

BALIKESİR
SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ
BALIKESİR HEALTH SCIENCES JOURNAL



BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ISSN:2146-9601
E-ISSN:2147-2238

CİLT
VOLUME | 10 | SAYI
ISSUE | 2

AĞUSTOS
AUGUST | 2021

YAYIN KURULU VE İLETİŞİM
SAHİBİ / OWNER

Balıkesir Üniversitesi adına / On behalf of Balıkesir University

Rektör / Rector

Prof. Dr. İlder KUŞ

EDİTÖRLER / EDITORS

Prof. Dr. Osman İrfan İLHAK

Balıkesir Üniversitesi, Veteriner Fakültesi

Doç. Dr. Uğur AYDOĞDU

Balıkesir Üniversitesi, Veteriner Fakültesi

Doç. Dr. Celalettin ÇEVİK

Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Fatma Bahar SUNAY

Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi

EDİTÖR KURULU / EDITORIAL BOARD

Prof. Dr. Akın YAKAN

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Veteriner Fakültesi

Prof. Dr. Abdurrauf YÜCE

Fırat Üniversitesi, Veteriner Fakültesi

Prof. Dr. Bahar YANIK KEYİK

Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Özlem SAĞIR

Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Jordan MINOV

Institute for Occupational Health in Skopje, R. Macedonia

Doç. Dr. Emre YANIKKEREM

Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Fadime ÜSTÜNER TOP

Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Gülşah USLU

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi

Doç. Dr. Kevser TARİ SELÇUK

Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

Assoc. Prof. Mohamed DEABES

National Research Centre, Egypt

Doç. Dr. Numan ALPAY
Balıkesir Üniversitesi, Spor Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Oğuzhan AVCI
Selçuk Üniversitesi, Veteriner Fakültesi

Doç. Dr. M. Önder KARAYİĞİT
Çukurova Üniversitesi, Ceyhan Veteriner Fakültesi

Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR
Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA
Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

DİL EDITÖRLERİ / LANGUAGE EDITORS

Prof. Dr. Hasan ÖZEN
Balıkesir Üniversitesi, Veteriner Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Fatma Bahar SUNAY
Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Ar. Gör. Dr. Deniz Aslı DOKUZCAN
Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

İSTATİSTİK EDİTÖRÜ / STATISTICS EDITOR

Doç. Dr. Celalettin ÇEVİK
Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

TEKNİK EDİTÖRLER / TECHNICAL EDITORS

Doç. Dr. Uğur AYDOĞDU
Balıkesir Üniversitesi, Veteriner Fakültesi

Doç. Dr. Celalettin ÇEVİK
Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Fatma Bahar SUNAY
Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi

İLETİŞİM ADRESİ / CORRESPONDENCE ADDRESS

Prof. Dr. Osman İrfan İLHAK
Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çağış Yerleşkesi 10145 BALIKESİR
Faks: (0266) 612 10 09

E-posta: irfan.ilhak@balikesir.edu.tr, bsbd@balikesir.edu.tr

Web: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/balikesirsd>

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Sayfa Numarası	ORJİNAL ARAŞTIRMALAR / ORIGINAL RESEARCH ARTICLES
97-104	İnfertil Kadınların “Kadın Olma”ya İlişkin Tanımları ve Görüşleri: Bir Nitel Araştırma Definitions and Views of Infertile Women on "Being a Woman": A Qualitative Study Ayşe DELİKTAŞ DEMİRCİ, Kamile KABUKCUOĞLU
105-116	Yaşlıların Bakımında Erkek Bakıcılar: Kocalar, Oğullar Male Caregivers of Older Individuals: Husbands, Sons Aslı Gözde AKIŞ
117-124	Changes in Sleep Parameters in Different Age Groups between Genders Cinsiyete Göre Farklı Yaş Gruplarında Uyku Parametrelerindeki Değişiklikler Esra DUĞRAL
125-133	Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Konversiyon Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Tutumları ve Damgalama: Kesitsel Bir Çalışma Stigmatization and the Attitudes of Nurses Working in Emergency Department to the Individuals with Conversion Disorder: A Cross-Sectional Study Merve ŞAHİN, Fatma DEMİRKIRAN, Cihan KOCAİRİ
134-146	Ergenlik Dönemi Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışları, Anne Baba Ergen İlişkileri ve Etkileyen Etmenler Investigation of Risky Health Behaviors, Parental Relationships and Factors Affecting of Adolescent Students Ayla HENDEKÇİ, Hacer GÖK UĞUR
147-154	Hastanede Yatarak Tedavi Olan Hastaların Yaşam Kalitesini Etkileyen Sosyodemografik Faktörler The Quality of Life in Hospitalized Patients and Affecting Sociodemographic Factors Şemsinnur GÖÇER, Hakan BAYDUR, Nursel ÜSTÜNDAĞ ÖCAL
155-165	Doğum Öncesi Eğitimin Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi The Effect of Prenatal Education on Postpartum Quality of Life Rukiye DEMİR, Ayten TAŞPINAR
166-172	Hemşirelik Öğrencilerinin İyi Ölümüne İlişkin Düşünceleri Opinions of Nursing Students About the Good Death Banu ÇEVİK, Esin AYIK, Hilal AYTEK, Esmanur ÖZÇELİK, Gizem SARI, Elif ÜNLÜ
173-179	PKOS Hastalarında Yüksek Kan Basıncı Sıklığı ve Bunun Klinik ve Laboratuvar Parametrelerle İlişkisi The Incidence of High Blood Pressure in Women with PCOS and Its Correlation with Clinical and Biochemical Parameters Özgür BULMUŞ, Akın USTA
180-185	Erken Postpartum Dönemde Annelerin Doğum Duygulanım Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi Determination of Birth Affect Levels of Mothers in Early Postpartum Period and Affecting Factors Melek BALÇIK ÇOLAK, Hafize ÖZTÜRK CAN, Zübeyde DENİZCİ ZİREK
186-193	Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Mülteci/Sığınmacı Hastalara Bakım Verme Sürecinde Yaşadıkları Sorunlar ve Sözsüz İletişime Yatkınlık Düzeyleri Problems Experienced by Midwifery and Nursing Students in the Process of Giving Care to Refugee/Asylum Seeker Patients and Levels of Non-Verbal Communication Yasemin BAŞKAYA, Kevser ÖZDEMİR, Şilan BEYTAŞ, Büşra TURTUL

DERLEMELER / REVIEWS	
194-198	<p>Endoskopik Retrograd Kolanjio-Pankreatografi İşleminde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları Nurses' Roles and Responsibilities in Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography Zeynep KIZILCIK ÖZKAN</p>
199-204	<p>Aşı Tereddütü ve Ebeveynlerin Tutumları Vaccine Hesitancy and Parents Attitudes Yavuz TANRIKULU, Gözdenur TANRIKULU</p>
205-213	<p>Hormonlar ya da Hormon Benzeri Maddeler ve Kalıntılarının Veteriner Hekimliğindeki Önemi The Importance of Hormones or Hormon-Like Materials and Their Residues in Veterinary Medicine Hasan SUSAR, Çağla ÇELEBİ, Murat ÇELEBİ, İzzet KARAHAN</p>
214-226	<p>Hemşirelik Sınıflama Sistemlerine Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Hemşirelik Süreci Nursing Process in Oral and Dental Health Services According to Nursing Classification Systems Reva BALCI AKPINAR, Elif KANT</p>
OLGU SUNUMU / CASE REPORT	
227-234	<p>İnsan Bakım Modeli'nin Hemşirelik Bakımında Kullanımı: Covid 19 Use of the Human Care Model in Nursing Care: Covid 19 N. Hazal DÖNER, Yasemin YILDIRIM, Fisun ŞENUZUN AYKAR, Çiçek FADİLOĞLU</p>



İnfertil Kadınların “Kadın Olma”ya İlişkin Tanımları ve Görüşleri: Bir Nitel Araştırma

Ayşe DELİKTAŞ DEMİRCİ ¹ Kamile KABUKCUOĞLU ¹

¹ Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD

Geliş Tarihi / Received: 13.03.2021, Kabul Tarihi / Accepted: 05.05.2021

ÖZ

Amaç: Araştırmanın amacı infertilite tedavisi gören kadınların “kadın olma”ya ilişkin kendi tanımları ve görüşlerini incelemektir. **Gereç Yöntem:** Araştırma, nitel araştırma deseni kullanılarak yürütülmüştür. Katılımcılar, primer infertil tanısı almış ve üremeye yardımcı tedavi yöntemlerinden herhangi birini alan kadınlardan oluşmaktadır. Kadınlar ile online grup görüşmeleri yapılmıştır. Veriler içerik analizi yapılarak değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Araştırmada kadınların çoğu; kendi “kadın olma” tanımlarını yapar iken kişilik özellikleri ve yaşamdaki başarılarına dair olumsuz ifadelerde bulunmuştur. Bireysel tanımlamalarını yapar iken kadınlar toplumsal cinsiyet roller ve baskılara yer vermiştir. Cinselliğin tabu olarak görüldüğünü ifadelerine yansıtan kadınlardan bazıları, eş ilişkilerinde yakınlıklarının sınırlılığına yer vermiştir. Anne olmanın kutsallığını vurgulayan kadınlar, toplumsal baskılar ve roller nedeni ile infertilitenin kendilerini başarısız hissettirdiğini belirtmişlerdir. **Sonuç:** Kadınlar başarı ve kişisel özelliklerine dair olumsuz tanımlamalarda bulunmuştur. Toplumsal rol ve baskıların kişilerin annelik tanımlamalarını ve cinselliğe ilişkin bakışlarını oluşturmada ve infertilite nedeni ile kendilerini başarısız hissetmelerinde etkin olduğu görülmektedir. Bu nedenle, infertil kadınlarda beden ve benlik algısı üzerine görüşmelerin yapılması, toplumsal cinsiyet rollerinin etkisini en aza indirmek için güçlendirme stratejilerinin kullanılması önerilmektedir. **Anahtar Kelimeler:** Benlik Kavramı, Hemşireler, İnfertilite, Kadınlar, Toplumsal Cinsiyet Kimliği.

Definitions and Views of Infertile Women on "Being a Woman": A Qualitative Study

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to examine the definitions and opinions of women receiving infertility treatment about “being a woman”. **Materials and Methods:** The research was conducted using qualitative research design. Participants were women who were diagnosed with primary infertility and received any of assisted reproductive treatment methods. Online group interviews were conducted. Data were evaluated by content analysis. **Results:** While most of women make their own definitions of “being a woman”, they made negative statements about their personality traits and success in life. While making their individual definitions, women included gender roles and pressures. Some of women who reflected in their expressions that sexuality is seen as taboo stated limitations of their intimacy in spousal relationships. Women who emphasized sacredness of being a mother stated that infertility made them feel unsuccessful because of social pressures and roles. **Conclusion:** Women had negative descriptions about especially their success and personal characteristics. Social roles and pressures are seen effective in forming motherhood definitions and attitudes towards sexuality and making them feel unsuccessful due to infertility. Therefore, it is recommended to conduct interviews on body and self-perception in infertile women and to use empowerment strategies to minimize effects of gender roles.

Keywords: Gender Identity, Infertility, Nurses, Self-Concept, Women.

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Ayşe DELİKTAŞ DEMİRCİ, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye.

E-mail: aysedeliktas@akdeniz.edu.tr

Bu makaleye atf yapmak için / Cite this article: Deliktaş Demirci, A, Kabukcuoğlu K. İnfertil Kadınların “Kadın Olma”ya İlişkin Tanımları ve Görüşleri: Bir Nitel Araştırma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2),97-104. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.896266>

©Copyright 2021 by the Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.



BAUN Sağlık Bil Derg 2021 OPEN ACCESS <https://dergipark.org.tr/tr/pub/balikesirsbd>
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

GİRİŞ

İnfertilite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından medikal bir sorun olmanın yanı sıra bireylerin psikolojik iyilik hallerinde ve evlilik ilişkilerinde yarattığı sorunlar nedeniyle yıkıcı bir sağlık problemi olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2020). Tüm kültürler için bir kriz dönemi olarak nitelendirilen infertilite, özellikle gelişmekte olan ülkelerde üreme fonksiyonuna ilişkin sosyal baskılardan dolayı bir halk sağlığı problemi olarak nitelendirilmektedir. Doğum, geçmiş yıllardan beri her zaman kadın rolünün en belirgin özelliklerinden biri olarak görülmüştür. Dolayısıyla infertilite bu gibi toplumlarda kadına ait bir sorun olarak ele alınmaktadır (Kılıç ve ark., 2011; Ehsan ve ark., 2019). Bu nedenlerden dolayı, kadın ve erkek kaynaklı infertilite ihtimali olmasına rağmen, kadınlar infertil olmasına bakılmaksızın bu süreçte daha fazla yoğun stres deneyimleyebilmektedir (DSÖ, 2020).

Çocuk sahibi olmaya yüklenen anlama göre kadınların sahip olduğu stres düzeylerinin farklılık gösterebileceği belirtilmektedir (Ozen ve ark., 2019). Özellikle infertilitenin ciddi bir eksiklik olarak kabul edildiği toplumlarda kadınlar yetersizlik duyguları nedeniyle sosyal izolasyon yaşayabilmektedirler (Sen ve Sevil, 2016). Üreme fonksiyonunun sadece kadının bir rolü olarak algılanması, çevre tarafından yapılan baskılar ve çocuksuz olmanın bir yetersizlik, eksiklik olarak düşünülmesi; bireyin benlik saygısını olumsuz olarak etkilemektedir (Koçak ve ark., 2016).

Her birey ve çift; çocuklarının sayısına, zamanlamasına ve aralıklarına karar verme hakkına sahiptir. Ancak, infertilite bu temel insan haklarının gerçekleştirilmesini engelleyebilmektedir. Bu nedenle, infertil bireylerin ele alınması; bireylerin ve çiftlerin bir temel insan hakkının gerçekleştirilmesi için önemlidir (DSÖ, 2020). Bu süreçte infertil kadınların “kadın olma” algıları, kendilerini bir birey olarak tanımlama şekilleri; tedavi sürecinde etkili olabileceği için ele alınması önem arz etmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde; çalışmalarda sıklıkla beden imajı, benlik saygısı ve toplumsal cinsiyet algısı gibi kavramlara yer verilse de infertil kadınlarda bu kavramlar üzerine detaylı inceleme yapan çalışma sayısının sınırlı olduğu görülmektedir. Ayrıca, infertil kadınların “kadın olma”ya ilişkin bireysel tanımları hakkında görüşlerini belirttiği herhangi bir nitel araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu araştırmanın amacı infertilite tedavisi gören kadınların “kadın olma” ya ilişkin kendi tanımları ve görüşlerini incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın tipi

Araştırma, nitel araştırma yöntemi kullanılarak yürütülmüştür. Araştırmanın verileri, araştırmacının

(ADD) doktora tez projesinin uygulama sürecinde müdahale grubu ile yapılan online grup görüşmelerinden elde edilmiştir. Tez projesinin bir oturumu, kadının beden ve benlik farkındalığını oluşturmak için yürütülmüş odak grup görüşmesini içermekte olup bu nitel araştırmanın verilerini oluşturmaktadır. Bu çalışmada, nitel araştırmaların yürütülmesi için Tong ve arkadaşları (2007) tarafından önerilen Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) kontrol formu odak grup görüşmelerinin planlanması ve yürütülmesi sürecinde dikkate alınmıştır.

Katılımcılar

Bu araştırmanın evrenini bir üniversite hastanesi tüp bebek merkezine başvuran kadınlar oluşturmaktadır. Katılımcıların araştırmaya dahil edilme özellikleri; primer infertil olma, üremeye yardımcı tedavi yöntemlerinden birine başlamış olma, cinsel ilişki yönünden aktif olma, Türkçe okuyup yazabilme ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmadır.

Araştırma, toplamda 20 infertil kadının katılımının gerçekleştiği odak grup görüşmeleri ile yürütülmüştür. Kadınlar 23-43 yaş aralığında (ortalama 31.25±5.60), çoğunluğu (%70) üniversite düzeyinde eğitime sahiptir. Kadınlar; 27-52 yaş aralığında (ortalama 36.6±6.64) eşe sahip olup, eşlerin eğitim düzeyi %30 oranında lise ve % 45 oranında üniversite olarak değişmektedir. Evlilik süreleri 1-11 yıl (ortalama 5.3±2.64) olan kadınlar; 1-10 yıldır (ortalama 4.00±2.55) infertilite rahatsızlığı yaşamakta, tedavi sayıları ise 0-4 (ortalama 1.45±1.43) olarak değişiklik göstermektedir (Tablo 1).

Verilerin toplanması

Veriler, araştırmacının (ADD) doktora tez projesi kapsamında Haziran-Ekim 2020 tarihlerinde yaptığı online odak grup görüşmelerinden elde edilmiştir. Odak grupların her biri 6-8 kişiden oluşmakta olup toplamda 5 grup yani 20 kadın ile görüşmeler yürütülmüştür. Gruplar ile görüşmeler, kadınların “kadın olma” tanımlarını ortaya çıkarmak ve kadınların beden ve benlik farkındalıklarını oluşturmak amacıyla yürütülmüştür. Bu konuya ilişkin toplamda tek seferlik görüşmeler yapılmıştır. Görüşmelerde, “kadın olma”, “anne olma”, “cinsellik”, “kadın ve beden imajı” ve “kadın ve benlik saygısı” gibi kavramlar üzerinde durulmuştur. Görüşmeler sırasında yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır (Tablo 2). Katılımcıların kendilerini rahatça ifade etmesi için “Sizce kadın kimdir?” sorusu ile açılış yapılmıştır. Katılımcıların kendilerini daha fazla ifade edebilmeleri için sondaj sorular sorulmuş, aktif dinleme uygulanmış ve özgürce konuşabilmeleri için katılımcılar teşvik edilmiştir. Görüşmeler, yaklaşık 20-30 dakika sürmüştür. Görüşmelerde katılımcıların ifadeleri, katılımcıların izini ile kayıt altına alınmıştır.

Tablo 1. Katılımcıların tanıtıcı özellikleri.

