (ülserasyon veya neoplazi gibi) kan kaybına neden olması demir eksikliği anemisi ile ilişkilendirilmektedir (Freeman, 2015). Demir eksikliği anemisi kaşık turnak, glosit, kas zayıflığı, ruh halinde ani değişimler, immünite bozuklukları gibi çeşitli semptomlara neden olur (European Food Safety Authority

[EFSA], 2015).

Pediyatrik çölyak hastalarıyla yapılan bir araştırmada, glutensiz diyet uygulandıktan sonra doku transglutaminaz Ig A'nın azalması ile serum ferritin artışı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu durum yeterli demir emilimini arttırmak için villöz hasarın çözülmesinin gerekli olduğunu düşündürmüştür (Popov ve ark., 2018).

Çölyak tanısında serum demir ve ferritin düzeylerinin değerlendirilmesi önerilmektedir. Ayrıca, ferritin normal olana kadar her 3-6 ayda bir testler tekrarlanmalı ve sonra her 1-2 yılda bir veya semptomlar için serum demir ve ferritin düzeylerine bakılmalıdır (Theethira ve Dennis, 2015).

Çölyaklıların glutensiz diyetle sıkı uyumları ile demir depoları genellikle iyileşir. Et ve et ürünleri (glutensiz olmasına dikkat edilmeli), yumurta, yeşil yapraklı sebzeler gibi demir açısından zengin besinleri tüketmek yararlı olacaktır (Al-Toma ve ark., 2019). Başlangıç ferritin düzeyine göre, gerekli durumlarda demir takviyeleri demir depoları yenilenene kadar (325 mg) 1-3 tablet olarak önerilmektedir (Theethira ve Dennis, 2015). Ciddi demir eksikliği veya oral demir takviyesine yanıt vermeyen vakalarda intravenöz demir tedavisi düşünülebilir (Al-Toma ve ark., 2019).

Kalsiyum

Çölyaklı çocukların tanıda %17,6'sında, tedavide %3,6'sında kalsiyum eksikliği saptanmıştır (Kavak ve ark., 2003). Çölyaklı yetişkinlerin ise tanıda yaklaşık %41'inde kalsiyum eksikliği olduğu bildirilmiştir (Rondanelli ve ark., 2019).

Çölyakta kalsiyum eksikliği, bağırsak epitel hasarına bağlı malabsorpsiyondan kaynaklanabilir ve bağırsakta kalsiyum alımını kontrol eden D vitamini ile düzenlenen bir protein olan kalsiyum bağlayıcı proteinin azalmış ekspresyonu ile de ilişkili olabilir (Rondanelli ve ark., 2019). Mukozal atrofi nedeniyle kalsiyum emilimi bozulur. Bu nedenle, hipokalsemiden kaçınmak için paratiroid hormonu önemli ölçüde artar (ikincil hiperparatiroidizm) ve osteoklast aracılı kemik yıkımını uyarır. Daha sonra iskelet deposundan kalsiyum elde edilir, ancak bu yüksek yeniden şekillenme durumu osteopeni ve osteoporoza yol açabilir, kemik mikro yapısını değiştirebilir ve kırık riskini artırabilir (Zanchetta, Longobardi, ve Bai, 2016). Yetişkinler ve çocuklar ile yapılan çalışmalarda, çölyak erken tanı ve tedavisinin kemik mineral yoğunluğunda

iyileşme sağladığı ve kemik sağlığının korunmasında önemli olduğu bulunmuştur (Choudhary, Gupta, ve Beniwal, 2017; Zylberberg, Lebwohl, RoyChoudhury, Walker ve Green, 2018).

Diyetle alınan kalsiyum miktarının düzenli olarak diyetisyen tarafından değerlendirilmesi önerilir (Theethira ve Dennis, 2015). Kalsiyum düzeyi düşük, kemik mineral yoğunluğu kaybı olan ve diyetle yeterli alım düzeyine ulaşamayanlara kalsiyum takviyesi önerilebilir (Al-Toma ve ark., 2019). Tedavi önerilerinde, çölyaklılar için kalsiyum alımı takviyeler dahil 1200-1500 mg/gün olarak belirtilmektedir (Theethira ve Dennis, 2015).

Çinko

Çinko eksikliği, çölyak tanısında yetişkin hastaların %50'sinden fazlasında ve glutensiz diyet sonrası ise hastaların %0-40'ında tespit edilmiştir (Caruso, Pallone, Stasi, Romeo ve Monteleone, 2013). Sağlıklı bireylere kıyasla çölyaklıların serum çinko düzeyleri daha düşük bulunmuştur (Fathi ve ark., 2013). Çölyakta, çinko eksikliği, mukozanın inflamasyon derecesinden dolayı, azalmış emilimiyle bağlantılı görünmektedir. Çinkonun yağ asitleri ile şelasyonu, protein kaybeden enteropatiye bağlı aşırı kayıp veya artmış enterosit döngüsüne bağlı aşırı kullanım gibi diğer faktörler de çölyakta çinko eksikliğine katkıda bulunabilir (Caruso ve ark., 2013). Çinko eksikliği büyüme geriliğine, cinsel olgunlaşmanın ve yara iyileşmesinin bozulmasına, hipoguziye (tat alma bozukluğu) neden olabilir (EFSA, 2014a).

Çölyak tanısı döneminde serum çinko düzeyine bakılması ve normal değerlere ulaşana kadar 3 ay sonra çinko düzeyinin tekrar değerlendirilmesi önerilmektedir. Ayrıca sonrasında her 1-2 yılda bir veya semptomlar için serum çinko düzeyine bakılması tavsiye edilmektedir (Theethira ve Dennis, 2015). Glutensiz diyetle uyum ile çinko eksikliklerinin çözülebileceği ve uzun süreli takviyenin gerekli olmadığı bildirilmektedir (Al-Toma ve ark., 2019). Ancak tedavi gerektiren durumlarda çinko düzeyi normal olana kadar günde en az 25-40 mg içeren çinko takviyesi ve daha sonra glutensiz günlük multivitamin/mineral takviyesi önerilir (Theethira ve Dennis, 2015).

Magnezyum

Çölyaklıların tanıda yaklaşık %21,4'ünde ve glutensiz diyetle takip edilen hastaların %19,6'sında magnezyum eksikliği saptanmıştır

(Rujner ve ark., 2004). Diğer minerallerde olduğu gibi çölyakta magnezyum eksikliği görülme nedenleri; malabsorbsiyon ve glutensiz diyet (Rondanelli ve ark., 2019). Sağlıklı bireylere kıyasla çölyaklıların magnezyum tüketiminin daha düşük olduğu saptanmıştır (Martin, Geisel, Maresch, Krieger, ve Stein, 2013; Fernandez, Varela-Moreiras, Ubeda, ve Alonso-Apperte, 2019). Glutensiz ürünlerin ve glutensiz tahılların magnezyum içeriği gluten içerenlere kıyasla daha düşüktür (Vici, Belli, Biondi, ve Polzonetti, 2016). Bu nedenle, glutensiz diyet alan hastalar magnezyum açısından zengin besinler tüketmeye yönlendirilmelidirler.

Bazı çölyak hastalarının magnezyum oksit veya magnezyum klorür formunda 200-300 mg/gün magnezyum takviyesine ihtiyaç duyduğu, bazılarının ise diyetle magnezyum düzeylerini artırabildiği bildirilmektedir (Rondanelli ve ark., 2019).

Selenyum

Glutensiz diyetle buğday ve türevleri gibi tahılların bulunmaması nedeniyle selenyum eksikliği görülebilir. Ayrıca, malabsorbsiyon da selenyum eksikliğine neden olabilir (Rondanelli ve ark., 2019). Ancak Bursa'da yapılan bir araştırmada, çölyaklı çocukların serum selenyum düzeyleri sağlıklı çocuklardan farklı bulunmamıştır. Bu durum çölyaklıların glutensiz diyetle uyumları ve selenyum ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde dengeli beslenmeleri ile açıklanmıştır (Ünal ve ark., 2012).

Tiroid selenyum eksikliklerine özellikle duyarlıdır, çünkü selenoproteinler tiroid hormonlarının biyosentezi ve aktivitesinde önemlidir, glutatyon peroksidaz dahil olmak üzere diğer selenoproteinler apoptozu inhibe etmede rol oynar. Bu nedenle, çölyak hastalarında selenyum malabsorbsiyonu doğrudan tiroid ve bağırsak hasarına yol açan bir faktör olarak düşünülebilir (Rondanelli ve ark., 2019).

Çölyak hastalarında 120-200 mcg/gün arasındaki selenyum takviyesinin güvenli bir aralıkta olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, selenyum için tolere edilebilir üst sınırı 400 mcg/gün aşmamak önemlidir, çünkü bu gastrointestinal rahatsızlığa, saç dökülmesine ve sinir hasarına yol açabilir (Faerber, 2011).

Bakır

Bakır, kuproenzimler olarak adlandırılan ve bir dizi önemli enzim için kofaktör olarak işlev gören hücresel taşıyıcılarda önemli bir rol oynar.

Hemoglobin sentezi, demir oksidasyonu, nörotransmitter biyosentezi, hücresel solunum, pigment oluşumu, antioksidan savunma peptit amidasyonu ve bağ dokusu oluşumu dahil olmak üzere çeşitli organların ve metabolik süreçlerin doğru çalışması için önemlidir (Di Nardo ve ark., 2019). Çölyakta bakır eksikliği nadir bir komplikasyondur ve prevalansı net olarak bilinmemektedir. Bakır eksikliği; anemi, trombositopeni, nötropeni ve periferik nöronal tutulumuna neden olabilir (Martin-Masot ve ark., 2019).

Bakır eksikliğinde, replasman tedavisi ile hematolojik belirtiler tipik olarak çözülür, ancak nörolojik defisitler geri dönüşümsüz olabilir. Çölyak tanısında, özellikle ilişkili olabilecek herhangi bir eksiklik semptomu tanımlandığında bakır eksikliği taramasının düşünülmesi önerilir (Al-Toma ve ark., 2019).

D Vitamini

Kemik sağlığı ve immün sistemde görevli olan D vitaminin, tanıda çölyaklı yetişkinlerin %8-88'inde ve glutensiz diyet sürecinde %0-25'inde eksikliği belirtilmektedir (Caruso ve ark., 2013). Çölyaklılarda D vitamini eksikliğinin görülmesinin nedenleri, bağırsak epitel hasarına sekonder besin emilim bozukluğu ve/veya süt ürünlerinin laktoz intoleransı nedeniyle diyetten çıkarılması olabilir (Garcia-Manzanares ve Lucendo, 2011). Glutensiz diyet ve D vitamini desteği kombinasyonunun osteomalasi ilişkili semptomları iyileştirmede ve kalsiyum düzeylerinin normalleşmesinde etkili olduğu bildirilmiştir (Di Nardo ve ark., 2019).

Çölyak tanısı sırasında D vitamini düzeyinin değerlendirilmesi ve D vitamini düzeyi normal olana kadar her 3 ayda bir serum 25 hidroksi vitamin D [25(OH)D] testinin tekrarlanması önerilir. Sonraki dönemde ise her 1-2 yılda bir veya semptomlar için 25(OH)D düzeyine bakılmalıdır. Gerekli durumlarda, hekim kontrolünde D vitamini takviyesi eksikliğin tedavisinde kullanılabilir (Theethira ve Dennis, 2015).

K Vitamini

K vitamini yokluğunda indüklenen protrombin II (PIVKA-II) gibi parametreler veya protrombin süreleri gibi parametreler ile araştırılan K vitamini eksikliği, tanıda çölyaklı yetişkin hastaların yaklaşık %25'inde tespit edilmektedir ve glutensiz diyet ile kabul edilebilir düzeylere dönmektedir (Rondanelli ve ark., 2019). Çölyaklı çocuklarla

yapılan bir araştırmada, tanıda katılımcıların %25'inin K vitamini suboptimal düzeyde olduğu saptanmıştır ve tamamında 1 yıl sonra iyileşme görülmüştür (Mager, Qiao, ve Turner, 2012).

Çölyak hastalarında K vitamini açısından spesifik bir doz takviyesi önermek için yeterli literatür verisi yoktur. Bu nedenle, çölyak tanısı sırasında K vitamini takviyesi dikkatli değerlendirilmelidir (Rondanelli ve ark., 2019).

Tiamin, Riboflavin, Niasin

Çölyak tanısında tiamin, riboflavin ve niasin eksikliğinin olduğu belirtilmekle birlikte, literatürde bu eksikliklere sahip çölyak hastalarının yüzdesi hakkında kesin veri yoktur (Rondanelli ve ark., 2019). Glutensiz diyet tedavisinden sonra da tiamin, riboflavin ve niasin eksiklikleri devam edebilir (Saturni ve ark., 2010). Bu durum glutensiz tahıl ürünlerinin çoğunun, buğday unu ürünlerine kıyasla daha düşük düzeyde tiamin, riboflavin, niasin içermesi ile açıklanabilir (Saturni ve ark., 2010; Niro, D'Agostino, Fratianni, Cinquanta, ve Panfili, 2019). Özellikle rafine ve zenginleştirilmemiş glutensiz tahılların sıklıkla tüketildiği bir glutensiz diyet bu besin ögesi eksikliklerine neden olabilir (Thompson, 1999).

Literatürde tiamin, riboflavin ve niasin takviyesi için bir doz önermede yeterli veri olmamasına rağmen, tanıdan sonra ve glutensiz diyet tedavisi döneminde kan değerlerinin kontrol edilmesinin yararlı olduğu düşünülmektedir (Rondanelli ve ark., 2019).

Folat

Çölyak hastalığında folat eksikliği genellikle ileumda lezyonları olan hastalarda görülür. Çölyak tanısı konulan yetişkin hastaların yaklaşık %10-85'inde ve glutensiz diyet ile takip edilen hastaların yaklaşık %0-20'sinde folat eksikliği tespit edilmiştir (Rondanelli ve ark., 2019). Yetişkin çölyaklılar ile yapılan bir çalışmada, sağlıklı kontrollere kıyasla çölyaklıların serum folat düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca, tüm çölyaklıların folat alımının tahmini ortalama gereksinimin (Estimated Average Requirement-EAR) altında olduğu bulunmuştur (Valente ve ark., 2015). Çorum ve Samsun'da çocuklarla yapılan bir çalışmada, sağlıklı çocuklara kıyasla çölyak hastalarının folat düzeyinin daha düşük ve homosistein düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Comba ve ark., 2018). Çocuklarla yapılan bir başka çalışmada, tedavi öncesi çölyak hastalarının homosistein

düzeyleri tedavi sonrası ve sağlıklı kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Folik asit düzeyinin tedavi öncesi hasta grubunda, tedavi sonrası hasta grubundan daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucunda, tedavi öncesi ve sonrası gruplar arasında folik asit düzeyleri açısından anlamlı farklılık bulunmasının, folik asit düzeylerinin homosisteindeki artışla daha fazla ilişkili olabileceğini gösterdiği belirtilmiştir (Beker Şanlı, Aliyazıcıoğlu, ve Kalaycı, 2015).

Folat eksikliğinde, megaloblastik anemi, DNA replikasyonun ve hücre bölünmesinin bozulması görülür. Ayrıca folat eksikliği hiperhomosisteinemi ile ilişkilidir. Metiyonin döngüsünün normal işlevini bozarak, plazma homosistein düzeyinin yükselmesine neden olabilir (EFSA, 2014b). Dolaşımdaki homosistein düzeyinin artması kardiyovasküler hastalık riski ile ilişkilendirilmektedir (Marti-Carvajal, Sola, Lathyris, ve Dayer, 2017). Folat eksikliğinin daha az yaygın olmakla birlikte, sinirlilik ve unutkanlık gelişimi ile de ilişki olduğu bildirilmiştir (EFSA, 2014b). Ciddi komplikasyonlara neden olabilen folat eksikliğinin tedavi edilmesi bu kapsamda oldukça önemlidir.

Risk altındaki popülasyonlarda çölyak tanısı sırasında ve gebelik planlayan tüm kadınlarda serum folat düzeylerinin kontrol edilmesi önerilir. Çölyakta folat eksikliğinin tedavisinde 3 ay boyunca folik asit (1 mg/gün) takviyesi kullanımı ve diyare gelişirse 400-800 µg/gün dozunda folik asit takviyesi tavsiye edilmektedir (Theethira ve Dennis, 2015).

B₁₂ Vitamini

Çölyak tanısında %0-41; tedavi alan çölyak hastalarında ise %0-31 oranında B₁₂ vitamin eksikliği bildirilmiştir (Caruso ve ark., 2013). Çölyakta ileum villus atrofi ile B₁₂ vitaminin emiliminde azalma gelişebilir. Ayrıca, çölyakta B₁₂ vitamin eksikliği; azalmış gastrik asidite, bakteriyel aşırı büyüme sıklığı, otoimmün gastrit ve intrinsik faktörün veriminin azalması, distal ince bağırsağın disfonksiyonu gibi ince bağırsak hasarının komplikasyonları ile ilişkili olabilir (Saturni ve ark., 2010; Martin-Masot ve ark., 2019). Çölyaklılarda B₁₂ eksikliği anemiye, hematolojik ve nörolojik bozukluklara neden olabilir (Martin-Masot ve ark., 2019).

Çölyak tanısı sırasında ve sonraki her 1-2 yılda bir kez veya semptomlar için serum B₁₂ düzeyinin değerlendirilmesi önerilmektedir. Eksiklik saptanan çölyaklılarda ise B₁₂ düzeyi normal

olana kadar oral olarak B₁₂ vitamini (1.000 µg) ve daha sonraki süreçte günlük glutensiz multivitamin/mineral takviyesi alımı tavsiye edilmektedir (Theethira ve Dennis, 2015).

Çölyak Hastalığında Vitamin-Mineral Eksikliklerinin Tedavisine Yönelik Bazı Öneriler

Çölyak hastalarında malabsorbsiyon nedeniyle demir, folat, kalsiyum gibi mikro besin öğelerinin eksikliği görülebilmektedir. Ayrıca glutensiz diyetle riboflavin, niacin, folat, B₁₂ vitamini gibi bazı mikro besin öğelerinin yetersiz miktarda tüketimi görülebilir (Saturni ve ark., 2010). Sağlıklı bireylere kıyasla çölyaklı bireylerin kalsiyum, demir, magnezyum, çinko gibi mineralleri ve E vitamini, folat, tiamin gibi vitaminleri daha az tükettikleri belirlenmiştir (Balamtekin ve ark., 2015; Babio ve ark., 2017). Besin ögesi eksikliklerinin şiddeti, bireylerin teşhis edilmeyen aktif hastalıkla yaşadıkları süre, bağırsak hasarının ve malabsorbsiyonun derecesi gibi farklı faktörler tarafından etkilenmektedir (Saturni ve ark., 2010). Örneğin, diyare ve steatore gelişen çölyaklılarda yağ malabsorbsiyonu sonucunda yağda eriyen vitaminler (A, D, E, K) açısından yetersizlikler görülebilir. Yağda eriyen vitaminlerin takviyesi için öneriler bireye özgü olarak değerlendirilmelidir (Garcia-Manzanares ve Lucendo, 2011). Yetersiz besin alımı olan hastalarda glutensiz multivitamin preparatları kullanılması gerekebilir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2019).

Çölyaklı bireyde villusların harabiyetinden ve laktaz enziminin eksikliğinden dolayı geçici laktoz intoleransı görülebilir. Bunun sonucunda laktozsuz diyet önerilir. Tedavide, laktaz tablet veya damlaları kullanılabilir. Mutlaka süt ve süt ürünleri tüketilecek ise laktozsuz olanlar tercih edilebilir. Laktoz intoleransı görülen çölyaklı bireyin kalsiyum ve D vitamini yönünden takviyeye ihtiyaç duyabileceği unutulmamalıdır (Niewinski, 2008; Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2019).

Çölyaklı 68 ve sağlıklı 43 olmak üzere toplam 101 çocuk ile yapılan bir araştırmada, çölyaklı çocukların diyetinin kontrollere kıyasla beslenme açısından daha az dengeli olduğu saptanmıştır. Bu araştırmada sonuçta, glutensiz diyetle rehberlik etmek, aynı zamanda demir takviyesi ve diğer mikro besin öğelerinin eksikliğini değerlendirmek için çölyak yönetimine

diyetisyenlerin katılımının gerekliliği vurgulanmıştır (Nestares ve ark., 2020).

Çölyak hastalığında vitamin-mineral eksikliklerinin tedavisi için glutensiz diyetle uyum sağlanması oldukça önemlidir, çünkü glutensiz diyetle uyumun sağlanması ile genellikle besin emiliminde iyileşme görülür. Ancak, glutensiz diyet kaynaklı besin ögesi yetersizliklerinin gelişebileceği göz önünde bulundurularak diyet izleminin dikkatlice yapılması gereklidir (Al-Toma ve ark., 2019). Bu kapsamda, glutensiz diyetle uyum sürecinde diyetisyen desteği sağlanmalı ve makro besin öğelerinin yanı sıra vitamin-mineral alımı açısından besin tüketimi değerlendirilmesi yapılmalıdır (Serin ve Akbulut, 2017). Hastalara ve yakınlarına glutensiz diyet uygulamaları ve besinlerin hazırlanması sırasında oluşabilecek gluten ile kontaminasyon olasılıkları konularında eğitim verilmesi önemlidir (Demirçeken, 2011). Tıbbi beslenme tedavisi uygulanacak çölyaklı bireyin öncelikle tıbbi öyküsü, klinik ve biyokimyasal bulguları, ağırlık kaybı, beslenme yetersizlikleri, antropometrik ölçümleri doğrultusunda beslenme durumu değerlendirilmelidir. Ayrıca hastanın ve bakım verecek yakınının eğitim durumu, öğrenme yeteneği, psikososyal ve ekonomik durumu da dikkate alınmalıdır. Çölyaklı bireyin beslenme ile ilgili tercihleri, besin tüketim alanları (okul, restoran vb.), besini hazırlayan kişi, besin hazırlama ve pişirme yöntemleri de öğrenilmelidir. Tüm bu değerlendirmeler sonucunda; bireye özgü glutensiz yeterli ve dengeli bir tıbbi beslenme planı oluşturulmalıdır (Simpson ve Thompson, 2012; Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2019). Çölyakta eksikliği sık görülebilen bazı besin öğelerine yönelik glutensiz diyetle iyileştirmeler yapılabilir. Örneğin, demir emilimini artırmak için C vitamini kaynakları ile birlikte demir kaynağı olan besinlerin tüketimi sağlanabilir ve gerekirse C vitamini takviyesi önerilebilir. Demir eksikliğinin önlenmesi açısından glutensiz diyet, hayvansal protein, kinoa, amarant, teff, koyu yeşil yapraklı sebzeler, yağlı tohumlar gibi demir kaynaklarını yeterli miktarda sağlamalıdır. Magnezyum için kuru baklagiller, yağlı tohumlar, koyu yeşil yapraklı sebzeler glutensiz diyetle bulunmalıdır. Kalsiyum için, glutensiz diyetin süt ve ürünleri içeriğinin yeterli olmasına ve kalsiyum açısından zengin diğer besinlere (pekmez, yeşil yapraklı sebzeler, kurubaklagiller, susam, fındık, fıstık gibi yağlı tohumlar) diyetle yer verilmesine dikkat edilmelidir (See ve Murray, 2006; Özkaya ve

Özkaya, 2018). B₁₂ vitamini için karaciğer, yumurta, süt, et, balık, deniz ürünleri, tavuk gibi kaynağı olan besinler tüketilmelidir. B₁₂ vitamini içeren besinler yeterince tüketilemiyorsa B₁₂ vitamini takviye şeklinde alınmalıdır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2019; Kreutz, Adriaanse, van der Ploeg ve Vreugdenhil, 2020). Özellikle vejetaryen çölyaklılarda B₁₂ vitamini takviyesi gereklidir (Pagano, 2007). Folat için karaciğer, kurubaklagiller, yeşil yapraklı sebzeler, portakal, yer fıstığı, susam, ayçiçeği gibi besinlerin tüketilmesi önerilir. Ayrıca hastalara glutensiz tahılların tüketimi önerilmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2019). Özellikle gebelik planlayan veya gebe olan çölyak hastalarında folat takviyesi yapılmalıdır (Hancock ve Koren, 2004; Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2019).

Çölyak hastasında sağlık durumu, yaş, cinsiyet gibi veriler göz önünde bulundurularak, gerekli durumlarda hekim kontrolünde vitamin-mineral takviyesi kullanılabilir (Theethira ve Dennis, 2015).

Glutensiz ürünlerin demir, folat, kalsiyum, D vitamini ve B grubu vitaminlerince zenginleştirilmesi ise çölyakta vitamin-mineral eksikliğini önlemek açısından uygulanabilecek bir diğer yaklaşımdır (Penagini ve ark., 2013).

Rehberlerde, çölyak hastalığında temel tedavinin glutensiz diyet olduğu ve glutensiz diyetin önemli ölçüde hasta eğitimini, motivasyonu ve takibini gerektirdiği belirtilmektedir (Rubio-Tapia ve ark., 2013; Bai ve Ciacci, 2017; Al-Toma ve ark., 2019; Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2019). Çölyak hastalığında tıbbi beslenme tedavisi eğitiminde, glutensiz diyete uygun şekilde tüm besin gruplarındaki çeşitli besinler ve porsiyon önerileri açıklanmalıdır. Çölyaklı bireyin etiket okuma [kaçınılması gereken içeriklerin listesi, çapraz kontaminasyon prosedürleri, beslenme beyanları (glutensiz, buğdaysız, düşük gluten gibi), kalsiyum, D vitamini, demir, posa gibi önemli besin ögesi kaynakları] bilgisi kazanması sağlanmalıdır. Çölyaklı birey, gluten alımıyla oluşabilecek riskler konusunda bilgilendirilmeli ve glutensiz diyetinde sağlıklı besin seçeneklerini tüketmek için teşvik edilmelidir. Gerekli durumlarda glutensiz diyetin sınırları içinde diğer diyet uygulamalarına (laktosuz diyet, diyabet durumunda karbonhidrat sayımı eğitimi gibi) yer verilebilir. Ayrıca, ev dışı yemek, sosyal durumlar, menü planlaması, yemek tarifleri,

market alışverişi gibi çok çeşitli durumların değerlendirilmesi hasta ile birlikte yapılmalıdır. Ağırlık artışı, konstipasyon, yüksek kolesterol gibi oluşabilecek durumların önlenmesi için beslenme önerileri hastaya detaylı biçimde açıklanmalıdır (Presutti, Cangemi, Cassidy ve Hill, 2007; Garcia-Manzanares ve Lucendo, 2011; Simpson ve Thompson, 2012; Rubio-Tapia ve ark., 2013; Al-Toma ve ark., 2019).

İzlemede diyetisyenlere, hastanın besin tüketim kayıtlarını, enerji alımını, glutensiz beslenme düzenine uyumunu, eksiklik riski olan besin öğelerinin (demir, kalsiyum, D vitamini, B grubu vitaminleri, posa, folat, niasin, çinko) alım düzeylerini ve hazırlanan glutensiz besinlerde şeker ve yağ miktarlarını değerlendirmeleri önerilir. Ayrıca beslenme hedeflerinin uygulanmasının, yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin, tıbbi durumundaki değişikliklerin (gastrointestinal, psikolojik gibi), etiket okuma becerisinin, vücut ağırlığının, ev dışı besin tüketim alışkanlıklarının değerlendirilmesi yararlı olacaktır. Bunlara ek olarak, hastanın sorularına yanıt verilmeli, yanlış veya eksik bilgi edinmesi önlenmelidir (Garcia-Manzanares ve Lucendo, 2011; Simpson ve Thompson, 2012; Al-Toma ve ark., 2019).

SONUÇ

Çölyak hastalığında vitamin-mineral eksikliklerinin tedavisi için glutensiz diyete uyum ile optimal beslenme sağlanmalı ve gerekli durumlarda besin takviyesi alınmalıdır. Ayrıca, glutensiz ürünlerin posa, demir, folat, kalsiyum, D vitamini ve B grubu vitaminlerince zenginleştirilmesi yararlı olacaktır.

Yazar Katkısı / Author Contributions: Fikir/Kavram: E.T., N.Y.A.; Tasarım: E.T., N.Y.A.; Denetleme/Danışmanlık: E.T., N.Y.A.; Analiz ve/veya Yorum: E.T., N.Y.A.; Kaynak Taraması: E.T.; Makalenin Yazımı: E.T., N.Y.A.; Eleştirel İnceleme: N.Y.A.

Hakem Değerlendirmesi / Peer-review: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması / Conflict of Interest: Yazarlar araştırmanın yürütülmesinde herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Yazarlar araştırmanın yürütülmesi sürecinde bir finansal destek almadığını beyan etmiştir.

KAYNAKLAR

- Al-Toma, A., Volta, U., Auricchio, R., Castillejo, G., Sanders, D. S., Cellier, C., ... Lundin, K. E. A. (2019). European Society for the Study of Coeliac Disease (ESsCD) guideline for coeliac disease and other gluten-related disorders. *United European Gastroenterology Journal*, 7(5), 583-613. doi:10.1177/2050640619844125
- Babio, N., Alcazar, M., Castillejo, G., Recasens, M., Martinez-Cerezo, F., Gutierrez-Pensado, V., ... Salas-Salvado, J. (2017). Patients With Celiac Disease Reported Higher Consumption of Added Sugar and Total Fat Than Healthy Individuals. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 64(1), 63-69. doi:10.1097/MPG.0000000000001251
- Bai, J. C., Ciacci, C. (2017). World Gastroenterology Organisation Global Guidelines: Celiac Disease February 2017. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 51 (9), 755-768. doi:10.1097/MCG.0000000000000919
- Balamtekin, N., Aksoy, C., Baysoy, G., Uslu, N., Demir, H., Koksall, G., ... Yuce, A. (2015). Is compliance with gluten-free diet sufficient? Diet composition of celiac patients. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 57(4), 374-379
- Beker Şanlı, D., Aliyazıcıoğlu, Y., Kalaycı, A. G. (2015). Pediatrik çölyak hastalarında homosistein, vitamin B12 ve folik asit düzeyleri. *Güncel Pediatri*, 13, 1-6. doi: 10.4274/jcp.92400
- Caruso, R., Pallone, F., Stasi, E., Romeo, S., Monteleone, G. (2013). Appropriate nutrient supplementation in celiac disease. *Annals of Medicine*, 45(8), 522-531. doi:10.3109/07853890.2013.849383
- Choudhary, G., Gupta, R.K., Beniwal, J. (2017). Bone Mineral Density in Celiac Disease. *Indian Journal of Pediatrics*, 84(5), 344-348. doi:10.1007/s12098-016-2273-1
- Choung, R. S., Unalp-Arida, A., Ruhl, C.E., Brantner, T.L., Everhart, J.E., Murray, J.A. (2016). Less Hidden Celiac Disease But Increased Gluten Avoidance Without a Diagnosis in the United States: Findings From the National Health and Nutrition Examination Surveys From 2009 to 2014. *Mayo Clinic Proceedings*, S0025-6196(16)30634-6. doi:10.1016/j.mayocp.2016.10.012
- Comba, A., Demirbaş, F., Eren, E., Çaltepe, G., Kayadibi, H., Kalaycı, A.G. (2018). Çölyak hastalarında serum homosistein düzeylerinin değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 11(3), 215-222. doi:10.31362/patd.402656
- Demirçeken, F. G. (2011). Gluten enteropatisi (Çölyak hastalığı): klasik bir öykü ve güncel gelişmeler. *Güncel Gastroenteroloji*, 15, 58-72.
- Di Nardo, G., Villa, M. P., Conti, L., Ranucci, G., Pacchiarotti, C., Principessa, L., ... Parisi, P. (2019). Nutritional Deficiencies in Children with Celiac Disease Resulting from a Gluten-Free Diet: A Systematic Review. *Nutrients*, 11(7). doi:10.3390/nu11071588
- EFSA NDA Panel (EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies). (2014a). Scientific opinion on dietary reference values for zinc. *EFSA Journal*, 12 (10), 3844, 76 pp. doi:10.2903/j.efsa.2014.3844
- EFSA NDA Panel (EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies). (2014b). Scientific opinion on dietary reference values for folate. *EFSA Journal*, 12(11), 3893, 59 pp. doi:10.2903/j.efsa.2014.3893
- EFSA NDA Panel (EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies). (2015). Scientific opinion on dietary reference values for iron. *EFSA Journal*, 13(10), 4254, 115 pp. doi:10.2903/j.efsa.2015.4254
- Faerber, E. (2011). Selenium supplement information for your gluten-free patients. Erişim tarihi 06.10.2020, http://depts.washington.edu/nutr/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/Selenium_2012.pdf
- Fathi, F., Ektefa, F., Tafazzoli, M., Rostami, K., Rostami Nejad, M., Fathi, M., ... Zali, M.R. (2013). The concentration of serum zinc in celiac patients compared to healthy subjects in Tehran. *Gastroenterology and Hepatology from Bed to Bench*, 6 (2), 92-95.
- Fernandez, C.B., Varela-Moreiras, G., Ubeda, N., Alonso-Aperte, E. (2019). Nutritional Status in Spanish Children and Adolescents with Celiac Disease on a Gluten Free Diet Compared to Non-Celiac Disease Controls. *Nutrients*, 11(10). 2329. doi: 10.3390/nu11102329.
- Foschia, M., Horstmann, S., Arendt, E. K., Zannini, E. (2016). Nutritional therapy - Facing the gap between coeliac disease and gluten-free food. *International Journal of Food Microbiology*, 239, 113-124. doi:10.1016/j.ijfoodmicro.2016.06.014
- Freeman, H. J. (2015). Iron deficiency anemia in celiac disease. *World Journal of Gastroenterology*, 21(31), 9233-9238. doi:10.3748/wjg.v21.i31.9233
- Garcia-Manzanares, A., Lucendo, A.J. (2011). Nutritional and dietary aspects of celiac disease. *Nutrition in Clinical Practice*, 2 (2), 163-173. doi:10.1177/0884533611399773
- Green, P. H., Lebwohl, B., Greywoode, R. (2015). Celiac disease. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 135(5), 1099-1106. doi:10.1016/j.jaci.2015.01.044

- Hancock, R., Koren, G. (2004). Celiac disease during pregnancy. *Canadian Family Physician Médecin De Famille Canadien*, 50, 1361-1363.
- Kavak, U.S., Yuca, A., Kocak, N., Demir, H., Saltik, I. N., Gurakan, F., Ozen, H. (2003). Bone mineral density in children with untreated and treated celiac disease. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 37 (4), 434-436. doi:10.1097/00005176-200310000-00007
- Kreutz, J.M., Adriaanse, M.P.M., van der Ploeg, E.M.C., Vreugdenhil, A.C.E. (2020). Narrative Review: Nutrient Deficiencies in Adults and Children with Treated and Untreated Celiac Disease. *Nutrients*, 12(2). doi:10.3390/nu12020500
- Leivers, C., Martin, G., Gasparetto, M., Shelley, H., Valente, M. (2014). Coeliac disease. *Paediatrics and Child Health*, 24(11), 481-484. doi:10.1016/j.paed.2014.05.004
- Mager, D.R., Qiao, J., Turner, J. (2012). Vitamin D and K status influences bone mineral density and bone accrual in children and adolescents with celiac disease. *European Journal of Clinical Nutrition*, 66(4), 488-495. doi:10.1038/ejcn.2011.176
- Marti-Carvajal, A.J., Sola, I., Lathyris, D., Dayer, M. (2017). Homocysteine-lowering interventions for preventing cardiovascular events. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(8), CD006612. doi:10.1002/14651858.CD006612.pub5
- Martin, J., Geisel, T., Maresch, C., Krieger, K., Stein, J. (2013). Inadequate nutrient intake in patients with celiac disease: results from a German dietary survey. *Digestion*, 87(4), 240-246. doi:10.1159/000348850
- Martin-Masot, R., Nestares, M.T., Diaz-Castro, J., Lopez-Aliaga, I., Alferez, M.J.M., Moreno-Fernandez, J., Maldonado, J. (2019). Multifactorial Etiology of Anemia in Celiac Disease and Effect of Gluten-Free Diet: A Comprehensive Review. *Nutrients*, 11(11), 2557. doi:10.3390/nu11112557
- Nestares, T., Martin-Masot, R., Labella, A., Aparicio, V. A., Flor-Aleman, M., Lopez-Frias, M., Maldonado, J. (2020). Is a Gluten-Free Diet Enough to Maintain Correct Micronutrients Status in Young Patients with Celiac Disease? *Nutrients*, 12 (3), 844. doi:10.3390/nu12030844
- Niewinski, M.M. (2008). Advances in celiac disease and gluten-free diet. *Journal of The American Dietetic Association*, 108(4), 661-672. doi:10.1016/j.jada.2008.01.011
- Niro, S., D'Agostino, A., Fratianni, A., Cinquanta, L., Panfili, G. (2019). Gluten-Free Alternative Grains: Nutritional Evaluation and Bioactive Compounds. *Foods*, 8 (6), 208. doi:10.3390/foods8060208
- Özkaya, V., Özkaya, Ş.Ö. (2018). Çölyak hastalığına diyetetik yaklaşım. *Selçuk Tıp Dergisi*, 34(4), 186-193. doi: 10.30733/std.2018.00906
- Pagano, A.E. (2007). The Gluten-Free Vegetarian. *Practical Gastroenterology*, 31(5), 94-106.
- Penagini, F., Dilillo, D., Meneghin, F., Mameli, C., Fabiano, V., Zuccotti, G.V. (2013). Gluten-free diet in children: an approach to a nutritionally adequate and balanced diet. *Nutrients*, 5(11), 4553-4565. doi:10.3390/nu5114553
- Popov, J., Baldawi, M., Mbuagbaw, L., Gould, M., Mileski, H., Brill, H., Pai, N. (2018). Iron Status in Pediatric Celiac Disease: A Retrospective Chart Review. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 66(4), 651-653. doi:10.1097/MPG.0000000000001761
- Presutti, R.J., Cangemi, J.R., Cassidy, H.D., Hill, D.A. (2007). Celiac disease. *American Family Physician*, 76 (12), 1795-1802.
- Reilly, N.R. (2016). The Gluten-Free Diet: Recognizing Fact, Fiction, and Fad. *The Journal of Pediatrics*, 175, 206-210. doi:10.1016/j.jpeds.2016.04.014
- Rondanelli, M., Faliva, M. A., Gasparri, C., Peroni, G., Naso, M., Picciotto, G., ... Perna, S. (2019). Micronutrients Dietary Supplementation Advices for Celiac Patients on Long-Term Gluten-Free Diet with Good Compliance: A Review. *Medicina (Kaunas)*, 55(7), 337. doi:10.3390/medicina55070337
- Rubio-Tapia, A., Hill, I.D., Kelly, C.P., Calderwood, A.H., Murray, J.A. (2013). ACG clinical guidelines: diagnosis and management of celiac disease. *The American Journal of Gastroenterology*, 108(5), 656-676. doi:10.1038/ajg.2013.79
- Rujner, J., Socha, J., Syczewska, M., Wojtasik, A., Kunachowicz, H., Stolarczyk, A. (2004). Magnesium status in children and adolescents with coeliac disease without malabsorption symptoms. *Clinical Nutrition*, 23(5), 1074-1079. doi:10.1016/j.clnu.2003.10.018
- Saturni, L., Ferretti, G., Bacchetti, T. (2010). The gluten-free diet: safety and nutritional quality. *Nutrients*, 2(1), 16-34. doi:10.3390/nu2010016
- See, J., Murray, J.A. (2006). Gluten-free diet: the medical and nutrition management of celiac disease. *Nutrition in Clinical Practice*, 21(1), 1-15. doi:10.1177/011542650602100101
- Serin, Y., Akbulut, G. (2017). Çölyak hastalığı ve glutensiz diyet tedavisine güncel yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 2(3), 192-200. doi: 10.5336/healthsci.2016-53640
- Simpson, S., Thompson, T. (2012). Nutrition assessment in celiac disease. *Gastrointestinal*

- Endoscopy Clinics of North America*, 22(4), 797-809. doi:10.1016/j.giec.2012.07.010
- Singh, P., Arora, A., Strand, T.A., Leffler, D.A., Catassi, C., Green, P.H., ... Makharia, G.K. (2018). Global Prevalence of Celiac Disease: Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 16(6), 823-836.e2. doi:10.1016/j.cgh.2017.06.037
- Theethira, T.G., Dennis, M. (2015). Celiac disease and the gluten-free diet: consequences and recommendations for improvement. *Digestive Diseases*, 33(2), 175-182. doi:10.1159/000369504
- Thompson, T. (1999). Thiamin, riboflavin, and niacin contents of the gluten-free diet: is there cause for concern? *Journal of the American Dietetic Association*, 99(7), 858-862. doi:10.1016/S0002-8223(99)00205-9
- Thompson, T., Dennis, M., Higgins, L. A., Lee, A. R., Sharrett, M. K. (2005). Gluten-free diet survey: are Americans with coeliac disease consuming recommended amounts of fibre, iron, calcium and grain foods? *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 18 (3), 163-169. doi:10.1111/j.1365-277X.2005.00607.x
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2017). Çölyak ve Görülme Sıklığı. Erişim tarihi 06.10.2020, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/metabolizma-ve-colyak/%C3%A7%C3%B6lyak-ve-g%C3%B6r%C3%BClme-s%C4%B1kl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.html>
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Daire Başkanlığı. (2019). Çölyak Hastalığında Aile Hekimleri İçin Tanı, Tedavi ve İzlem Rehberi, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1111, Ankara.
- Ünal, F., Umman, C., Cebe Tok, A., Semizel, E., Ecevit, Ç.Ö., Özdemir, S., ... Kasırga, E. (2012). Glutensiz diyet alan çölyak hastası çocuklarda serum selenyum düzeyleri. *Güncel Pediatri*, 10(2), 55-58.
- Valente, F.X., Campos, T., Moraes, L. F. S., Hermsdorff, H. H. M., Cardoso, L., M., Pinheiro-Sant'Ana, H.M., ... Peluzio, M.C.G. (2015). B vitamins related to homocysteine metabolism in adults celiac disease patients: a cross-sectional study. *Nutrition Journal*, 14, 110. doi:10.1186/s12937-015-0099-8
- Vici, G., Belli, L., Biondi, M., Polzonetti, V. (2016). Gluten free diet and nutrient deficiencies: A review. *Clinical Nutrition*, 35 (6), 1236-1241. doi:10.1016/j.clnu.2016.05.002
- Zanchetta, M.B., Longobardi, V., Bai, J.C. (2016). Bone and Celiac Disease. *Current Osteoporosis Reports*, 14(2), 43-48. doi:10.1007/s11914-016-0304-5
- Zylberberg, H.M., Lebwohl, B., RoyChoudhury, A., Walker, M.D., Green, P.H.R. (2018). Predictors of improvement in bone mineral density after celiac disease diagnosis. *Endocrine*, 59(2), 311-318. doi:10.1007/s12020-017-1488-x



BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ VE ARAŞTIRMALARI DERGİSİ BANU Journal of Health Science and Research

DOI: 10.46413/boneyusbad.820235

Derleme makale / Review

Doğum Ağrısının Giderilmesinde Rebozo Tekniği

Rebozo Technique in Relief of Delivery Pain

Özden TANDOĞAN¹ 

Ümran OSKAY² 

¹ Haliç Üniversitesi
Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Öğr. Gör.

² İstanbul Üniversitesi-
Cerrahpaşa Florence
Nightingale Hemşirelik
Fakültesi, Kadın Sağlığı
ve Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim
Dalı, Prof. Dr.

Sorumlu yazar /
Corresponding author:
Özden Tandoğan

ozdentandogan@halic.edu.tr

Geliş tarihi / Date of
receipt: 05.11.2020

Kabul tarihi / Date of
acceptance: 24.03.2021

Atıf/Citation: Tandoğan,
Ö., Oskay, Ü. (2021).
Doğum Ağrısının
Giderilmesinde Rebozo
Tekniği. BANU Sağlık
Bilimleri ve
Araştırmaları Dergisi.
3(1), 39-44. doi:
10.46413/boneyusbad.82
0235

Bu makale Haliç
Üniversitesi 1.Ulusal
Kadın Sağlığı
Kongresi'nde Poster
bildiri olarak
sunulmuştur.

ÖZET

Doğum ağrısı kadınların yaşamlarında deneyimlediği bilinen en şiddetli ağrılardan biridir. Bu deneyimde algılanan ağrı, eylem ile ilgili bilgi veren doğal bir sürecin parçası olarak görünse de arka planda rahatsızlık, huzursuzluk, sinirlilik gibi anneyi zorlayan duyuşsal farklılıkları da ortaya çıkarmaktadır. Günümüzde bu farklılıkların gözardı edilmeye başlanıldığı, doğumun doğallığından uzaklaştığı, ağrının giderilmesinde müdahaleli ve sezeryan doğumların rol aldığı göze çarpmaktadır. Doğum ağrısının giderilmesinde basit ve ucuz olan ayrıca kadınların içlerinde zaten varolan güçlerini ortaya koyabilen noninvaziv yöntemlerin kullanımı, anne ve fetüs sağlığı üzerinde olumlu etkiler yaratmaktadır. Çok eski zamanlardan beri kullanılan Rebozo Tekniği Latin Amerika kökenli olup invaziv olmayan pratik bir uygulamadır. Batı ülkelerinde kullanımı ivme kazanan Rebozo Tekniği; doğum öncesinde, doğum sırasında ve doğum sonunda kullanılabilir. Rebozo Tekniği'nin kullanımının yaygınlaştırılması ile kadınlar doğumun doğallığını deneyimlerken doğumdaki memnuniyetini de doğrudan etkileyebilir. Bu durumda ebe/hemşireler tarafından Rebozo Tekniği nonfarmakolojik bir yöntem olarak doğumhanelerde kullanılması yaygınlaştırılmalıdır. Bu derlemede, Rebozo Tekniği ele alınmış, doğumun ikinci evresinde kullanımları ve etkilerinin önemi vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler; Doğum ağrısı, Ebelik/hemşirelik, Nonfarmakolojik yöntem, Rebozo,

ABSTRACT

Labor pain is one of the most severe pain known to women to experience in their lives. Although the perceived pain in this experience seems to be a part of a natural process that provides information about the action, it also reveals sensory differences such as discomfort, restlessness and irritability in the background that force the mother. Nowadays, it is striking that these differences are ignored, the naturalness of the birth is moved away, and interventional and cesarean births play a role in relieving pain. The use of non-invasive methods, which are simple and inexpensive to relieve the pain of labor, and that can reveal the strengths of women already existing in them, have positive effects on maternal and fetal health. The Rebozo Technique, which has been used since ancient times, is a non-invasive practical application that originated in Latin America. Rebozo Technique, which gained momentum in Western countries; It can be used before, during and after birth. With the widespread use of the Rebozo Technique, women can experience the naturalness of birth and directly affect their satisfaction at birth. In this case, the use of the Rebozo Technique as a non-pharmacological method by midwives / nurses should be made widespread in delivery rooms. In this review, the Rebozo Technique is discussed, and the importance of its uses and effects in the second stage of labor is emphasized.

Keywords; Labor pain, Midwifery/nursing, Nonpharmacological method, Rebozo

GİRİŞ

Doğum ağrısı bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrı türlerinden biri olmakla birlikte fizyolojik, psikolojik ve sosyal bileşenlere dayanan çok yönlü bir deneyimdir. Bu deneyimde algılanan ağrı, eylem ile ilgili bilgi veren doğal bir sürecin parçası olarak görünse de arka planda rahatsızlık, huzursuzluk, sinirlilik gibi anneyi zorlayan duyuşsal farklılıkları da ortaya çıkarmaktadır (Özsoy, Yıldız, Gülcü ve Müberra, 2018; Ergin ve Mallı, 2019). Teknolojide yaşanan hızlı ilerlemelere ilişkin doğumun doğallığından uzaklaşılması ile kadınlarda ortaya çıkan bu farklılıklar gözardı edilmeye başlanılmış müdahaleli doğum ve sezeryan oranları yıllar içerisinde giderek artmıştır. Tüm bunlara paralel olarak kadınlar içlerinde varolan güçlerini yitirmiş doğum korkulan bir eylem halini almıştır.

Doğum sürecinde yaşanan olumlu ve olumsuz durumlar maternal ve neonatal sağlığı etkilerken, doğumdan beklenen memnuniyeti azaltmaktadır (Karaca Saydam ve Akın, 2017; Gönenç, 2013). İntrapartum süreçte doğum ağrısının yönetiminde uygulanacak olan ebek/hemşirelik bakımı öncelikli bir konudur. Ayrıca verilen profesyonel bakım kadınların doğum deneyiminden memnuniyetlerini de artırmakta; kadının kendi doğumuna aktif katılmasını, emzirme süresi ve oranlarını, yenidoğanın emme davranışını, anne ve bebek arasındaki bağı ve kadının doğum sonu ruhsal sağlığını da olumlu etkilemektedir (Abanak ve Karaçam, 2018; Uçar ve Gölbaşı, 2015; Tatarlar ve Tokat, 2016). Kadınların doğum sürecinde ağrı ile baş etmelerinin geliştirilmesi verilen profesyonel destek ile sağlanabilmektedir.