Katılımcılar	Tanıtıcı Özellikler						
	Yaş	Eğitim düzeyi	Eş yaşı	Eş eğitim düzeyi	Evlilik süresi (yıl)	İnfertilite süresi (yıl)	Tedavi deneyimi (sayı)
Katılımcı A	28	Üniversite	32	Üniversite	3	1	0
Katılımcı B	26	Üniversite	31	İlköğretim	3	3	0
Katılımcı C	27	Üniversite	27	Üniversite	3	2	0
Katılımcı D	31	Üniversite	40	Lise	2	2	0
Katılımcı E	23	İlköğretim	37	İlköğretim	11	10	2
Katılımcı F	24	İlköğretim	28	İlköğretim	6	6	3
Katılımcı G	43	Üniversite	47	İlköğretim	1	1	0
Katılımcı H	33	İlköğretim	32	İlköğretim	8	3	0
Katılımcı I	42	Üniversite	52	Üniversite	6	5	4
Katılımcı J	29	Lise	31	Lise	5	3	2
Katılımcı K	40	Üniversite	39	Üniversite	9	4	1
Katılımcı L	33	Üniversite	48	Üniversite	4	3	4
Katılımcı M	34	Üniversite	37	Üniversite	5	4	2
Katılımcı N	35	Üniversite	35	Lise	10	10	3
Katılımcı O	29	Üniversite	31	Üniversite	6	6	1
Katılımcı P	31	Üniversite	40	Üniversite	7	6	2
Katılımcı R	34	Üniversite	39	Üniversite	4	2	0
Katılımcı S	28	İlköğretim	36	Lise	4	3	0
Katılımcı T	26	Lise	32	Lise	5	4	3
Katılımcı U	29	Üniversite	38	Lise	4	2	2

Tablo 2. Görüşme soruları.

Ana soru 1. Size göre kadın olmanın tanımı nedir?
Alt soru 1. Kadın olarak bedeninize ilişkin düşünceleriniz nelerdir?
Alt soru 2. Kadın olarak kendiniz hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?
Ana soru 2. “Cinsel bir varlık olarak kadın olma” sizin için ne ifade etmektedir?
Alt soru 1. Anne olmak size neyi ifade ediyor? Açıklar mısınız?
Ana soru 1. Size göre kadın olmanın tanımı nedir?

Verilerin analizi

Görüşmelerden elde edilen ifadeler, birinci yazar tarafından (ADD) kayıtlar dinlenilerek transkript edilmiştir. Transkriptlerin kullanılması ile veriler, araştırmacılar tarafından içerik analizi yapılarak değerlendirilmiştir. İçerik analizi, (1) verilerin kodlanması, (2) temaların bulunması, (3) kodların ve temaların düzenlenmesi ve (4) bulguların tanımlanması ve yorumlanması şeklinde dört aşamada yürütülmüştür (Yıldırım, & Şimşek, 2008). Verilerin kodlanması aşamasında araştırmacı tarafından katılımcıların ifadeleri tek tek incelenmiş ve kendi içinde anlamlı bütün oluşturan bölümleri temsil edecek sözcükler kullanılarak kodlamalar yapılmıştır. Kodlama sürecinde her bölümün ne ifade ettiğine, yani anlamına odaklanılmıştır. Kodlama işlemi tamamlandıktan sonra kod listesi oluşturulmuştur. Kod listesinde benzer olanlar bir araya getirilmiş, farklı olanlar ise ayrıştırılmıştır. Ortak olan kodlar belirlenerek

sınıflandırılmış, bu sınıflandırmaları temsil edecek kavramlar yani “temalar” belirlenmiştir. Bu işlem temalandırma yani tematik kodlama işlemi olarak tanımlanmaktadır. Tematik kodlama ile birlikte ortaya çıkan kodlara ve temalara göre veriler biçimsel olarak düzenlenmiş, tir. Son aşama olarak kodlara ve temalara göre veriler; betimlenmiş, katılımcıların alıntılarına yer verilmiş ve açıklanmıştır.

Verilerin geçerlik ve güvenilirliği

Bu araştırmada geçerlik ve güvenilirliği sağlamak için önerilen güvenilirlik, denetlenebilirlik, geçerlilik ve aktarılabirlik kriterleri dikkate alınmıştır (Daniel, 2018). Güvenilirlik, bulguların anlaşılmasını ve yorumlanmasını sağlamakta ve çalışmanın / verilerin kalitesine güven yaratmaktadır. Güvenilirlik, bu araştırmada araştırmacıların ilgilenilen fenomenle ilgili deneyimleriyle ilgili önyargılardan kaçınması, hipotezleri, önyargıları ve teorik referans çerçevesinden etkilenme en aza indirgenerek sağlanmıştır.

Denetlenebilirlik, katılımcılar tarafından yapılan doğrulama işlemi ile sağlanmıştır. Katılımcılardan transkriptleri kontrol etmeleri ve araştırmacının açıklamalarını onaylamaları veya reddetmeleri istenmiştir. Geçerlilik, verileri en çok temsil eden kategorilerin sentezlenmesi ile elde edilmiştir. Görüşmeler, kelimesi kelimesine transkript edilmiş ve doğrudan alıntı şeklinde sunulmuştur. Tüm yazarlar verileri dikkatlice incelemiş ve analiz sürecine katılmıştır. Görüşme sorularında sondaj sorular kullanılarak yapılan derinlemesine bireysel görüşmeler ile aktarılabirlik sağlanmıştır. İçerik geçerliliğini sağlamak için, katılımcıların görüşmeler sırasında özgürce konuşmalarına ve görüşlerini kapsamlı bir şekilde paylaşmalarına olanak sağlanmıştır. Aktarılabirliği daha da artırmak için, katılımcıların özellikleri sunulmuştur. Bu çalışma, gelişmekte olan ülkelerde infertil kadınların “kadın olma” ya ilişkin görüş ve tanımları üzerine yapılan çok az sayıda nitel çalışmadan birini temsil etmektedir. Kadınların özellikleri arasında eğitim seviyesi, yaş ve infertilite süresindeki çeşitlilik yer alır ki bu durum da cevapların çeşitliliği için önemli bir etken oluşturmaktadır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (Tarih: 03.04.2019/Karar No: 331), Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır. Araştırma, Helsinki Bildirgesi'nin kurallarına uyularak yürütülmüştür. Katılımcılara görüşme amacı ve soruları hakkında açıklama yapılmıştır. Görüşlerini bildirmenin gönüllülük esasına dayandığına dair bilgi verilmiştir. Görüşmelerin kayıt altına alınması için gerekli onam katılımcılardan alınmıştır.

BULGULAR

Katılımcılar ile yapılan görüşmeler doğrultusunda kadın olmaya dair görüşleri “birey olarak kadın olmanın anlamı” ve “cinsel bir varlık olarak kadın olmanın anlamı” şeklinde iki ana tema olarak ortaya çıkmıştır.

Ana tema 1. Birey olarak kadın olmanın anlamı

Kadınların kadın olmaya dair ifadeleri “bireysel kadın algısı” ve “toplumda kadın algısı” olarak iki alt tema başlığı altında toplanmıştır.

Alt tema 1. Bireysel “kadın” algısı

Katılımcılardan bazıları, kadın olmaya dair kendi görüşlerini belirtirken kadın olmanın çok zor olduğunu, birçok sorumluluğu içerisinde barındırdığını belirtmiş, sınırlı sayıda katılımcı ise kadın olmayı “değerli, kutsal olma” gibi olumlu kavramları kullanarak ifade etmiştir. Kadınların çoğu, fiziksel özelliği ile ilgili olumlu ifadeleri dile getirir iken kişisel özellikleri ve yaşamdaki başarıları hakkında örneklendirmeler yapmada çok zorlandıklarını belirtmişlerdir. Çoğu kadın, sıklıkla kendisine karşı olumsuz eleştirilerde bulduklarını, ancak olumlu özellikleri hakkında daha önce hiç düşünmediklerini

ifade etmişlerdir. Katılımcılardan birinin ifadesi aşağıda belirtilmiştir:

“Kendim hakkında birçok olumsuz eleştiride bulunabilirim. Ancak, olumlu özelliklerimi sorunca ben çok zorlandım. “Ben kimim, bu hayatta neyi başardım?” sorusuna yanıt veremedim. Bu zamana kadar kendim hakkında durup düşünmediğimi fark ettim.” (Katılımcı T)

Alt tema 2. Toplumda “kadın” algısı

Birçok katılımcı, kadın olmanın anlamını ifade ederken toplumsal roller ve baskıları dahil ederek tanımlarını oluşturmuşlardır. Toplumda kadın olmanın zorluğundan, kadının her zaman güçlü olmak zorunda bırakıldığından, bedenine ilişkin görüşünün bile toplum tarafından idealleştirilerek belirlendiğinden bahsetmişlerdir. Ayrıca, toplumun “ideal kadın algısı” ile bireylerin “kadın olma algısı” arasında ciddi farklılıklar olduğunu belirtmişlerdir. Ancak, birkaç katılımcının ise kadın tanımlamasını yaparken “erkek tarafından sahip çıkılmanın gerekliliği” hakkında görüş bildirmesi ise dikkat çekicidir. Kadınlardan bazıları, birçok rolün kadınlara atfedildiğini, bu nedenle her şeyi başarmak zorundaymış gibi üzerinde baskı hissettiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcılardan birinin benzer ifadesi aşağıda belirtilmiştir:

“Toplumda elinden her iş gelen bir kadın kimliği idealleştiriliyor. Aslında erkeğin de yapabileceği şeyler var iken bu roller sadece kadına yükleniyor. Maalesef ki rollerimiz her yerde aynı derecede eşit değil erkekler ile. Kadın çalışsa bile evde ev işlerinden sadece kendisi sorumlu. Tüm bu rollerdeki herhangi bir başarısızlıkta ise doğrudan kadın suçlanıyor.” (Katılımcı B)

Ana Tema 2. Cinsel bir varlık olarak kadın olmanın anlamı

Kadınlar ile cinsellik ve üremeye dair yapılan görüşmeler sonucunda “cinsel partner olma” ve “anne olmanın kutsallığı” şeklinde iki alt tema ortaya çıkmıştır.

Alt tema 1. Cinsel partner olma

Katılımcılardan birçoğu cinselliği tanımlama aşamasında çekimser kalmış, bu konu hakkındaki düşüncelerini dile getirmemişlerdir. Bazı katılımcılar ise yaşları gereği cinselliklerinin bitmesi gerektiğine inandıklarını, sadece çocuk sahibi olmayı istediklerini dile getirmişlerdir. Yapılan tanımlamalardan sadece birkaçında cinsellik “iki bireyin birbirine olan karşılıklı ihtiyacı, karşılıklı doyum alma” şeklinde, diğer tanımlamalarda ise “toplum tarafından konuşulması uygun olmayan”, “hayatın her anında cinselliğin olduğu ancak hiçbir zaman merkeze alınmadığı, hatta çoğu zaman görmezden gelinip önemsenmediği bir alan” olarak belirtilmiştir.

“Aslında cinsellik, evliliğin her anında mevcut. Ancak, yaşamın gündelik stresi ve bebek sahibi olma arzusu nedeni ile cinsellik arka planda kalıyor. Anne olma benim için ön planda iken cinselliği konuşmak ve odaklanmak ötediğim bir şeydi.” (Katılımcı K)

Cinsel bir partner olarak çekicilikleri hakkında konuşulduğunda ise çoğu katılımcı bu konu üzerinde

düşünmediğini veya eşi ile bu tür konuşmaları hiç yapmadıklarını belirtmişlerdir. Eşleri tarafından çekici bulunan özelliklerini belirten kadınların çoğu fiziksel özelliklerini çekici özellikleri olarak belirtmiştir. Birkaç katılımcı ise “samimi, içten olma, başarma arzusu” gibi karakter özelliklerinin eşi tarafından çekici bulunduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca, birkaç katılımcının “sorun çıkarmama ve uyumlu olma” nedeni ile eşleri tarafından çekici bulunmaları dikkat çekmiştir. Bir katılımcının ifadesi aşağıda belirtilmiştir.

“Birçok konuda sorun çıkarmamam ve çoğu şeye olabilir demem eşim tarafından sevilen bir özelliğim. Özellikle aile ile uyumlu olup onlar ile anlaşmam; eşime karşı beni çekici hale getirdiğini düşünüyorum.” (Katılımcı S)

Alt tema 2. Anne olmanın kutsallığı

Kadınların çoğu, annelik içgüdüleri ile doğduklarını ve anne olmayı çok istediklerini ifade etmişlerdir. Anne olmayı kutsal bir rol olarak tanımlayan kadınlar, bu arzunun oluşmasında toplum baskısının da önemli olduğunu dile getirmişlerdir. Aile olmak için çocuk sahibi olmak istediklerini dile getirmeleri ise dikkat çekmektedir. Ayrıca, toplumun üreme fonksiyonunu sadece kadına atfetmesi nedeni ile kadın olarak tedavi sürecinde çok olumsuz etkilendiklerini, üzerlerinde toplumsal baskı hissettiklerini ifade etmişlerdir. Birkaç katılımcının ifadesi aşağıda belirtilmiştir:

“Gündelik hayatın stresi üzerine çocuk sahibi olmak için tedavi görmek, tedavinin yükü ve sonucunda da başarısız olmak; beni çok olumsuz etkiliyor. Eşlerden ziyade kadın olarak bu süreci yaşayan ve her ne olursa olsun ağırlığını taşıyan kadın olarak bizleriz. Kendimi sanki bir stres topunun içinde kalmış hissediyorum bu süreçte.” (Katılımcı M)

“Tedavi sürecinde kendimi çok başarısız hissediyorum. Anne olamamayı kendi başarısızlığım olarak görüyorum. Bize toplum tarafından kadın “doğurgan olan” şeklinde öğretildi ve hep doğurgan olan kadınlara değer verildiğini gördük. O kadar içselleştirmişim ki bunları kendimi suçlu hissediyorum. Kadın olarak bebeğimi rahminde tutamadığım için, kendimi eksik hissediyorum.” (Katılımcı N)

TARTIŞMA

Bu araştırma, infertil kadınların “kadın olma”ya ilişkin kendi tanım ve görüşlerini içermektedir. Katılımcıların çoğunun kadın olmaya dair bireysel tanımlarının daha fazla sorumluluk ve zorluk gibi olumsuz ifadeler olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, kendileri hakkında olumsuz eleştirileri sık sık yaptıklarını; ancak kişilik özellikleri, yaşamdaki başarıları gibi onlara güçlü hissettirecek olumlu özellikleri üzerinde düşünmediklerini belirtmişlerdir. İnfertilite sürecinde olan kadınların infertiliteyi kişiselleştirerek, kadınlık rollerinin değersizleştiğini düşündüğü belirtilmektedir (Bayraktar, 2018). Bu çalışmada da toplumda kadına atfedilen üreme rolü nedeni ile birçok kadın bu süreçte başarısızlık hissettiklerini ve kendilerini suçladıklarını belirtmişlerdir. Kadının kendi kimliğine karşı olumsuz

bir algısının oluşması; yüksek düzey sosyal izolasyon, düşük benlik saygısı ve özgüven, umutsuzluk gibi birçok olumsuz süreç ile ilişkilendirilebilmektedir (Bayraktar, 2018; Keskin ve Güntüş, 2014; Koca Çavdar, 2017). Bu nedenle, infertilite sorunu yaşayan kadınlarda kimlik tanımlamaları üzerine görüşmelerin yapılması ve benlik saygısını güçlendirici yaklaşımların kullanılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Kadınların çoğunun fiziksel özelliklerine ilişkin olumlu ifadeler kurmada herhangi bir zorluk yaşamadıkları belirlenmiştir. Beden imajı, kadın yaşamının bilişsel, duygusal ve fiziksel yönleriyle ilgilidir (Cash, 1997). Bu nedenle kadının cinsel sağlığı ve evlilik uyumunda da önemli bir role sahip olması beklenmektedir. Ülkemizde infertilite ile karakterize olan polikistik over sendromuna sahip bireyler ile yapılan bir çalışmada; kadınların beden imajı düzeyleri ortanın üzerinde bulunur iken benlik saygılarının daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Karamidehkordi ve Roudsari (2014) tarafından yapılan bir çalışmada ise infertil kadınlarda cinsel işlev bozukluğunu ve evlilik sorununu azaltmaya yönelik çözümlerden biri olarak kadınların beden imajını iyileştirmek için eğitim ve danışmanlık programlarının planlanması önerilmektedir.

Katılımcıların çoğu kadın olmanın anlamını ifade ederken toplumsal roller ve baskıları dahil ederek tanımlarını oluşturmuşlardır. Toplumda kadın olmanın zorluğundan, kadının her zaman güçlü olmak zorunda bırakıldığından, bedenine ilişkin görüşünün bile toplum tarafından idealleştirilerek belirlendiğinden bahsetmişlerdir. Toplumsal cinsiyet rolleri, kadın olma kavramını şekillendirmekle birlikte kadın üzerinde birçok stres ve baskıya neden olabilmektedir. Toplum yapıları incelendiğinde; kadınların yaşam boyunca erkeklerle göre daha fazla hastalık ve strese maruz kaldığı bildirilmektedir. Ancak bilinmektedir ki kadının toplumsal statüsünün sağlık algısı, hizmet alma durumu ve doğurganlık davranışları üzerine birçok etkisi olabilmektedir (Coşkun ve Özdilek, 2012). Bu nedenle, infertil kadınlarda fiziksel ve psikolojik sağlıklarında gelişme ve iyileşme oluşturabilmek için toplumsal cinsiyet rollerinin ele alınmasının gerekliliği bir kez daha ön plana çıkmaktadır. Ancak, birkaç katılımcının ise “erkek tarafından sahiplenme gerekliliğini” dile getirmesi; infertil kadınlarda toplumsal cinsiyet tutumu hakkında düşünme gereğini ortaya çıkarmaktadır. Kadınların toplumsal cinsiyet algısı, infertiliteden etkilenme ve damgalama hissetme açısından önemli etken olarak belirtilmiştir. Toplumsal cinsiyet algısı nedeni ile toplumsal cinsiyet rollerini içselleştiren kadınlar, sorun kendilerinde olmasa bile doğurgan olamama sorununu kendisi yüklenilebilmekte, böylece eşlerinin özsaygılarını korumaya çalışabilmektedir (Gonzalez, 2000). Ehsan ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan bir çalışmada; infertil kadınların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumu ile sahip oldukları stres düzeyinin ilişkili olduğu saptanmıştır. Gönenç ve arkadaşları (2018)

tarafından yapılan çalışmada ise toplumsal cinsiyete ilişkin yapılan bilgilendirmelerin toplumsal cinsiyet algısını olumlu yönde değiştirmek için önemli olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle, infertil kadınların tedavi süreçlerinde dayanıklılıklarını arttırmak için toplum içerisinde eğitimler ile güçlendirilmesi önem arz etmektedir.