Doğum ağrısını gidermeye yönelik farmakolojik ve nonfarmakolojik uygulamalar yapılmaktadır. Farmakolojik yöntemler ağrıyı azaltırken, kadınların doğumun fizyolojik gerçeğinden uzaklaşmasına, kadının ve ailesinin kendisi ile ilgili durumlarda dışarıda bırakılmasına, doğumun medikalize bir duruma dönüşmesine neden olmaktadır. Bunun aksine nonfarmakolojik yöntemler, kadınların doğum ağrısıyla birlikte olmasını sağlayarak, doğum ağrısını yönetmede bir araç olarak kullanılabilir. Dünya Sağlık Örgütü doğumda nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılmasını önermektedir (WHO, 2013). Nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanması kadınların ağrıyla birlikteliklerinin sağlanması doğumu doğal bir olay olarak kabul görmesini sağlamakta normal doğumda gebe memnuniyetini arttırarak sezaryen oranlarının azaltılmasında

etkili olabilmektedir. Ayrıca nonfarmakolojik yöntemler, anneler tarafından sevilen ve doğumda konforlu bulunan yöntemlerdir. İsveç'te geniş kapsamlı yapılan bir çalışmayla (n= 936), nonfarmakolojik yöntemlerin doğum ağrısının yönetiminde nulliparlar arasında daha yaygın olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte nonfarmakolojik yöntemlerin doğum deneyimi üzerinde olumlu bir etkisi olduğu ve kadınlar arasında nonfarmakolojik yöntemlere eğilim olduğu da görülmektedir (Lindholm ve Hildingsson, 2015). Bilinen nonfarmakolojik yöntemler; Biofeedback, müzik, yoga, doğum topu egzersizi, masaj, refleksoloji, akupunktur, akupressür, hayal kurma, dikkat dağıtma, hareket özgürlüğü, hipnoz, Traskütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu, intradermal steril su enjeksiyonu, aromaterapi olarak sıralanmaktadır (Mamuk ve Davas, 2010; Yeşildağ ve Gölbaşı, 2018). Bunlardan bir diğeri de geleneksel uygulamalardan biri olan Rebozo Tekniğı'dir. Bu yöntem, Latin Amerika kökenli 'Rebozo' adı verilen pratik bir uygulamadır (Iversen, Midtgaard, Ekelin ve Hegaard, 2017). Bu derlemede rebozo uygulamasının doğumun ikinci evresinde kullanımı ve doğuma katkılarına ilişkin eldeki verilerin doğrultusunda incelenmesi amaçlanmıştır.

REBOZO TEKNİĞİ

Doğum sürecinde ağrıyla baş etmede; kullanımı basit, maternal ve neonatal sağlığına herhangi bir yan etkisi olmaması gibi olumlu yönlerinden dolayı nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımı giderek artmaktadır (Akın ve Saydam, 2017). Latin Amerika'da kullanımı gün geçtikçe artan nonfarmakolojik yöntemlerden biri olan Rebozo Tekniğı, gelişmiş ülkelerde etkin bir şekilde kullanılmaktadır. Bu tekniğın kolay uygulanabilir olması ebeler tarafından gebelik dönemi, doğum süreci ve postpartum dönemde yaygın olarak kullanılan tekniklerden biri halini almıştır.

Rebozo kadınlar tarafından başlarına sarılarak kullanılan iki metre uzunluğunda 70cm genişliğinde uzun ve renkli bir kumaştır. Bu tekniğın rahat ve kolay uygulanabilmesi açısından kumaşın uzun ve dokusunun esneyebilen pamuk kumaştan olması oldukça önemlidir (Iversen ve ark., 2017).

Rebozonun doğum sürecinde kullanım amacı; annenin pelvisinde ritmik bir hareket yaratarak ağrının giderilmesi ve pelvis kaslarını gevşeterek fetüsün doğum için uygun bir pozisyona

girmesine yardımcı olmaktadır. Bununla birlikte ağrının hafifletilmesinin yanı sıra; bel ağrısı, stres, yorgunluk, bebeğin anne karnında pozisyon değişiklik ihtiyacı gibi zamanlarda etkili olması sebebiyle vücutta pek çok bölgeye uygulanabilmektedir. Bu teknik doğumda kadın uzanırken, ayakta iken veya elleri ve dizleri üzerindeyken ebe veya hemşireler tarafından çeşitli pozisyonlarda kullanılmaktadır. Literatürde Rebozo Tekniği'nin kullanımı ile çalışmalar sınırlı olduğundan uygulama süresi henüz tam olarak bilinmemektedir. Kontraksiyonlar sırasında 5-10 dakika arasında uygulanabilir ya da kadının tercihi doğrultusunda bu süre uzatılıp kısaltılabilir (Iversen ve ark., 2017; Spinnigbabies, 2020). Cohen ve Thomas (2015) yaptıkları çalışmada; rebozonun pelvik ligamentlerde gevşetme sağladığı böylece kardinal hareketlerin kolaylaşması ile doğumun hızlandığı sonucuna ulaşmışlardır (Cohen ve Thomas, 2015). Iversen ve arkadaşlarının (2017) kadınların doğum sırasında Rebozo Tekniğiyle ilgili deneyimlerini araştıran nitel çalışmasında ise, uygulanan grupta ağrı anlamlı bir şekilde düşük bulunmuş ayrıca doğum sürecinde ebe/hemşire desteği kadınlar üzerinde olumlu psikolojik etki yarattığı sonucuna varılmıştır (Iversen ve ark., 2017). Rebozo Tekniği'nin doğum ağrısında etkili olması, kontraksiyonlar sırasında gevşemenin sağlanması, doğum süresini kısaltması ve doğum sürecinde yaşanan anksiyete üzerinde oldukça etkili olmasının yanında ucuz ve basit bir yöntem olduğu için kullanımının yaygınlaştırılması gerekmektedir. Uluslararası yayınlanmış araştırmalar, Rebozo Tekniği'ne ilişkin verilerin kısıtlı olduğunu belirtirken, ülkemizde henüz Rebozo Tekniği ile ilgili bir çalışma bulunmamaktadır.

Doğumun İkinci Evresinde Rebozo Tekniği'nin Kullanımı

Rebozo Tekniği 1

Bu pozisyon bebeğin doğum kanalından aşağı inmesinde etkili olmaktadır. Kadın doğum topuna sırtını yaslar ve çömelerek oturur. Eşi ya da sağlık profesyoneli tarafından rebozo kadının kollarının altına yerleştirilir. Kontraksiyon sırasında, kadın ıkınma dürtüsünü hissettiğinde, destek sağlayan kişi tarafından tutulan rebozoyu çeker. Her bir kasılmadan sonra rahatlamak ve bir sonraki kasılmaya hazırlanmak için geriye doğru gevşeme hareketi yapar. Bu gevşeme hareketinde pelvisin serbest kalması gerekir, böylece sakrum bölgesine

olan baskı en aza inmiş olur (Perez, 2014).



Kaynak: Perez, 2014

Rebozo Tekniği 2

Doğum sürecindeki anne adayını, dizlerinin ve bacaklarının üzerine ağırlığını vererek; kollarını doğum topunun üzerine yaslar. Kalçalarını kol hizasından daha aşağı bir seviyede, vücudunun rahat edeceği şekilde serbest bırakır. Kalçalarının ağırlığını topuklarının üzerine vererek dinlenebilir (Büyümüş uterus ağırlığını, topuklara



Kaynak: Perez, 2014

yerleştirmek için dizler ayrılmalıdır). Doğum topuna kollarını uzatarak ileri-geri hareket ederek sırt kaslarını gevşetebilir. Kontraksiyonlar sırasında doğum topu yerine rebozoyu kullanabilir. Önünde duran kişinin tuttuğu rebozo ile ileri-geri hareket ederek aynı şekilde sırt kaslarını gevşetebilir (Perez, 2014).

Rebozo Tekniği 3

Birçok kültürün doğum hikayelerinde, doğum yapan kadının ağaçtaki bir ipe asılı şekilde çömeldiği resmedilir. Rebozo Tekniği de buna benzer bir şekilde kullanılabilir. Kadın çömelme pozisyonunda iken kollarının altından rebozo geçirilir. Çömelme pozisyonunda olan kadını desteklemek için rebozonun ucu eş/ sağlık



Kaynak: Perez, 2014

profesyoneli tarafından tutulur. Böylece kadının dengesi sağlanmış olur. Kadın kontraksiyonlar sırasında rebozoyu çekerek ıkınır. Kontraksiyon geçtikten sonra bu pozisyonda dinlenebilir veya bir sonraki kasılmanın başlangıcına kadar doğrulabilir veya dolaşabilir. Bu pozisyon daha sert bir zemine bağlanan daha uzun bir rebozo ile de gerçekleştirilebilir. Doğum yapan kadın, eş ya da sağlık personeli tarafından desteklenmek yerine bağlanmış rebozoya asılabilir. Aynı zamanda bu pozisyon yer çekiminin etkisiyle doğumu hızlandırdığını da düşündürmektedir (Perez, 2014).

Rebozo Tekniği 4

Kadın çömelerek sırtını doğum topuna yaslar. Eş ya da doğum destekçisi doğum topuna oturarak kadının sabitlenmesine yardımcı olur. Böylece sağlık personeli tarafından etkili ve konforlu bir biçimde rebozoyu kullanılmasına olanak sağlanır. Doğum yapacak anne adayları kontraksiyonlar

sırasında ıkınma dürtüsüyle rebozoyu çeker. Bu sırada eşi hafif bir masaj veya rahatlatıcı sözlü destek sağlayabilir. Bir sonraki kontraksiyona kadar kadın topa yaslanabilir ve dinlenebilir (Perez, 2014).

Rebozo Tekniği 5

Birçok kadın direklere, asılı halatlara veya düğümlü bez parçalarına tutunarak çömelme şeklinde doğurmuşlardır. Asılı halde iken, pelvisin tamamen mobilize olmasına, vücudun yerçekimi ile uyumlu çalışmasına olanak sağlamaktadır. Böylece uterusu daha fazla kan akımı sağlanırken fetüsün de doğum kanalında ilerlemesi kolaylaşmaktadır. Doğumun ikinci evresinde;



Kaynak: Perez, 2014

kadının ayakta durmasında ya da çömelmesinde kullanılan rebozo, optimal fetal oksijenasyon, minimal gerginlik, optimum iniş açısı, pelvis çıkımı boyunca fetüsün inişi, rotasyonu ve çıkışı için maksimum alan yarattığı için doğuma yardımcı olabilir. Ayrıca suda doğum yapan kadının dik veya dike yakın durulan oturma pozisyonlarında, rebozoya asılarak kolay dengede kalması sağlanabilir. Böylece optimum pozisyonda rahatlık sunularak suda doğumu gerçekleştirebilir. Resimde görüldüğü gibi, doğum yapacak kadının asılı kalacağı şekilde Rebozo uygulaması yapılabilir (Pehlivan ve Bozkurt, 2020; Perez, 2014).



Kaynak: Perez, 2014



Kaynak: Perez, 2014

SONUÇ

Geleneksel bir uygulama olan Rebozo Tekniği, doğumun ikinci evresinde kullanımları ve etkilerinin önemi eldeki literatür ışığında irdelenmiştir. Batı ülkelerinde Rebozo Tekniği, doğum öncesi, doğum eylemi ve doğum sonrasında kullanılabilen basit, ucuz ve rahatlatıcı bir nonfarmakolojik yöntemlerinden biri olarak görülmektedir. Ancak kullanımı yaygın olmasına rağmen yeterince araştırmanın henüz yayınlanmadığı, ülkemizde ise yeni bilinen bu yöntem hakkında herhangi bir çalışmanın yapılmadığı göze çarpmaktadır. Bu tekniğin sağlık

profesyonelleri tarafından uygulanması, doğum yapan kadının kendi iç bilgeliğinden yararlanarak kadının yeteneklerine olan güvenini artıracak, hamilelik, doğum ve doğum sonrasında kadınlara rahatlatarak özellikle fizyolojik ağrı ile baş etmesine yardımcı olacaktır. Kültürel uygulamalardan yararlanması, müdahaleli doğum oranlarının azaltılmasına, kadının kendi doğumuna aktif katılmasına, anne bebek bağının güçlenmesine, doğum memnuniyetinin artmasına ve sağlıklı bir doğum eylemi deneyimlenmesine de katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Rebozo Tekniği'nin doğumun ikinci evresinde kullanılması doğumu hızlandırabilir ve doğum ağrısını hafifletebilir. Bu bağlamda ülkemizde gebelik, doğum ve doğum sonunda Rebozo Tekniği'nin uygulanması ve sağlık personelleri tarafından Rebozo Tekniği'nin etkisini inceleyen kanıt temelli çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Yazar Katkısı / Author Contributions: Fikir/Kavram: Ö.T.; Tasarım: Ö.T.; Denetleme/Danışmanlık: Ü.O.; Analiz ve/veya Yorum: Ö.T, Ü.O.; Kaynak Taraması: Ö.T.; Makalenin Yazımı: Ö.T.; Eleştirel İnceleme: Ü.O.

Hakem Değerlendirmesi / Peer-review: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması / Conflict of Interest: Yazarlar araştırmanın yürütülmesinde herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Yazarlar araştırmanın yürütülmesi sürecinde bir finansal destek almadığını beyan etmiştir.

KAYNAKLAR

- Akın, B., Saydam, B.K. (2018). Algılanan doğum ağrısının azaltılmasına yönelik yeni bir yaklaşım: doğum dansı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (3), 218-224.
- Amanak, K., Karaçam, A. (2018). Sezaryen ile doğum yapan kadınların postpartum erken dönemde öz bakım ve bebek bakımı konularında yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 28 (1), 17-22.
- Cohen, S.R., Thomas C.R. (2015). Rebozo Technique for fetal malposition in labor. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 60(4), 445-451. doi: 10.1111/jmwh.12352.
- Esencan Yılmaz, T. (2018). Yoga ve meditasyonun doğum sürecine etkisi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Anabilim Dalı, İstanbul.

çalışmalarının incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 104-111.

Ergin, A., Mallı, P. (2019). Doğumda kullanılan aromaterapiler: sistematik derleme. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 72-80. doi: 10.30934/kusbed.496775

Gönenç, M.İ. (2013). Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerden masaj ve akupressürün algılanan doğum ağrısına, gebenin anksiyete ve maliyete etkisi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Ankara.

Iversen, M.L., Midtgaard, J, Ekelin, M., Hegaard, K. (2017). Danish women's experiences of the Rebozo technique during labour: a qualitative explorative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 11, 79-85. doi: 10.1016/j.srhc.2016.10.005

Lindholm, A., Hildingsson, I. (2015). Women's preferences and received pain relief in childbirth—a prospective longitudinal study in a northern region of Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(2), 74-81. doi: 10.1016/j.srhc.2014.10.001

Mamuk, R., Davas, N.İ. (2010). Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 44 (3), 137-144.

Spinnigbabies. (2020). Spinnigbabies. <https://spinningbabies.com>. Erişim Tarihi: 16.02.2021

Özsoy, F., Yıldız, M., Gülücü, S., Müberra, K. (2018). Doğum ağrısı ve bazı psikiyatrik özellikler arasındaki ilişki. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(2), 43-47.

Pehlivan, N., Bozkurt, Ö.D. (2020). Doğumun ikinci evresinde dikey pozisyon: dikey doğum koltuğu. *Acta Medica Nicomedia*, 3(1), 42-48.

Perez P. (2014) *The magic of rebozo use in perinatal care, the nurturing touch at birth a labor support handbook*. Third Edition Revised and Enlarged; 131-134

Serçekuş, P., İspir, G. (2012). Aktif doğum yaklaşımının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(1), 97-102.

Tatarlar, A., Tokat, M. (2016). Vajinal doğum sırasında yaşanan korkunun laktasyona, emme davranışlarına ve ilk emzirme sonuçlarına etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(2), 83-91.

Uçar, T., Gölbaşı, Z. (2015). Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4 (2), 54-58.

Yeşildağ, B., Gölbaşı, Z. (2018). Doğum ağrısının yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlerin etkinliğini değerlendiren lisansüstü tez



BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ VE ARAŞTIRMALARI
DERGİSİ
BANU Journal of Health Science and Research

DOI: 10.46413/boneyusbad.864878

Derleme Makale / Review

Covid-19 Pandemi Sürecinde Kanser Bakım Yönetimi
Cancer Care Management During Covid-19 Pandemic

Aslıhan ÖZTÜRK¹ 

Derya ÇINAR² 

ÖZET

¹ İzmir Bakırçay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı, Araş. Gör.

² İzmir Bakırçay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı, Dr. Öğr. Üyesi

Sorumlu yazar / Corresponding author:
Aslıhan Öztürk

aslihan.ozturk@baki.rcay.edu.tr

Geliş tarihi / Date of receipt: 19.01.2021

Kabul tarihi / Date of acceptance: 10.03.2021

Atıf/Citation: Öztürk, A., Çınar, D. (2021). Covid-19 Pandemi Sürecinde Kanser Bakım Yönetimi. *BANÜ Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*. 3(1), 45-51. doi:10.46413/boneyusbad.864878

Bu çalışma, 18-19 Aralık 2020 tarihleri arasında 2. Uluslararası 3. Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Yeni kanser teşhisi konulan, kanser tedavisi (kemoterapi, radyoterapi, immünoterapi, endokrin tedavisi vb.) devam eden veya yakın zamanda tedavisi sonlanan kanser hastaları, yapılan tedaviler nedeni ile enfeksiyona daha duyarlı hale gelmektedir. Koronavirüs hastalığı (COVID-19) sürecinde kanser hastalarının daha yüksek risk altında olduğu, morbidite ve mortalite artış hızının daha fazla olabileceği ve gerekli önlemlerin alınması gerekliliğinin önemi yapılan araştırmalarda bildirilmiştir. Kanser hastalarının tanı, tedavi ve izlemlerinin devamlılığının sağlanması ve enfeksiyon yönetiminin yapılması olası risklerin önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. COVID-19 pandemi sürecinde kanser hastalarının bakım yönetimi; enfeksiyon riskini en aza indirmek ve kanser hastalarının sağ kalımını sürdürmek amacı ile hazırlanan ulusal ve uluslararası güncel rehberlerin önerileri doğrultusunda sürdürülmelidir. Pandemi sürecinde kanser hastalarının ve onkoloji hemşirelerinin güvenliği ve sağlığı için uygun stratejiler planlanması gerekmektedir. Bu makale, COVID-19 pandemi sürecinin kanser hastalarının bakımına yansımaları ve ulusal/uluslararası güncel rehberler doğrultusunda kanser bakım hizmet sunumunu vurgulamak amacı ile derlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, Hemşirelik Bakımı, Onkoloji Hemşireliği, Pandemi, Tümör

ABSTRACT

The Cancer patients who are newly diagnosed with cancer, whose cancer treatment (chemotherapy, radiotherapy, immunotherapy, endocrine therapy, etc.) continues or whose treatment has recently been terminated become more susceptible to infection due to the treatments. During the coronavirus disease (COVID-19) process, it has been reported that cancer patients are at higher risk, the rate of increase in morbidity and mortality may be higher, and the importance of taking necessary precautions has been reported. Ensuring the continuity of diagnosis, treatment and follow-up of cancer patients and performing infection management are of great importance in terms of preventing possible risks. Care management of cancer patients during the COVID-19 pandemic; It should be continued in accordance with the recommendations of national and international updated guidelines prepared with the aim of minimizing the risk of infection and maintaining the survival of cancer patients. During the pandemic process, appropriate strategies should be planned for the safety and health of cancer patients and oncology nurses. This article has been compiled with the aim of emphasizing the reflections of the COVID-19 pandemic process on the care of cancer patients and providing cancer care services in line with national and international current guidelines.

Keywords: Covid-19, Nursing Care, Oncology Nursing, Pandemic, Tumor

GİRİŞ

COVID-19, ilk olarak Aralık 2019 tarihinde tespit edilmiş olup ilk vaka görülmüştür. 2019 yılında, koronavirüs hastalığı (COVID-19) olarak bilinen SARS-CoV-2' nin neden olduğu hastalık, Dünya Sağlık Örgütü (World Health and Organization-WHO) tarafından 11 Mart 2020'de pandemi olarak ilan edilmiştir (Dai ve ark., 2020; Portnoy, Waller, Elliot, 2020). Avrupa ülkelerinde ilk olgular 24 Ocak tarihinde görülürken Türkiye' de ise ilk olgunun 13 Mart 2020 tarihinde görüldüğü bildirilmiştir (Cinar ve ark., 2020; Şahan, Özgür, Arkan, Alagüney ve Demiral, 2020).

Yayıma hızı yüksek yeni tip koronavirüs olarak tanımlanan COVID-19, kendiliğinden mutasyona uğramış bir virüsün neden olduğu bulaşıcı bir hastalıktır (Bebitoğlu, Oğuz, Hatiboğlu ve Kam, 2020; Beköz, Bilgen ve Anak, 2020; Bergoff ve ark., 2020). Virüsün damlacık yolu ve temas ile bulaştığı belirtilmektedir. Hastalık; kişiden kişiye, COVID-19 ile enfekte olmuş bir kişinin öksürmesi, hapşırması ile açığa çıkan damlacıkların solunması ve hasta kişiden yayılan virüsün el, ağız, burun ve göze teması ile bulaşmaktadır (Dai ve ark., 2020; Şahan ve ark., 2020; Bebitoğlu ve ark., 2020).

Ateş, öksürük, nefes darlığı ve yorgunluk gibi semptomların hem akciğer kanseri hem de COVID-19 enfeksiyonu belirtileri olduğu bildirilmiştir. Klinik tanı olarak ise çekilen toraks BT sonuçlarında hızla ilerleyen bilateral infiltrate alanların ve buzlu cam görüntülerinin olmasına bağlı akciğer kanseri tanılı hastaların daha fazla risk altında olduğu açıklanmıştır (Cinar ve ark., 2020; Miyashita ve ark., 2020; European Centre for Disease Prevention and Control, 2020). COVID-19' un tanı olarak ayırt edilebilmesi için öncelikle virüsün izolasyonu gerçekleştirilerek virüsün tam gen tespitinin yapıldığı bildirilmiş, şüpheli kişilerden üst ve alt solunum yollarından PCR testi için örnekler alınmasına karar verilmiştir. Buna bağlı olarak PCR testinin tanıda kullanılması uygun görülmüştür (Bebitoğlu ve ark., 2020; Bergoff ve ark., 2020; Kebudi, 2020; ECDC, 2020; Aslan, 2020; Burki, 2020; Dikmen, Kına, Özkan ve İlhan, 2020). Bu nedenle akciğer kanseri ön tanısı ile tetkik edilip COVID-19 şüphesi olan hastalarda virüsün erken teşhis edilip gerekli tedavinin sağlanmasının gerekliliği, morbidite ve mortaliteyi kontrol altına almanın önemi belirtilmektedir (Cinar ve ark., 2020; Miyashita ve ark., 2020; Dikmen ve ark., 2020).

Mevcut veriler, COVID-19 enfeksiyonuna karşı

yaşlıların, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kardiyovasküler hastalık veya kronik böbrek yetmezliği, diyabet, kanser gibi kronik hastalıkları olan ve altta yatan komorbiditeleri olan bireylerin daha savunmasız olduğunu göstermektedir. Tedavisi tamamlanmış veya kontrol altında olan ve aktif kanser tedavisi (neoadjuvan veya adjuvan cerrahi, kemoterapi ve/veya radyoterapi, biyolojik terapi, endokrin tedavisi ve immünoterapi) alan hastalar COVID-19 pandemi sürecinde risk grubunda yer almaktadır (Burki, 2020). Kanser hastalarında COVID-19 enfeksiyon insidansını bildiren sistematik bir veri henüz mevcut değildir. Bununla birlikte, Çin, İtalya ve Amerika' dan bildirilen sınırlı veriler, kanser hastalarının COVID-19 enfeksiyonu için yüksek bir risk grubu olduğunu doğrulamaktadır (Dai ve ark., 2020; Kebudi, 2020; Lazzerini ve ark., 2020). COVID-19 enfeksiyonundan etkilenen kanser hastaları ile yapılan ilk kohort çalışmasına göre; metastazı olmayan kanser hastaları ile kanser olmayan hastaların deneyimledikleri kritik durumların benzer sıklıkta görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca, cerrahi tedavi alan kanser hastalarında ciddi komplikasyon gelişme riski yüksek iken, sadece radyoterapi uygulanan kanser hastalarında kanser olmayan hastalara göre komplikasyon gelişme riskinde anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Dai ve ark., 2020). Yapılan araştırmalar sonucunda; Çin' in COVID-19 hasta popülasyonunun %1 ini kanser tanısı alan, %28' ini ise akciğer kanseri tanılı hastaların oluşturduğu bilinmektedir (Miyashita ve ark., 2020; Lazzerini ve ark., 2020; Hatipoğlu, 2020). Yapılan başka bir çalışmada, virüsün solunum yollarına kısa sürede etki ederek ciddi boyutlarda Akut Respiratuar Distres Sendromu' na (ARDS) yol açmasından dolayı özellikle erkek kanser hastalarında (küçük hücreli dışı akciğer kanseri olan ve 60 yaş üzeri) bulaş riskinin daha fazla olduğu belirtilmiştir (Aslan, 2020; Dikmen ve ark., 2020; Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması, 2020).

Son bir ay içinde cerrahi tedavi veya kemoterapi alan kanser hastalarının (hematolojik kanser, akciğer kanseri veya metastatik kanser (Evre IV) olan hastalar) daha yüksek risk grubunda olduğu bildirilmiştir. Bunun yanı sıra, COVID-19 enfeksiyon tanısı konulan hastaların yoğun bakım gereksinimlerinin diğer hastalara oranla daha fazla olduğu ve genel durumlarının kısa sürede kötüleştiği belirtilmektedir. Amerika' da yapılan çalışmada ise COVID-19 tanılı hastaların %6' sını kanser hastalarının (meme kanseri, prostat

kanseri, kolorektal kanseri) oluşturduğu ve bu hastaların genel durumlarının kötüleşerek, entübasyon gereksinimlerinin olduğu bildirilmektedir (Burstein, Griggs, Prestrud ve Temin, 2020).

Bu doğrultuda, kanser hastalarının tanı, tedavi ve izlemlerinin devamlılığının sağlanması ve enfeksiyon yönetiminin yapılması olası risklerin önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. COVID-19 pandemi sürecinde kanser hastalarının bakım yönetimi; enfeksiyon riskini en aza indirmek ve kanser hastalarının sağ kalımını sürdürmek amacı ile hazırlanan ulusal ve uluslararası güncel rehberlerin önerileri doğrultusunda sürdürülmelidir. Pandemi sürecinde kanser hastalarının ve onkoloji hemşirelerinin güvenliği ve sağlığı için uygun stratejiler planlanması gerekmektedir. Bu derleme, COVID-19 pandemi sürecinin kanser hastalarının bakımına yansımaları, ulusal ve uluslararası güncel rehberler doğrultusunda kanser bakım hizmeti sunumunu vurgulamak amacı ile derlenmiştir.

Pandemi Sürecinde Kanser Bakım Yönetimi

Kanser bireyi biyolojik, fiziksel ve ruhsal yönleri ile etkileyen bir sağlık sorunudur. Kanser hastaları hastalık süreci ve kemoterapi, radyoterapi ve immunoterapinin yan etkileri nedeni ile ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, mukozit, alopesi, depresyon, anksiyete gibi fiziksel ve psikolojik birçok semptom yaşamaktadır. Bu semptomlar kanser hastalarının yaşam kalitelerini olumsuz olarak etkilemektedir. Aynı zamanda hastalığa ve uygulanan antikanser tedavilere bağlı olarak gelişen immunsupresyon nedeniyle de enfeksiyon riski ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Enfeksiyonlar, kanser hastaları için oldukça ciddi mortalite ve morbidite nedenidir. Kanser hastalarının enfeksiyon açısından ciddi risk grubu olmaları nedeniyle COVID-19 enfeksiyonu da bu semptomların daha ağır seyretmesine ve prognozun kötü olmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle COVID-19 pandemi sürecinde kanser hastalarının sağ kalımlarını ve yaşam kalitelerini arttırabilmek için gelişen semptomların en uygun, en güvenilir ve etkili bir şekilde yönetilerek bakımları sürdürülmelidir (Avdal, 2020; ESMO, 2020; Şimşek, Çelik ve Gülhan, 2020). Çin’de yapılan araştırma verilerine göre; kanser hastalarının tedavileri için hastaneleri sık ziyaret etmeleri sonucunda, COVID-19 enfeksiyonu bulaş riski ve komplikasyon gelişme riskinde artış olabileceği

bildirilmiştir (Cinar ve ark., 2020; Kebudi, 2020; Paterson ve ark., 2020).

Kanser, COVID-19 enfeksiyonu riskini ve mortalitesini artıran komorbid hastalıklardan birisi olmakla birlikte, hastalığın tanı ve tedavisinde gecikme, hastalığın ilerlemesi ve hayatı tehdit eden sonuçlara yol açabilmektedir (Kebudi, 2020; Burstein ve ark., 2020). Yapılan çalışmalarda, hastanelerin COVID-19 pandemi hastaneleri olması nedeni ile kanser ile ilişkili tedavi alması gereken hastaların yetersiz sağlık hizmetleri aldıkları, hastaların hastaneye gitme korkularına bağlı olarak tanılarında gecikme yaşadıkları vb. olumsuz sonuçlar bildirilmektedir (Burki, 2020; Lazzerini ve ark., 2020; Paterson ve ark., 2020). Ayrıca; Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği (European Society for Medical Oncology-ESMO), son üç ay içinde kemoterapi alan veya halen kemoterapi süreci devam eden, yoğun radyoterapi alan, son altı ay içinde kemik iliği nakli veya kök hücre nakli olan ya da immünosupresif ilaç kullanan, henüz tedaviye başlanmamış kan veya lenfatik sistem kanseri olan hastaların COVID-19 pandemi sürecinde risk altında olduğunu belirtmektedir (European Society for Medical Oncology, 2020).

Tedavisi tamamlanan veya aktif yakınması olmayan hastaların kontrol muayeneleri, tıbbi bir sorun yaratmayacak şekilde ve hekimin bilgisi dahilinde ileri bir tarihe ertelenmelidir. Ayrıca cerrahi tedavi gerekli ise şartlar değerlendirilerek uygun koşullarda yapılması önerilmektedir. Kanser tedavisi gören hastalara yönelik COVID-19 için immünosupresyona neden olabilecek tedavilerden kaçınmaları, mümkünse tedavi dozlarının azaltılması önerilmektedir (Hatipoğlu, 2020; Schiffer ve ark., 2018). İleri yaştaki ve başka bir kronik hastalığı (hipertansiyon, diyabet, kronik böbrek yetmezliği, kronik akciğer hastalığı, kalp hastalığı vb.) olan kanser hastalarının yüksek risk grubunda olmaları nedeniyle klinik değerlendirmesi yapılarak kemoterapi veya diğer tedavilerinin ertelenmesi, hastaneye geliş sıklıklarını azaltmak için IV olarak verilen ilaçlar yerine oral kemoterapi ilaçlarının değerlendirilmesi önerilmektedir. Özellikle, uzaktan izlem yapılabilen ve oral kemoterapi alan hastalara, hastaneye erişimi azaltmak amacıyla ilaç temini sağlanmalıdır. Hastaların laboratuvar izlem ve kontrollerinin, yaşadıkları bölgeye en yakın sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılması sağlanmalıdır. Pandemi sürecinde sürekli izlem yapılması gereken hastalar için teletıp gibi uzaktan izlem sistemleri

kullanılmalıdır (Beköz ve ark., 2020; ECDC, 2020; Burki, 2020; Paterson ve ark., 2020; ESMO, 2020).

COVID-19 varlığı veya COVID-19 enfeksiyonunu düşündüren semptomları olan kanser hastaları onkoloji kliniğine kabul edilmeden önce hastanenin belirlenen birimlerince değerlendirilerek yönlendirme yapılması gerekmektedir. Her kişide olduğu gibi kanser hastalarında da şüpheli olgularda nazofarenks ve oral sürüntü ile örnek alınarak PCR testi yapılması, her hasta için yapılmıyor ise özellikle organ- kök hücre nakli, cerrahi işlem geçirecek hastaların değerlendirilmesi ve sonuçları negatif ise işlemlerinin devamlılığının sağlanması önerilmektedir (Beköz ve ark., 2020; Kebudi, 2020; Lazzerini ve ark., 2020; Hatipoğlu, 2020). Akciğer kanseri olan veya daha önce akciğer ameliyatı geçiren hastalar, yaşlı hastalar veya başka komorbiditesi olan hastalar için tedavi sırasında daha yoğun surveyan kullanılmalıdır (Miyashita ve ark., 2020; Zhang ve ark., 2020).

Kanser tanısı alan hastalar için COVID-19 pandemisi yönetimi sürecinde, pandemi dönemi bitinceye kadar gerekli önlemlerin alınması ve tedbirlere uyulması önem taşımaktadır. COVID-19 tanısının, kanser hastalarının çoğunda febril nötropeni sırasında saptandığı bildirilmektedir (Cinar ve ark., 2020; Kebudi, 2020; Yu ve ark., 2020). Diğer hastalar gibi kanser hastalarının da COVID-19 enfeksiyonu için geliştirilen ulusal ve uluslararası rehberlerin önerilerine yönelik tedavi edildiği belirtilmiştir. Hastaların klinik şiddetine göre hafif olgularda; hidroklorokin, azitromisin, antiviral tedaviler uygulanmaktadır. Ağır olgularda ise; COVID-19 enfeksiyonunu geçirmiş iyileşmiş ve antikör gelişmiş bireylerden elde edilen plazma, mezenkimal kök hücre kullanıldığı ve bazı hastaların yoğun bakım ve entübasyon gereksinimi olduğu bildirilmiştir (Kebudi, 2020; Burstein ve ark., 2020; Yu ve ark., 2020).

Sık kan transfüzyonu gerektiren kanser hastaları için de klinik durumlarına göre kan transfüzyonlarına karar verilmesi gerektiği bildirilmektedir. COVID-19 pandemi sürecinde; sokağa çıkma yasağı, hastaneye vb. yerlere gitme korkusu ile ülke genelinde ve tüm dünyada kan bağışının ve stokların azalması hastaların gerekli tedavileri için risk faktörüdür (Cinar ve ark., 2020; Kebudi, 2020; Miyashita ve ark., 2020). Tedavilerinin sürdürülmesi gereken kanser hastalarının, kan ürünlerinin temini sürecinde sıkıntı yaşanması ve febril nötropeni gelişen

hastalar için uygun yatak bulunmaması durumunda tedavinin etkinliği ve hastaların sağ kalımının sürdürülmesi için tedavi ve ilaç alternatifleri konusunda planlama yapılması önerilmektedir (Kebudi, 2020; Hatipoğlu, 2020).

COVID-19 tanısı almış olan kanser hastalarının, kanser tedavilerine devam edilmesi gerekiyorsa izolasyon odalarında tedavi protokolleri uygulanmalıdır. Ayrıca; onkoloji servisinde tedavi gören, COVID-19 enfeksiyonu olan ve olmayan kanser hastalarının yatırılacağı servislerin ayrılması gerektiği belirtilmiştir. COVID-19 enfeksiyonu olan kanser hastalarının onkoloji servisi dışında başka bir serviste tedavilerine devam edilmesi gerektiği bildirilmiştir. Bu süreçte de kanser hastalarının tanı, tedavi ve izlemeleri sırasında bakım veren onkoloji hemşirelerinin de ayrı olması gerektiği önerilmektedir (Dai ve ark., 2020; Bebitoğlu ve ark., 2020; Bergoff ve ark., 2020; Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması, 2020). Özellikle, nötropenik kanser hastalarına bakım veren hemşireler, COVID-19 enfeksiyonu şüphesi olan veya teyit edilen hastalarla temas ettirilmemelidir. Kurumsal gereksinimler doğrultusunda, optimal hasta sonuçları için yeterli sayıda hemşire olması güvenli bakım sağlanmasına katkıda bulunmaktadır. Pandemi sürecinde kanser hastalarının ve onkoloji hemşirelerinin güvenliği ve sağlığı için uygun stratejiler planlanması gerekmektedir (Paterson ve ark., 2020; Çetintepe ve İlhan, 2020; Spiteri ve ark., 2020; Çelik ve Köse, 2020).

COVID-19 pandemisi sürecinde küresel olarak kişisel koruyucu ekipman temini konusunda Amerikan Onkoloji Hemşireliği Derneği (Oncology Nursing Society-ONS)' nin kanser hastalarının bakım sürecinde COVID-19 pandemisine yönelik geçici önerileri doğrultusunda; kanser hastalarına bakım veren onkoloji hemşirelerine COVID-19 enfeksiyonu semptomlarını tanımasına yönelik bilgilendirme yapılması, enfeksiyon önleme ve kontrolü hakkında güncellenmiş bilgi eğitimi verilmesi, kişisel koruyucu ekipmanların (önlük, tıbbi maske, gözlük, yüz koruyucu siperlik, eldiven, tek kullanımlık eldiven) uygun biçimde giyilmesi, çıkartılması ve imhası, ulusal ve uluslararası rehberlerin önerilerine uyulması önerilmektedir (Zhang ve ark., 2020). Aynı zamanda Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı (National Comprehensive Cancer Network-NCCN) tarafından da; kanser hastalarının tedavilerinde tehlikeli ilaç kullanımları sürecinde; düşük riskli ilaçların

hazırlanması sırasında eldiven, maske ve koruyucu önlük kullanılması, kemoterapi uygulaması sırasında da her hasta için ayrı olacak biçimde eldiven, maske ve poli kaplamalı önlük kullanılması, kullanım ve imha sırasında kontaminasyona dikkat edilmesi gerektiği önerilmektedir (Beköz ve ark., 2020; Aslan, 2020; Zhang ve ark., 2020; Çetintepe ve İlhan, 2020). Pandemi sürecinde kanser hastalarının ve onkoloji hemşirelerinin güvenliği ve sağlığı için uygun stratejiler planlanması gerekmektedir.

Pandemi Sürecinde Kanser Hastalarına Yönelik Önlemler ve Öneriler

Kanser hastalarının tanı, tedavi ve takibinde görev alan sağlık profesyonellerinin hastaların tanı ve tedavilerinin devamlılığını sağlarken COVID-19 bulaş riskini önlemeye yönelik uygulamalara önem vermeleri gerekmektedir. Hastalara ve onlara bakım veren yakınlarına; el yıkama, maske takma gibi kişisel koruyucu önlemlerine uymaları gerektiği belirtilmektedir. Kanser hastalarına ve onlara bakım veren hasta yakınlarına WHO, NCCN, ONS, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention-CDC) tarafından COVID-19 pandemisinden korunma için alınması gereken önlemler ve öneriler şöyle sunulmaktadır (Cinar ve ark., 2020; Bebitoğlu ve ark., 2020; Beköz ve ark., 2020; Kebudi, 2020; ECDC, 2020; Aslan, 2020; Paterson ve ark., 2020; Türk Tıbbi Onkoloji Derneği, 2020; WHO, 2020).

1.COVID-19 aktif kanser tedavisi alan veya yeni kanser tedavisi başlanması planlanan hastaların tedavisinin devam etmesine engel değildir.

2.Hastaların tedavi kararları, onların tanı tedavilerini izleyen hekim ile birlikte alınmalıdır.

3.Aktif tedavi alan hastaların klinik ve genel durumları göz önünde bulundurularak tedavileri ileri bir tarihe ertelenebilir.

4.Ertelenen tedaviler hasta kontrolleri ile aynı zamana gelmeyecek şekilde planlanmalıdır.

5.Hasta ziyaretleri kısıtlanmalı, poliklinik kontrolleri için en fazla bir kişi refakatinde gelmelidir.

6.Hastane girişlerinde sosyal mesafe kuralına uyulmalı, koruyucu maske mutlaka takılmalıdır.

7.Hastaneye gelirken mümkün olduğunca toplu taşıma araçları kullanılmamalı, kullanılması gerekiyorsa sosyal mesafe korunmalı, kalabalık

ortamlarda bulunulmamalı, öksüren veya hapsirran kişilerden uzak durulmalıdır.

8.Öksürürken veya hapsirirken mendil ya da dirseğin iç kısmı ile ağız kapatılmalı, kullanılan mendil çöpe atılmalı ve aynı mendil tekrar kullanılmamalıdır.

9.COVID-19 enfeksiyonu şüphesi olan kişi ile temas durumu dışında eldiven kullanılmamalı, WHO ve CDC' nin el yıkama prosedürlerine göre eller su ve sabunla en az 20 sn süreyle sık sık yıkanmalı, el hijyenine dikkat edilmelidir.

10.Eller ile ağız, burun ve gözlere temas edilmemelidir.

11.Evde kalabalık gruplar halinde toplanılmamalı, bireyler ile yakın temasta bulunulmamalı, ziyaretçi kabul edilmemelidir.

12.Evde sık dokunulan yüzeyler; sulandırılmış çamaşır suyu (1/100) kullanılarak düzenli aralıklar ile dezenfekte edilmelidir.

13.Bağışıklığı güçlendirmek için; yeterli ve dengeli beslenmeli, uyku düzeni sağlanmalı, ev içinde fiziksel egzersiz yapılarak sedanter yaşamın önüne geçilmelidir.

14.Stres ve korku ile baş edebilmek için; fiziksel egzersizler, gevşeme egzersizleri, nefes egzersizleri, yoga, psikolojik danışmanlık vb. gibi yöntemler uygulanmalı, yakın çevre ile online (telefon, internet vb.) olarak görüşülerek duygu paylaşımı sağlanmalıdır.

15.Hekim kararı ile yapılması gerekiyorsa pnömokok, influenza aşılı yapılabilir.

SONUÇ

COVID-19 pandemi sürecinde kanser hastalarının morbidite ve mortalite artış hızının daha fazla olabileceği ve gerekli önlemlerin alınmasının önemi yapılan araştırmalarda belirtilmektedir. Bu süreçte kanser hastalarının bakım yönetimi, enfeksiyon riskini en aza indirmek, hastaların sağ kalımını sürdürmek ve enfeksiyondan korumak amacı ile hazırlanan ulusal ve uluslararası güncel rehberlerin önerileri doğrultusunda sürdürülmelidir.

Teşekkür: Dünyada ve Türkiye' de COVID-19 pandemisi ile mücadele eden başta tüm sağlık çalışanları olmak üzere kanser hastalarına bakım veren onkoloji hemşirelerine ve kanser hastalarına teşekkür ederiz.

Yazar Katkısı / Author Contributions:

Fikir/Kavram: A.Ö., D.Ç.; Tasarım: A.Ö., D.Ç.; Denetleme/Danışmanlık: D.Ç.; Veri Toplama ve/veya İşleme: A.Ö., D.Ç.; Analiz ve/veya Yorum: A.Ö., D.Ç.; Kaynak Taraması: A.Ö., D.Ç.; Makalenin Yazımı: A.Ö., D.Ç.; Eleştirel İnceleme: D.Ç.

Hakem Değerlendirmesi / Peer-review: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması / Conflict of Interest: Yazarlar araştırmanın yürütülmesinde herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Yazarlar araştırmanın yürütülmesi sürecinde bir finansal destek almadığını beyan etmiştir.

KAYNAKLAR

Aslan, R. (2020). Tarihten günümüze epidemiler, pandemiler ve Covid-19. *Ayrıntı Dergisi*, 8(85), 36-41.

Avdal, E.Ü. (2020). COVID-19: Komorbid durumlarda bakım yönetimi. Aykar, Ş. F., editör. İç Hastalıkları Hemşireliği ve COVID-19. 1. Baskı. Ankara: *Türkiye Klinikleri*, 10-14.

Bebitoğlu, B.T., Oğuz, E., Hodzic, A., Hatiboğlu, N., Kam, Ö. (2020). Chloroquine/Hydroxychloroquine: pharmacological overview of an ancient drug that comes to the agenda with COVID-19 treatment. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 25 (Özel Sayı 1), 204-215.

Beköz, H.S., Bilgen, H., Anak, S.S. (2020). Immune plasma therapy and its results in COVID-19 infections. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*, 3 (Ek Sayı 1), 68-77.

Berghoff, A.S., Gansterer, M., Bathke, A.C., Trutschnig, W., Hungerländer, P., Berger, J. M., ... Preusser, M. (2020). SARS-CoV-2 testing in patients with cancer treated at a tertiary care hospital during the COVID-19 pandemic. *Journal of Clinical Oncology*, 38(30), 3547. doi: 10.1200/JCO.20.01442.

Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması, S.B. (2020). COVID-19 (Sars-Cov2 Enfeksiyonu), Genel bilgiler, epidemioloji ve tanı. T.C. Sağlık Bakanlığı 29 Haziran 2020, Ankara, 19. <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid-19rehberigenelbilgileripidemiolojivetanipdf.pdf> Erişim tarihi: 10.12.2020.

Burki, T.K. (2020). Cancer guidelines during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Oncology*, 21(5), 629-630. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30217-5.

Burstein, H. J., Griggs, J. J., Prestrud, A. A., Temin, S. (2010). American society of clinical oncology

clinical practice guideline update on adjuvant endocrine therapy for women with hormone receptor-positive breast cancer. *Journal of oncology practice*, 6(5), 243-246. doi: 10.1200/JOP.2016.011239.

Cancer Care During The COVID-19 Pandemic: An ESMO Guide for Patients.

Çelik, D., Köse, Ş. (2020). COVID-19 in adults: clinical findings. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 30(Ek sayı), 8-43.

Çetintepe, S.P., İlhan, M.N. (2020). Risk Reduction in Healthcare Workers in the COVID-19 Outbreak. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 1 (Özel Sayı), 50-54. doi: 10.34084/bshr.712539.

Cinar, P., Kubal, T., Freifeld, A., Mishra, A., Shulman, L., Bachman, J., ... Liu, C. (2020). Safety at the time of the COVID-19 pandemic: how to keep our oncology patients and healthcare workers safe. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 18(5), 504-509. doi: 10.6004/jnccn.2020.7572.

Dai, M., Liu, D., Liu, M., Zhou, F., Li, G., Chen, Z., ... Cai, H. (2020). Patients with cancer appear more vulnerable to SARS-CoV-2: A multicenter study during the COVID-19 outbreak. *Cancer discovery*, 10(6), 783-791. doi: 10.1158/2159-8290.CD-20-0422.

Dikmen, A.U., Kına, M.H., Özkan, S., İlhan, M.N. (2020). COVID-19 Epidemiology: what we learned from the pandemic. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 1(Özel Sayı), 29-36. doi: 10.34084/bshr.715153.

European Centre for Disease Prevention and Control. Case definition and European surveillance for COVID-19, as of 2 March 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/case-definition> Erişim tarihi: 26.09.2020.

Hatipoğlu, N. (2020). The "New" problem of humanity: new coronavirus (2019-nCoV/COVID-19) Disease. *Medical Journal of Bakirkoy*, 16(1), 1-8. doi: 10.5222/BMJ.2020.22931.

Kebudi, R. (2020). COVID-19 pandemisi ve dünyada onkolojide etkileri. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*, 3(S1), 99-105. doi: 10.26650/JARHS2020-S1-0013.

Lazzerini, M., Barbi, E., Apicella, A., Marchetti, F., Cardinale, F., Trobia, G. (2020). Delayed Access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(5), e10-e11. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30108-5.