Kadınların cinsellikle ilgili konularda çekimser kaldığı, infertil kadınlarda cinselliğin hala bir tabu olduğunu göstermektedir. Ayrıca, yapılan tanımlamalarda ise cinselliği göz ardı edilen bir konu olarak ifade etmeleri dikkat çekmektedir. Üremeye yardımcı tedavi yöntemlerinin birçok tanı ve tedavi sürecini de beraberinde getirmesi; kadın ve eşinin baş etme becerilerini ve sosyal destek kaynaklarını zorlayarak cinsel sağlıkta ve evlilik ilişkisinde bozulmaya neden olabilmektedir (Keskin ve Gümüş, 2014). Çiftler, tedavileri mahremiyet alanı olarak değerlendirdikleri cinsel hayatlarına bir saldırı gibi algılayabilmektedirler. Tedavi sürecinde planlı zamanlarda ilişkiye girilmesi cinselliğin doğasına aykırı olmakla birlikte cinselliğin bir tedavi gibi nitelendirilmesine sebep olabilmektedir. Farklı bir şekilde cinselliğe yüklenen anlamdan dolayı tedavi süreci dışında cinsel ilişki gereksiz ve amacı olmayan bir eyleme de dönüşebilmektedir (Karaca ve Ünsal, 2012). Bu nedenle kliniklerde kadınların yaşam kalitesi ve cinselliğini destekleyici çalışmalar yapılması önerilmektedir (Algül ve Aksu, 2014). Ayrıca kültürel tutum, tabu ve kısıtlamalar ve dolayısı ile cinsel bilgi ve eğitim eksikliği birleştiğinde birçok cinsel soruna yol açabilmektedir. Konuya ilişkin yapılan bir çalışmada; infertil kadınlarda cinsel mitlere inanma düzeyinin fertil kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Ekmen ve ark., 2017). Bu nedenle infertil çiftlerin sadece fiziksel olarak değil psikoseksüel olarak da değerlendirilmesi oldukça önem taşımaktadır. Bu anlamda çiftlerin infertilite kliniklerinde ilk karşılaştıkları ve cinsel öykülerini ilk paylaştıkları kişiler olması nedeni ile hemşirelere gerek cinsel öykü alma sürecinde gerekse cinsel sorunlara müdahale sürecinde çok önemli roller düşmektedir (Duman ve Koçak, 2016).

Katılımcılardan birçoğu, eşleri tarafından çekici bulunmalarını sağlayan özelliklerini bilmediklerini, eşleri ile bu konuyu hiç konuşmadıklarını belirtmişlerdir. İnfertilite ve tedavi sürecinde yaşanan stres nedeni ile çiftler duygusal olarak birbirinden uzaklaşabilir. Çiftler arasında yakınlığın azalmasına bağlı olarak sadece cinsel yaşamları değil aynı zamanda yaşamlarının her alanı olumsuz etkilenmektedir (Fahami ve ark., 2015). Oysaki eşler arasındaki yakınlık; cinsel doyum için önemli bir etken olarak tanımlanmaktadır (Yoo ve ark., 2014). Bu nedenle infertil çiftlerin tedavi sürecinde desteklenmesi, eş iletişimi ve desteği konusunda bilgilendirilmesi ve yakınlığı artırıcı önerilerde bulunulması önemlidir.

Anne olmayı kutsal bir rol olarak tanımlayan kadınların bazıları, bebek sahibi olmak istemelerinde

toplumsal baskının da etkili olduğunu dile getirmişlerdir. İnfertil çiftlerin aile ve arkadaş toplantılarında sıklıkla ne zaman çocuk sahibi olacakları ya da tedavi sürecinin nasıl ilerlediğine dair sorular ile duygusal travmalara maruz bırakıldığı, bu tür konuşmalardan kaçınma için gönüllü sosyal izolasyon yaşadıkları belirtilmektedir (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013). Ayrıca, kadınlara yönelik baskının kayıvalıde, elti gibi yine kadınlar tarafından yapılması da dikkat çekmektedir (Koçyiğit, 2012). Toplumsal baskı nedeni ile kadınlar, eşinin baba olma ihtimalini kendisinin engellediğini düşünebilmektedir. Yaşanılan suçluluk duygusu gibi birçok olumsuz duygular aile dinamiğini bozabilmektedir. Güleç ve arkadaşları (2011) tarafından infertil çiftler ile yapılan çalışmada; erkeklerin kadınlara göre daha yüksek çift uyumuna sahip olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, infertilitenin kadınları daha fazla etkileyerek evlilik uyumuna olumsuz bir şekilde yansıdığını düşündürülebilir. Çalışmada, infertil olan çiftlerin infertil olmayan çiftlere göre fikir birliği, duygusal ifade ve genel evlilik uyumu düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bodur ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada ise infertil çiftlerde evlilik uyumunun depresyon ve anksiyete düzeyi ile negatif korelasyonu olduğu, algılanan sosyal desteğin ise evlilik uyumu üzerine olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, infertil kadınlarda evlilik uyumunun bir dayanıklılık kaynağı olarak kullanılabileceğini ifade etmektedir. Bu nedenle, kadın ve ailesinin tam bir iyilik hali içinde olabilmesi için eş uyumunun önemini farkında olmak ve bu uyumu etkileyen etmenlerin tanımlanması önerilebilir.

SONUÇ

Araştırmada yapılan görüşmeler sonucunda; kadınların “kadın olma” ya dair bireysel tanımlarının çoğunlukla olumsuz ifadeleri içerdiği, ayrıca kendi tanımlarını yaparken bile toplumsal rollerin baskısı ve etkisinden bahsettikleri belirlenmiştir. Toplumsal rollerin kadın olarak kendilerini birçok rolde sorumluluk almalarına ve başarma zorunluluğu gibi bir duygu yükü hissetmelerine neden oldukları ifade edilmiştir. Cinselliğin bir tabu olarak görüldüğü ve göz ardı edildiği; katılımcılar tarafından belirtilmiştir. Çekicilik gibi konular üzerindeki ifadeler ile eşler arasında yakınlığın sınırlı olduğu, bu konuların göz ardı edildiği dikkat çekmektedir. Ayrıca, anne olma kutsal bir rol olarak ifade edilir iken üreme rolünün kadına atfedilmesi ve toplumsal baskılardan dolayı kadınlar bebek sahibi olamama nedeni ile kendilerini başarısız hissettiklerini belirtmişlerdir. Sonuç olarak; infertil kadınların toplumsal cinsiyet rolleri nedeni ile olumsuz benlik algısı geliştirdikleri, toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin bireysel tutumlarından olumsuz etkilenilebildikleri, bu nedenle tedavi sürecinde daha fazla stres hissedebildikleri belirlenmiştir. Bu nedenle, infertil kadınlarda toplumsal cinsiyet rolleri ve etkileri hakkında görüşmelerin yapılmasının tedavi sürecinde önem arz ettiği düşünülmektedir. Ayrıca, toplumsal

cinsiyet rollerinin etkisini azaltmak amacı ile infertil kadını güçlendirecek stratejilerin belirlenmesi; klinik alanda faydalı bir yaklaşım olacaktır.

Teşekkür

Çıkar çatışması beyanı

Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Yazar katkıları

Yazının ortaya çıkması ve sürdürülmesine katkıda bulunma:

Plan, tasarım: ADD, KK

Finansman: ADD, KK

Materyal: ADD

Veri toplanması / toplanan verilerin analize

hazırlanması için işlemesi: ADD

Veri analizi: ADD, KK

Literatürün gözden geçirilmesi: ADD

Kaleme alma ve düzeltmeler: ADD

Kontrol etme ve gözden geçirme: ADD, KK

Kurumsal ve finansal destek beyanı

Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından 5383 proje numarası ile desteklenmiştir.

KAYNAKLAR

- Algül, Ö., ve Aksu, H. (2014). İnfertilite sorunu yaşayan çiftlerde cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 24(3), 171-178.
- Bayraktar, E. (2018). Toplumsal cinsiyet, kültür ve şiddetin infertilite ile ilişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 27(3), 234-38.
- Bodur, N.E., Çoşar, B., ve Erdem, M. (2013). İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38(1), 51-62.
- Cash, T.F. (1997). The body image workbook: An 8-step program for learning to like your looks. New Harbinger Publications, Inc.
- Coşkun, A., ve Özdilek, R. (2012). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği: sağlığa yansması ve kadın sağlığı hemşiresinin rolü. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 9(3), 30-39.
- Daniel, B.K. (2018). Empirical verification of the "TACT" framework for teaching rigour in qualitative research methodology. *Qualitative Research Journal*, 18(3), 262-75.
<https://doi.org/10.1108/qrj-d-17-00012>
- DSÖ. (2020). Infertility. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility> Erişim tarihi: 29.12.2020.
- Duman, N.B., ve Koçak, D.Y. (2016). İnfertilitenin cinsel sağlığa etkileri ve profesyonel hemşirelik yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 2(1), 51-8.

- Ehsan, Z., Yazdkhasti, M., Rahimzadeh, M., Atae, M., ve Esmaelzadeh-Saeieh, S. (2019). Effects of group counseling on stress and gender-role attitudes in infertile women: A clinical trial. *Journal of Reproduction & Infertility*, 20(3), 169.
- Ekmen, B., Özkan, M., ve Gül, T. (2017). İnfertilite tedavisi gören kadınlarda cinsel mitlere inanma düzeyi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 20(3), 209-17.
- Fahami, F., Pahlavanzadeh, S., ve Asadi, M. (2015). Efficacy of communication skills training workshop on sexual function in infertile women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(2), 179.
- Gonzalez, L.O. (2000). Infertility as a transformational process: a framework for psychotherapeutic support of infertile women. *Issues in Mental Health Nursing*, 21(6), 619-633.
<https://doi.org/10.1080/01612840050110317>
- Gönenç, İ.M., Topuz, Ş., Yılmaz Sezer, N., Yılmaz, S., ve Büyükkayacı Duman, N. (2018). Toplumsal cinsiyet dersinin toplumsal cinsiyet algısına etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 22-9.
- Güleç, G., Hassa, H., Yalçın, E.G., ve Yenilmez, Ç. (2011). Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3, 166-76.
<https://doi.org/10.5080/U6362>
- Karaca, A., ve Ünsal, G. (2012). İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 3(2), 80-5.
- Karamidehkordi, A., ve Roudsari, R.L. (2014). Body image and its relationship with sexual function and marital adjustment in infertile women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(7 Suppl1), 51.
- Keskin, G., ve Gümtüş, A.B. (2014). İnfertilite: Umutsuzluk perspektifinden bir inceleme. *Journal of Psychiatric Nursing*, 5(1), 9-16.
- Kılıç, M., Ejder Apay, S., ve Kızılkaya Beji, N. (2011). İnfertilite ve kültür. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 19(2), 109-15.
- Kırca, N., ve Pasinlioğlu, T. (2013). İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar*, 5(2), 162-78.
- Koca Çavdar, N. (2017). İnfertilitenin bireyin yaşam kalitesine ve benlik saygısına etkisi. (master's thesis). İstanbul: Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Koçak, D.Y., ve Büyükkayacı Duman, N. (2016). İnfertilitenin psikolojik etkileri ve hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri*, 2(3), 7-13.
- Koçyiğit, O.T. (2012). İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. *İnsanbilim Dergisi*, 1(1), 27-37.
- Ozen, M.E., Vural, M., Aydın, H., Orum, M.H., Kalenderoglu, A., ve Selek, S. (2019). Influences of various variables on body image satisfaction among highly fertile women and infertile women. *Turkish J Clinical Psychiatry*, 22, 187-92.
<https://doi.org/10.5505/kpd.2019.74755>
- Sen, S., ve Sevil, U. (2016). Stigma experiences of infertile women: a qualitative study in Turkey. *Int Refereed J Gynaecol Dis Maternal Child Health*, 6, 63-82.
<https://doi.org/10.17367/jacsd.2016619469>

- Tong, A., Sainsbury, P., ve Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-57.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2008). Nitel araştırma yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yoo, H., Bartle-Haring, S, Day, R.D., ve Gangamma, R. (2014). Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(4), 275-93.
<https://doi.org/10.1080/0092623x.2012.751072>



ORJİNAL MAKALE / ORIGINAL ARTICLE

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi / BAUN Sağ Bil Derg
Balıkesir Health Sciences Journal / BAUN Health Sci J
ISSN: 2146-9601- e ISSN: 2147-2238
Doi: <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.952796>



Yaşlıların Bakımında Erkek Bakıcılar: Kocalar, Oğullar

Aslı Gözde AKIŞ ¹

¹ Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya

Geliş Tarihi / Received: 15.06.2021, **Kabul Tarihi / Accepted:** 26.08.2021

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde Aralık 2020 tarihinde kabul edilen Aslı Gözde Akış'ın tamamladığı "Yaşlısına Bakım Veren Yaşlılar: Antalya Örneği" adlı doktora çalışmasından türetilmiştir.

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı yaşlı bakımında erkek bakıcıların bakım sürecindeki deneyimlerini ortaya çıkarmaktır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma nitel kesitsel tipte olup, Mayıs 2017- Mayıs 2019 tarihleri arasında yaşlı bakımı veren aile üyesi erkeklerle yapılmıştır. Araştırma kapsamında yaşları 65 ile 83 arasında değişen yedi aile üyesi erkek bakıcı ile görüşülmüştür. Katılımcılarla yapılan yüz yüze görüşmelerde yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmış ve elde edilen veriler tematik analiz yoluyla analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmada erkek bakıcıların kendilerini bir bakıcı olarak tanımlamak yerine bakım verdikleri kişinin oğlu veya eşi olarak tanımlamayı tercih ettikleri ve bakıma bir görev olarak yaklaştıkları görülmüştür. Bakıcı erkekler bakım vermenin karmaşık görevlerini kendileri için zorlayıcı bulsa da yapılan görevleri çok az bir yardımla yerine getirmeye çalıştıkları bulgularına ulaşmışlardır.

Sonuç: Araştırmada oğulların bakımı kardeşler arasında paylaştığı, kocaların ise kendi çocuklarından destek aldığı; bakım sürecinde erkeklerin en çok bakım alıcılarının beden temizliği ve gıda yönetimi gibi görevlerde zorlandığı ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı Bakımı, Erkek Bakıcılar, Feminist Gerontoloji, Yaşam Seyri Yaklaşımı.

Male Caregivers of Older Individuals: Husbands, Sons

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to reveal the experiences of male caregivers in the care process in elderly care.

Materials and Methods: The research was cross-sectional and qualitative and was conducted between May 2017 and May 2019 with male family members who care for the elderly. Within the scope of the research, seven male caregivers aged between 65 and 83 were interviewed. Face-to-face interviews were conducted using a semi-structured interview form and the data obtained were analyzed through thematic analysis.

Results: It was presented in the research those male caregivers give preference to be defined as the son or spouse of the person they care for instead of a caregiver and that they view the caregiving as a duty. Although male caregivers find the complex tasks of caregiving challenging for themselves, it was detected that they try to fulfill their duties with little help.

Conclusion: Sons shared the care among siblings, while husbands received support from their own children; In the care process, it has been revealed that men have the most difficulty in tasks such as body cleaning and food management of care recipients.

Keywords: Elderly Care, Male Caregivers, Feminist Gerontology, Life Course Perspective.

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Aslı Gözde AKIŞ, Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya, Türkiye
E-mail: asligzd@hotmail.com

Bu makaleye atıf yapmak için / Cite this article: Akış, AG. (2021). Yaşlıların Bakımında Erkek Bakıcılar: Kocalar, Oğullar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2),105-116. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.952796>

©Copyright 2021 by the Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.



BAUN Sağ Bil Derg 2021 OPEN ACCESS <https://dergipark.org.tr/tr/pub/balikesirsbd>
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

GİRİŞ

Yaşlı nüfusun hızlı bir şekilde artması bakım alanına olan gereksinimi bireysel ve toplumsal açıdan arttırmıştır. Yaşlıların bakıcıları olarak aile üyelerinin sağladığı bakım hem politikada hem de toplumsal düzeyde ele alınan önemli bir araştırma alanıdır (Agree ve Glaser, 2009). Bakım alanında kadınların baskın konumu devam etmekle birlikte toplumsal değişimler erkeklerin yaşlıların bakımını öncekinden daha sık üstlenmelerine yol açmıştır (Lopez-Anuarbe ve Kohli, 2019). Buna rağmen, çoğu araştırma bu eğilimi dikkate almamakta ve kadın bakıcılara yönelik geleneksel odağını sürdürmeye devam etmektedir (Con, 2013; Kırışık ve Korkmaz Yaylagül, 2020).

1980'lerin ve 90'ların aile yapıları, ekonomik refah ve değişen istihdam koşullarının yanı sıra sağlık hizmetlerindeki hızlı değişimlerden etkilenmiştir. Bu değişimler araştırmacıların ve politikanın engelli ve yaşlıların bakıcılarıyla ilgili sorunları daha sık gündeme almasını sağlamıştır. Aile yapılarının çeşitlenmesi büyük ölçüde artan yaşam beklentisi, boşanma ve yeniden evlenme ve azalan doğurganlık oranları ile ilgilidir (Zeybekoğlu Dündar, 2018). İstihdam koşullarının kadınların lehine gelişmesi ve daha fazla kadının iş yaşamına katılması aile içinde bakıma muhtaç kişilerin bakım sorumluluklarını üstlenen kadınlar için baskı unsuru olmuştur ancak bu değişimlere rağmen kadınların yaşlı akrabalarına bakma konusundaki beklentiler hala devam etmektedir. Hooyman ve Gonyea (1995), 1960'larda ve 70'lerde feministlerin, aile üyelerinin fiziksel, sosyal ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamada bakıcıları olarak kadınların "doğal" rolüne ilişkin toplumsal inançlara karşı çıkmaya başladıklarını belirtmiş, "annelik" ve "babalık" tanımlarının biyolojik olarak belirlenmediğini ve öncelikle sosyal olarak inşa edildiğini savunarak kadınların dezavantajlı konumuna yol açan şeyin ev içinde ve ev dışında gerçekleşen cinsiyet ayrımı olduğunu öne sürmüşlerdir. Feministler, kadınların bakım rollerine ilişkin analizlerini, bağımlı yetişkin üyelere verilen desteği de içerecek şekilde genişletmeye ve bunu bir kadın sorunu olarak tanımlamaya ancak 1980'lerin ortalarında başlamışlardır. Bakımın feminist perspektifte ele alınması ile ilerleyen süreçte bakımın anlamı da değişmeye başlamıştır.