Miyashita, H., Mikami, T., Chopra, N., Yamada, T., Chernyavsky, S., Rizk, D., Cruz, C. (2020). Do

- patients with cancer have a poorer prognosis of COVID-19? An experience in New York City. *Annals of Oncology*, 31(8), 1088-1089. doi: 10.1016/j.annonc.2020.04.006.
- Paterson, C., Gobel, B., Gosselin, T., Haylock, P.J., Papadopoulou, C., Slusser, K., ... Pituskin, E. (2020). Oncology nursing during a pandemic: critical reflections in the context of COVID-19. *Seminars in Oncology Nursing*, 36(3), 1-10. doi: 10.1016/j.soncn.2020.151028.
- Portnoy, J., Waller, M., Elliott, T. (2020). Telemedicine in the Era of COVID-19. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 8(5), 1489-1491. doi: 10.1016/j.jaip.2020.03.008.
- Schiffer, C.A., Bohlke, K., Delaney, M., Hume, H., Magdalinski, A.J., McCullough, J.J., ... Anderson, K.C. (2018). Platelet Transfusion for Patients With Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 36(3), 283-299. doi: 10.1200/JCO.2017.76.1734
- Spiteri, G., Fielding, J., Diercke, M., Campese, C., Enouf, V., Gaymard, A., ... Ciancio, B. C. (2020). First cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the WHO European Region, 24 January to 21 February 2020. *Euro surveillance : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*, 25(9), 2000178. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.9.2000178
- Şahan, C., Özgür, E. A., Arkan, G., Alagüney, M.E., Demiral, Y. (2020). Diagnosis Guide for Occupational Disease in the COVID-19 Pandemic. *İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanları Derneği ve Halk Sağlığı Uzmanları Derneği*, 1-17.
- Şimşek, G.Ö., Çelik, P., Gülhan, E. (2020). COVID-19 Pandemisi ve Kanser. *Her yönüyle COVID-19*, 117-130.
- Türk Tıbbi Onkoloji Derneği. Recommendations of Covid 19 Pandemic Advisory Board for Cancer Patients and Their Relatives. 17 Mart 2020. https://www.kanser.org/saglik/toplum/style/Covid19_hasta_onerileri.pdf Erişim tarihi: 26.09.2020.
- World Health Organization (WHO). Global Surveillance for COVID-19 disease caused by human infection with novel coronavirus (COVID-19). https://hr.un.org/sites/hr.un.org/files/WHO-2019-nCoV-SurveillanceGuidance-2020.4-eng_0.pdf Erişim tarihi: 26.09.2020.
- Yu, Y., Shi, Q., Zheng, P., Gao, L., Li, H., Tao, P., ... Chen, H. (2020). Assessment of the quality of systematic reviews on COVID-19: A comparative study of previous coronavirus outbreaks. *Journal of Medical Virology*, 92(7), 883-890. doi: 10.1002/jmv.25901
- Zhang, L., Zhu, F., Xie, L., Wang, C., Wang, J., Chen, R., ... Zhou, M. (2020). Clinical characteristics of COVID-19-infected cancer patients: a retrospective case study in three hospitals within Wuhan, China. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, 31(7), 894-901. doi: 10.1016/j.annonc.2020.03.296



BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ VE ARAŞTIRMALARI DERGİSİ BANU Journal of Health Science and Research

DOI: 10.46413/boneyusbad.874087

Derleme Makale / Review

Aralıklı Açlık Diyetlerinin Glukoz Homeostazı ve Lipit Metabolizması Üzerine Etkileri Effects of Intermittant Fasting on Glucose Homeostasis and Lipid Metabolism

Zeynep KALAYCI¹ Hülya KAMARLI ALTUN² 

¹ Akdeniz Üniversitesi
Beslenme ve Diyetetik
Bölümü, Yüksek Lisans
Öğrencisi

² Akdeniz Üniversitesi
Beslenme ve Diyetetik
Bölümü, Doktor Öğretim
Üyesi

**Sorumlu yazar /
Corresponding author:**
Zeynep Kalaycı

zeynepkalayci0077@gm
ail.com

**Geliş tarihi / Date of
receipt:** 04.02.2021

**Kabul tarihi / Date of
acceptance:** 28.03.2021

Atıf/Citation: Kalaycı,
Z., Kamarlı Altun, H.
(2021). Aralıklı Açlık
Diyetlerinin Glukoz
Homeostazı ve Lipit
Metabolizması Üzerine
Etkileri. *BANÜ Sağlık
Bilimleri ve
Araştırmaları Dergisi*.
3(1), 52-63. doi:
10.46413/boneyusbad.87
4087

ÖZET

Dünya çapında obezite oranının artması ve sedanter yaşam tarzının yaygınlaşmasıyla Tip 2 diyabet prevalansı her geçen gün artış göstermektedir. Diyet müdahaleleri, diyabetle ilgili komplikasyonların önlenmesi ve tedavisinde en temel tedavi yaklaşımlarından birisidir. Aralıklı açlık, günümüzde hem vücut ağırlığının kontrolünde, hem de kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan diyet müdahalelerinden birisidir. Aralıklı açlık, bireysel yeme dönemi alternatiflerini içeren ve uzun süreli açlık aşaması olarak tanımlanan bir yeme modelidir. En yaygın kullanılan aralıklı açlık (intermittent fasting (IF)) modellerine; zaman kısıtlı beslenme, erken zaman kısıtlı beslenme, B2 diyeti, 5:2 diyeti, alternatif gün açlığı, aralıklı açlık ve kalori kısıtlamasının kombinasyonu, aralıklı çok düşük kalorili diyet uygulamaları örnek olarak verilebilmektedir. Çeşitli IF diyetleri son yıllarda, obez bireylerde kilo kaybının sağlamada popülerlik kazanmıştır. Prediyabet ve tip 2 diyabet tanısı olan bireylerde aralıklı açlık diyetlerinin etkilerinin ve kullanılabilirliğinin değerlendirildiği çalışmalar yetersizdir. Bu derlemede, çeşitli aralıklı açlık diyet programlarının, sağlıklı diyabetik veya diyabetik olmayan bireylerde, diyabetle ilişkili biyokimyasal belirteçler, testler ve kan lipitleri üzerindeki etkileri incelenmiştir

Anahtar Kelimeler: Aralıklı açlık, Kalori kısıtlaması, Kan glukozu, Tip 2 diyabet

ABSTRACT

The prevalence of Type 2 diabetes is increasing day by day with the increasing rate of obesity worldwide and the widespread use of sedentary lifestyle. Dietary interventions are one of the most basic treatment approaches to prevent and treat diabetes-related complications. Intermittent fasting is one of the dietary interventions used both in weight control and in the treatment of chronic diseases. Intermittent fasting is an eating model that includes individual eating alternatives and is defined as a long-term hunger phase. The most widely used intermittent fasting (IF) models; time restricted nutrition, early time restricted nutrition, B2 diet, 5:2 diet, alternative day fasting, combination of intermittent fasting and calorie restriction, intermittent very low calorie diet applications are examples. Various IF diets have gained popularity in recent years in achieving weight loss in obese individuals. Studies evaluating the effects and usability of intermittent fasting diets in individuals with prediabetes and type 2 diabetes are insufficient. In this review, the effects of various intermittent fasting diet programs on diabetes-related biochemical markers, tests, and blood lipids in healthy diabetic or non-diabetic individuals were examined.

Keywords: Intermittent fasting, Calorie restriction, Blood glucose, Type 2 diabetes

GİRİŞ

Tip 2 diyabet (T2DM) insidansı, obezite oranının ve sedanter hayat tarzının artışıyla dünya çapında epidemik seviyelere ulaşmıştır (Aguiree ve ark., 2013). Dünyada diyabet prevalansı 2019 yılında 20-79 yaş grubunda %9.3 iken; 2045 yılında %10.9'a yükselmesi öngörülmektedir (Atlas, 2015). Türkiye'de ise 2017 yılında, diyabet prevalansının %9.1 (erkeklerde %7.6, kadınlarda %10.6) olduğu bildirilmiştir (Üner, Balcılar ve Ergüder, 2018).

Obezite gelişimi, T2DM ve kardiyovasküler hastalık riskini artıran insülin direnci ve dislipidemi gibi metabolik komplikasyonlarla yakından ilişkilidir (Leiter ve ark., 2011). Önemli bir sağlık sorunu olan diyabet ise; kardiyovasküler hastalık, retinopati, nöropati ve böbrek hastalığıyla yakından ilişkilidir (Leiter ve ark., 2011).

Orta derecede vücut ağırlığının kaybı ve fiziksel aktivite T2DM ilerleyişini durdurabilmekte ve metabolik kontrolü iyileştirebilmektedir (Turner, Cull, Frighi, Holman ve Group, 1999). Yapılan çalışmalar, ortalama %5-7'lik bir kilo kaybının, azalmış açlık glikozu ve insülini, artmış insülin duyarlılığı gibi diyabetin çeşitli risk faktörlerini iyileştirdiğini göstermiştir (Andersen ve Fernandez, 2013; Turner ve ark., 1999; Wycherley, Moran, Clifton, Noakes ve Brinkworth, 2012). Çoğu ulusal diyabet derneklerine ve klinik uygulamalara göre diyet müdahaleleri, diyabetle ilgili komplikasyonların önlenmesi ve tedavisi için temel olarak kabul edilen bir tedavi stratejisidir (Cheng, 2013).

Günümüzde, özellikle vücut ağırlığı kaybı ve kontrolü için kullanılan birçok diyet müdahalesi mevcuttur; bu yaklaşımlardan bir tanesi de aralıklı açlıktır (intermittent fasting (IF)). Aralıklı açlık, bireysel yeme dönemi alternatiflerini içeren ve uzun süreli açlık aşaması olarak tanımlanan bir diyet yaklaşımıdır (Rajpal ve Ismail-Beigi, 2020). Aralıklı açlık diyeti, günün çeşitli saatlerinde aç kalmayı içermektedir ve bu açlık, kesintili veya sürekli olabilmektedir. Açlığın uygulanmadığı günlerde ise kalori alımı normal veya azaltılmış olabilmektedir (de Cabo ve Mattson, 2019). Aralıklı açlığın modifiye edilmiş hali olan aralıklı enerji kısıtlaması (intermittent energy restriction (IER)), tipik olarak %60-70 belirgin enerji kısıtlaması periyotlarından oluşan (genellikle 24 saat veya daha fazla) bir diyet yaklaşımıdır. Bu

yaklaşımla normal yeme periyotlarını değiştirerek öngörülen enerji gereksinmesinin azaltılması amaçlanmaktadır. İnsan ve hayvan çalışmalarında en sık kullanılan IF ve IER diyetleri Tablo 1'de özetlenmiştir (Rajpal ve Ismail-Beigi, 2020).

Çeşitli aralıklı açlık diyet uygulamalarının sağlıklı bireylerde veya diyabet hastalarında metabolik sağlık üzerine etkilerini araştıran insan çalışmaları oldukça yetersizdir (Hutchison ve Heilbronn, 2016). Aralıklı açlık diyetlerinin, ağırlık kontrolü sağladığı, dislipidemi, diyabet ve hipertansiyon gibi çeşitli rahatsızlıklar üzerinde olumlu etkilerinin olduğu düşünülmektedir. Son yapılan çalışmalar bu yaklaşımlarla, vücut ağırlığında azalmalar, plazma lipitleri ve glikoregülatör faktörlerde oldukça tutarlı azalmalar olduğunu göstermiştir (Horne, Muhlestein ve Anderson, 2015; Hutchison ve Heilbronn, 2016; Mazidi, Rezaie, Chaudhri, Karimi ve Nematy, 2015; Rothschild, Hoddy, Jambazian ve Varady, 2014). Bu derlemede; diyabetik veya diyabetik olmayan bireylerde, çeşitli aralıklı açlık programlarının, diyabetle ilişkili biyokimyasal belirteçler, testler ve kan lipitleri üzerindeki etkileri incelenmiştir.

Aralıklı Açlık ve Metabolik Etkileri

Kalori kısıtlamasının, özellikle açlığın uzamış periyotlarının vücut kütlelerini azaltmanın yanında, birçok pozitif etkisi vardır. Yapılan hayvan çalışmalarında kalori kısıtlamasının, IF ile uygulandığında, çeşitli metabolik sinyal yollarında oluşan önemli değişikliklere aracılık ettiği ve "metabolik değişim"e yol açtığı bildirilmiştir (Anton ve ark., 2018; Colman ve ark., 2009; de Cabo ve Mattson, 2019; Finkel, 2015). Anton ve arkadaşlarına göre (Anton ve ark., 2018), uzun süreli açlığın kritik bir bileşeni, adipoz dokudan yağ asidi mobilizasyonu ve yağ asitlerinin karaciğerde metabolize edilmesine neden olan hepatik glikojende belirgin bir azalmadır. On iki saatten uzun süreli açlık durumunu yağ asitlerinin β -oksidasyonunun artışı, aşırı β -hidroksibütirat ve asetoasetat oluşumu ve bunların kan seviyelerinin artışına yol açar.

Metabolik değişime aracılık eden mekanizmalardan bazıları Şekil 1'de özetlenmiştir (Rajpal ve Ismail-Beigi, 2020). Bu mekanizmalardan birisi intraselüler enerji sensörü olarak fonksiyon gösteren rapamisin protein kompleksinin memeli hedefi (mTOR), büyüme faktörüne tepki olarak uyarılan ve aminoasit ile

glukozda artışa neden olan bir serin/treoinin kinazdır.

Açlık durumunda azalmış aminoasit ve glukoz seviyeleri, mTOR aktivitesinin azalmasına bağlıdır. Açlık, otofaji stimülasyonuna ve hücre onarımına sebep olan mTOR aktivitesini düzenlemekte ve hayvan modellerinde mitokondriyal biyogenez ve yaşam süresini artırmaktadır (Dall ve Færgeman, 2019; de Cabo ve Mattson, 2019; Di Francesco, Di Germanio, Bernier ve de Cabo, 2018; Finkel, 2015). Kalori kısıtlamasının metabolik etkilerine sebep olan bir diğer aracı da gen ekspresyonunu kontrol eden, nikotinamid adenin dinükleotit (NAD⁺)-bağımlı deasetilaz aktivitesi gösteren yedi protein ekspresyonunu içeren sirtuin ailesidir (Finkel, 2015; Palacios ve ark., 2009). Sirtuin ailesinin bir üyesi olan Sirtuin 3, metabolik olarak aktif hücrelerin (kalp, böbrek ve iskelet kası gibi) mitokondriyelerinde bulunur ve enerji kısıtlaması (CR) ve egzersize yanıt olarak stimüle edilmektedir (Palacios ve ark., 2009). Bunlara ek

olarak, adenosin monofosfat (AMP)-aktif edici protein kinaz (AMPK); açlık ve egzersiz boyunca stoplazmik AMP konsantrasyonlarının artışına bağlı olarak stimüle olmaktadır (Finkel, 2015; Lefevre ve ark., 2009). Aktive edici protein kinaz, hücresel enerji durumunun ana sensörüdür ve stimülasyonu katabolik reaksiyonlarda artışa ve anabolik reaksiyonlarda azalmaya yol açmaktadır. Böylelikle otofaji oranını kontrol etmekte ve mitokondriyal genlerin ifadesini düzenlemektedir (Finkel, 2015; Hardie, 2015). Deneysel hayvanlarında AMPK'nın stimülasyonunun kognitif ve motor koordinasyonunu geliştirdiği bildirilmiştir (Kobilo ve ark., 2014). Özet olarak kalori kısıtlamasının, açlık, aralıklı açlık ve egzersizle uygulanmasının çeşitli organ ve dokular üzerinde olumlu etkiler gösterdiği düşünülmektedir. Bu etkiler, metabolik homeostazda gelişmeler, doku onarımı ve mitokondriyal biyogenezle ilişkilendirilmektedir (Di Francesco ve ark., 2018; Finkel, 2015).

Tablo 1. Yaygın Kullanılan Aralıklı Açlık Protokolleri

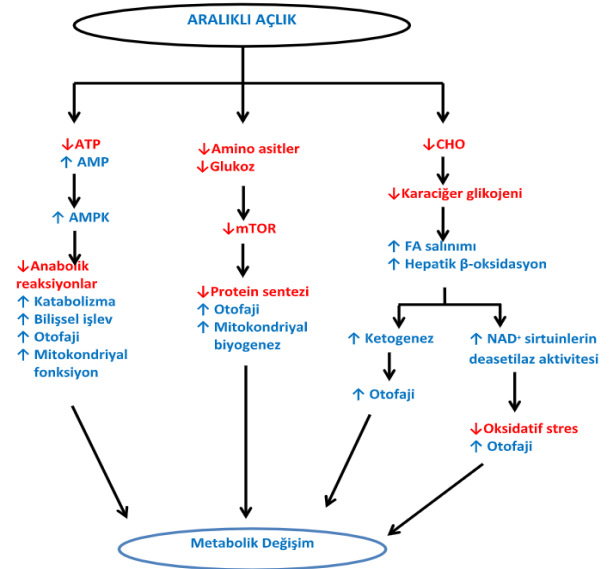
Protokol	Açlık sıklığı	Açlık süresi	Uygulama
A: Belirli bir uzun süreli açlık periyodunun olduğu aralıklı açlık (IF) protokolleri			
Zaman kısıtlı beslenme (TRF)	Her gün	14-18 saat	Beslenme günün 6-10 saati yapılır. Beslenme zamanı her protokole göre veya kendi kendine seçilmiş olarak yönetilebilir.
Erken zaman kısıtlı beslenme (eTRF)	Her gün	18 saat	Kahvaltı ile başlayan 6 saatlik beslenme periyodu vardır ve 15.00 dan önce akşam yemeği tüketilir.
B2 diyeti	Her gün	14 saat	Günde 2 büyük öğün: 06.00-10.00 arası kahvaltı ve 12.00-16.00 öğle yemeği tüketilir. Akşam yemeği yoktur.
Haftalık 1 gün açlık	Haftada bir	24 saat	Haftanın 1 günü sadece su içilir, diğer 6 gün normal beslenmeye devam edilir.
B: Belirli bir uzun süreli açlık periyodu olmaksızın aralıklı enerji kısıtlama (IER) protokolleri			
5:2 diyeti (periyodik açlık)	Haftada iki gün	24 saat	Haftanın 2 günü çok düşük kalorili diyet (VLCD) tüketilir. Diğer 5 gün normal beslenmeye devam edilir. Açlık günleri ardışık veya ardışık olmayan günler olabilir.
Alternatif gün açlığı (ADF)	Her diğer gün	24 saat	‘‘Açlık günleri’’ (kalori ihtiyacının %0-25'i) ve ‘‘beslenme günleri’’ (normal beslenme)'nin değişimi
Aralıklı açlık ve kalori kısıtlamasının kombinasyonu (IFCR)	Değişken	24 saat	IFCR-L (sıvı): haftanın ilk 6 günü kalori kısıtlamalı sıvı diyet ve ardından 1 gün açlık (sadece su tüketimi+120 kkal meyve suyu tozu) uygulanır. Kalori kısıtlaması periyodundaki sıvı diyet, kahvaltı ve öğle yemeği yerine geçen sıvı yemek (her biri 240 kkal) ve 400-600 kkal içeren bir akşam yemeğinden oluşur. IFCR-F (katı): Haftanın ilk 6 günü katı bazlı, kalori kısıtlamalı (%30 kalori kısıtlaması) diyet ve sonraki bir gün açlık (sadece su tüketimi+120 kkal meyve suyu tozu) uygulanır.
Aralıklı çok düşük kalorili (aralıklı VLCD) diyet terapisi	Değişken	24 saat	1-gün VLCD: haftanın bir günü VLCD 5-gün VLCD: Haftanın ardışık 5 günü VLCD, her 5 haftada bir tekrarlanır.

Kısaltma: VLCD (very low calorie diet): çok düşük kalorili diyet (400-600 kkal/gün), IFCR-L (intermittent fasting calorie restriction-liquid diet): aralıklı açlık ve kalori kısıtlaması-sıvı diyet, IFCR-F (intermittent fasting calorie restriction-food based diet): aralıklı açlık ve kalori kısıtlaması-besin bazlı diyet olarak kullanılmıştır.

Mevcut literatürde, "aralıklı açlık" terimi yaygın olarak her iki IF (intermittent fasting)(belirli bir uzun süreli açlık periyodunun olduğu aralıklı açlık) ve İngilizce açılımları IER (intermittent energy restriction)(belirli bir uzun süreli açlık periyodu olmaksızın aralıklı enerji kısıtlaması) için de kullanılmıştır (Rajpal ve Ismail-Beigi, 2020).

İnsan ve hayvanlarda uzamış açlık periyotlarını ve açlığı içeren diyet yaklaşımlarının kan keton seviyelerinde, özellikle β -hidroksibütirat düzeylerinde artışa yol açtığı bildirilmiştir (Anton ve ark., 2018; Sleiman ve ark., 2016). Açlık olmadan kalori kısıtlaması tek başına kan keton düzeylerinde artışa neden olmamaktadır. Açlıkla birlikte, beyin tarafından sürekli olarak kullanılan glukozun yerini; metabolik değişim sürecince yağ asitlerinin β -oksidasyonu sonucu karaciğerden salınan β -hidroksibütirat almaktadır (Veech, 2003). Son on yılda yapılan çalışmalarda, yüksek kan ketonlarının birçok dokuda peroksizom proliferatör ile aktive olan reseptör koaktivatör 1 α (PCG-1 α), NAD⁺, sirtuinler ve fibroblast büyüme faktörü 21 gibi bir dizi sinyal molekülünü uyardığı gösterilmiştir (C. M. Cheng ve ark., 2003; de Cabo ve Mattson, 2019; Yang, Lin, Chuang, Bohr ve Mattson, 2014). Egzersiz ve artmış β -hidroksibütirat aynı zamanda beyin kaynaklı nörotrofik faktörü (BDNF) stimüle ederek glukoz homeostazını iyileştirebilmektedir. Kemirgenlerde yürütülen çalışmalarda, aralıklı açlığın BDNF ekspresyonunu beyinin farklı bölgelerinde artırdığı ve böylelikle periferik glukoz metabolizmasını iyileştirdiği gösterilmiştir (Mattson, 2012).

Aralıklı açlık diyetleri adipozit biyolojisini; morfoloji, lipid metabolizması ve adipokin salınımı gibi birçok yönde olumlu bir şekilde değiştirmektedir (Varady, 2016). Özellikle çeşitli aralıklı açlık diyetlerinin serum leptin konsantrasyonlarını azalttığı (Catenacci ve ark., 2016; Varady, 2016) ve grelini artırdığı gösterilmiştir. Adiponektin ise insülin aktivitesini modüle etmekte, insülin seviyelerini azaltmakta ve beta hücre fonksiyonunu geliştirmektedir (Turner ve ark., 1999). Dolaşımdaki adiponektin konsantrasyonlarının, normal kilolu veya hafif kilolu (BKİ 26 ± 1 kg/m²) insanlarda 12 haftalık alternatif gün açlık programının uygulanması sonucunda %6 arttığı gösterilmiştir (Wu, Brown, Kim, Kim ve Gordon, 2019). Dahası, bazı aralıklı açlık programları insülin benzeri büyüme faktörü 1 (IGF-1) seviyelerinde ve plazma 8-izoprostan seviyesi gibi insülin direnciyle ilişkili olan oksidatif stres göstergelerinde de azalmaya neden olmuştur (Aksungar, Sarikaya, Coskun, Serteser ve Unsal, 2017; Sutton ve ark., 2018).



Şekil 1. Metabolik değişime aracılık eden mekanizmalardan bazıları

Özellikle kalori kısıtlaması ile bağlantılı olarak açlık dönemleri, iyileştirilmiş metabolizma ile sonuçlanan bir "metabolik değişime" yol açmaktadır ve hayvanlarda ve belki de insanlarda artan sağlık süresi ve artan uzun ömür (yaşam süresi) ile ilişkilidir. Bunlara aracılık eden yollar, AMP ile aktive olan protein kinazın (AMPK) aktivasyonuna neden olan çeşitli anabolik yolları inhibe eder ve katabolik reaksiyonları ile otofajiyi uyarır ve mitokondriyal fonksiyon iyileştirilir. Dolaşımdaki aminoasitler ve glukozun azalması mTOR'u inhibe eder; böylelikle protein sentezi azalır, mitokondriyal biyogenez ve otofaji artar. Azalan karbonhidrat alımı ile açlık, karaciğer glikojen rezervinin bitmesine, yağ asitlerinin yağ dokuları ve karaciğerde β -oksidasyonun uyarılmasıyla keton üretiminin (β -hidroksibütirat) artmasına neden olur. Ek olarak, NAD⁺ sirtuinlerin deasetilaz aktivitesinin aktivasyonu otofaji meydana gelir ve oksidatif stres azalır (Rajpal ve Ismail-Beigi, 2020).

Alternatif Gün Açlığı (ADF)

Alternatif gün açlığı, bireylerin 24 saat boyunca enerji gereksinmelerinin %0-25'ini tükettikleri bir "açlık günü"nü ve dönüşümlü olarak tüketilen ve 24 saat boyunca bireylerin istediklerini yemelerine izin veren bir "beslenme günü" nü içerir (Horne ve ark., 2015).

Varady ve arkadaşlarının (2009) yaptığı bir çalışmada; 8 haftalık alternatif gün açlık (ADF) programının diyabet tanısı olmayan veya sağlıklı obez yetişkinlerde (n=16) vücut ağırlığını 5.6 ± 1.0 kg azalttığı; serum açlık glikoz seviyelerinde %6.8 ve insülin konsantrasyonlarında %22.6'lık bir düşüşe neden olduğu bildirilmiştir. Katılımcıların vücut ağırlığı, vücut yağ yüzdesi, total kolesterol, düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL-K) ve triasilgliserol (TAG) seviyeleri ve sistolik kan basıncı da anlamlı olarak azalırken yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL-K) seviyelerinde bir değişiklik gözlenmemiştir (Varady ve ark., 2009).

Alternatif gün açlığı (alternate day fasting (ADF)) protokolleri, açlık günlerinde 500 kalorilik enerjinin öğle yemeği şeklinde ve 12.00-14.00 saatleri aralığında tüketimini öngörmektedir (Hutchison ve Heilbronn, 2016). Ancak bu katı açlık günü protokolüne uyumun yetersiz olduğu belirtilmektedir (Klempel, Bhutani, Fitzgibbon, Freels ve Varady, 2010). Hoddy ve arkadaşlarının (2014) yürüttüğü çalışmada, diyabetik tansı almamış obez bireylere (n=74) beslenme günlerinde tüketilen öğünün, akşam yemeği şeklinde veya gün içine dağılmış şekilde küçük miktarlar halinde tüketmelerine izin verilmiş ve katılımcıların diyetine uyumları araştırılmıştır. Katılımcılar, açlık günlerinde tükettikleri öğünlere göre 8 hafta süreyle ADF öğle yemeği grubu, ADF- akşam yemeği grubu ve ADF küçük miktarlarda gün içine dağılmış besin tüketimi grubu (ADF-SM (alternate day fasting-small meal)) olarak üç gruba randomize edilmişlerdir. Çalışmanın sonunda tüm gruplarda vücut ağırlığı %4 azalırken; açlık glukozu, açlık insülini, insülin direnci ve plazma lipit düzeylerinde değişim gözlenmemiştir. Sadece ADF-SM grubunda, sistolik kan basıncı anlamlı olarak azalmıştır (Hoddy ve ark., 2014). Bu kısa dönemli çalışmanın sonucuna göre; alternatif gün açlığı yemek saatleri, obez yetişkin bireylerde glukoz homeostazı üzerine etkisinin olmadığı görülmüştür.

Trepanowski ve arkadaşları (2017), alternatif gün açlığı ile günlük enerji kısıtlamasının vücut ağırlığı kaybı, kilo korunumu ve kardiyovasküler hastalık göstergelerine etkisini karşılaştırmışlardır. Sağlıklı obez yetişkin bireyleri (n=100); alternatif gün açlığı (ADF), kalori kısıtlaması (calorie restriction (CR)) (her gün enerji gereksiniminin %75'i tükettirilmiştir) ve müdahale yapılmayan kontrol grubu olmak üzere üç gruba randomize edilmişlerdir. Çalışma 6 aylık bir kilo kaybı fazı ve takip eden 6 ay kilo korunumu fazı olmak üzere toplam 12 ay sürmüştür. Çalışma sonucunda günlük kalori kısıtlaması diyetine uyumunun alternatif gün açlığına oranla daha iyi olduğu bildirilmiştir. İki müdahale grubu arasında, kontrol grubuna kıyasla kilo kaybı benzer bulunmuştur. Müdahale grupları arasında 6. veya 12. aylarda, açlık glukozu, açlık insülini, insülin direnci ve C-reaktif protein, homosistein konsantrasyonu, kan basıncı ve trigliserit konsantrasyonları açısından önemli bir fark saptanmamıştır (Trepanowski ve ark., 2017). ADF grubunda, CR grubuna kıyasla, ortalama HDL-K seviyeleri 6. ayda anlamlı olarak

artarken; ortalama LDL-K seviyeleri 12. ayda artış göstermiştir.

Diyabet olmayan obez yetişkin bireylerde (n=26) alternatif gün açlık diyetinin, günlük kalori kısıtlamasına göre güvenliği ve bazı sağlık parametreleri üzerindeki etkisinin karşılaştırıldığı bir çalışmada katılımcılar ADF veya CR olmak üzere iki gruba randomize edilmişlerdir. İki grup arasında 24 haftanın sonunda, vücut ağırlığı değişimi, vücut kompozisyonu, lipitler ve insülin duyarlılık indeksi (Si) açısından önemli bir fark saptanmamıştır. Alternatif gün açlık diyeti grubunda 8 haftanın sonunda glukoz düzeyindeki azalma anlamlı bulunurken başlangıca göre vücut yağ yüzdesi ve yağsız kütlede de daha çok istenilen seviyeye ulaştığı görülmüştür. Çalışma sonucunda ADF'nin ağırlık kaybı yaklaşımı olarak, güvenli ve tolere edilebilir olduğu belirtilmiştir (Catenacci ve ark., 2016). Benzer şekilde diyabet olmayan fazla kilolu/obez yetişkin bireylerde (n=162) yürütülen bir başka çalışmada da katılımcılar 16 hafta boyunca alternatif gün açlığı ile günlük enerji kısıtlaması (ADF+DER) veya günlük enerji kısıtlaması (DER) diyeti olmak üzere iki gruba ayrılmışlardır. Çalışmanın sonunda ADF + DER ve DER gruplarında vücut ağırlığı değişimi sırasıyla -10.7 ± 0.5 kg ve -11.2 ± 0.6 kg olarak bulunmuş ve kaybedilen kiloların 24. haftanın sonunda da korunduğu görülmüştür. Glukoz ve insülin düzeylerinin yanı sıra, açlık LDL-K, trigliseritler, yüksek-duyarlı C-reaktif protein (hsCRP) ve kan basıncı da tüm gruplarda anlamlı olarak düzelmiştir (Parvaresh ve ark., 2019).

Parvaresh ve arkadaşları (2019), kalori kısıtlaması (CR) ve modifiye edilmiş ADF diyetlerinin metabolik sendroma sahip, yetişkin bireyler (n=69) üzerindeki etkilerini inceledikleri çalışmada katılımcılar, 8 hafta süreyle kalori kısıtlaması veya modifiye edilmiş alternatif gün açlığı diyet gruplarına randomize edilmişlerdir. Çalışma sonucunda kalori kısıtlaması uygulanan gruba kıyasla, modifiye edilmiş ADF grubunda vücut ağırlığı, bel çevresi, sistolik kan basıncı ve açlık plazma glukozunda önemli derecede azalma gözlemlenmiştir. Gruplar arasında, LDL-K, HDL-K, diyastolik kan basıncı, HOMA-IR ve açlık insülin konsantrasyonlarında önemli bir fark saptanmamıştır (Parvaresh ve ark., 2019).

Diyabetik olmayan obez kadınlar (n=29) üzerinde yürütülen bir çalışmada ise 8 hafta süreyle yüksek yağ içeriğine sahip alternatif gün diyeti (ADF-HF (%45 yağ)) ile düşük yağ içeriğine sahip alternatif

gün diyetlerinin (ADF-LF (%25 yağ) lipit profili ve ağırlık kaybı üzerine etkilerini değerlendirmek üzere katılımcılar iki gruba ayrılmışlardır. Çalışma sonucunda iki grupta da vücut ağırlığı, beden kütle indeksi (BKİ), yağ kütlesi, total kolesterol, LDL-K ve trigliserit düzeyleri anlamlı olarak azalırken glukoz düzeylerindeki değişim anlamlı bulunmamıştır (Varady ve ark., 2015).

Nonalkolik yağlı karaciğer hastalığına sahip katılımcılara (n=271) ADF veya zaman kısıtlı beslenme uygulanmıştır. Çalışma sonunda iki grupta da vücut ağırlığı, vücut yağ kütlesi, serum trigliseritleri anlamlı olarak azalırken; yağsız vücut kütlesi, HDL-K, LDL-K, açlık insülini ve glukozu, sistolik ve diyastolik kan basınçları değerlerindeki değişimler ise iki grup arasında farklı bulunmamıştır (Cai ve ark., 2019).

Ash ve arkadaşları (2003), farklı beslenme yöntemlerinin fazla kilolu ve T2DM'li yetişkin erkeklerde (n=51) ağırlık yönetimi ve glisemik etkisini araştırmak için yaptıkları randomize çalışmada 12 hafta süren müdahale sürecinde katılımcılara üç farklı izokalorik diyet (aralıklı enerji kısıtlaması, önceden porsiyonlu öğünler, kendi kendine seçilmiş öğünler) uygulanmıştır. Çalışma sonucunda tüm katılımcıların başlangıca göre vücut ağırlığı, bel çevresi, vücut yağ yüzdesi, glikolize hemoglobin A1c (HbA1c) ve trigliserit düzeylerinde önemli bir düşüş olduğu görülmüştür.

Zaman Kısıtlı Beslenme

Zaman kısıtlı beslenme, bireylerin besin alım periyodunu gün içinde genellikle 8 saat olarak sınırlandırmayı gerektiren bir beslenme şeklidir (Rothschild ve ark., 2014). Ramazan ayı boyunca uygulanan ve zaman kısıtlı beslenmenin bir türü olarak sayılabilen oruç tutmada, besin tüketimine sadece gece izin verilmektedir (Mazidi ve ark., 2015).

Zaman kısıtlı beslenme yaklaşımının T2DM'li obezlerde (n=10) kısa dönemdeki biyokimyasal etkileri üzerine üç fazdan oluşan (başlangıç 2 hafta, müdahale 2 hafta, takip 2 hafta) bir çalışma yapılmıştır. Başlangıç sürecinde katılımcılardan olağan beslenmelerini devam ettirmeleri, müdahale aşamasında ise günün 18-20 saati aç kalmaları istenilmiştir. Beslenme saatlerinde tüketilen öğündeki tabağın 1/3'ünü proteinler oluşturmuş ve katılımcılara açlık sürecinde kalorisiz kahve, çay ve su içmeleri için izin verilmiştir. Çalışma sonucunda katılımcıların

vücut ağırlığı ve hedeflenen sabah glikozunda önemli bir azalma, postprandiyal kan glukozlarında iyileşme ve HOMA-IR ile inflamatuvar belirteçlerde normalleşme saptanmıştır (Gnanou ve ark., 2015). Prediyabetli fazla kilolu veya obez erkeklerde yapılan bir diğer çalışmada ise 5 haftalık erken zaman kısıtlı beslenmenin (eTRF), açlık insülin konsantrasyonlarını önemli derecede azalttığı ve insülin direncini vücut ağırlık kaybı olmadan iyileştirdiği gösterilmiştir (Sutton ve ark., 2018).

Zaman kısıtlı beslenmenin bir türü olarak düşünülen, Ramazan ayında tutulan orucun glikoz homeostazı üzerine etkilerini araştırmak için de çalışmalar yürütülmüştür (Asemi, Samimi, Taghizadeh ve Esmailzadeh, 2015; Gnanou ve ark., 2015; Kiyani ve ark., 2017). Fazla kilolu ve polikistik over sendromuna sahip kadınlar üzerinde yapılan çalışmada başlangıca göre enerji alımı değişmediği için, katılımcılarda ağırlık kaybı, açlık glukozu, insülin ve HOMA-IR değerlerinde değişiklik saptanmamıştır (Kiyani ve ark., 2017). Sağlıklı, genç ve normal ağırlıktaki bireylerin dahil edildiği iki çalışmada ise vücut ağırlığı çalışma başlangıcına göre %1-2 azalırken; açlık glukozu, insülin ve HOMA-IR seviyelerinde de azalmalar gözlenmiştir (M'guil ve ark., 2008; Carter ve ark., 2016).

M'guil ve arkadaşlarının (2008) orucun diyetle veya oral antidiyabetiklerle kontrol altında olan T2DM'li kadın (BKİ 26.9 ± 0.7 kg/m²) ve erkeklerde (BKİ 25.4 ± 0.4 kg/m²) güvenli olup olmadığını belirlemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada orucun enerji alımı, vücut ağırlığı, BKİ, kan basıncı ve karaciğer enzimleri üzerine majör bir etkisinin olmadığı gözlemlenmiştir. Katılımcıların açlık ve postprandiyal glukoz seviyeleri azalırken insülin seviyeleri artmıştır ve lipit ile hematolojik parametrelerdeki dalgalanmaların fizyolojik sınırlar içinde kaldığı saptanmıştır.

Aksungar ve arkadaşlarının (2017) ramazan orucuna karşı, enerji kısıtlamasının (CR) diyabetik olmayan obez kadınlarda (n=23) büyüme hormonu (GH)/İnsülin benzeri büyüme faktörü (IGF-1) ve insülin direncine etkilerini incelediği bir diğer çalışmada ise 2 yıllık takip süresinin sonunda kalori kısıtlamasının yapıldığı grupta ağırlık kaybının daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Tüm katılımcıların BKİ'si azalmış ve BKİ'nin azalmasıyla, glukoz, HbA1c, insülin ve HOMA-IR düzeylerinde de azalma olduğu görülmüştür. İdrar asetoasetat

seviyelerinin IF döneminde yüksek olmasının nedeninin lipit katabolizması olabileceğini düşündürmüştür.

Zaman kısıtlı beslenmenin parametreleri olumlu etkilediği ve bunun özellikle pre-diyabet tanısı olan bireylere ve insüline dirençli hastalara herhangi bir farmakolojik yaklaşım olmaksızın yardımcı olabileceği belirtilmiştir. Enerji kısıtlaması olmayan IF'nin, ağırlık kaybetmeden hastalığa karşı hücrel direnci artırabileceği ve sağlıklı, genç ve normal kilodaki yetişkinlerde az derece ağırlık kaybıyla birlikte, glukoz homeostazını iyileştirebileceği bildirilmiştir (Aksungar ve ark., 2017; S Carter, Clifton ve Keogh, 2016; M'guil ve ark., 2008). Kısa süreli IF'nin T2DM hastalarında vücut ağırlığı, açlık glikozu, insülin hassasiyeti, β hücre yanıtı, kan basıncı, oksidatif stres gibi parametreleri iyileştirdiği, tolere edilebilir bir diyet müdahalesi olduğu ve glisemik kontrol üzerine etkisinin yemek yeme zamanlamasına bağlı olduğu bildirilmiştir (Gnanou ve ark., 2015; Sutton ve ark., 2018). Bu bulguların aksine Diyabet Epidemiyolojisi ve Ramazan (EPIDIAR) Çalışması'nda, Ramazan ayında diyabetli hastaların hastanede kalmayı gerektiren şiddetli hipoglisemi atakları yaşamaya daha yatkın olduğu bildirilmiştir (Kahleova ve ark., 2014). Dolayısıyla bu etkilerinin doğrulanabilmesi için daha uzun süreli çalışmalara ihtiyaç olduğu belirtilmektedir.

Periyodik Açlık, Aralıklı Açlık ve Kalori Kısıtlamasının Kombinasyonu (IFCR (Intermittent Fasting Calorie Restriction)), Çok Düşük Kalorili Diyet (VLCD (Very Low Calorie Diet)), B2 Diyeti

Periyodik açlıkta (5:2 diyeti) bireylerin haftanın 1 veya 2 günü çok az yemek tüketmelerine; geri kalan haftanın 5 günü ise istenildiği kadar besin tüketimine izin verilmektedir (Hutchison ve Heilbronn, 2016). Açlık günleri ardışık veya ardışık olmayan günler olabilmektedir.

T2DM'lu fazla kilolu veya obez bireylerde (n=63) yapılan bir randomize kontrollü çalışmada, sürekli enerji kısıtlamasına (CER) kıyasla, 5:2 aralıklı enerji kısıtlamasının (periyodik açlık) HbA1c üzerine etkisi araştırılmış ve 12 haftanın sonunda, iki grupta da HbA1c ve vücut ağırlığı kaybı yüzdesindeki azalmaların benzer olduğu görülmüştür (Carter ve ark., 2016). Sundfor ve arkadaşlarının (2018) yaptığı bir çalışmada, 5:2 diyeti ve sürekli enerji kısıtlaması (CER)

uyguladıkları obez bireylerde (n=112) 6 aylık çalışma sonucunda iki grupta da enerji alımının %26-28 azaldığı gözlenirken; vücut ağırlığı kayıplarının, bel çevresi, kan basıncı, trigliseritler ve HDL-K'deki iyileşmelerin ise benzer olduğu görülmüştür. Periyodik açlık diyetinde, glukoz seviyeleri %3.4 azalırken; sürekli enerji kısıtlaması uygulanan grupta herhangi bir değişiklik saptanmamıştır.

Tip 2 DM'lu obez bireylerde yapılan bir diğer çalışmada ise, 12 ay süreyle aralıklı enerji kısıtlaması (IER) (haftanın 2 günü) ve sürekli enerji kısıtlamasının (CER) glisemik kontrol ve kilo kaybı üzerine etkisi değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda iki grup arasında ortalama HbA1c seviyesindeki azalma ile vücut ağırlığındaki değişimler benzer bulunurken açlık glikoz seviyeleri, lipit seviyeleri ve yaşanan hipoglisemik ile hiperglisemik olaylar arasında önemli bir farklılık saptanmamıştır (Williams, Mullen, Kelley ve Wing, 1998).

Kahleova ve arkadaşlarının (2014) oral antidiyabetiklerle tedavi edilen fazla kilolu/obez bireylerde 12 hafta süreyle günde 6 öğün (A6 rejimi) ile kahvaltı ve öğle yemeği olmak üzere iki öğünden oluşan diyet yaklaşımlarının (B2 diyeti) vücut ağırlığı, insülin direnci gibi parametrelere etkisini inceledikleri çalışmada; her iki grupta da vücut ağırlığı ve hepatic yağ içeriği (HFC), açlık plazma glikozu ve C-peptit seviyeleri, oral glikoz insülin duyarlılığı (OGIS) anlamlı olarak azalırken; B2 grubundaki azalmaların daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ayrıca açlık plazma glukagonu B2 diyetinde azalırken; A6 grubunda artmıştır.

Aralıklı açlık ve kalori kısıtlamasının kombinasyonunda (IFCR), açlık sıklığı değişebilmektedir. Sıvı (IFCR-L) ve aktı (IFCR-F) türleri uygulanabilmektedir. Obez kadınlarda (n=54) sıvı bazlı aralıklı açlık ve kalori kısıtlamasının kombinasyonunun (IFCR-L), besin bazlı IFCR (IFCR-F)'ye göre vücut ağırlığını ve yağ kütlelerini anlamlı olarak daha fazla düşürdüğü bildirilmiştir. Total ve LDL-K seviyeleri de IFCR-L grubunda daha fazla azalırken; glukoz, insülin ve homosistein konsantrasyonları sadece IFCR-L grubunda azaldığı görülmüştür (Klempel, Kroeger, Bhutani, Trepanowski ve Varady, 2012).

Corley ve arkadaşları (2018), T2DM'lu, metformin ve/veya hipoglisemik ajan tedavisi alan ve HbA1c seviyeleri 50-86 mmol/mol olan

obez yetişkin hastalarda (n=41) haftada birbirini izleyen 2 gün çok düşük kalorili diyetle (VLCD) ile birbirini izlemeyen 2 gün yapılan VLCD'nin etkisini araştırmışlardır. 12 haftalık diyet müdahalelerinin sonucunda, hipoglisemik ilaç tedavisi alan T2DM'lu bireylerde, hipoglisemi oranının arttığı saptanmıştır. Vücut ağırlığı, HbA1c, açlık glukozu ve yaşam kalitesinde iyileşmeler her iki grupta da gözlenmiştir. Sadece total kolesterol ve LDL-K seviyelerindeki azalmalar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Vücut ağırlığı ideal vücut ağırlığından %20 fazla olan T2DM'lu yetişkin ve yaşlı bireylerin (n=54) dahil edildiği bir başka çalışmada ise aralıklı çok düşük kalorili diyet ile ılımlı kalori kısıtlamasının kilo kaybı ve glisemik kontrol üzerine etkileri incelenmiştir. Katılımcılar, bir standart davranışsal terapi (SBT) ve iki VLCD grubu olmak üzere, toplam 3 gruba ayrılmış ve SBT grubuna çalışma boyunca 1500-1800 kkal/gün verilmiştir. Bir VLCD grubunda haftanın bir günü VLCD diyeti (1-gün) uygulanırken, diğer VLCD grubunda haftanın birbirini takip eden beş gününde (5-gün) VLCD diyeti uygulanmış; her iki VLCD grubu da haftanın geri kalan günlerinde 1500-1800 kkal/gün tüketmişlerdir. Çalışma sonucunda her iki VLCD grubundaki katılımcılarda, SBT grubuna göre anlamı olarak daha fazla ağırlık kaybı gözlenmiştir. 20. Haftada gruplar arasında açlık plazma glukozundaki değişimler farklı bulunmazken; SBT grubuyla karşılaştırıldığında 5-gün VLCD grubundaki HbA1c değerlerinin anlamlı olarak daha normal olduğu görülmüştür (Williams ve ark., 1998).

Periyodik açlık, IFCR, VLCD ve B2 diyeti gibi aralıklı açlık uygulamalarının HbA1c'nin azaltılması için etkili bir alternatif diyet stratejisi olduğu belirtirse de, özellikle hipoglisemik ilaç tedavisi alan hastalarda hipoglisemi riskini arttırabileceği unutulmamalıdır.

Aralıklı Açlık Programlarının Olası Riskleri ve Yan Etkileri

Yapılan çalışmalarda, aralıklı açlık programlarının bazı olumlu etkilerinin gösterilmesine rağmen; bu beslenme programlarının pek çok risk ve yan etkisi de gözlemlenebilmektedir. Uzun süreli aralıklı açlık programı uygulayan bireyler, yemek yedikleri günlerde yeterli miktarda protein alımı konusunda bilinçli değilse, protein yetersizliği riskli ile karşılaşılmaktadır. Ayrıca vitamin ve mineral

eksiklikleri ile karşılaşılabilen ve takviye olarak alımları gerekebilmektedir. Yetersiz enerji ve sıvı alımı sonucunda, dehidratasyon, baş dönmesi, mide bulantısı, uykusuzluk, senkop, düşme, baş ağrısı ve güçsüzlük yaşanabilmektedir. Diyabet, kalp hastalıkları, kanser gibi çeşitli hastalıklara sahip olan bireylerde ise hastalıkların seyri kötüleşebilmektedir (Grajower ve Horne, 2019).

Aralıklı açlık diyetleriyle ilgili en önemli risk; özellikle insülin (hem bolus hem de bazal) ve sülfanilüreler (kısa etkili meglitinidler dahil) olmak üzere, hipoglisemiyle ilişkili antidiyabetik ilaç kullanan hastalarda hipoglisemi oluşturma potansiyelidir (Sharayah Carter, Clifton ve Keogh, 2018; Chaudhury ve ark., 2017; Corley ve ark., 2018). Diğer tüm antidiyabetik ilaçlar, monoterapi veya insülin ve sülfanilüreler olmadan kombine tedavi olarak kullanıldığında hipoglisemi riski azalmaktadır. Diyabetik bireylerin, hamile ve emziren kadınların, ileri yaştaki yetişkinlerin, zayıf bireylerin, yeme bozukluğu ve demansı olan kişilerin aralıklı açlık programlarından kaçınmaları gerekmektedir. Aralıklı açlık programı uygulayan bireyler diyetisyen, doktor, hemşire gibi sağlık çalışanları tarafından ilaç ayarlaması, glukoz izlemi ve sıvı alımları açısından mutlaka takip altında tutulmalıdır (Grajower ve Horne, 2019).

SONUÇ

Mevcut verilere göre, IF rejimleri genel olarak etkili ve nispeten güvenli görünmektedir. TRF diyeti (14-18 saat oruç ve 6-10 saat beslenme süresi) ve 5:2 ardışık ve ardışık olmayan diyetler gibi IF'nin daha popüler versiyonlarından bazıları farklı yaşam tarzlarına ve çalışma sürelerine sahip kişilere daha uygun olabilmektedir. Aralıklı açlık diyetleri, CR diyetlerine kıyasla daha fazla kişide ve daha uzun sürelerde klinik olarak daha etkilidir. Aralıklı açlığın diyabetli veya prediyabetli hastalarda glisemik kontrol üzerine etkileri ile ilgili olarak yapılan çalışmalar ise yetersizdir. Ancak aralıklı açlığın düşük HbA1c konsantrasyonu ile yansıtılan plazma glukoz seviyelerine olumlu etkisinin olduğu düşünülmektedir. Diyabetli olmayan fazla kilolu veya obez bireylerde aralıklı açlık kan glukozu ve insülin konsantrasyonlarını azaltmakta veya değiştirmemektedir. Aralıklı enerji kısıtlaması, glisemi kontrolü açısından sürekli uygulanan beslenme tedavisine karşı üstünlük sağlayabileceği belirtilmektedir. Aynı zamanda

IF rejimlerinin T2DM'li hastalarda, özellikle sülfanilürelerle tedavi edilenlerde kullanımı, istenmeyen yan etkilere sebep olabilmektedir. Büyük randomize kontrollü çalışmaların yokluğunda, prediyabetli ve T2DM 'li bireylerde uzun süreli IF'nin etkinliği ve yan etkileri ile farklı IF rejimlerinin risk-fayda oranını belirlemek oldukça zordur. Sağlık nüfusu açısından bakıldığında bu diyetlerin en büyük ve en olumlu etkileri, prediyabet, T2DM, obezite, yağlı karaciğer hastalığı ve metabolik hastalıkların ilerleyici kötü etkilerini önlemek için, geniş örneklemli ve randomize kontrollü çalışmalarda uygulandığında ortaya çıkacaktır. Aralıklı açlık diyetlerinin, sağlıklı veya diyabetli bireylerde sağlık üzerine etkilerinin daha iyi ve daha net gözlemlenmesi için katılımcı sayısının fazla ve diyet protokollerinin uygulanma süresinin uzun olduğu daha fazla sayıda çalışma yapılmasına ve literatüre yeni bilgiler kazandırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Yazar Katkısı / Author Contributions:

Fikir/Kavram: Z.K., H.K.A.; Tasarım: Z.K.; Denetleme/Danışmanlık: H.K.A.; Analiz ve/veya Yorum: Z.K., H.K.A.; Kaynak Taraması: Z.K.; Makalenin Yazımı: Z.K.; Eleştirel İnceleme: H.K.A.

Hakem Değerlendirmesi / Peer-review: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması / Conflict of Interest

Yazarlar araştırmanın yürütülmesinde herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Finansal Destek/Financial Disclosure

Yazarlar araştırmanın yürütülmesi sürecinde bir finansal destek almadığını beyan etmiştir.