Bu konuda Anttonen ve Zechner (2011), bakım kavramına ayrıntılı tarihsel dönemselsel bir açıklama getirirler. Buna göre 1970'lerde ev işi ve yeniden üretim tartışmalarıyla birlikte önce ev işi daha sonra da bakım, kadın işi olarak tanımlanmıştır. Bu dönemde ev işi hakkında yapılan araştırmalar bakımın ekonomik değerine dikkat çekmektedir. Bağımsız bir bakım kavramının ortaya çıkması, ev işlerinin ekonomik öneminin bakım işinin duygusal yönleriyle birlikte gelişmesi ile başlamıştır. 1980'lerde ücretsiz gayri resmi bakıcılar olarak kadınlarla ilgili çok sayıda çalışma yapılmıştır (Stoller, 1983; Brody, Johnsen, Fulcomer ve Lang, 1983). Bu çalışmalar, kayıt dışı ücretsiz bakımın yaygınlığını ve genellikle psikolojik açıdan yıpratıcı olarak deneyimlenen bakım işlerinin büyük bir kısmından kadınların sorumlu olduğunu göstermiştir.

1980'lerin başlarından itibaren, toplumsal yeniden üretimin ihmal edilmiş boyutlarına dikkat çeken feminist araştırmalar, eşlerin, annelerin ve yetişkin kızların ev içi yaşamlarına odaklanarak, emeklerinin duygusal anlamını ve günlük yaşam görevlerinde yardıma ihtiyaç duyan akrabalarına olan katkılarını vurgulamıştır (Finch ve Groves, 1983; Brody, 1981). 1980'lerdeki bakım araştırmalarına göre bakım, yakın veya geniş aile içinde yapılan ve kadınlar tarafından yürütülen gayri resmi ve ücretsiz iş olarak anlaşılmış ve tanımlanmıştır. 1990'ların başından itibaren bakım araştırmalarında kesişimsellik vurgulanmaya başlanmış ve yaş, sınıf, etnisite, ırk gibi yönlere giderek daha fazla ilgi odağı haline gelmiştir (Walker ve Pratt, 1991; Arber ve Ginn, 1995; Ungerson, 1997). Bakım araştırmaları böylece daha da çeşitlilik kazanmıştır. Knijn ve Kremer (1997) çalışmalarında, bakımın bir kadın sorunu değil bir vatandaşlık meselesi olduğunu öne sürmüşler ve her vatandaşın yaşamlarının bir döneminde bakıcı olabileceğini belirtmişlerdir. Bu görüş ilk dönem bakım araştırmacılarının vurguladığı gibi "kadın odaklı" bakımın ötesinde bir anlayışı getirmiştir. Diğer taraftan, bakım araştırmacıları, bakım alan kişilere giderek daha fazla önem vermeye başlamıştır. 1990'larda yapılan bakım araştırmalarında elde edilen önemli bulgulardan biri, yaşlıların sadece bakım alan kişiler değil aynı zamanda bakım veren kişiler de olduğudur. Yaşlıların daha çok eşlerine bakım verdikleri ve bakım verenlerin yaklaşık yarısının erkekler olduğu ortaya çıkmıştır. Bu dönemde erkeklerin, özellikle yaşlı ve engelli eşlerin gayri resmi bakımına dahil olduğunu gösteren önemli çalışmalar yapılmıştır (Chang ve White-Means, 1991; Arber ve Ginn, 1994). Bu çalışmalar erkekler tarafından yapılan bakım işlerinin görünürlüğünü sağlamıştır.

Yaşlı bakım alanında erkekler

Feminist araştırma ve tartışmalar aile içinde ve toplumda aile bakımı ile ilgili cinsiyetçi varsayımları sorgulamalarıyla bakıma farklı bir boyut kazandırmışlardır. Toplumsal normatif cinsiyetçi yargıların sorgulanması erkeklerin de aile içinde "bakım veren" bireyler olabildiğini göstermiştir (Arber ve Ginn, 1995; Elliott, 2016; Kramer ve Thompson, 2001). Erkeklerin bakım alanındaki konumu kadın merkezli bakım anlayışıyla paralel yol almış, bakım, öncelikle resmi olmayan bakım bağlamında incelenmiştir (Anttonen ve Zechner, 2011). Erkek bakıcılar ve bakıcılık üzerine yapılan erken araştırmalar, erkek bakıcıların bakıma ücretli iş deneyimleri yoluyla nasıl katıldıklarını gösterme ve bunun kadın bakıcıların kullanma eğiliminde olduğu "sevgi" ve "karşılıklık" kavramlarından ziyade evlilik yeminlerinin yerine getirilmesine yönelik "görev" duygularına atıfta bulunan açıklamalar getirmiştir (Chang ve White-Means, 1991; Russell, 2007). Sonraki çalışmalar özellikle bakımın erkeklerin kimliklerini, evlilik veya aile ilişkilerinde değişen roller neticesinde kendilerini nasıl tanımladıklarını göstermektedir (Mott, Schmidt ve MacWilliams, 2019; Elliott, 2016). Comas-d'Argemir ve Soronellas (2019), erkeklerin bakım alanında daha sık yer almaları ile ilgili üç faktörden bahsetmektedir. Buna

göre bakım veren erkeklerin toplumsal cinsiyet rolleri açısından “alışılmadık” bir şey yapıyor olmaları bakım verme ile erkeklik arasındaki bağlantıları incelemeyi cazip kılar. İkincisi, cinsiyet ve nesiller arası ilişkilerdeki değişiklikler, ailedeki bakım rollerinin yeniden müzakere edilmesini zorunlu kılmaktadır ve bu erkeklerin bakıma daha fazla dahil olmasına katkıda bulunmaktadır. Üçüncüsü ise, ekonomik dalgalanmaların bir işe sahip olmayı bir öncelik haline getirmesi ve bazı erkeklerin işsiz oldukları veya kadınlardan daha kötü çalışma koşullarına sahip oldukları için ailede bakım sağlamaya dahil olmalarıdır. Tüm bu faktörler değişen yaşam seyri koşulları ile bağlantılıdır.

Sosyal ve demografik eğilimlerin bir sonucu olarak erkek bakıcıların sayısının giderek artacağı tahmin edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri Bakım Anketi'ne (2020) göre, yetişkinlerin aile bakıcılarının %40'ı erkektir ve bu oran, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki 16 milyon erkek aile bakıcısına denk gelmektedir. Bakım anketi sonuçları, erkek aile bakıcısının ortalama yaşının 49,4 olduğunu gösterirken, ortalama yaşın bakıcı ile bakımı alan kişi arasındaki ilişkiye göre değiştiğini göstermektedir. Bir ebeveyne veya kayın ebeveyne bakan bir oğlun ortalama yaşı 46,4 iken, bir eşe/partnere bakan erkek aile bakıcısının yaşı 62,5'tir. Ankete göre erkek bakıcıların yaklaşık yarısı (%49), bakım sorumluluğu üstlenme konusunda başka seçenekleri olmadığını düşünmektedir. Özellikle bir eşe/partnere bakan erkek bakıcılarda bu oran %60'lara çıkmaktadır. Erkek aile bakıcılarının yaklaşık üçte ikisi (%64) de gelecekte yaşlanan bir ebeveynine veya kayın ebeveynlerine bakabilme ihtimallerinin olduğunu düşünmektedir. Eşlerine bakım veren erkeklerin %75'i beslenme, temizlik gibi görevlerin yanı sıra tıbbi ve hemşirelik görevlerini de üstlenmektedir. Erkek bakıcıların %62'si eşlerine kişisel bakım ve ikincil görevlerde yardımcı olmaktadır ancak %54'ü kişisel bakım ve beden temizliği gibi daha mahrem sorumlulukları üstlenmeyi daha zor bulduklarını belirtmektedir.

Yapılan literatür taramasında Türkiye'de aile bakımına yönelik araştırmalarda sadece erkek bakıcıları konu alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Kadın ve erkek bakıcıları içeren araştırmalarda erkek bakıcılar sayıca az olmaları nedeniyle çok fazla temsil edilmezler. Aktif Yaşlanma Endeksine (2016) göre Türkiye'de 55 yaş üstü erkeklerin kendilerinden daha yaşlı birine bakım verme oranı 2007 yılında %8,4'ten 2011 yılında %10,9'a çıkmıştır. Türkiye Aile Yapısı Araştırması (2019) da yaşlılarına bakım veren oğulların (%14), damatların (%0,2), babaların (%2) ve diğer erkek bakıcıların (%0,1) toplamda %16'lık bir oranla ile yer aldıklarına dair bilgi sunmakta; çekirdek ailelerde yaşlıların bakımını %73 gibi yüksek bir oranla eşlerin üstlendiği ifade edilmekte ama araştırma eş bakımında cinsiyet ayrımını belirtmemektedir. Ancak yaşlı erkeklerin yaşlı kadınlara göre bir eşle yaşama olasılığı daha yüksektir. 2020 yılına ait TÜİK verileri yaşlı erkeklerin %83,8'inin evli olduğunu göstermektedir. Bu kişilerin ihtiyaç halinde

eşlerine bakım verdikleri/verebileceği düşünülebilir. Başka bir çalışma olan, TÜİK 2014-2015 Zaman Kullanım Araştırması'nda da bakım veren bireyler içinde kadınların %41'i erkeklerin ise %34'ünün günlük olarak yaşlılarının bakımını üstlendiği belirtilmektedir (TÜİK, 2015).

Yaşlı bakımında erkek bakıcılara ait bilgiler genellikle bakım yükü, bakıcı tükenmişliği, yaşam doyumu gibi konularda yapılan araştırmalarda sunulmaktadır. Türkiye'de birçok nicel çalışma bakım yükünün kadınlarda erkeklerle göre daha fazla olduğunu göstermektedir (Akpınar, Küçükgüçlü, ve Yener, 2011; Altay, Erkan, ve Aydın Avcı, 2018; Erkan ve Altay, 2020). Ancak Korkut ve Gençtürk (2019), Onat Kaya ve Çelik, (2018) yaptıkları çalışmalarda bakım verme yükünün bakım verenin cinsiyetine göre farklılık göstermediğini bulmuşlardır. Akpınar, Küçükgüçlü ve Yener (2011) ise kadın bakıcıların, zamana bağlılık, gelişimsel, fiziksel ve sosyal yükler açısından erkek bakım verenlere göre daha fazla zorlandığını belirtmiş, erkekler ve kadınlar arasında bakımın duygusal yükünün her iki cinsiyette de aynı olduğunu gözlemişlerdir. Yazarlar bunu erkeklerin kadınlara göre benzer miktarda yüke maruz kalmalarına rağmen bunu ifade etmekte zorlandıkları için aktarmadıklarına bağlamaktadırlar. Erkan ve Altay (2020) erkeklerin bakım yüküyle başa çıkmada kendine güvenli ve iyimser yaklaşım sergilerken kadınların çaresiz, boyun eğici ve sosyal destek arayan bir yaklaşımı daha çok benimsediklerini belirtmişlerdir. Nicel araştırmalar erkek bakıcıların ayrıntılı bakım deneyimlerine ulaşmada kısıtlı kalmaktadır. Bu nedenle Türkiye'de erkekleri bakıma neyin motive ettiği ve bakımın nasıl anlaşıldığı ve organize edildiği konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Görüldüğü gibi Türkçe literatürde bakım verenler üzerine çalışmalara rastlansa da örneklem düzeyinde erkek bakıcıların daha az olması nedeniyle araştırmalarda onların bakım deneyimleri de daha az temsil edilmektedir. Araştırmalarda erkek bakıcıların yeterince yer almaması onlar hakkındaki görüşü daraltmaktadır. Feminist gerontolojik çalışmalarda bakım verme sürecinde bakıcıların toplumsal cinsiyet farklılıklarının farklı deneyimlere yol açtığı sıklıkla tartışılır (Calasanti ve Bowen, 2006; Russell, 2007). Kadın ve erkek bakıcılar arasındaki benzerlik ya da farklılıkları bilmek bakıcı bağlamının ve bakımın gelişimi için önemlidir. Özellikle yaşlı bakımı alanında büyüyen bir erkek bakıcı grubu vardır ve gelecekte erkek bakıcıların hem resmi hem de gayri resmi bakım alanında daha fazla yer bulacağı tahmin edilmektedir (Carers-UK ve Age-UK, 2015).

Bu araştırmada, erkek bakıcıların bakım deneyimleri ele alınmaktadır. Bu çerçevede araştırmanın teorik bakış açısı yaşam seyri yaklaşımı etrafında şekillenmektedir. Yaşam seyri, sosyal yollar, gelişimsel yörüngeler ve toplumsal değişim bağlamında fenomenleri incelemek için bir çerçeve sunmaktadır. Yaklaşım bireylerin mikro düzeyi ile kültür, ekonomi, sosyal politika vb. makro düzeydeki koşulları arasındaki etkileşimleri ve kesişmeleri ortaya çıkarmaya çalışır. Sosyal bilimler ve

davranış bilimlerindeki araştırmalardan elde edilen beş genel ilke, bu tür arayışlara rehberlik etmektedir (Elder, Johnson ve Crosnoe, 2003). Elder ve Giele (2009) çalışmalarında yaşam seyri yaklaşımının beş temel ilkesini ortaya koymuşlardır. Bunlar yaşam boyu gelişim ilkesi, özne ilkesi, zaman ve mekan ilkesi, zamanlama ilkesi ve bağlantılı yaşamlar ilkesi olarak yaşam seyri yaklaşımının ilişkisel bileşenlerini oluşturmaktadır. İlk ilke insan yaşamının doğumdan ölüme kadar devam eden bir gelişme ve yaşlanma süreci olarak görür. Bu süreçte bireylerin yaşamlarının eğitim alma, evlenme, çocuk sahibi olma gibi birçok yaşam geçişi ve önemli dönüm noktaları içerdiğini ve bunların bireylerin yaşamını farklı yollara yönlendiren önemli yaşam olayları ile işaretlendiğini varsaymaktadır. İkinci ilke bireylerin kendi yaşamlarını organize ederken yaptıkları seçimlerin belirleyici olduğu üzerinde durmaktadır. Buna göre bireysel tercihler ve kararlar bireylerin yaşamını farklı şekillerde yönlendirmektedir. Cinsiyet, ırk ve etnik köken gibi faktörler, bireylerin seçeneklerini kısıtlayabilir ya da arttırabilir. Üçüncü ilke bireylerin yaşamlarında meydana gelen olayların zamanlamasının öneminden bahsetmektedir. Bu ilke, bireylerin ve doğum gruplarının tarihsel bağlamdan ve belirli konumlardan güçlü bir şekilde etkilendiğini göstermeye çalışır. Tarihsel değişimlere bağlı olarak her doğum kohortunun yaşamının gidişatını şekillendiren kısıtlamalara ve fırsatlara sahip olduğunu belirtir. Dördüncü ilke bireysel deneyimlerin ve tarihsel olayların bireylerin sonraki yaşam yılları üzerindeki etkisinin büyük ölçüde yaşamdaki zamanlamasına bağlı olduğunu öne sürer. Bireylerin yaşamındaki eğitim alma, evlilik, çocuk sahibi olma gibi belirli yaşam geçişlerinin hangi yaşta gerçekleştiğinin önemi üzerinde durur. Buna göre bireylerin yaşamında beklenen geçişlerin erken veya geç olması yaşamın sonraki yıllarında eşitsizliklere neden olabilir. Örneğin kadınların eğitim ve iş alanında karşılaştığı yapısal eşitsizliklerin emeklilik ve yaşlılık döneminde düşük gelir, yoksulluk ve yalnızlık gibi sonuçlara yol açacağı gösteren çalışmalar yapılmıştır (Görgün- Baran, 2020). Bireysel zaman (yaş), ailesel zaman (aile döngüsündeki aşama) ve tarihsel zaman (ekonomik dalgalanmalar, sosyal değişimler) gibi farklı zaman biçimlerinin etkileşimi bu ilke için önemlidir. Son ilke ise bireylerin yaşam seyrinin başkalarının yaşamlarına bağlı olduğunu vurgular. Bu, özellikle aile üyeleri arasında belirgin şekilde ortaya çıkar (Elder ve Giele, 2009). Bu doğrultuda yaşam seyri yaklaşımı bakım alanına tarihsel, mekansal ve zamansal boyutlarıyla dikkat çekmekte ve bakımı dinamik bir süreç olarak ele almaktadır (Moen, Lam ve Jackson, 2014). Bu bağlamda yaşam seyri ilkeleri, yaşlıların mevcut durumunun geçmiş seçimlerle, sosyal ağlarındaki ve çevresindeki toplumsal değişikliklerle nasıl ilişkili olduğunu ortaya koymaya yardımcı olur (Settersten, 2015). Bu bakımdan bu araştırma, yaşlılarına bakım veren erkeklerin bakım deneyimlerinin zaman, süre ve yoğunluğa bağlı olarak nasıl şekillendiğini ve değiştiğini görmeyi amaçlamaktadır. Buna göre araştırmada aile içinde yaşlı bireylere bakım veren

kocalar ve oğulları içeren erkeklerin bakım deneyimleri incelenmiştir. Araştırma kapsamında “kocalar ve oğulların bakım verme koşulları nasıl biçimlenir ve bakım deneyimleri farklılaşmakta mıdır? Sorusuna yanıt aranmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın tipi

Bu araştırma, nitel bir araştırmadır. Bireysel yaşamları ele alan nitel araştırmalar, deneyimlerin ve sorunların çeşitliliğini yakalamanın önemli bir aracıdır (Stephens, Burholt ve Keating, 2018). Bu nedenle erkek bakıcıların bakım deneyimlerini anlamayı kolaylaştırması açısından bu araştırmada yorumlayıcı yaklaşım benimsenmiştir.

Araştırma grubu

Araştırma katılımcıları amaçlı örnekleme yoluyla belirlenmiş ve katılımcılar kartopu örnekleme ile araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmada, Antalya ilinde yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilere bakım veren aile üyesi katılımcılara ulaşılmış ve araştırma kapsamında 7 (yedi) kişi ile görüşülmüştür. Araştırmada erkek bakıcı; 65 yaş ve üzerinde bakıma muhtaç yaşlısına en az iki yıl süreyle bakım veren erkekleri tanımlamaktadır.

Araştırma kapsamında görüşülen katılımcılardan üçü ebeveynine bakım verirken dördü de eşine bakım vermektedir. Ebeveyn bakımı veren erkeklerin yaşları 65 ile 71 arasında değişirken, eş bakımı veren erkeklerin yaşları 67 ile 83 arasındadır. Ebeveyn bakımı veren erkeklerden biri annesine diğer ikisi babasına bakım vermektedir. Bakım alıcılarının yaşı 90 ile 110 arasında değişmekte, bakım alıcılarının üçü de Alzheimer hastasıdır. Bakıcı erkekler en az 3 en fazla 10 yıldır yaşlılarının bakımını sağlamaktadır. Ebeveyn bakımı veren erkeklerin üçü de ebeveynlerinden ayrı bir evde yaşamakta, üçü de emeklidir ve başka bir işte çalışmamaktadır. Ebeveyn bakımı veren erkeklerin ikisi kendi eşleri ve yetişkin çocukları ile aynı evde yaşamakta, biri sadece eşi ile yaşarken, zaman zaman da torunlarının bakımını da üstlenmektedir. Eş bakımı veren erkeklerin yaşı 67 ile 83 arasında değişmektedir. Bakım alıcılarının yaşı da 65 ile 82 arasında değişmektedir. Eş bakımı veren erkekler 3 ile 14 yıl arasında bakım vermekteyken bakım alıcıları Alzheimer ve felç hastasıdır. Eş bakıcılarından yalnızca biri oğlu ile yaşamakta, diğer üçünün çocukları evli ve başka yerde yaşamaktadır.

Verilerin toplanması

Araştırmada her katılımcıyla bir yıl arayla, ilki yüz yüze ikincisi de telefon aracılığıyla olmak üzere iki görüşme yapılmıştır. Görüşmeler yapılmaya başlamadan önce her katılımcıya araştırmanın amacı ve önemi sözlü bir şekilde aktarılmış ve sonrasında başvuru alan kişilerden araştırmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair aydınlatılmış onam alınmıştır. Görüşmelerde yaşam seyri ve bakım alanını birleştiren önceki literatürden faydalanılarak oluşturulan (Eifert, Adams, Morrison, ve Strack, 2016) yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Bu doğrultuda yüz yüze yapılan görüşmeler iki bölümden oluşmuştur. İlk bölüm katılımcıların bakım vermeye başlamalarına kadar geçen

süreci içeren yaşam öykülerini anlamaya yönelik sorulardan oluşmaktadır. Örneğin bakım veren kişinin ne zaman ve nerede doğduğu, nasıl bir aileden geldiği, eğitim durumu, sosyo-ekonomik durumu gibi tanıtıcı soruları içermektedir. Bu sorular bakım verenlerin yaşam öykülerine bağlı olarak önemli yaşam olayları ve yaşam geçişlerini ortaya koyma amacıyla kişiye özgü şekilde yapılandırılmıştır. Ancak her bakım verenin yaşam öyküsü farklı olduğundan açık uçlu sorularla görüşme akışı içerisinde konuşmanın doğal ritmini bozmamak adına sorular yeri geldikçe sorulmuştur. İkinci bölüm, bakım öncesi ve sürecine dair sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölümde sorular, katılımcıların nasıl bakıcı olduklarına ve bakım vermenin yaşamlarındaki yeri üzerine odaklanmıştır. Yüz yüze görüşmeler sırasında bakım sürecinde meydana gelen bakım geçişleri (bakım vermeye başlama zamanı, hastalık geçişlerindeki deneyimler, duygular v.b.) gibi yaşam olayları katılımcılarla birlikte zamansal olarak belirlenen bakım çizelgelerinde işaretlenmiştir. Bu çizelgeler bakımla ilgili bireysel deneyimlerin zamansal bir sıralamasını içermektedir. Bu çizelgenin kullanılmasındaki amaç katılımcıların yaşamlarına geriye dönük olarak bakmalarını ve meydana gelen değişiklikleri düşünmelerini ve deneyimlerdeki değişiklikleri bakım alıcısı ile olan değişikliklerle ilişkilendirmelerini sağlamaktır.

Araştırmanın ilk görüşmeleri 45 ile 150 dk. arasında gerçekleşmiş, ortalama 75 dk. sürmüştür. İlk görüşmelerden bir yıl sonra yapılan ikinci görüşmeler telefon aracılığıyla gerçekleşmiş ve ortalama 30 dk. sürmüştür. İkinci görüşmelerde katılımcılara ilk görüşme tarihinden itibaren geçen sürede bakım verme ile ilgili (hastalığın ilerleyişi, başka hastalıklar veya önemli olaylar) yaşamlarında ne gibi değişimler olduğu sorulmuş ve bakım çizelgelerine yeni eklemeler yapmalarına olanak tanımalarının yanı sıra önceki yaşam olaylarının da bir doğrulaması sağlanmıştır. İkili görüşmeler erkeklerin bakım sürecinde değişen deneyimlerini anlamayı kolaylaştırmıştır. Araştırmada katılımcılarla yapılan görüşmeler katılımcıların onayı doğrultusunda ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmıştır. Görüşme kayıtları yapılırken, göze çarpan detaylar ve ayrıca katılımcıların hikayelerini anlattıkları duyguları ve tepkileri hakkında çok sayıda not alınmıştır. Gözlemlenen duygular ve beden dili, katılımcıların deneyimlerinin anlamlarına dair ipuçları vermiştir ve bu notların analiz sürecinde kullanılması amaçlanmıştır.

Araştırma geçerliliği ve güvenilirliği

Nitel araştırmalarda geçerliliği oluşturma süreçlerine ilişkin pek çok perspektif vardır (Creswell, 2016: 244). Bu araştırmada geçerlilik Creswell ve Miller (2000)'in (Creswell, 2016) ve Maxwell (2013)'in çalışmasına dayanan teknikler aracılığıyla sağlanmıştır. Creswell ve Miller ve Maxwell, üçgenleme işleminin araştırma için bir doğrulama süreci olduğundan bahsederler. Araştırmacılar, yöntemleri, kaynakları, teorileri ve araştırmacıları destekleyici kanıtlar için bu stratejiyi kullanırlar. Bu doğrultuda araştırmada verilerin toplanması, referans kaynağından orijinal bilgiler,

katılımcılardan gelen bilgiler ve araştırmacının kişisel alan notlarının dahil edilmesi ve önceki araştırma literatürünün gözden geçirilmesi ile gerçekleşmiştir. Ortaya çıkan fikirler, alanla ilgisini sağlamak için bakım alanında çalışan uzman eğitimcilerle paylaşılmıştır. Böylece araştırmada Creswell ve Miller'in akran incelemesi veya sorgulaması diye belirttikleri araştırma sürecinin dışarıdan kontrol edilmesini sağlayan bir strateji de izlenmiştir. Ayrıca araştırmada üye kontrolü de yapılmıştır. Araştırmada yer alan katılımcılarla görüşmenin organizasyonu için öncelikle yapılan telefon görüşmeleri, sonrasında görüşmelerin yüz yüze yapıldığı ev ziyaretleri ve ikinci görüşmelerin yapıldığı takip telefon görüşmeleri ile bu görüşmeler sırasında alınan gözlem notları, yapılan araştırma için zengin bir veri kaynağı oluşturmuştur. Katılımcılarla oluşturulan bakım çizelgeleri ve takip telefon görüşmeleri ile izlenen tekniklerle (üye katılımı, katılımcı teyidi) araştırma geçerliliğinin ve güvenilirliğinin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Takip telefon görüşmelerinde katılımcılara, yüz yüze görüşülen zamandan beri geçen bu süre içerisinde yaşamlarında ne gibi değişimler olduğu, bakım alıcısının hastalık sürecinin nasıl ilerlediği, bu süreçte bakıcıların kendilerini nasıl hissettiği ve değişen koşullara karşı nasıl tepkiler geliştirdikleri sorulmuştur. Bu görüşmeler bakım verenlerin bakım sürecini tekrar gözden geçirebilmelerini (Baltacı, 2019) sağlamasıyla araştırma güvenilirliğine katkı sağlamıştır.

Araştırmacının rolü

Nitel araştırmalarda araştırmacı ile araştırılanlar arasında her zaman bir ilişki vardır. Bu ilişki ve araştırmacının buna yansımaları -sonraki eylemleri- nitel araştırma pratiğinin anlaşılmasında merkezi olan refleksivite adı verilen bir fenomeni oluşturur. Refleksivite, eleştirel inceleme ve analitik olarak araştırmanın doğası ve ampirik çalışmanın yürütülmesinde ve yazılmasında araştırmacının rolü üzerine düşünme eğilimi anlamına gelir (Elliott, 2005: 154). Bu bağlamda araştırmacının birincil ve ikincil bakıcı olarak deneyimi ve bakım alanındaki uzmanlığı ile bakıcılarla yapılan görüşmelerde katılımcılar gibi bakımda birden fazla rol oynama deneyimi ve bu süreçte yaşanan rol değişimleri, yaşam ayarlamaları, zaman kısıtlamaları gibi değişimlerin anlaşılmasına yardımcı olmuştur. Katılımcılarla bu deneyimlerin bazılarının paylaşılması görüşmelerin daha rahat bir ortamda sürmesini sağlamıştır. Bu, daha az objektif ve daha esnek bir görüşme süreci üretse de bakım verenlerin yaşadıkları zorlayıcı durumları anlatırken kendilerini güvenli ve rahat hissetmelerini sağlamıştır. Bu süreçte katılımcılarla araştırmacı benzerliğinin yanlılığa dönüşmemesi adına araştırmacı-araştırma etkileşimindeki denge günlük tutma tekniği ile korunmaya çalışılmıştır (Demirtepe-Saygılı, 2021; Çelik, Başer Baykal, ve Kılıç Memur, 2020).

Verilerin çözümlenmesi ve analizi

Araştırma verilerine ait ses dosyalarının çözümlenmesi araştırmacı tarafından yapılarak metin haline dönüştürülmüş ve tüm çözümlenmeler birkaç kez

okunduktan sonra ortak konular ve deneyimler alandaki uzman kişilerin de görüşleri doğrultusunda belirlenmiştir. Yaşam seyri yaklaşımı doğrultusunda bakıcıların bakım deneyimlerinden temalar ortaya çıkmıştır. Buna göre bakım geçişleri, bakım sürecinde yaşanan önemli olaylar, değişen ve üstlenilen yeni bakım rolleri, bakım sürecinde alınan sosyal destek ve yardımlar, fiziksel ve ruhsal sağlıktaki değişimler gibi erkeklerin bakım deneyimlerini içeren görüşme verileri, araştırmacı tarafından gruplandırılmış ve veriler ilgili temalarla ilişkilendirilmiştir; araştırma verileri betimsel analiz ile ayrıştırılmıştır (Baltacı, 2019). Bu bağlamda

Tablo 1’de, yaşam seyri yaklaşımı ve bakımı birlikte değerlendirerek oluşturulan temalarda bakım süreci ile ilgili hangi durumların dikkate alındığı gösterilmektedir. Araştırma katılımcılara ait bulgular

E1, E2 gibi harf ve rakamları içeren kodlamalarla çalışmada temsil edilmiştir.

Araştırmanın etik yönü

Araştırmaya başlamadan önce Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu’ndan (Ref: 21/03/2017-E.38212) araştırma izni alınmış; araştırma verileri 2017 ve 2019 yılları arasında yapılan saha araştırması ile elde edilmiştir.

Tablo 1. Yaşam seyri yaklaşımı ve bakım bağlamında ortaya çıkan temalar.

	Kocalar ve oğulların bakım verme nedenleri	Yeni roller, yeni görevler	Bakım desteği ve azalan ilişkiler
Bakım vermenin zamanlaması	Yaş, iş durumu, aile rolü, bakım alıcısı ile coğrafi uzaklık	Geleneksel toplumsal cinsiyet rolleri	Resmi hizmetlerin kullanımı
Bağlantılı yaşamlar	Ailedeki diğer potansiyel bakıcılar (kardeşler, çocuklar, diğer akrabalar)	Bakımın çelişen talepleri Zorlayıcı bakım görevleri	Gayri resmi destek ağları
Bakım geçmişi	Aile değerleri	Bakım görevlerine yatkınlık	Bakım ile ilgili bilgi sahibi olma
Bakımın yoğunluğu	Başka birinin bakımını daha üstlenme Giderek artan bakım görevleri	Bakıcı ve bakım alıcısının sağlık ihtiyaçları arasındaki gerilim	Bakımda resmi ve gayri resmi destek ihtiyacı
Bakım verme süresi	Bakım vermeye ayrılan zaman	Yeni üstlenilen ve bırakılan görevler	Sosyal geri çekilme
Özne olarak bakıcı	Sevgi, şefkat, evlat sorumluluğu	Bakımın sürekliliği ve bakıcı rolünün tanınması	Bakımla başa çıkma stratejileri
Bakıma yüklenen anlam	Bakımı görev olarak görme, eş sorumluluğu	Bakımın üstlenilmesinden kaynaklanan gurur	Karşılıklılık, yükümlülük olarak bakım

BULGULAR

Araştırma bulguları erkeklerin bakım verme nedenleri, yeni roller, yeni görevler ve bakım desteği ve azalan ilişkiler şeklinde kocalar ve oğulların bakım deneyimlerini ele alan üç tema altında değerlendirilmiştir. Erkeklerin bakım verme nedenlerini içeren ilk tema, kocaların ve oğulların bakıma hangi koşullar altında geçiş yaptıklarını, aile üyelerinin sayısının ve cinsiyetinin bu koşulları biçimlendirmede ne derece önemli olduğunu göstermektedir. İkinci tema bakım vermeye geçiş ile birlikte değişen aile ilişkileri ve aile içi roller üzerinde durmaktadır. Genellikle eş bakımı veren erkekler evlilik ilişkilerinde önemli bir değişimden bahsederken oğullar kendi aile sorumlulukları ve bakım verme arasında bir denge kurma çabasında olmuşlardır. Son tema ise erkeklerin bakım sürecinde başkalarından aldığı desteğin yoğunluğu ve miktarı ile ilgili bilgi verirken bakım sürecinde azalan sosyal ilişkiler ve kaynaklar neticesinde nasıl bir bakım motivasyonu geliştirdikleri üzerinde durmaktadır.

Kocalar ve oğulların bakım verme nedenleri

Bakım konusunda yapılan çalışmalarda eşler ortak bir yaşam ve evlilik ilişkisi içerisinde birbirlerine bakım vermeyi beklerken ebeveyn bakımında bakımın kardeşlerden beklendiği belirtilmektedir. Bu beklenti kardeşlerin sayısı ve cinsiyetine göre farklılık göstermektedir (Con, 2013). Ebeveynlerin bakımında yetişkin bir çocuğun cinsiyeti, kardeşlerin cinsiyeti ve ebeveynin cinsiyeti açısından iki şekilde önemlidir. Erkek çocuklar, kız kardeşleri varsa nispeten daha az bakım sağlarken, kız çocukları, erkek kardeşleri varsa nispeten daha fazla bakım sağlar. Diğer açıdan erkek çocuklar babalara görece daha fazla, kızlar ise annelere görece daha fazla bakım sağlamaktadır (Grigoryeva, 2017). Araştırmada bu arka plan çerçevesinde erkek bakıcıların bakım verme nedenleri değerlendirilmiştir.

E1, annesinin bakımını kardeşleri ile paylaşmaktadır. Aile içinde erkek çocukların öneminden bahsetmektedir. E1 bakıcı olarak üstlendiği rolünü, ebeveynleriyle olan ilişkilerinin yakınlığına göre değerlendirmiştir. Ayrıca bu yakınlık aile değerleri ile de ilişkilendirilmiştir.

“Erkek evladı şey gibi görüyorlar biz babaerkil bir aile modelinden midir nedir oğullarını ailenin devamı olarak görüyorlar. Hani ocağın tütsün tabiri var ya, ocağın tütmesi demek, evde canlılık olması demek, ateş yanması demek, bacadan duman tütmesi demek bu. Ocağın sönmesin tabirleri buradan geliyor. Oğlan evlat da ailenin devamı sağlayan model, hangi evde olursa olsun. Orasını anneler kendi öz yurdu gibi görüyor. Ama bizim geleneksel yapıda anne kendini erkek tarafında kendini evin sahibi görüyor, kızında kayınvalide. Geleneksel yapıda öyle. Türk aile tipinde evdeki küçük oğlan, evin devamını sağlar” (E1,65, oğul)

Araştırmada bakıcı olarak oğullar, ebeveynlerine karşı sorumluluk hissettiklerini belirtmiş ve aralarındaki duygusal bağın öneminden bahsetmişlerdir. Oğullar, bakımı bir “geri ödeme” biçimi olarak görmüşler, hepsi de ebeveynlerinin her zaman yanlarında olduklarını, iyi ve kötü zamanlarda onları desteklediklerini belirtmişlerdir.

“O benim babam, zamanında o bize baktı, öğretti, şimdi sıra bizde” (E2,70, oğul)

Ancak araştırmada ebeveyn bakımı veren oğulların aynı zamanda kardeşlerinin de bakım vermesi beklentisi içerisinde oldukları da anlaşılmıştır. Ebeveynlerine bakım veren erkeklerin üçünün de kız kardeşleri vardır ve biri dışında diğer ikisi kız kardeşlerinin babalarının bakımına katılmama nedenlerini ifade etmişlerdir. Diğer yandan E3’ün durumuna benzer şekilde Vergauwen ve Mortelmans (2021) ve Thompson, Tudiver ve Manson (2000) da yaptıkları çalışmalarda, ebeveynlere yönelik bakımda kızların erkek kardeşleri varsa bakımı daha çok üstlendiğini, oğulların ise bakımı yalnızca başka erkek kardeşleri varsa üstlendiğini belirten bulguları paylaşmışlardır.

“Rahmetli annem 2003’te vefat etti o zamandan bu zamana gelmemiştir kız kardeşim. Bir de geçmiş şartlarından dolayı ve başındaki insanlardan dolayı mı artık ne diyim diyecek bir şey yok bir şey diyemem. Bu yüzden erkek kardeşim ve ben üstlendik babamın bakımını.” (E3,71, oğul)

Eş bakımı veren erkekler ise evlilik ilişkisi içerisinde eşlerin birbirine bakmayı beklediğini ifade etmişler ve evlenirken eşleriyle birbirine verdikleri sözün değerinden bahsetmişlerdir.

“Eşime ölene kadar bakarım, iyi günde kötü günde söz verdik birbirimize.” (E4, 67, eş)

“O benim yaşam kaynağım, ona bakmayıp da ne yapacağım” (E7, 83, eş)

Genel olarak erkek bakıcılar kendilerini bir bakıcı olarak tanımlamak yerine bakım verdikleri kişinin oğlu veya eşi olarak tanımlamayı tercih etmişlerdir. Gollins'in (2001) ve Riberio, Paul ve Nogueira (2007) da bakım veren aile üyelerinin bu tutumlarından bahsetmektedir. Bakıcı

olarak eşler mümkün olduğu kadar uzun süre eşleriyle birlikte yaşamak için uğraşmaktadırlar. Zaman içinde bakıcı olarak kocalar yeni rollerini kabul etmeye çalışmışlardır.

Yeni roller, yeni görevler

Araştırmada erkek bakıcılar, bakım vermeye birlikte değişen aile ilişkileri ve aile içi rollerinden bahsetmişlerdir. Her iki grupta da erkekler için bakıcı rolünü üstlenmek, “yeni bir rol” veya “görev” olarak görülmüştür.