KAYNAKLAR

- Aguiree, F., Brown, A., Cho, N., Dahlquist, G., Aguiree, B., Cho, D., Dodd, D. Whiting (2013). IDF Diabetes Atlas. IDF Diabetes Atlas, 6th Edition, International Diabetes Federation, Basel, 74-90.
- Aksungar, F.B., Sarikaya, M., Coskun, A., Serteser, M., Unsal, I. (2017). Comparison of intermittent fasting versus caloric restriction in obese subjects: A two year follow-up. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 21(6), 681-685. doi: 10.1007/s12603-016-0786-y
- Andersen, C.J., Fernandez, M.L. (2013). Dietary strategies to reduce metabolic syndrome. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 14(3), 241-254. doi: 10.1007/s11154-013-9251-y

- Anton, S.D., Moehl, K., Donahoo, W.T., Marosi, K., Lee, S.A., Mainous III, A.G., . . . Mattson, M.P. (2018). Flipping the metabolic switch: understanding and applying the health benefits of fasting. *Obesity*, 26(2), 254-268. doi: 10.1002/oby.22065
- Asemi, Z., Samimi, M., Taghizadeh, M., Esmailzadeh, A. (2015). Effects of Ramadan fasting on glucose homeostasis, lipid profiles, inflammation and oxidative stress in women with polycystic ovary syndrome in Kashan, Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 18(12), 0-0.
- Ash, S., Reeves, M.M., Yeo, S., Morrison, G., Carey, D., Capra, S. (2003). Effect of intensive dietetic interventions on weight and glycaemic control in overweight men with Type II diabetes: a randomised trial. *International Journal of Obesity*, 27(7), 797-802. doi: 10.1038/sj.ijo.0802295
- Atlas, D. (2015). International diabetes federation. IDF diabetes atlas. Brussels: International Diabetes Federation.
- Cai, H., Qin, Y.L., Shi, Z.Y., Chen, J.H., Zeng, M.J., Zhou, W., . . . Chen, Z.Y. (2019). Effects of alternate-day fasting on body weight and dyslipidaemia in patients with non-alcoholic fatty liver disease: a randomised controlled trial. *BMC Gastroenterology*, 19(1), 219.
- Carter, S., Clifton, P., Keogh, J. (2016). The effects of intermittent compared to continuous energy restriction on glycaemic control in type 2 diabetes; a pragmatic pilot trial. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 122, 106-112. doi: 10.1016/j.diabres.2016.10.010
- Carter, S., Clifton, P.M., Keogh, J.B. (2018). Effect of intermittent compared with continuous energy restricted diet on glycemic control in patients with type 2 diabetes: a randomized noninferiority trial. *JAMA Network Open*, 1(3), e180756-e180756. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.0756
- Catenacci, V.A., Pan, Z., Ostendorf, D., Brannon, S., Gozansky, W.S., Mattson, M.P., . . . Troy Donahoo, W. (2016). A randomized pilot study comparing zero-calorie alternate-day fasting to daily caloric restriction in adults with obesity. *Obesity*, 24(9), 1874-1883. doi: 10.1002/oby.21581
- Chaudhury, A., Duvoor, C., Reddy Dendi, V.S., Kraleti, S., Chada, A., Ravilla, R., . . . Kuriakose, K. (2017). Clinical review of antidiabetic drugs: implications for type 2 diabetes mellitus management. *Frontiers in Endocrinology*, 8, 6. doi: 10.3389/fendo.2017.00006
- Cheng, A. (2013). Canadian Diabetes Association 2013 clinical practice guidelines for the

- prevention and management of diabetes in Canada. Introduction. *Canadian Journal of Diabetes*, 37, S1-3.
- Cheng, C.M., Kelley, B., Wang, J., Strauss, D., Eagles, D.A., Bondy, C. A. (2003). A ketogenic diet increases brain insulin-like growth factor receptor and glucose transporter gene expression. *Endocrinology*, 144(6), 2676-2682. doi: 10.1210/en.2002-0057
- Colman, R.J., Anderson, R.M., Johnson, S.C., Kastman, E.K., Kosmatka, K.J., Beasley, T.M., . . . Kemnitz, J.W. (2009). Caloric restriction delays disease onset and mortality in rhesus monkeys. *Science*, 325(5937), 201-204. doi: 10.1126/science.1173635
- Corley, B., Carroll, R., Hall, R., Weatherall, M., Parry-Strong, A., Krebs, J. (2018). Intermittent fasting in type 2 diabetes mellitus and the risk of hypoglycaemia: a randomized controlled trial. *Diabetic Medicine*, 35(5), 588-594. doi: 10.1111/dme.13595
- Dall, K.B., Færgeman, N.J. (2019). Metabolic regulation of lifespan from a *C. elegans* perspective. *Genes & Nutrition*, 14(1), 1-12. doi: 10.1186/s12263-019-0650-x
- de Cabo, R., Mattson, M.P. (2019). Effects of intermittent fasting on health, aging, and disease. *New England Journal of Medicine*, 381(26), 2541-2551. doi: 10.1056/NEJMr1905136
- Di Francesco, A., Di Germanio, C., Bernier, M., de Cabo, R. (2018). A time to fast. *Science*, 362(6416), 770-775. doi: 10.1126/science.aau2095
- Finkel, T. (2015). The metabolic regulation of aging. *Nature Medicine*, 21(12), 1416-1423. doi: 10.1038/nm.3998
- Gnanou, J.V., Caszo, B.A., Khalil, K.M., Abdullah, S. L., Knight, V. F., Bidin, M. Z. (2015). Effects of Ramadan fasting on glucose homeostasis and adiponectin levels in healthy adult males. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 14(1), 55. doi: 10.1186/s40200-015-0183-9
- Grajower, M.M., Horne, B.D. (2019). Clinical management of intermittent fasting in patients with diabetes mellitus. *Nutrients*, 11(4), 873. doi: 10.3390/nu11040873
- Hardie, D.G. (2015). AMPK: positive and negative regulation, and its role in whole-body energy homeostasis. *Current Opinion in Cell Biology*, 33, 1-7. doi: 10.1016/j.ceb.2014.09.004
- Hoddy, K.K., Kroeger, C.M., Trepanowski, J.F., Barnosky, A., Bhutani, S., Varady, K.A. (2014). Meal timing during alternate day fasting: Impact on body weight and cardiovascular disease risk in obese adults. *Obesity*, 22(12), 2524-2531. doi: 10.1002/oby.20909
- Horne, B.D., Muhlestein, J.B., Anderson, J.L. (2015). Health effects of intermittent fasting: hormesis or harm? A systematic review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 102(2), 464-470. doi: 10.3945/ajcn.115.109553
- Hutchison, A.T., Heilbronn, L.K. (2016). Metabolic impacts of altering meal frequency and timing—does when we eat matter? *Biochimie*, 124, 187-197. doi: 10.1016/j.biochi.2015.07.025
- Kahleova, H., Belinova, L., Malinska, H., Oliyarnyk, O., Trnovska, J., Skop, V., . . . Tura, A. (2014). Eating two larger meals a day (breakfast and lunch) is more effective than six smaller meals in a reduced-energy regimen for patients with type 2 diabetes: a randomised crossover study. *Diabetologia*, 57(8), 1552-1560. doi: 10.1007/s00125-014-3253-5
- Kiyani, M.M., Memon, A.R., Amjad, M.I., Ameer, M.R., Sadiq, M., Mahmood, T. (2017). Study of human Biochemical parameters during and after Ramadan. *Journal of Religion and Health*, 56(1), 55-62. doi: 10.1007/s10943-015-0084-8
- Klempel, M.C., Bhutani, S., Fitzgibbon, M., Freels, S., Varady, K.A. (2010). Dietary and physical activity adaptations to alternate day modified fasting: implications for optimal weight loss. *Nutrition Journal*, 9(1), 35. doi: 10.1186/1475-2891-9-35
- Klempel, M.C., Kroeger, C.M., Bhutani, S., Trepanowski, J.F., Varady, K.A. (2012). Intermittent fasting combined with calorie restriction is effective for weight loss and cardio-protection in obese women. *Nutrition Journal*, 11(1), 98. doi: 10.1186/1475-2891-11-98
- Kobilo, T., Guerrieri, D., Zhang, Y., Collica, S.C., Becker, K.G., van Praag, H. (2014). AMPK agonist AICAR improves cognition and motor coordination in young and aged mice. *Learning & Memory*, 21(2), 119-126. doi: 10.1101/lm.033332.113
- Lefevre, M., Redman, L.M., Heilbronn, L.K., Smith, J.V., Martin, C.K., Rood, J.C., . . . Ravussin, E. (2009). Caloric restriction alone and with exercise improves CVD risk in healthy non-obese individuals. *Atherosclerosis*, 203(1), 206-213. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2008.05.036
- Leiter, L.A., Fitchett, D.H., Gilbert, R.E., Gupta, M., Mancini, G.J., McFarlane, P.A., . . . Anand, S. (2011). Cardiometabolic risk in Canada: a detailed analysis and position paper by the cardiometabolic risk working group. *Canadian Journal of Cardiology*, 27(2), e1-e33. doi:

- 10.1016/j.cjca.2010.12.054
- M'guil, M., Ragala, M., El Guessabi, L., Fellat, S., Chraïbi, A., Chebraoui, L., . . . Lyoussi, B. (2008). Is Ramadan fasting safe in type 2 diabetic patients in view of the lack of significant effect of fasting on clinical and biochemical parameters, blood pressure, and glycemic control? *Clinical and Experimental Hypertension*, 30(5), 339-357. doi:10.1080/10641960802272442
- Mattson, M.P. (2012). Energy intake and exercise as determinants of brain health and vulnerability to injury and disease. *Cell Metabolism*, 16(6), 706-722. doi: 10.1016/j.cmet.2012.08.012
- Mazidi, M., Rezaie, P., Chaudhri, O., Karimi, E., Nematy, M. (2015). The effect of Ramadan fasting on cardiometabolic risk factors and anthropometrics parameters: a systematic review. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(5), 1250. doi: 10.12669/pjms.315.7649
- Palacios, O.M., Carmona, J.J., Michan, S., Chen, K. Y., Manabe, Y., Ward III, J.L., . . . Tong, Q. (2009). Diet and exercise signals regulate SIRT3 and activate AMPK and PGC-1 α in skeletal muscle. *Aging (Albany NY)*, 1(9), 771. doi: 10.18632/aging.100075
- Parvaresh, A., Razavi, R., Abbasi, B., Yaghoobloo, K., Hassanzadeh, A., Mohammadifard, N., . . . Clark, C.C. (2019). Modified alternate-day fasting vs. calorie restriction in the treatment of patients with metabolic syndrome: A randomized clinical trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 47, 102187. doi: 10.1016/j.ctim.2019.08.021
- Rajpal, A., Ismail-Beigi, F. (2020). Intermittent Fasting and "Metabolic Switch": Effects on Metabolic Syndrome, Pre-diabetes and Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 22(9), 1496-1510. doi: 10.1111/dom.14080
- Rothschild, J., Hoddy, K.K., Jambazian, P., Varady, K.A. (2014). Time-restricted feeding and risk of metabolic disease: a review of human and animal studies. *Nutrition Reviews*, 72(5), 308-318. doi: 10.1111/nure.12104
- Sleiman, S.F., Henry, J., Al-Haddad, R., El Hayek, L., Abou Haidar, E., Stringer, T., . . . Ratan, R. R. (2016). Exercise promotes the expression of brain derived neurotrophic factor (BDNF) through the action of the ketone body β -hydroxybutyrate. *Elife*, 5, e15092. doi: 10.7554/eLife.15092
- Sundfør, T., Svendsen, M., Tonstad, S. (2018). Effect of intermittent versus continuous energy restriction on weight loss, maintenance and cardiometabolic risk: a randomized 1-year trial. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 28(7), 698-706. doi: 10.1016/j.numecd.2018.03.009
- Sutton, E.F., Beyl, R., Early, K.S., Cefalu, W.T., Ravussin, E., Peterson, C.M. (2018). Early time-restricted feeding improves insulin sensitivity, blood pressure, and oxidative stress even without weight loss in men with prediabetes. *Cell Metabolism*, 27(6), 1212-1221. e1213. doi: 10.1016/j.cmet.2018.04.010
- Trepanowski, J.F., Kroeger, C.M., Barnosky, A., Klempel, M.C., Bhutani, S., Hoddy, K.K., . . . Rood, J. (2017). Effect of alternate-day fasting on weight loss, weight maintenance, and cardioprotection among metabolically healthy obese adults: a randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 177(7), 930-938. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.0936
- Turner, R.C., Cull, C.A., Frighi, V., Holman, R.R., Group, U.P.D.S. (1999). Glycemic control with diet, sulfonylurea, metformin, or insulin in patients with type 2 diabetes mellitus: progressive requirement for multiple therapies (UKPDS 49). *JAMA*, 281(21), 2005-2012. doi: 10.1001/jama.281.21.2005
- Üner, S., Balcılar, M., Ergüder, T. (2018). Türkiye hanehalkı sağlık araştırması: bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri prevalansı 2017 (STEPS). Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara.
- Varady, K.A. (2016). Impact of intermittent fasting on glucose homeostasis. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 19(4), 300-302. doi: 10.1097/MCO.0000000000000291
- Varady, K.A., Bhutani, S., Church, E.C., Klempel, M. C. (2009). Short-term modified alternate-day fasting: a novel dietary strategy for weight loss and cardioprotection in obese adults. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 90(5), 1138-1143. doi: 10.3945/ajcn.2009.28380
- Varady, K.A., Dam, V.T., Klempel, M.C., Horne, M., Cruz, R., Kroeger, C. M., Santosa, S. (2015). Effects of weight loss via high fat vs. low fat alternate day fasting diets on free fatty acid profiles. *Scientific Reports*, 5, 7561. doi: 10.1038/srep07561
- Veech, R.L. (2003). Ketoacids? Good medicine. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 114, 149-61.
- Williams, K.V., Mullen, M.L., Kelley, D.E., Wing, R. R. (1998). The effect of short periods of caloric restriction on weight loss and glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 21(1), 2-8. doi: 10.2337/diacare.21.1.2
- Wu, M.M., Brown, G.L., Kim, K.Y.A., Kim, J.,

- Gordon, K. E. (2019). Gait variability following abrupt removal of external stabilization decreases with practice in incomplete spinal cord injury but increases in non-impaired individuals. *Journal of Neuroengineering and Rehabilitation*, 16(1), 4. doi: 10.1186/s12984-018-0475-7
- Wycherley, T.P., Moran, L.J., Clifton, P.M., Noakes, M., Brinkworth, G.D. (2012). Effects of energy-restricted high-protein, low-fat compared with standard-protein, low-fat diets: a meta-analysis of randomized controlled trials. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 96(6), 1281-1298. doi: 10.3945/ajcn.112.044321
- Yang, J.L., Lin, Y.T., Chuang, P.C., Bohr, V.A., Mattson, M.P. (2014). BDNF and exercise enhance neuronal DNA repair by stimulating CREB mediated production of apurinic/apyrimidinic endonuclease 1. *Neuromolecular Medicine*, 16(1), 161-174. doi: 10.1007/s12017-013-8270-x



BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ VE ARAŞTIRMALARI DERGİSİ

BANU Journal of Health Science and Research

DOI: 10.46413/boneyusbad.758947

Olgu Sunumu / Case Report

Covid-19 Enfeksiyonu Sebebiyle Nörolojik Tutulum Gösteren Olgunun Gordon Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre İncelenmesi

Research of Neurological Involvement Case Due to Covid-19 Infection According to Gordon Functional Health Patterns

Berna CAFER KARALAR¹ 

Ayfer KARADAKOVAN² 

¹ Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Öğrencisi

² Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Prof. Dr.

Sorumlu yazar / Corresponding author:
Berna Cafer Karalar
berna9395@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 28.06.2020

Kabul tarihi / Date of acceptance: 02.03.2021

Atıf/Citation: Cafer Karalar, B., Karadakovan, A. (2021). Covid-19 Enfeksiyonu Sebebiyle Nörolojik Tutulum Gösteren Olgunun Gordon Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre İncelenmesi. *BANÜ Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*. 3(1), 64-71. doi: 10.46413/boneyusbad.758947.

ÖZET

Tüm dünyayı etkileyen Coronavirüs pandemisi Türkiye için de önemli bir sağlık sorunu olmuş ve halen devam etmektedir. Yeni bir virüs olması nedeniyle kesin tedavi ve prognoz konusunda araştırmalar devam etmektedir. Enfeksiyonun neden olduğu organ tutulumları, bunların bireyin sağlığı ve yaşamına etkileri bu alanda çalışan sağlık ekibi üyeleri ve birebir bakım veren hemşireler tarafından yakından izlenmektedir. Covid-19 nedeni ile nörolojik tutulum gösteren bireyin hemşirelik bakımının sürdürülmesinde Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeline göre uygulanan bakım süreci olgusu paylaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, Nörolojik tutulum, Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri

ABSTRACT

Coronaviruses pandemic is affecting the entire world has also been a major health problem for Turkey and is still continuing. Since it is a new virus, researches continue on the definitive treatment and prognosis. Organ involvement caused by the infection and their impact on the health and life of the individual are closely monitored by the members of the healthcare team working in this field and the nurses who provide one-to-one care. The case of care process applied according to Gordon's Functional Health Patterns model in continuing the nursing care of the individual who has neurological involvement due to Covid-19 has been shared.

Keywords: Covid-19, Neurological involvement, Gordon's Functional Health Patterns

GİRİŞ

Çin'in Wuhan kentinden başlayan Covid-19 enfeksiyonu ciddi bir pandemiye sebep olmuştur. Covid-19 pandemisine bağlı gelişen viral pnömöni mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır. Türkiye'deki oranlara bakıldığında ölüm hızının %2.57 olduğu belirtilmiştir. (Sağlık Bakanlığı Covid 19 Durum Raporu, 2020). Dünyada bu oran farklılık göstermektedir. İtalya'da %2.5-23 Amerika Birleşik Devletleri'nde %6.9-14, İspanya'da %5-11 gibi farklı oranlar bildirilmiştir (Sabbadini ve Romano, 2020; Percivalle, Cambiè ve Cassaniti, 2020; Havers, Reed ve Lim, 2020; Rosenberg ve ark., 2020; Pollá, Pérez-Gómez ve Pastor-Barriuso, 2020; Soriano, Meiriño, Corral, Guallar, 2020).

Covid-19 halen bilinmezliğini korumaktadır. Hastalığın fiziksel semptomlara sebep olan tablolar dahi tam olarak çözülememişken; karantina uygulamaları, olağan rutinlerin ertelenmesi, zorunlu izolasyon gibi uygulamalar stres ve kaygı artışının temel sebepleridir. Bu açıdan yaşanan bilinmezlik, hastalığın sonuçlarının tam bilinmemesi; korku ve anksiyeteye neden olmaktadır. Çalışmalarda pandemi ile birlikte özellikle yaşlı, kronik hastalığı olan ve Covid-19 teşhisi olan kişilerde yüksek depresyon ve anksiyete düzeyleri yaşadığı belirtilmiştir. (Dağlı, Büyükbayram, Arabacı, 2020; Panchal ve ark., 2020)

Covid-19'un solunum sistemi yanı sıra diğer sistemleri de etkileyebildiği ve patolojilere yol açabildiği bildirilmiştir. Nörolojik sistem de etkilenen sistemlerdendir (Carod-Artal, 2020). Covid-19'un yol açabileceği hasarla ilgili tam bir öngörü bulunmamakla birlikte nörolojik tutulumun hastaların yaşam kalitelerine olumsuz etkisi olacağı düşünülmektedir (Sheraton, Deo, Kashyap ve Surani, 2020). Hastalarda, merkezi sinir sistemine ilişkin baş dönmesi, baş ağrısı, bilinç bozukluğu, akut serebrovasküler hastalık, ataksi ve nöbet, periferik sinir sistemi ilişkin tat ve koku kaybı, görme bozukluğu ve nöral ağrı gibi bulgulara rastlanmıştır (Zubair ve ark., 2020). Yapılan bir araştırmaya göre Covid-19 tanısı alan 214 hastanın %36,4'ünde nörolojik belirtiler saptanmıştır. Hastaların %5'i serebrovasküler olay, %13,4'ünde bilinç bulanıklığı yaşadığı belirtilmiştir. Özellikle ağır semptom gösteren vakalarda daha sık nörolojik semptomlar görüldüğü de eklenmiştir (Mao ve ark., 2020). Bu

çalışmaya benzer bir araştırmada da 221 Covid-19 hastasının %5.8'inin serebrovasküler olay tablosu yaşadığı bildirilmiştir (Li ve ark., 2020).

Covid-19 ülkeleri, sağlık sistemlerini derinden etkileyen ve kardiyovasküler, solunum ve nörolojik komplikasyonlara sebep olan bir pandemidir. Bu tablo ile başa çıkma adına birçok adım atılmış ancak yeterli olunamamıştır. Bu tablonun ağırlaşması, enfekte olunmasını ve komplikasyonları hızlandırmış; buna bağlı olarak sağlık sistemi içindeki kritik hasta yükünü de arttırmıştır. Bu artışın özellikle geriatrik, kronik hastalığı olan kişileri daha çok etkilediği bilinmektedir. Bu süreçte özellikle bakım sürecinin yürütülmesin adına hemşireler ön safta yer almıştır (Al Thobaity ve Alshammari, 2020). Enfekte bireylerin yoğun bakım ihtiyacı bakım gereksinimi arttırmakta ve Covid-19'un sebep olduğu enfeksiyon yönetiminde, sağlık hizmetlerinin yönetilmesinde ve toplumun eğitilmesinde de hemşireler önem arz etmektedir (Buheji ve Buhaid, 2020; Hoffmann, Battaglia, Perpetua, Wojtaszek ve Campbell, 2020). Hemşirelerin bu dönemde Covid-19 ile ilişkili primer ya da sekonder olarak nörolojik sorun yaşayan hastalara bakım vermesi kaçınılmaz olmuştur. Küresel çapta geniş kitleleri etkileyen bir pandeminin yönetilmesinde doğru ve etkili hemşirelik girişimlerin uygulanmasının hasta sonuçlarına olumlu etkisi olacağı mortalite ve morbidite de azalma olacağı bildirilmektedir (Müller Staub, 2009).

Hemşirelik bakım ve girişimleri hastanın gereksinimlerine yönelik bireysel olarak belirlenmelidir. Hastalıkların neden olduğu sorunları saptamak ve kapsamlı bir hemşirelik planı oluşturabilmek için modeller kullanılabilir. Modeller, bireyin tüm ihtiyaçlarını karşılayabilmeli ve tüm sorunları saptayabilmelidir. Holistik bir yaklaşım sağlayan fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli hasta ve sağlıklı bireyin tüm gereksinimlerini karşılayabilmektedir (Erbaş ve Demirel, 2016; Ünal, Genç, Kaplan ve Özkan, 2016; Türen, 2014).

Covid-19 tüm sistem ve organları etkilediği bu süreçte; bireyde gelişen problemleri saptamak adına bütüncül bir tanılama gereklidir. Bu tanılama için kullanılan Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeli, ön tanılama fırsatı sunar. Hemşirelik sürecinde yer alan fiziksel, psikolojik veya ruhsal gereksinimlere odaklanır.

Model ile veriler toplanır, tanılama yapılır, bilgi yorumlanır ve hemşirelik tanıları ile hemşirelik bakım planı sunulur (Pektekin, 2013). Covid 19'un hastanın tüm sistemler üzerinde görülebilecek etkileri saptamak ve bakım planlamak için Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri (FSÖ) modeli ile sistematik bir bakım süreci yürütülmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda olgu FSÖ kapsamında açıklanacaktır.

OLGU

N.A. kadın hasta 47 yaşında bankacıdır. Zararlı alışkanlık öyküsü yoktur. Hastanın astım tanısı vardır ancak kullandığı bir ilaç bulunmamaktadır. Hasta 68 kilo, 1.60 cm boyunda olup beden kütle indeksi (BKİ) 26.56'dır. Herhangi bir cerrahi operasyon öyküsü bulunmamaktadır.

Hastanın yatış öyküsü: 20 gün önce solunum sıkıntısı ateş ile hastaneye başvurmuştur. Hastanın huzurevinde yaşayan annesi ile temas öyküsü olduğu öğrenilmiştir. Covid-19 testleri pozitif olan hasta Covid-19 tanısı ile kliniğine yatırılmıştır. Solunum sıkıntısı ve entübasyon ihtiyacı gelişen hasta; Covid yoğun bakım ünitesine alınmıştır. Burada entübe edilerek izlenen hasta; dört gün sonra extübe edilerek nazal kanül ve oda havasında izlenmiştir. Sedasyonu tamamen kesildiğinde hastada kuadripleji geliştiği belirlenmiştir. Hastanın Covid-19 semptomlarının gerilemesi üzerine kliniğe nakil edilmiş ve burada tedavisine devam edilmiştir. Hasta kliniğe kabul sonrası yaşamsal bulguları; kan basıncı 117/69 mmHg, nabız 100/dk, vücut sıcaklığı 36,80 C solunum sayısı 24/dk olarak ölçülmüştür. Kan glukoz değeri 122 mg/dl'dir. Hasta nazal kanül (3/lt) ile oksijen desteği almakta olup oksijen saturasyonu %99'dur.

Hasta Covid-19 nedeniyle tek kişilik odada izlenmektedir. Hastanın fizik muayenesinde; antikoagülan kullanımına bağlı ekimozlu alanlar mevcuttur. Deri kuru ve yer yer döküntüler belirlenmiştir. Sol akciğerde raller izlenmiştir. Hasta parmaklarını hafif oynatmaktadır, ancak ekstremitelerinde hareketi yoktur. Hastanın sağ femoral kateter ve foley kateter bulunmaktadır.