“İlk başlarda ne yapacağımı bilmiyordum, zamanla alıştım, zaten alışmak da zorundasın, bu benim yapmam gereken bir şey. Acaba daha ilerlediğinde ne yaparım gibi birçok sorunlar, soru işaretleri oluyor tabii ama onları da sırası gelince hallederiz” (E7, 83, eş)

Erkek bakıcılar için yemek hazırlama, pişirme, ev temizliği, çamaşırların temizlenmesi gibi daha birçok görev bakım sürecinin zorlayıcı işleri arasında sayılmıştır. Bu görevler eş bakımı veren kocaların ifadelerinde daha belirgin şekilde ortaya çıkmıştır. Özellikle kişisel bakım sorumlulukları, erkeklerin üstlendiği en göz korkutucu veya en azından tanıdık olmayan bakım görevleri olarak ifade edilmiştir.

“En zoru altını temizlemek, başında günlerce beklerim ama altını temizlemek beni çok zorluyor, başkasının yanında çok utanıyorum” (E6,80, eş)

“Yemek ihtiyacımız var, ben yapamıyorum, dışarıdan söylüyoruz” (E7,83, eş)

Araştırmada oğullar, bakım görevlerinin duygusal ve ekonomik zorluklarına daha fazla değinirken, kocalar bakımın fiziksel açıdan daha zorlayıcı olduğundan bahsetmişlerdir.

“Her gün babama gidip geliyorum arabayla. Bunun bir aylık masrafını babam bizimle yaşasa ona başka türlü harcarım” (E2, 70, oğul)

Oğulların kendi aile yaşamları ile uyum içinde bir bakım süreci yaşamaya çalışmaları, eşlerin ise daha az aile sorumluluğu hissetmeleri ile ilgili olabilecek bu durum aynı zamanda eş bakıcılarının ebeveyn bakımı veren erkeklere göre yaşlarının ileri olması ve bu süreçte yaşadıkları fiziksel kapasitelerindeki düşüş ile de açıklanabilir.

Bakım desteği ve azalan ilişkiler

Araştırmada bakıcı erkeklerin bakım sürecinde başkalarının desteğine ihtiyaç duydukları ortaya çıkmıştır. Bakım vermenin karmaşık görevleri erkekler için zor olsa da bu çalışmadaki bakıcılar yapılan görevleri yardım almadan yerine getirmeye çalıştıklarından bahsetmişlerdir.

“Ben kimseye minnet etmem, kendim yapmaya çalışıyorum, arada oğlan da yardım ediyor.” (E4, 67, eş)
 “Kim bakacak başka kimse yok. Çoluk çocuk hepsi Almanya’da. Burada da şimdi yeğenimiz var her gün gelip bize bakamaz. Şuna bir hanım tutun bayan. İyi tatalım. Acaba yemekleri ben beğenebilecek miyim? Ben biraz titizim yemek konusunda. Gelecek 1200-1500 lira istiyorlar. Şimdi kadın eğer ona bakıcı gelenler hanım peşlerini bırakmaz karışır onlara. Onun için daha çok problem çıkar.” (E7, 83, eş)

Ancak bazı bakıcılar yakınlarından sınırlı da olsa yardım aldıklarından bahsetmişlerdir.

“Kızım yardımcı oluyor bana, bazen annesi onda kalır ama çoğunlukla benimle. Bazen komşular hal hatır sorar bir ihtiyacınız var mı diye. Arada temizliğe bir bayan geliyor.” (E6, 80, eş)

“Eşim çok yardımcı olur bana, çocuklarım da öyle. Hatta ben öğrensinler diye çocuklarıma da söylerim dedenizle ilgilenin diye.” (E3, 70, oğul)

Oğullar kendi eşlerinden ve çocuklarından yardım alırken, eşler çocuklarından ya da komşu, arkadaş gibi yakın çevresindeki kişilerin desteğini almışlardır. Ebeveyn bakımı veren erkekler, bakıcılık rollerinin, eşleri ve çocukları ile ilişkileri de dahil olmak üzere hayatlarının diğer önemli boyutlarıyla dengelenmesi gerektiği üzerinde durmuşlardır. Bakım rolü, aile yaşamına ve çocuklarla ilişkilere büyük bir maliyet getirmiş, bakım veren erkeklerin ilgi alanlarını kısıtlamaları ve diğer aile fertlerine diledikleri şekilde ilgilenememeleri şeklinde sonuçlanmıştır. Bu durum oğullar ve kocalar zamanlarını kendi aileleri ve bakım görevleri arasında bölmeye çalışırken stres ve baskıya neden olmuştur.

“Benim sorunlarım var ama şu an onlarla ilgilenemiyorum babama baktığım için” (E3, 71, oğul)

“Eşim, çocuğum bana tavır koyuyor bu süreçte evime az vakit ayırıyorum diye. Ama ne yapayım o benim babam, onlar da benim ailem, ikisinin arasında kalıyorum.” (E2, 70, oğul)

Oğullar ve kocalar bakıcılık rolleriyle ilişkili stres ve zorlamanın bir sonucu olarak kendi sağlıklarının da bozulduğundan bahsetmişlerdir.

“Yaşımız genç değil tabii, haliyle zorlanıyorum bakarken, belim çok ağrıyor, iki defa ameliyat oldum, tansiyonum da çıktı.” (E6, 67, eş)

Araştırmada kocalar ve oğullar, bakım sürecinde azalan ilişkileri ve sosyal aktivitelerinden de bahsetmişlerdir.

“Önceden kahveye giderdim, arkadaşlarla sohbet ederdik, şimdi bunları yapamıyorum, babamın başında kalmam gerekiyor” (E3,71, oğul)

Bakıcı kocalar ise eşleriyle daha önce birlikte yaptıkları ortak faaliyetlere dikkat çekmişler ve eşleriyle azalan

duygusal ilişkilerinden bahsetmişlerdir. Kocalar eşleriyle bir yaşamı paylaşırsalar bile yaşam yolculuklarında yalnız olduklarını belirtmişlerdir.

“Hanımımın çok gezerdik, sürekli bir yerlere giderdik, artık gitmek mümkün değil çünkü çok rahatsız oluyor. Sürekli hayalinde bir şeyler görüyor, korkuyor. Ben de artık ısrar etmiyorum” (E7, 83, eş)

“Yabancı gibiyiz aynı evin içinde bir paylaşımımız kalmadı.” (E5,70, eş)

Bakıcı kocalar ve oğullar bir erkek olarak bakım vermenin öneminden de bahsetmişlerdir. Ebeveynlerine veya eşlerine bakım veriyor olmak değerli bir şey olarak görülürken başkalarının onları takdir etmesi bir bakım motivasyonu olarak görülmüştür. Kocalar arasında ortak bir kavram, bakıcılık rollerini mümkün olduğu kadar iyi bir şekilde yerine getirerek eşlerine katkıda bulduklarında hissettikleri gurur duygusudur.

“Komşular, arkadaşlar çok takdir eder beni hanımına bakıyorsun diye ben de elimden geleni yapmaya çalışıyorum, keşke daha fazlası gelse. Ben zevkle bakıyorum O’na.” (E6, 80, eş)

Araştırmada her ne kadar bakım süreci oğullar ve kocalar için zorlayıcı pratikleri içerse de genel olarak erkek bakıcılar bakım vermeyi olumlu bir deneyim olarak görmüşlerdir.

TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı yaşlı bakımında bakıcı olarak erkeklerin deneyimlerini ortaya çıkarmaktır. Araştırmanın sonucunda bakıcı olarak kocalar ve oğulların eşleri ve ebeveynleri için birçok farklı durumla mücadele ettikleri ve bakım sürecinde farklı bakım pratikleri geliştirdikleri anlaşılmaktadır. Türkiye’de yapılan çalışmaların birçoğu erkek bakıcıların bakım deneyimlerini, kadınların bakım deneyimlerinin farkı olarak nitelmiştir. Genellikle kadınların ve erkeklerin bakım deneyimlerinin karşılaştırıldığı çalışmalar Lopez-Anuarbe ve Kohli (2019)’nin de belirttiği gibi, erkek bakıcıları homojen davranan ve aynı şekilde bakım veren yekpare bir grup olarak ele almıştır. Ancak bakım deneyimlerini açıklamada cinsiyet kadar bakıcıların bakım alıcılarıyla akrabalık veya yakınlık ilişkisi gibi faktörler de önemlidir. Bu araştırmanın sonucunda da ortaya çıktığı gibi eşlerine bakım veren kocalar ile ebeveynlerine bakım veren oğulların ihtiyaçları ve bakımı algılamama biçimleri değişiklik gösterir.

Eş ilişkisi ve ebeveynlik ilişkisi gerontoloji literatüründe uzun zamandır tartışılmaktadır ve her iki ilişkide bakım sürecini etkileyen temel değişkenler bulunmaktadır (Gaugler ve Kane, 2015; Hill, 2015). Araştırmanın sonucunda ortaya çıktığı gibi eşler, evlilik ilişkilerinde ortak bir yaşamı paylaşırlar, hastalık gibi durumlarda birbirlerine bakmayı beklerler ve eşler arasında duygusal samimi bir ilişki vardır. Bu nedenle ebeveyn bakıcılara göre daha fazla sorumluluk olarak daha fazla fiziksel bakım yükü bildirirler. Oysa oğullar ebeveyn bakımında

evlatlık yükümlülüklerini yerine getirmek için bakım vermeyi seçebilirler ve genel olarak daha az duygusal yoğunluk hissederler (Kramer ve Thompson, 2001). Araştırmada da eş bakımı veren kocaların bakım görevlerinin fiziksel yönünü, oğulların ise duygusal ve maddi yönünü vurguladıkları görülmüştür. Benzer bir çalışma Lopez-Anuarbe ve Kohli (2019) tarafından yapılmış ve araştırmacılar yaptıkları çalışmada erkek bakıcıların yaşadıkları duygusal, finansal ve fiziksel yükü yaşlılarla olan ilişkilerine göre değerlendirmişlerdir. Çalışmaları tüm bakıcıların farklı düzeyde ve farklı alanda zorlandıklarını ortaya çıkarmıştır. Buna göre oğullar, daha yüksek duygusal ve finansal yük bildirirken, kocalar öncelikle fiziksel yük bildirmişlerdir.

Cinsiyet, bakımının kimliğinin yalnızca bir yönüdür; diğer faktörler ve rollerle nasıl birleştiği, bakım verme şeklini, görevleri ve deneyimi etkilemektedir (Ridgeway ve Smith-Lovin, 1999). Bakım deneyimine ilişkin araştırmalar, erkekler ve kadınlardan farklı beklentiler olduğunu göstermektedir (Hong ve Coogle, 2016). Calasanti ve Bowen (2006) çalışmalarında, kadın ve erkeklerin bakım ilişkisinde, ev içi iş bölümünde ve kişisel/beden bakım görevlerinde cinsiyet sınırlarını aşarak hareket ettiklerini bulmuşlardır. Araştırmada da bakıcı kocaların cinsiyet sınırlarını aşarak eşlerinin daha iyi bakılması konusunda çabaları ortaya çıkmıştır. Cinsiyet sınırlarının aşılması özellikle erkekler için bakım sürecinde zorlayıcı bir durum olmuştur. Ayrıca beden temizliği ve hijyenin sağlanmasının yanı sıra gıda yönetimi gibi görevler erkek bakıcıların en zorlandığı noktalar olmuştur. Araştırmanın bu sonucu, erkek bakıcıların, birçok bakım verme görevinin “kadınsı” doğası nedeniyle bakıcı rolüne geçişte zorlandıklarını ortaya çıkaran başka çalışmaların da (Mott, Schmidt, ve MacWilliams, 2019) bulgularıyla benzetilmektedir.

Araştırmada ortaya çıkan başka bir sonuç, bakım verenlerin bakım sürecinde yardıma ve desteğe ihtiyaç duydukları alanların bir eş veya oğul olmaya göre değişmesidir. Kocalar için bir eşin bakıcısı olarak alışılmadık bir rol üstlenmek, yeni bir görevin pratik uygulamalarını içermekle birlikte aynı zamanda evlilik rolünde bir değişiklik de sonuçlanmıştır. Kocalar evden ve kişisel bakımdan sorumlu olmayı zor ve meşakkatli bir görev olarak görürken eşleriyle aralarındaki fiziksel yakınlığın ve samimi duyguların azalması eşlerini bir yabancıya dönüştürmüştür. Oğullar ebeveynlerinin bakımını aile içi dayanışma ve karşılıklılık içerisinde değerlendirmişler ancak kendi aile ilişkilerinde sorunlar yaşamışlardır.

Aile içinde yaşlılara bakan erkek sayısı kadın sayısına göre azdır, ancak sosyal ve demografik eğilimlere bağlı olarak nüfusun yaşlanması nedeniyle önümüzdeki yıllarda erkek bakıcıların oransal olarak artacağı tahmin edilmektedir (Thompson, Tudiver, ve Manson, 2000; Robinson, Bottorff, Pesut, Oliffe, ve Tomlinson, 2014). Gelecekte yaşlı nüfusun artışına bağlı olarak daha fazla kişinin bakım ihtiyacı olacağı düşünüldüğünde erkeklerin de bakım alanında yer alacağı ortadır. Özellikle eş bakımında evli erkeklerin oransal olarak

fazlalığı, yaşlı erkeklerin eşleri için potansiyel bakıcılar olacağı tahmin edilebilir.

SONUÇ

Değişen toplumsal cinsiyet rolleri erkek bakıcıların, geleneksel olarak kadınlarla ilişkilendirilen işleri ve sorumlulukları daha fazla üstlendiğini göstermektedir. Erkek bakıcılar kadın bakıcılarla benzer bakım görevleri üstlenmekte ve benzer saatlerde bakıma zaman ayırmakta, benzer bakım yüküyle karşılaşmaktadır (Akpinar, Küçükgüçlü, ve Yener, 2011). Çoğu araştırma, erkek eş bakıcıların yüksek düzeyde fiziksel stres yaşadıklarını ancak düşük düzeyde bakıcı yükü bildirdiklerini göstermektedir (Calasanti ve King, 2007; Mott, Schmidt, ve MacWilliams, 2019). Bu durum bakım sürecinde politika ve sosyal hizmet sunumu açısından bakıcıların değişen ihtiyaçlarını görünmez kılabılır. Bu nedenle erkek bakıcıların bakım süreci ile ilgili zorluklarla daha kolay başa çıkabilmelerini sağlayacak ve kendilerini daha rahat ifade edebilecekleri koşulların yaratılması önemli hale gelmektedir. Bu süreçte oğullar ve kocalar gibi alt gruplar arasındaki potansiyel farklılıkları da ayırt etmek önemlidir.

Türkiye’de gerontolojik çalışmaların yakın bir geçmişi olmasından dolayı yaşlılık ve yaşlanma ile ilgili birçok alanda yeterli bilgi birikimi yoktur. Türkiye’de bakım yaşlılık alanında en çok çalışılan alanlardan biridir ve bakımın çok boyutluluğu içerisinde erkek bakıcıları da konu alan araştırmaların yaygınlaşması ve gelişmesinin, sosyal hizmet, politika ve toplum adına faydalı olacağı görülmektedir.

Teşekkür

Çıkar çatışması beyanı

Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Yazar katkıları

Yazının ortaya çıkması ve sürdürülmesine katkıda

bulunma: AAG

Plan, tasarım: AAG

Finansman: AAG

Materyal: AAG

Veri toplanması / toplanan verilerin analize

hazırlanması için işlemesi: AAG

Veri analizi: AAG

Literatürün gözden geçirilmesi: AAG

Kaleme alma ve düzeltmeler: AAG

Kontrol etme ve gözden geçirme: AAG

Kurumsal ve finansal destek beyanı

Kurumsal ve finansal destek yoktur.

KAYNAKLAR

- Agree, E. M., & Glaser, K. (2009). Demography of Informal Caregiving. In: P. Uhlenberg (Ed) *International Handbook of Population Aging* (s.647–670). New York: Springer.
- Akpınar, B., Küçükgüçlü, Ö., & Yener, G. (2011). Effects of gender on burden among caregivers of Alzheimer's patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 248-254.
<https://doi.org/10.1111/j.15475069.2011.01402.x>
- Altay, B., Erkanan, H., & Aydın Avcı, İ. (2018). Alzheimerli hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 1-8.
- Anttonen A., Zechner M. (2011) Theorizing Care and Care Work. In: Pfau-Effinger B., Rostgaard T. (Eds) *Care Between Work and Welfare in European Societies. Work and Welfare in Europe*. Palgrave Macmillan, London.
https://doi.org/10.1057/9780230307612_2
- Arber, S., & Ginn, J. (1995). Gender differences in informal caring. *Health & Social Care in the Community* (3), 19–31.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.1995.tb00003.x>
- Baltacı, A. (2019). Nitel araştırma süreci: Nitel bir araştırma nasıl yapılır? *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 368-388.
<https://doi.org/10.31592/aeusbed.598299>
- Black, H., Schwartz, A., Caruso, C., & Hannum, S. (2008). How personal control mediates suffering: elderly husbands' narratives of caregiving. *J. Mens. Stud.* (16), 177–192.
<https://doi.org/10.31499/2Fjms.1602.177>
- Bengtson, V. L., & DeLiema, M. (2016). Theories of Aging and Social Gerontology: Explaining How Social Factors Influence Well-Being in Later Life. In: M. H. Meyer, & E. A. Daniele (Eds), *Gerontology Changes, Challenges, and Solutions*. California : Praeger.
- Berger, R. (2013). Now I see it, now I don't: Researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative Research*, 1-16.
<https://doi.org/10.1177%2F1468794112468475>
- Brody, E. M. (1981). "Women in the middle" and family help to older people. *The Gerontologist*, 21(5), 471-480.
<https://doi.org/10.1093/geront/21.5.471>
- Brody, E. M., Johnsen, P. T., Fulcomer, M. C., & Lang, A. M. (1983). Women's changing roles and help to elderly parents: attitudes of three generations of women. *Journal of Gerontology*, 38(5), 597–607.
<https://doi.org/10.1093/geronj/38.5.597>
- Calasanti, T., & Bowen, M. E. (2006). Spousal caregiving and crossing gender boundaries: Maintaining gendered identities. *Journal of Aging Studies*, 20(3), 253-263.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jaging.2005.08.001>
- Calasanti, T., & King, N. (2007). Taking 'women's work' 'like a man': husbands' experiences of care work. *The Gerontologist*, 47(4), 516-527.
<https://doi.org/10.1093/geront/47.4.516>
- Campbell, L. (2010). Sons who care: examining the experience and meaning of filial caregiving for married and never-married sons. *Can J Aging* (29), 73–84.
<https://doi.org/10.1017/s071498080999033x>
- Carers-UK, & Age-UK. (2015). *Caring into later life: The growing pressure on older carers*. London: Carers UK.
<https://www.carersuk.org/search/caring-into-later-life> adresinden alındı.
- Chang, C. F., & White-Means, S. I. (1991). The men who care: An analysis of male primary caregivers who care for frail elderly at home. *Journal of Applied Gerontology*, 10(3), 343-358.
<https://doi.org/10.1177%2F073346489101000308>
- Con, G. (2013). *Negotiating Parent Care Among Siblings*. Yüksek Lisans Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Sosyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Creswell, J. W. (2016). *Nitel Araştırma Yöntemleri Beş Yaklaşımına Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni* (3 b.) Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çelik, H., Başer Baykal, N. ve Kılıç Memur, H. N. (2020). Nitel veri analizi ve temel ilkeleri. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi–Journal of Qualitative Research in Education*, 8(1), 379-406.
<https://doi.org/10.14689/issn.2148-2624.1.8c.1s.16m>
- Demirtepe-Saygılı, D. (2021). Refleksivite ve etkileşim açılarından nitel araştırmacı olmanın fırsatları ve zorlukları. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 8(1), 1-16.
<https://doi.org/10.31682/ayna.779041>
- Denham, A. M., Wynne, O., Baker, A. L., Spratt, N. J., Loh, M., Turner, A., et al. (2020). The long-term unmet needs of informal carers of stroke survivors at home: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Disability and Rehabilitation*. 1–12.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1756470>
- Eifert, E. K., Adams, R., Morrison, S., & Strack, R. (2016). Emerging trends in family caregiving using the life course perspective: Preparing health educators for an aging society. *American Journal of Health Education*, 47(3), 176-197.
<https://doi.org/10.1080/19325037.2016.1158674>
- Elder, G. H., ve Giele, J. Z. (2009). Life course studies: An evolving field. In: G. H. Elder (Ed), *The Craft of Life Course Research* (s. 1-24). The Guilford Press.
- Elder, G. H., Johnson, M. K., ve Crosnoe, R. (2003). The Emergence and Development of Life Course Theory. In: J. T. Mortimer, ve M. J. Shanahan (Eds), *Handbook of the Life Course* (s. 3-19). New York: Kluwer Academic Publishers.
- Elliott, J. (2005). *Using Narrative in Social Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Elliott, K. (2016). Caring masculinities: theorizing an emerging concept. *Men and Masculinities*, 19 (3), 240-259.
<https://doi.org/10.1177%2F1097184X15576203>
- Erkanan, H., & Altay, B. (2020). Alzheimer'lı hastaya bakım veren kişilerin bakım yükünün stresle baş etme durumlarına etkisi. *Journal of Health Services and Education*, 3(2), 52-58.
<https://doi.org/10.35333/JOHSE.2020.133>
- Finch, J., & Groves, D. (Eds). (1983). *A Labour of Love: Women, Work and Caring*. London: Routledge&Kegan Paul plc.
- Friedemann, M. L., & Buckwalter, K. (2014). Family caregiver role and burden related to gender and family relationships. *Journal of family nursing*, 20(3), 313-336.
<https://dx.doi.org/10.1177%2F1074840714532715>

- Fjellström, C., Starkenberg, A., Wesslén, A., Licentiate, M. S., Tysén Bäckström, A. C., Faxén-Irving, G., & OmegaAD Study Group (2010). To be a good food provider: an exploratory study among spouses of persons with Alzheimer's disease. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 25(6), 521–526.
https://doi.org/10.1177/1533317510377171
- Greenwood, N., & Smith, R. (2016). The oldest carers: A narrative review and synthesis of the experiences of carers aged over 75 years. *Maturitas*, 161-172.
https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.10.001
- Gollins, T. (2001). Male carers: a study of the inter-relations between caring, male identity and age. 06 02, 2020 tarihinde Sheffield online papers in social research shop: <http://www.shef.ac.uk/socst/Shop/gollins.pdf> adresinden alındı.
- Görgün Baran, A. (2020). Türkiye’de Yaşlanmanın Kadınlaşması ve Yaşanan Dezavantajlar. In: F. Arık, & L. Taş (Eds), *Dezavantajlılar ve Dezavantajlılık Sosyolojisi* (s.51-83). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Grigoryeva, A. (2017). Own gender, sibling’s gender, parent’s gender: the division of elderly parent care among adult children. *American Sociological Review*, 82(1), 116–146.
https://doi.org/10.1177/0003122416686521
- Halliwell, D., Egan, K. A., & Howard, E. L. (2017). Flying in a v formation: themes of (in)equity, reality, and togetherness in adult siblings’ narrative explanations of shared parental caregiving. *Journal of Applied Communication Research*, 45(3), 256-273.
https://doi.org/10.1080/00909882.2017.1320574
- Hanlon, N. (2012). *Masculinities, Care and Equality Identity and Nurture in Men’s Lives*. New York: Palgrave Macmillan.
- Harris, P. B. (1998). Listening to caregiving sons: misunderstood realities. *The Gerontologist*, 38(3), 342-352.
https://doi.org/10.1093/geront/38.3.342
- Hellström, I., Håkansson, C., Eriksson, H., & Sandberg, J. (2017). Development of older men’s caregiving roles for wives with dementia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 957-964.
https://doi.org/10.1111/scs.12419
- Hong, S. C., & Coogle, C. L. (2016). Spousal caregiving for partners with dementia: A deductive literature review testing Calasanti’s gendered view of care work. *Journal of Applied Gerontology*, 35(7), 759–787.
https://doi.org/10.1177/0733464814542246
- Hooyman, N. R., & Gonyea, J. (1995). *Feminist Perspectives on Family Care: Policies for Gender Justice*. London: Sage Publications.
- Kırışik, H., & Korkmaz-Yaylagül, N. (2020). Yaşlı Bakımında Kadın Emeği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* (38), 17 - 41.
https://dergipark.org.tr/tr/pub/sbe/issue/58152/705884
- Knijn, T. & Kremer M. (1997). Gender and the caring dimension of welfare states: Towards inclusive citizenship, *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 4(3), 328–361.
https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.sp.a034270
- Korkut, G., & Gençtürk, Z. (2019). Yaşlılara bakım veren aile bireylerinde algılanan bakım yükü ve yaşam doyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademik Araştırmalar Dergisi*, 3(3), 53-78.
https://dergipark.org.tr/tr/pub/utsobilder/issue/51251/626059
- Kramer, B. J., & Thompson, E. H. (Eds). (2001). *Men as caregivers: Theory, research, and service implications*. New York: Springer Publishing Company.
- Lopez-Anuarbe, M., & Kohli, P. (2019). Understanding male caregivers' emotional, financial, and physical burden in the United States. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 7(2), 1-18.
https://doi.org/10.3390/healthcare7020072
- Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. Los Angeles: SAGE Publications.
- Milne, A., & Hatzidimitriadou, E. (2002). The caring in later life report: a secondary analysis of the 1995 general household survey. *Quality in Ageing*, 3(3), 3-15.
http://dx.doi.org/10.1108/14717794200200017
- Moen, P., Lam, J., & Jackson, M. N. (2014). Aging Families and the Gendered Life Course. In: J. Treas, J. Scott, & M. Richards (Eds), *The Wiley Blackwell Companion to the Sociology of Families* (s. 444-463). John Wiley & Sons, Ltd.
- Mott, J., Schmidt, B., & MacWilliams, B. (2019). Male caregivers shifting roles among family caregivers. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 23(1), 17-24.
https://doi.org/10.1188/19.cjon.e17-e24
- NAC and AARP. (2020). *Caregiving in the U.S.* Washington: AARP.
https://www.aarp.org/ppi/info-2020/caregiving-in-the-united-states.html adresinden alındı.
- Onat Kaya, H., & Çelik, Y. (2018). Hasta bakım yükü: alzheimer hastalarına bakım verenler arasında bir çalışma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 625-640.
https://dergipark.org.tr/tr/pub/hacettepesid/issue/42320/509183
- Papastavrou, E., Tsangari, H., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., & Sourti, P. (2009). Gender issues in caring for demented relatives. *Health Science Journal*, 3(1), 41-53.
- Ribeiro, O., Paúl, C., & Nogueira, C. (2007). Real men, real husbands: Caregiving and masculinities in later life. *Journal of Aging Studies*, 21(4) 302-313.
https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jaging.2007.05.005
- Ridgeway, C., & Smith-Lovin, L. (1999). The gender system and interaction. *Annu. Rev. Sociol.* (25), 191–216.
https://doi.org/10.1146/annurev.soc.25.1.191
- Robinson, C. A., Bottorff, J. L., Pesut, B., Oliffe, J. L., & Tomlinson, J. (2014). The male face of caregiving: A scoping review of men caring for a person with dementia. *American Journal of Men's Health*, 8(5), 409-426.
https://doi.org/10.1177/1557988313519671
- Russell, R. (2007). Men doing “women's work:” elderly men caregivers and the gendered construction of care work. *The Journal of Men's Studies*, 15(1), 1-18.
https://doi.org/10.3149%2Fjms.1501.1

- Settersten, R. (2015). Relationships in time and the life course: The significance of linked lives. *Research in Human Development*, 217-223. <https://doi.org/10.1080/15427609.2015.107194>
- Stephens, C., Burholt, V., & Keating, N. (2018). Collecting Qualitative Data with Older People. In: U. Flick (Ed), *The SAGE Handbook of Qualitative Data Collection* (s. 632-651). London: Sage Publications.
- Stoller, E. (1983). Parental caregiving by adult children. *Journal of Marriage and Family*, 45(4), 851-858. <https://doi.org/10.2307/351797>
- TAYA. (2019). *Türkiye Aile Yapısı Araştırması, 2016*. Ankara: T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü. <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/35811/taya-2016.pdf> adresinden alındı.
- Thompson, B., Tudiver, F., & Manson, J. (2000). Sons as sole caregivers for their elderly parents. How do they cope? *Canadian Family Physician*, 46(2), 360-365. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc1987702/> adresinden alındı.
- TÜİK (2015). *Zaman Kullanım Araştırması, 2014-2015*. Yaşlı bakımı ve sıklığının cinsiyete göre dağılımı, 2014-2015. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Zaman-Kullanim-Arastirmasi-2014-2015-18627> adresinden alındı.
- UNECE. (2016). *The Active Ageing Index Pilot Studies For Serbia And Turkey*. Unece Population Unit. <http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/VI.+Documentation> adresinden alındı.
- Ungerson. (1997). Social Politics and the commodifications of care. *Social Politics* (4), 362-381. <https://doi.org/10.1093/sp/4.3.362>
- Ungerson, Clare (1987). *Policy is personal: sex, gender and informal care*, New York, US. Tavistock.
- Vergauwen, J., & Mortelmans, D. (2021). An integrative analysis of sibling influences on adult children's caregiving for parents. *Ageing & Society*, 41(3), 536-560. <https://doi.org/10.1017/S0144686X19001156>
- Walker, A. J., & Pratt, C. C. (1991). Daughters' help to mothers: Intergenerational aid versus caregiving. *Journal of Marriage and Family*, 53(1), 3-12. <https://psycnet.apa.org/doi/10.2307/353129>
- Zeybekoğlu Dündar, Ö. (2018). Değişen ve Değiş(e)meyen Yönleriyle Aile: Yapısı, Türleri, İşlevleri. In: N. Adak (Ed), *Değişen Toplumda Değişen Aile* (3. Baskı, s. 39-64).
- UNECE. (2016). *The Active Ageing Index Pilot Studies For Serbia And Turkey*. Unece Population Unit. <http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/VI.+Documentation> adresinden alındı.
- Ungerson. (1997). Social Politics and the commodifications of care. *Social Politics* (4), 362-381. <https://doi.org/10.1093/sp/4.3.362>
- Ungerson, Clare (1987). *Policy is personal: sex, gender and informal care*, New York, US. Tavistock.
- Vergauwen, J., & Mortelmans, D. (2021). An integrative analysis of sibling influences on adult children's caregiving for parents. *Ageing & Society*, 41(3), 536-560. <https://doi.org/10.1017/S0144686X19001156>



Changes in Sleep Parameters in Different Age Groups between Genders

Esra DUĞRAL¹

¹Dokuz Eylül University, Health Sciences Institute, Department of Pulmonology and Physiology

Geliş Tarihi / Received: 15.07.2021, Kabul Tarihi / Accepted: 27.08.2021

ABSTRACT

Aim: To examine the changes in sleep parameters related to sex between the patients over 65 years old and younger group. **Material and Methods:** A total of 293 patients who applied to the sleep clinic were included in the study. The medical histories of the patients were retrospectively scanned from the patient files. Total Sleep Time, Sleep Efficiency, REM sleep rate, NREM sleep rate, AHI (Apnea Hypopnea index), REM AHI, NREM AHI, minimum oxygen saturation (min O₂ sat), mean oxygen saturation (mean O₂ sat), oxygen desaturation time and oxygen desaturation index (ODI) were recorded. **Results:** When the sleep parameter changes between the age groups were examined, it was observed that the sleep efficiency in the older group, regardless of gender, decreased significantly compared to the younger group (p=0.014). In men total sleep duration (p=0.022) and sleep efficiency data (p=0.002) of the over 65 age group were lower than the young group. When the minimum and mean oxygen saturations in female patients were examined, it was observed that the group over 65 years had lower levels (min O₂ Sat; p=0.021, mean O₂ sat; p=0.030). Desaturation was found to be lower in the elderly group also. **Conclusion:** In this study, decreases in total sleep duration, sleep efficiency, minimum oxygen saturation, average oxygen saturation and desaturation were detected in sleep parameters in advanced age compared to younger ages. Further studies with larger participation and younger patients are needed to support the results and for the new results.

Keywords: PSG, Total Sleep Time, Desaturation, Advanced Age, Sex.

Cinsiyete Göre Farklı Yaş Gruplarında Uyku Parametrelerindeki Değişiklikler

ÖZ

Amaç: 65 yaş üstü ve genç gruptaki hastaların cinsiyete bağlı uyku parametrelerindeki değişiklikleri incelemek.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya uyku polikliniğine başvuran toplam 293 hasta dahil edildi. Hastaların tıbbi öyküleri geriye dönük olarak hasta dosyalarından tarandı. Toplam Uyku Süresi, Uyku Verimliliği (%), REM uyku oranı (%), NREM uyku oranı (%), AHI (Apne Hipopne indeksi), REM AHI, NREM AHI, minimum oksijen saturasyonu (min O₂ sat), ortalama oksijen saturasyonu (ort O₂ sat), oksijen desaturasyon süresi (dk) ve oksijen desaturasyon indeksi (ODI) kaydedildi. **Bulgular:** Yaş grupları arasındaki uyku parametresi değişimleri incelendiğinde cinsiyete bakılmaksızın yaşlı grupta uyku etkinliğinin genç gruba göre anlamlı olarak azaldığı görüldü (p=0.014). Erkeklerde 65 yaş üstü toplam uyku süresi (p=0.022) ve uyku etkinliği verileri (p=0.002) genç gruba göre daha düşüktü. Kadın hastalarda minimum ve ortalama oksijen saturasyonu incelendiğinde 65 yaş üstü grubun daha düşük değerlere sahip olduğu görüldü (min O₂ Sat; p=0.021, ortalama O₂ sat; p=0.030). Desaturasyon yaşlı grupta anlamlı olacak şekilde daha düşük bulundu. **Sonuç:** Bu çalışmada, ileri yaşta uyku parametrelerinde genç yaşlara göre toplam uyku süresi, uyku etkinliği, minimum oksijen saturasyonu, ortalama oksijen saturasyonu ve desaturasyon oranlarında azalma tespit edildi. Sonuçları desteklemek ve yeni sonuçları desteklemek için daha geniş katılımlı ve daha genç hastaları olan ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: PSG, Toplam Uyku Süresi, Desaturasyon, İleri Yaş, Cinsiyet.

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Esra DUĞRAL, Dokuz Eylül University, Health Sciences Institute, Pulmonology and Physiology, İzmir, Turkey.

E-mail: esra.dugral@deu.edu.tr

Bu makaleye atf yapmak için / Cite this article: Duğral, E. (2021). Changes In Sleep Parameters in Different Age Groups Between Genders. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10 (2),117-124. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.971900>

©Copyright 2021 by the Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.



BAUN Sağlık Bil Derg 2021 OPEN ACCESS <https://dergipark.org.tr/tr/pub/balikesirsbd>
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

INTRODUCTION

There is a rapid increase in the elderly population in our country and all over the world. Advances in diagnostic methods and improvements in treatment methods have shown themselves with prolongation in human lifespan. In the United States, while the population over 65 was 34 million in 2000, this number is expected to reach 62 million in 2025 (Census USBot., 2000). In our country, according to TUIK reports, while the ratio of the population over the age of 65 to the total population was 8.2% in 2015, it is predicted that it will increase to 9.5% in 2020 and reach 11% in 2025 (Tuik., 2020). For this reason, health problems related to advanced age have begun to occupy a larger place in the health policies of countries today. Sleep is indispensable at all ages for a healthy physical and mental life. We know that there are many physiological, pathophysiological, metabolic, physical and psychological changes in the body with age. Studies have shown that sleep-related problems increase with age. Complaints such as decreased sleep time, waking up frequently, not being able to fall asleep again, and waking up tired are more prominent (Juergens TM et al 2007). The decrease in sleep quality during the night results in distraction during the day, physical fatigue, and tendency to sleep. In this case, it is plausible that one of the causes of frequent falls in advanced age and the long treatments that accompany it may be distraction and physical fatigue resulting from deterioration in sleep quality. Studies have shown that sleep problems occur in about half of the elderly (Ancoli-Israel S et al 2011; Ohayon MM, 2002). There are basically two different phases of sleep; REM (Rapid Eye Movement) and NREM (Non Rapid Eye Movement). Sleep begins with NREM and then passes into the REM stage. The brain activities recorded in both phases are different from each other. These 2 phases alternately follow each other 4-6 times until morning. The NREM stage has 3 different subgroups: NREM1, NREM2, and NREM3. As sleep progresses from NREM 1 to 3, sleep deepens and resting occurs. The REM phase is known as the dreaming phase, and the brain is highly active during this phase. Rapid eye movement is seen in this stage and is very important for brain development and memory (Falkmarken ND, 2015). One of the most serious problems experienced during sleep is obstructive sleep apnea syndrome (OSAS), which can be defined as breathing stops (Apnea) or near-stopping (Hypopnea) due to obstruction in the upper airway during sleep, and hypoxia attacks experienced during the night. Hypoxia during sleep causes tissue damage. Combined with advanced age, the appearance of serious cardiovascular diseases is inevitable. The apnea-hypopnea index (AHI) is calculated by dividing the sum of apneas and hypopneas detected during the night by polysomnography (PSG) by the time of sleep. A diagnosis of OSAS is made with an AHI greater than 5. In the study of Odens ML et al., OSAS was found to be 28% in male patients over 65 years of age and 20% in female patients (Odens ML, 1995). In this study, it was aimed to show the changes in sleep and the

level of OSAS presence in male and female patients over 65 years of age compared to the younger patient group.