Klinik izleminde fonksiyonel sağlık örüntüleri kapsamında hastanın bakım ve tedavi gereksinimleri saptanmış ve gereksinimlere yönelik girişimler uygulanmıştır. Hastadan yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

Hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre İncelenmesi

1. Sağlığı algılama- Sağlığın Yönetilmesi

Hastanın astım öyküsü olduğu, buna yönelik yaşam biçimi düzenlemesi yaptığı öğrenilmiştir. Annesini ziyarette gittiğinde Covid-19 pandemisi nedeniyle maske taktığını bildirmiştir. N.A. sürekli masa başı ve kalabalık bir işyerinde çalıştığını, ancak düzenli yürüyüşler yaptığını ve sağlıklı beslendiği belirtmiştir. Pandemiden önce günlük yaşam aktivitelerinde tam bağımsız olan N.A. hastalık sürecinde tüm gereksinimlerinde tam bağımlı olması nedeniyle üzgün ve sağlık durumunun belirsizliğinden dolayı endişelidir.

2. Beslenme- Metabolik Durum

Hasta öğle ve akşam aynı yemeklerin verilmesi nedeniyle yemek yemeye karşı isteksiz ve iştahsızdır. Hemşire tarafından beslenmesi sağlanmaktadır. Ara öğünlerinde sadece yoğurdu tercih etmektedir. Sıvı alımı konusunda isteklidir. Aynı zamanda parenteral sıvılarla desteklenmektedir. N.A.'nın immobil olması ve klinikte yatak tartısı olmaması nedeniyle kilo takibi yapılamamıştır.

3. Boşaltım

N.A.'nın her gün defekasyon yaptığı, dışkıının renk ve kıvamının normal olduğu gözlenmiştir. İdrar çıkışı foley kateter ile izlenmekte olup idrar rengi açık sarıdır. Hastanın foley kateter giriş yerinde ağrı, akıntı veya tıkanıklık yoktur. Alınan örneklerde de enfeksiyon bulgusuna rastlanmamıştır.

4. Aktivite - Egzersiz

Hasta günlük yaşam aktivitelerinde tam bağımlı olup aktiviteleri kısıtlıdır. Hemşire tarafından hastaya pasif egzersizler yaptırılmaktadır. N.A.'nın iki saatte bir pozisyonu değişimi hemşire tarafından sağlanmıştır. Hastanın İtali düşme puanı 13 (Yüksek risk) olarak saptanmıştır. Ancak hastanede düşme öyküsü olmamıştır.

5. Uyku- Dinlenme

N.A. tek kişilik odada yatmaktadır. Hastanın odasının ışığı kapalı izlenmektedir. Ancak koridor ışıklarının açık olması hastayı rahatsız etmiştir. Kliniğin yoğunluğu ve sık takip sebebiyle gürültüler de yaşanmaktadır. Hasta yaklaşık iki aydır hastanede farklı yerlerde tedavi görmesi nedeniyle de zorlandığı belirtmiştir. Hasta en fazla 5 saat uyuduğu ancak sıklıkla uykusunun bölündüğünü ve uykusundan uyandığını

belirtmiştir. Hasta, yorgunluk düzeyini 5 olarak puanlamıştır.

6. Bilişsel algısal durum

Hastanın Glaskow Koma Skalası (GKS) puanı 15'tir. Oryantasyonu tamdır. Açık ve anlaşılır şekilde iletişim kurabilmektedir. Konuşmaları ve soruları rahatlıkla anlayabilmekte ve cevaplayabilmektedir.

7. Kendini algılama-benlik kavramı

Pandemi ve kendi durumu hakkında belirsizlik yaşadığını belirtmiştir. Annesi ile ilgilenememesi, durumu hakkında belirsizlik sebebiyle de huzursuz ve mutsuz hissetmektedir.

8. Rol- İlişki

Annesi ile ilgilenmek durumunda olan N.A annesi ile ilgilenememesi konusunda endişelidir. Aynı zamanda mali konuda da desteklediğinden ve uzun bir dönem çalışamayacağı için endişelidir.

9. Cinsellik- Üreme

Menstrasyonu düzensizliği yaşayan N.A'nın premenopozal dönemde olduğu belirlenmiştir.

10. Baş etme – Stres Toleransı

Pandemi sürecinde ziyaret yasağı olması nedeniyle sevdiklerini görememesi ve sosyal desteğinin olmaması hastayı olumsuz etkilemektedir. Bu durum N.A'nın anksiyetesini arttırmıştır. Bunun yanında hastanın tedaviye uyumu iyidir.

11. Değer-İnanç

Hasta herhangi bir dini aktivite isteğinde bulunmamıştır.

Tablo 1: Kullanılan İlaçlar

İlaç Adı	Veriliş Yolu	Dozu
Pantoprazol Tablet	Parenteral	1x1
Asetilsalisilik Asit Tablet	Oral	1x1
Glucerna Mama (Enteral beslenme solüsyonu)	Oral	4x1
Asetilsistein ampul	Parenteral	1x1
Enoksaparin Sodyum	Subkutan	2x1
Vankomisin flakon	Parenteral	2x1

HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

Hemşirelik Tanısı: Covid-19enfeksiyonu sonrası dispne, oksijen desteğine gereksinim duyma, raller ve yorgunluk ile karakterize **Solunum örüntüsünde değişim**

Amaç: Solunum fonksiyonlarının hasta için en

üst düzeye getirmek ve desteklemek

Girişimler:

- Oksijen saturasyonu yaşamsal bulgular değerlendirilmeli
- Hastanın uygun pozisyon sağlanmalı. Tercihen semifowler ya da fowler pozisyonu verilmeli
- Hekim istemine göre nazal veya maske oksijen desteği sağlanmalı
- Hasta siyanoz ve solunum kasları açısından takip edilmeli
- Derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırılmalı
- Akciğer sesleri dinlenilmeli
- Aldığı çıkardığı takibi, idrar miktar ve niteliği gözlenmeli
- Acil müdahale için müdahale arabası, ilaçları ve malzemeleri hazırda bulunmalı.
- Non invaziv mekanik (NIV) ve Continuous Positive Airway Pressure (Sürekli pozitif hava yolu basıncı - CPAP) uygulamaları için cihazlar hazır bulunmalı.

Değerlendirme: N.A da 3/lt nazal oksijen desteği sağlanmıştır. Patolojik solunum sesleri azalmıştır. NIV veya CPAP uygulamalarına gerek duyulmamıştır.

Hemşirelik Tanısı: Covid-19enfeksiyonu sonrası ekstremitte hareket kaybı sebebiyle **Fiziksel Mobilitede Bozulma**

Amaç: Hastanın vücut fonksiyonlarının hasta için en üst düzeye getirmek ve desteklemek

Girişimler:

- 2-4 saate bir pozisyon değiştirilmeli ve basınç altında kalan bölgeler yastıklar ile desteklenmeli
 - Özellikle basınç altında kalan bölgeler desteklenmeli ve deri bütünlüğü gözlemlenmeli
 - Yatağın çarşafının temiz ve düz olmalı
 - Klinikte bulunduğu süre içerisinde pasif egzersizler ile hasta desteklenmeli
 - Dispne, ağrı ve yaşamsal bulguların 4 saate bir izlenmeli
 - Yatak kenarları kaldırılmalı, güvenlik önemleri alınmalı
- Değerlendirme:** N.A egzersizler ile desteklenmiş olup gereksinimleri yatak içerisinde

karşılanmıştır.

Hemşirelik Tanısı: Yemekleri sevmeme ve iştahsızlığa bağlı **Beslenmede Dengesizlik: Gerekşinimden Az Beslenme**

Amaç: Bireyin yeterli ve dengeli beslenmesinin sağlanması

Girişimler:

- Hasta yemekleri az miktarda ve yavaş yavaş yemek yemesi sağlanmalı
- Lokmalar olabildiğine küçük ve yemeklerin püre veya sıvı, yumuşak yiyeceklerden seçilmeli
- Hastanın yemesi ve çiğnemesi için zaman tanınmalı
- Hastanın rahat ve uygun pozisyonda olması sağlanmalı
- Diyeti doğrultusunda sevdiği besinler seçilmeli
- Ara öğünler ile desteklenmeli
- Sevdiği yiyecekler öğrenilmeli

Değerlendirme: N.A özellikle akşam ve öğle öğünleri aynı olduğu için yemekte isteksizdir. Pandemi sebebiyle dışarıdan sevdiği yiyecekler temin edilmemiştir. Diyet yemekleri temin edilerek farklı yemekler yemesi sağlanmıştır. Disfaji veya dispne yaşanmamıştır. Ara öğünlerde yoğurdu tercih etmiş ancak ana öğünleri almakta isteksiz davranmıştır.

Hemşirelik Tanısı: Tedavi sürecindeki belirsizlik yaşanmasına bağlı **Anksiyete**

Amaç: Bireyin anksiyete düzeyinde azalmanın sağlanması

Girişimler:

- Hastanın kliniğe oryantasyonu sağlanmalı. Özellikle pandemi sürecinde olması sebebiyle odasında tek olması gerektiği, ziyaretçi olamayacağı belirtilmeli
- Bu süreçte özel ekipmanlar kullanılacağı için odaya her girişinde hemşire kendini tanıtmalı. Hastanın yalnız olmadığı, yanında bulunduğu belirtilmeli
- Yapılan girişimler, tedaviler ve bakım konusunda her işlem öncesi ve sonrası bilgilendirilmeli
- Duygu ve düşünceleri için zaman tanınmalı. Aktif dinlendiği olabildiğince belirtilmeli
- Anksiyetenin yanında takipne, taşikardi, dispne

gibi belirtiler de izlenmeli

- Tedavi edici, sessiz ve sakin bir oda sağlanmalı
- Maske ve ekipmanlar ile bakım verileceğinden hafif yüksek ses ile iletişimde sağlanmalı. Hasta tarafından anlaşıldığından emin olunmalı

Değerlendirme: N.A hemşireler ile tedavide uyum sağlamıştır. İletişim kurarken sorun yaşanmamıştır. Hasta hemşireler ile bilgi ve deneyim paylaştıkça anksiyete düzeyi azalmıştır. Ancak tedavi sürecinde halen belli bir düzeyde anksiyete yaşamaktadır.

Hemşirelik Tanısı: Fiziksel koşulların olumsuzluğu sebebiyle **Uyku Örüntüsünde Bozulma**

Amaç: Hastanın uyku hijyeninde düzelme ve uykusunu yeterli alması sağlanmalı

Girişimler:

- Bireyin uyku durumu sorgulanmalı
- Kliniğin fiziksel durumu (ışık, gürültü veya sesler) uyku düzenini etkileyecek şekilde düzenlenmeli
- Hastanın çevreye uyumu artırılmalı
- Bireyin uykusunu kesintiye uğratabilecek işlemler planlı ve uygun saatte düzenlenmeli
- Ağrısı olduğunda analjezi sağlanmalı
- Uyku hijyeninde klinikteki aynı rutinin takip etmesi sağlanmalı
- Sirkadiyen ritme uygun uyku düzeni oluşturulmalı. Gündüz uykuları kısıtlanmalı.

Değerlendirme: Tedavi ve bakım rutini uyku düzenine göre ayarlanmıştır. Ancak klinik ışıklarının açık olması N.A 'yı etkilemiş ve uykularını kesintiye uğratmıştır. Gündüz uykuları azaltılmıştır. Uyku rutini kısmen sağlanmış olup bireyin dinlenme süresi artırılmıştır.

Hemşirelik Tanısı: Uyku düzeninde bozulma ve fiziksel kapasitenin azalmasına bağlı **Yorgunluk**

Amaç: Bireyin yorgunluk düzeyinde azalma sağlanması

Girişimler:

- Yorgunluk düzeyi belirlenmeli
- Bireyin yorgunluğunu arttıran veya azaltan faktörler incelenmeli
- Uyku hijyenin ve düzenin devamlılığı sağlanmalı. Dinlenme süreleri artırılmalı

- Beslenme durumu incelenmeli. Gerekli durumlarda ek ürünler kullanılmalı.
- Oral beslenmenin yetersiz kaldığı durumlarda parantral destekler sunulmalı
- Sıvı alımı desteklenmeli, gece 22:00'dan sonra uyku bölünmesini engellemek için sıvı alımı kısıtlanmalı. Parantral hidrasyon sağlanabilir.

•Anemi parametreleri izlenmeli

•Oksijen gereksinimi gözlemlenmeli. Oksijen saturasyonu, takipne, dispne takip edilmeli.

•Hasta günlük yaşam ve öz bakımında desteklenmeli

Değerlendirme: Yeterli uyku düzeni fiziksel koşullar sebebiyle sağlanamamaktır. Beslenme oral olarak devam etmektedir. Hidrasyon yeterli düzeyde olup parantral ile desteklenmemiştir. Hemoglobün düzeyi normal seyirdedir. Oksijen 3/lt destekte olup dispne yaşanmamıştır.

Hemşirelik Tanısı: Bireyin birden fazla kateterizasyon bulunması ve geçirilen enfeksiyon sebebiyle immunsupresyon durumuna bağlı **Enfeksiyon riski**

Amaç: Bireyin sekonder enfeksiyon deneyimlemesinin engellenmesi

Girişimler:

- Risk faktörleri belirlenmeli
- Enfeksiyon belirteçleri (ateş, katerizasyon bölgelerinde kızarıklık, akıntı ağrı öyküsü, WBC ve CRP düzeylerinde artış, halsizlik, öksürük, solunum sıkıntısı vb) izlenmeli
- Kateter bölgeleri gözlenmeli, aseptik teknikler kullanılarak bakımları sağlanmalı
- İnvaziv işlemler kısıtlanmalı, gereksiz işlemlerden kaçınılmalı
- Her odaya girişte hasta için özel ekipmanlar (gözlük, N95 maske, eldiven, önlük, siperlik ve bone) kullanılarak girilmeli.
- Ziyaretçi alımı yasaklanmalı
- Bireyin yeterli beslendiği ve sıvı alımı izlenmeli
- Foley kateter bölgesi gözlenmeli, perine hijyeni sağlanmalı
- Odanın havalandırılması ve uygun ısıda olması sağlanmalı
- Önerilen antibiyotik tedavisi uygun doz, yol ile uygun zamanda uygulanmasına devam edilmeli

Değerlendirme: Pandemi sürecinde tüm bakım ve tedaviler izolasyon önlemleri altında sağlanmaktadır. N.A nazokomünial enfeksiyon deneyimlememiştir. Mevcut enfeksiyon tablosu gerilemeye devam etmektedir. Ateş, dispne ve enfeksiyon belirtilerinde artış izlenmemiştir.

Hemşirelik Tanısı: Süreci tam olarak bilinmeyen bir enfeksiyon patojene bağlı **Enfeksiyon Bulaştırma Riski**

Amaç: Bakım verme sürecinde tüm personelin enfeksiyon deneyimlemesinin engellenmesi

Girişimler:

- Hasta, enfeksiyon bulaştırma riski açısından değerlendirilmeli
 - Tüm bakım verme ve tedavi sürecinde önlemler kesintisiz uygulanmalı
 - El hijyeni bol sabun ve 20 saniye su ile yıkanarak sağlanmalı. Her işlem öncesi ve sonrası tekrarlanmalı
 - Her odaya girişte ekipmanlar (gözlük, N95 maske, eldiven, tulum ve siperlik) kullanılmalı
 - Tüm personelin izolasyon önlemlere uyması sağlanmalı
 - Ziyaretler yasaklanmalı
 - Klinik ortamında herkesin cerrahi maske takması istenmeli
 - Klima sistemleri çalıştırılmamalı. Temiz hava sağlayan havalandırma sistemleri kullanılabilir. Hava değişimi için pencereler açılabilir
 - Çevre temizliği denetlenmeli. Sık kullanılan yerler sık dezenfekte edilmeli
 - El yıkama ve dezenfektan kullanımı artırılmalı. Belli aralıklar ile dezenfektanlar yerleştirilerek kolay ulaşılabilir yerlerde bulundurulması sağlanmalı
- Değerlendirme:** Klinik ortamında çalışan ve hastaya bakım veren hemşireler enfeksiyon kontrolü açısından alınan tüm önlemlere uymuştur. Süreç içinde enfeksiyon yönetiminde başarı sağlanmıştır.

Hemşirelik Tanısı: Ekstemite güç ve işlev kaybı, yorgunluk, immobilité, uyum yetersizliği sebebiyle **Travma Riski**

Amaç: Hasta klinik ortamında travma deneyimlememesi ve tüm önlemlerin alınması

Girişimler:

- Hastanın immobil ve kuadripleji öyküsü sebebiyle artan risk faktörleri göz önünde tutulmalı
- Tedavi ve bakım süresince en az bir kişi tarafından desteklenmeli
- İşlemler sonunda hasta kaymayacak şekilde konumlandırılmalı ve yatak kenarlarının kaldırılmış olduğunda emin olunmalı
- Antikoagülan kullanım sebebiyle en küçük travmadan dahi korunmalı
- Hastanın işlem ve nakil sırasında da güvenlik önlemleri alınmalı
- Damar girişim yolları ve kateterlerin güvenliği sağlanmalı

Değerlendirme: Hastanın klinik ortamında travma deneyimlemesi engellemiştir.

SONUÇ

Küresel pandemi döneminde hasta bakımında önerilen standart bakımın uygulanması önemlidir. Model kullanımı ile oluşturulan klinik uygulamalar hemşirelik yönetiminin etkili ve hastalar için istenen sonuçların alınmasına katkı sağlar.

Olgunun Covid-19 kliniğine yatış esnasında kuadriplejik ve pnomoni tablosu görülmektedir. Klinikten ayrılışı sırasında ekstremitelerinde hareketler artmış, anksiyete düzeyi azalmıştır. Hastalık sebebiyle oluşan pnomonide gerileme, solunum fonksiyonlarında düzelme, oksijene gerek duymaması sağlanmıştır. Tedavi sürecinde beslenme, pozisyon, mobilizasyon ve öz bakımı desteklenmiştir. Olguda sağlanan hemşirelik bakımı ile yaşanabilecek tüm komplikasyonlardan hasta korunmuştur.

Bu dönemde enfeksiyon yönetimi, hastaların bakım ve tedavisinin devam etmesi, kendi sağlıklarını korumak gibi çok yönlü mücadele veren hemşireler, Covid-19 pandemisinde en önde yer almıştır. Pandemi sürecinin belirsizliği devam etmekte olup bu alanda yapılan çalışmalar alana katkı açısından değerlidir. Bu dönemdeki hastalar ve bakım süreçleri hakkında literatür paylaşımları pandeminin yönetilmesi konusunda bilgi ve deneyim aktarımı ortamı sağlayacaktır.

Araştırmanın Etik Yönü / Ethics Committee Approval: Yazarlar, bilgilendirilmiş gönüllü olur/onam formunun olguya imzalatıldığını beyan etmişlerdir.

Yazar Katkısı / Author Contributions: Fikir/Kavram: B.C.K.; Tasarım: B.C.K., A.K.; Denetleme/Danışmanlık: B.C.K., A.K.; Analiz ve/veya Yorum: B.C.K., A.K.; Kaynak Taraması: B.C.K.; Makalenin Yazımı: B.C.K., A.K.; Eleştirel İnceleme: B.C.K., A.K.

Hakem Değerlendirmesi / Peer-review: Dış bağımsız

Çıkar Çatışması / Conflict of Interest: Yazarlar araştırmanın yürütülmesinde herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Yazarlar araştırmanın yürütülmesi sürecinde bir finansal destek almadığını beyan etmiştir.

KAYNAKLAR

- Al Thobaity, A., Alshammari, F. (2020). Nurses on the frontline against the COVID-19 pandemic: an Integrative review. *Dubai Medical Journal*, 3(3), 87-92. doi: 10.1159/000509361
- Buheji, M., Buhaid, N. (2020). Nursing human factor during COVID-19 pandemic. *International Journal of Nursing Science*, 10(1), 12-24. doi: 10.5923/j.nursing.20201001.02.
- Carod-Artal, F.J. (2020). Complicaciones neurológicas por coronavirus y COVID-19. *Revue Neurologique*, 70(9), 311-322. doi: 10.33588/rn.7009.2020179.
- Dağlı, D.A., Büyükbayram, A., Arabacı, L.B. (2020). Covid-19 tanısı alan hasta ve ailesine psikososyal yaklaşım. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2), 191-195.
- Erbaş, N., Demirel, G. (2016). Kadın sağlığının değerlendirilmesinde bir model: fonksiyonel sağlık örüntüleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 84-91.
- Havers, F.P., Reed C., Lim, T., Montgomery, J.M., Klena, J.D., Hall, A.J., ... Thornburg N.J (2020). Seroprevalence of Antibodies to SARS-CoV-2 in 10 Sites in the United States. *JAMA Internal Medicine*, 180(12), 1576-1586. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.4130.
- Hoffmann, R.L., Battaglia, A., Perpetua, Z., Wojtaszek, K., Campbell, G. (2020). The Clinical Nurse Leader and COVID-19: Leadership and quality at the point of care. *Journal of Professional Nursing*, 36(4), 178-180. doi: 10.1016/j.profnurs.2020.06.008.
- Li, Y., Li, M., Wang, M., Zhou, Y., Chang, J., Xian Y., ... Hu, B. (2020). Acute cerebrovascular disease following COVID-19: a single center, retrospective,

- observational study. *Stroke & Vascular Neurology*, 5(3), 279–284. doi: 10.1136/svn2020-000431
- Mao, L., Jin, H., Wang, M., Hu, Y., Chen, S., He, Q., ... Hu, B. (2020). Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurology*. 77(6), 683-690. doi: 10.1001/jamaneurol.2020.1127
- Müller-Staub, M. (2009). Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 20(1), 9-15. doi: 10.1111/j.1744-618X.2008.01108.x
- Panchal, N., Kamal, R., Orgera, K., Cox, C., Garfield, R., Hamel, L., ... Chidambaram, P. (2020). The implications of COVID-19 for mental health and substance use. *Kaiser family foundation*. Erişim Tarihi: 10.12.2020 https://abtounseling.com/wp-content/uploads/2020/09/The-Implications-of-COVID-19-for-Mental-Health-and-Substance-Use_-KFF.pdf
- Pektekin, Ç. (Eds.). (2013). *Hemşirelik felsefesi. Kuramlar-bakım modelleri ve politik yaklaşımlar*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 163-166.
- Percivalle, E., Cambiè, G., Cassaniti, I., Nepita, E. V., Maserati, R., Ferrari, A., ...Baldanti, F. (2020). Prevalence of SARS-CoV-2 specific neutralising antibodies in blood donors from the Lodi Red Zone in Lombardy, Italy, as at 06 April 2020. *Eurosurveillance*, 25(24), 1-5. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.24.2001031
- Pollán, M., Pérez-Gómez, B., Pastor-Barriuso, R., Oteo, J., Hernán, M. A., Pérez-Olmeda, M., ... Yotti, R. (2020). Prevalence of SARS-CoV-2 in Spain (ENE-COVID): a nationwide, population-based seroepidemiological study. *The Lancet*, 396(10250), 535-544. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31483-5
- Rosenberg, E. S., Tesoriero, J. M., Rosenthal, E. M., Chung, R., Barranco, M. A., Styer, L. M., ... Zucker, H.A. (2020). Cumulative incidence and diagnosis of SARS-CoV-2 infection in New York. *Annals of epidemiology*, 48, 23-29. doi: 10.1016/j.annepidem.2020.06.004
- Sabbadini, L.L, Romano, M.C., Luzi, O. (2020). First results of the seroprevalence survey about SARS-CoV-2. Italian Health Ministry and National Statistics Institute 2020 Italian. Erişim Tarihi:05.12.2020 <https://www.istat.it/it/files//2020/08/ReportPrimiRisultatiIndagineSiero.pdf>
- Sheraton, M., Deo, N., Kashyap, R., Surani, S. (2020). A Review of Neurological Complications of COVID19. *Cureus*, 12(5), 1-8. doi: 10.7759/cureus.8192.
- Soriano, V., Meiriño, R., Corral, O., Guallar, M.P. (2020). Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Antibodies in Adults in Madrid, Spain. *Clinical Infectious Diseases*. doi: 10.1093/cid/ciaa769.
- T.C Sağlık Bakanlığı COVID-19 Durum Raporu Türkiye 2020. Erişim Tarihi: 10.12.2020 https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/37778/0/covid-19-durum-raporupdf.pdf?_tag1=B647A4A46C8B41228B2C445361452762CAEFD728.
- Türen, S. (2014). Kalp yetersizliğinde Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli doğrultusunda hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 18(2), 68-73.
- Ünal, Ş.B., Genç, B., Kaplan, S., Özkan, B. (2018). Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeline göre Amiyotrofik Lateral Sklerozda hemşirelik bakımı: bir olgu sunumu. *Türkiye Sağlık Bilimleri Ve Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 69-76.
- Zubair, A.S., McAlpine, L.S., Gardin, T., Farhadian, S., Kuruvilla, D.E., Spudich, S. (2020). Neuropathogenesis and Neurologic Manifestations of the Coronaviruses in the Age of Coronavirus Disease 2019: A Review. *JAMA Neurology*. 77(8), 1018-1027 doi: 10.1001/jamaneurol.2020.2065.