MATERIAL AND METHOD

Patient Selection

Patients who applied to the Sleep Polyclinic of a state hospital subordinate to Ministry of Health between 2011 and 2013 with complaints of snoring, witnessed apnea, Excessive Daytime Sleepiness and were hospitalized in a sleep center for one night and had their Polysomnography (PSG) taken were included in the study. The clinical histories of the patients were retrospectively scanned from their files and permission was obtained from the local authorities for the study. Patients with severe coronary artery disease, severe liver and kidney failure, uncontrolled diabetes and hypertension, and patients using medication for sleep were not included in the evaluation. Reached a total of 293 people in the light of all criteria. 71 of the participants consisted of patients over 65 years of age and 222 patients between 45-60 years of age. Patients first completed the Epworth Sleepiness Scale (ESS).

Polisomnography Parameters

Electroencephalogram (EEG) for detection of brain waves for simultaneous recording in PSG, electromyogram for muscle activities (EMG; submental EMG and Tibialis EMG), electroculogram for eye movements (EOG), electrocardiogram (ECG) for heart rhythm monitoring, respiratory effort Chest and abdominal belts were used for detection, nasal cannula and thermistor for detection of apnea and hypopnea, pulse oximetry for oxygen level and tracheal microphone for snoring. The criteria published by the American Academy of Sleep Medicine (AASM) in 2007 were used to score respiratory events during sleep detected in the records obtained (Iber C et al., 2007). In our study, PSG parameters such as Total Sleep Time (min), Sleep Efficiency (%), REM (%), NREM (%), AHI (Apnea Hypopnea index), REM AHI, NREM AHI, minimum oxygen saturation (min O₂ hours), Average oxygen saturation (mean O₂ hours), oxygen desaturation time (min) and oxygen desaturation index (ODI) were used. Total sleep time is the time during the night that the person is asleep by the EEG, Sleep Efficiency: Ratio of total sleep time to length of stay in bed, REM (%): Ratio of time in REM to total sleep time, NREM (%): Ratio of time in NREM to total sleep time. Apnea defined as $\geq 90\%$ decrease in airflow compared to baseline for ≥ 10 seconds, Hypopnea defined as $\geq 4\%$ decrease in oxygen saturation with a 30% decrease in nasal airflow for at least 10 seconds, or a 3% decrease in oxygen saturation with a 50% decrease in nasal airflow or ending in an arousal. AHI: The sum of the apnea and hypopnea numbers divided by the sleep time. The minimum oxygen saturation was taken as the lowest oxygen saturation detected during sleep recording, and the average oxygen saturation was taken as the average of the oxygen saturations obtained during sleep recording. For the oxygen desaturation time, the time in minutes spent in sleep with oxygen saturation below 90%, and for the percentage of oxygen desaturation, the ratio of the time spent under 90% during sleep to the total sleep time. For the ODI, $\geq 3\%$ sleep oxygen desaturation number/hour calculation was used. In the differentiation of OSAS groups; AHI= 5-15: Mild OSAS, AHI= >15-30:

Moderate OSAS and AHI= >30 Severe OSAS definitions were used.

Statistical analysis

All data analysis was applied using the Statistical Package for Social Sciences software 21.0 for Windows package software (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA). All parameters studied in women and men group showed normal distributions, which were confirmed by the one sample Kolmogorov-Smirnov test. Comparisons between the two groups were made using an independent samples t test or Mann-Whitney U test. The relationship between the PSG measures and other parameters were evaluated by Spearman's correlations analysis. Data are presented as the means \pm SD. A p value of <.05 was considered statistically significant.

Ethical approval

Permission was obtained from local ethics committee with the number 2021/7-50. The study was planned according to the ethics guidelines of the Declaration of Helsinki.

RESULTS

A total of 293 patients, 71 of whom were over 65 years old and 222 were between 45-60 years of age, were included in the study. 182 of the participants were male and 111 were female. Of the male participants, 139 were aged 45-

60 years, and 43 were aged 65 and over. 83 of the female participants were in the 45-60 age group, 28 of them were in the older group, over 65 years old.

In our study, the elderly group over 65 years of age and the younger (45-60) age group were compared. The mean age of the group over 65 years old was 70.39 ± 4.43 and the mean age of the other group was 53.43 ± 4.32 . There was no difference between the groups in terms of body mass indices and excessive daytime sleepiness. When the results of polysomnography were examined; Epworth Sleepiness scale, Total Sleep duration, NREM 1, NREM 2, NREM 3 and REM times, AHI, NREM AHI and REM AHI, minimum oxygen saturation, average oxygen saturation, desaturation time, desaturation percentage and ODI were evaluated and no statistically significant difference was found. When sleep efficiency (the ratio of total sleep time to length of stay in bed) was examined, it was observed that the elderly group had less sleep efficiency than the younger group (73.69 ± 17.49 and 79.44 ± 14.65 p: 0.014) (Table1).

In the study in which we evaluated age groups, we also wanted to see whether there was a change in sleep parameters between genders with age.

Table 1. Polisomnography parameters between ages.

Parameters (X \pm SD)	45-60 (n= 222)	65< (n=71)	p
Age (year)	53.43 \pm 4.32	70.39 \pm 4.43	<0.001*
BMI (kg/m ²)	33.72 \pm 6.59	31.98 \pm 6.16	0.051
Epworth sleepness scale	9.26 \pm 6.16	9.63 \pm 5.65	0.656
Excessive daytime sleepiness, n	0.41 \pm 0.49	0.36 \pm 0.48	0.471
AHI	42.34 \pm 24.76	38.11 \pm 22.79	0.203
Total sleep time (min)	271.38 \pm 95.19	257 \pm 102.05	0.277
Sleep efficiency	79.44 \pm 14.65	73.69 \pm 17.49	0.014*
REM	10.03 \pm 8.37	9.44 \pm 8.5	0.609
NREM	89.92 \pm 8.45	90.44 \pm 8.52	0.652
NREM1	2.56 \pm 2.74	2.99 \pm 3.14	0.277
NREM2	77.62 \pm 14.76	77.08 \pm 14.43	0.790
NREM3	9.73 \pm 10.46	10.36 \pm 11.21	0.663
REM-AHI	33.62 \pm 27.39	30.78 \pm 26.56	0.444
NREM-AHI	41.80 \pm 26	38.62 \pm 24.49	0.363
Minimum O2 saturation	76.71 \pm 11.74	75.01 \pm 13.28	0.304
Mean O2 saturation	91.14 \pm 5.14	89.92 \pm 7.29	0.120
Desaturation (min)	56.21 \pm 85.52	68.57 \pm 93.69	0.301
Desaturation	17.59 \pm 25.13	24.65 \pm 31.63	0.089
ODI	38.40 \pm 25.59	32.20 \pm 21.48	0.066

BMI: Body Mass Index, AHI:Apnea-Hipopnea Index, REM: Rapid Eye Movement, NREM: Non-REM: Non-Rapid eye Movement, ODI: Oxygen Desaturation Index

When male gender is evaluated; The mean age of the over-65 group was 69.88 ± 3.5 , and the mean age of the younger group was 50.72 ± 2.9 . There was no difference between the groups in terms of body mass indices and excessive daytime sleepiness. As for the results of polysomnography, Epworth Sleepiness scale, NREM 1, NREM 2, NREM 3 and REM times, AHI, NREM AHI and REM AHI, minimum oxygen saturation, average oxygen saturation, desaturation time, desaturation percentage and

ODI were evaluated and no statistically significant difference was found. When the total sleep time (minutes) was examined, it was seen that it was 244.38 ± 97.44 and 284.51 ± 93.40 in the elderly and younger groups, respectively. The results were statistically significant (p:0.022). When sleep efficiency was examined, it was shown that the elderly group had lower sleep efficiency than the younger group (73.55 ± 16.16 and 82.19 ± 14.13 p=0.002) (Table 2).

Table 2. Polisomnography parameters between ages in men

Parameters	45-60 (n:139)	>65 (n:43)	p
Age (year)	50.72±2.92	69.88±3.5	<0.001*
BMI (kg/m ²)	33.04±5.93	30.98±5.96	0.060
Epworth sleepiness scale	9.47±6.28	9.53±6.17	0.961
Excessive daytime sleepiness, n	0.41±0.49	0.34±0.48	0.450
AHI	42.47±24.98	37.16±22.05	0.232
Total sleep time (min)	284.51±93.40	244.38±97.44	0.022*
Sleep efficiency	82.19±14.13	73.55±16.16	0.002*
REM	10.36±8.54	9.89±8.81	0.765
NREM	89.62±8.53	89.89±8.78	0.862
NREM1	2.68±3.42	2.79±1.89	0.840
NREM2	78.05±14.59	78.56±13.01	0.844
NREM3	8.88±9.96	8.54±9.03	0.845
REM-AHI	34.36±25.94	26.62±24.72	0.102
NREM-AHI	42.53±26.09	37.93±22.60	0.320
Minimum O ² saturation	77.07±11.08	77.53±12.64	0.828
Mean O ² saturation	91.31±4.58	90.01±8.68	0.251
Desaturation (min)	60.65±91.78	54.64±82.03	0.713
Desaturation	18.55±22.84	20.83±29.98	0.624
ODI	38.21±25.64	31.34±20.04	0.122

When the female gender was evaluated, the mean age of the over-65 age group was 71.17±5.55, and the mean age of the younger group was 50.86±3.15. When body mass indexes were examined, it was seen that the elderly group had lower values and this was statistically significant (36.84±6.64 and 33.52±6.25 p:0.0307). There was no difference between the groups in terms of excessive daytime sleepiness. As for the results of polysomnography, there was no statistically significant difference in Epworth Sleepiness scale, Total sleep

duration, sleep efficiency, NREM 1, NREM 2, NREM 3 and REM durations, AHI, NREM AHI and REM AHI, desaturation time and ODI. When the minimum and mean oxygen saturation was examined, it was seen that the group above 65 years had lower levels (minimum oxygen saturation: 77.97±11.01 and 71.14±13.52 p:0.021, mean oxygen saturation: 91.93±3.70 and 89.78±4.52 p:0.030). Desaturation (%) was found to be lower in the elderly group (12.22±18.97 and 30.52±33.71 p:0.012) (Table 3).

Table 3. Polisomnography parameters between ages in women

Parameters	45-60 (n:83)	>65 (n:28)	p
Age (year)	50.86±3.15	71.17±5.55	<0.001*
BMI (kg/m ²)	36.84±6.64	33.52±6.25	0.0307*
Epworth sleepiness scale	9.02±5.99	9.78±4.87	0.572
Excessive daytime sleepiness, n	0.48±0.50	0.39±0.49	0.423
AHI	38.77±21.67	39.58±24.22	0.883
Total sleep time (min)	262.79±97.92	276.37±107.65	0.581
Sleep efficiency	76.28±12.23	73.91±19.68	0.570
REM	10.31±8.12	8.76±8.11	0.432
NREM	89.04±9.03	91.28±8.19	0.290
NREM1	2.35±1.95	3.29±4.46	0.219
NREM2	74.71±14.94	74.81±16.36	0.979
NREM3	11.97±11.41	13.16±13.63	0.687
REM-AHI	35.14±28.78	37.17±28.36	0.768
NREM-AHI	37.53±22.97	39.68±27.55	0.720
Minimum O ² saturation	77.97±11.01	71.14±13.52	0.021*
Mean O ² saturation	91.93±3.70	89.78±4.52	0.030*
Desaturation (min)	50.96±84.72	89.95±107.28	0.089
Desaturation	12.22±18.97	30.52±33.71	0.012*
ODI	33.96±21.43	33.51±23.84	0.933

It was investigated whether obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) showed different results between advanced age and gender. AHI (Apnea-Hypopnea index) was used for the diagnosis of OSAS. AHI is obtained by dividing the sum of apnea and hypopneas occurring during sleep by total sleep hours. $AHI \geq 5$ is considered OSAS. In this study, AHI: 5-15 was evaluated as mild OSAS, AHI: >15-30 as moderate OSAS, and AHI: >30 as severe OSAS. In the OSAS evaluations of the group over 65 years old and younger group in the male patient group, Mild OSAS: 10(23%) and 14(14%) p:0.304, Moderate OSAS: 10(23%) and 22(23%) p:0.491, Severe OSAS: 23(54%) and

60(63%) p: 0.493. There was no significant difference in the mild moderate and severe OSAS groups between the male patient group over 65 years of age and younger (Table 4). Likewise, in the OSAS evaluations of the group over 65 years old and younger group in female patients, Mild OSAS: 3(12%) and 3(7%) p: 0.852, Moderate OSAS: 6(24%) and 12(28%) p: 0.941, severe OSAS: 16(64%) and 27(65%) p: 0.5. In the female patient group, there was no significant difference in mild moderate and severe OSAS groups between the age group 65 years and younger (Table 5).

Table 4. Obstructive sleep apnea groups between ages in men.

Parameters	Men		p
	45-60 years	>65 years	
	n (%)	n (%)	
Mild OSAS (AHI=5-15)	14 (14)	10 (23)	0.304
Moderate OSAS (AHI=16-30)	22 (23)	10 (23)	0.491
Severe OSAS (AHI>30),	60 (63)	23 (54)	0.493

Table 5. Obstructive sleep apnea groups between ages in women.

Parameters	Women		p
	45-60 years	>65 years	
	n (%)	n (%)	
Mild OSAS (AHI=5-15)	3 (7)	3 (12)	0.852
Moderate OSAS (AHI=16-30)	12 (28)	6 (24)	0.941
Severe OSAS (AHI>30),	27 (65)	16 (64)	0.5

DISCUSSION

About a third of our lives are spent asleep. Scientific studies on sleep, which was considered as a situation between being awake and death in the past, have gained momentum since the beginning of the 20th century. In 1928, German psychiatrist Hans Berger recorded different brain activities with electrodes placed on the scalp while awake and asleep (Blake H, 1937). Later studies have shown that the electrical waves obtained from the brain during sleep are different, thus revealing that there are stages of sleep (Dement WC, 2005; Patil SP, 2010). As we age, some physiological, hormonal, physical and mental changes in the body cause deterioration in sleep quality. Studies have shown that sleep problems are more common especially in the 65-year-old and older group, and about half of them have sleep-related complaints (Ancoli-Israel S, 1999; Maggi S et al., 2015; Sukegawa T et al., 2003). Memory loss due to sleep problems in the elderly, attention deficit is reflected in a wide range from a simple fall to serious traffic accidents in the early period. In the late period, it causes important health problems such as hypertension, coronary artery disease, vascular diseases, heart failure (Başoğlu ÖK 2015; Gulia KK 2018). Age-related changes occur in sleep duration. While 15 hours or more is considered normal sleep time for newborns, this number is accepted as an average of 8 hours for adults. As age progresses, sleep hours decrease. In addition, factors that reduce sleep quality such as difficulty falling asleep,

waking up frequently, and waking up tired are added (Stanley N, 2005). Studies have shown that also as age progresses, NREM1 and 2, which are light sleep increase and NREM 3 which is deep sleep and REM sleep decrease (Ohayon MM et al; 2004). In this study, when the sleep parameters of the over 65 and 45-60 age groups, regardless of gender, were compared, it was found that the sleep efficiency of the elderly patients was significantly lower than the younger group. Sleep efficiency is obtained by dividing the time spent sleeping at night by the time spent in bed to sleep. The low sleep efficiency in the elderly group indicates that there is difficulty in falling asleep or difficulty in falling asleep after waking up. This result is compatible with the literature. Considering the total sleep time, it was observed that the patients in the elderly group slept less in minutes, but this difference was not statistically significant. In addition, although these results obtained for the group over 65 years of age predict higher excessive daytime sleepiness, no difference was found between the groups in the study. The reason for this may be that the 65 years and older group is less in number.

When the polysomnography results between age groups were examined in the study; In Epworth Sleepiness scale, Total Sleep time, NREM 1, NREM 2, NREM 3 and REM times, AHI, NREM AHI and REM AHI, minimum oxygen saturation, mean oxygen saturation, desaturation time, desaturation percentage and ODI were not statistically different. Although there was no difference between the

groups, in accordance with the literature, it was observed that NREM 2 increased up to 77% in both groups, NREM 3 decreased by 10%, and REM period was similarly reduced by 10%. The mean age of the patients in the younger group included in the study was 53.43 ± 4.32 , and the mean age of the patients in the older group was 70.39 ± 4.43 . Since the age of 53 is actually an age that can be considered as late adult period, it was thought that the increase in light sleep durations and the decrease in deep sleep and REM periods which we expect in advanced age, are also seen in this age group. Studies conducted in sleep clinics applied by younger age groups may be useful in illuminating this issue. In the study, sleep parameters were compared in different age groups between the genders. When the male group was examined, it was seen that the mean age of the elderly group was 69.88 ± 3.5 , and the younger group was 50.72 ± 2.92 . Considering the difference between sleep parameters, it was observed that the total sleep duration and sleep efficiency were lower in the elderly group. This situation is compatible with the literature. As in the general age groups, no difference was found between light sleep, deep sleep and REM sleep durations between male age groups. When examined in detail, it was seen that the rate of light sleep increased significantly, and the rates of deep sleep and REM sleep were lower than normal. It was concluded that the mean age of the group, which was considered to be the younger group, as explained earlier, was 50, and these changes may have been observed because it was an advanced adult age. When the female group was examined, it was seen that the mean age of the elderly group was 71.17 ± 5.55 , and the younger group was 50.86 ± 3.15 . Body mass index was found to be significantly lower in the older age group between two different age groups. When the differences in sleep parameters of the female gender according to the age groups were examined, it was noticed that the minimum and average oxygen saturation had significantly lower levels in the group over 65 years of age. At the same time, Desaturation was found to be lower in the elderly group. As women age, they are physiologically exposed to hormonal changes. The menstrual phase, which starts with puberty, turns into menopause at an advanced age with the loss of sex steroids (estrogen, progesterone). Menopause is defined by the World Health Organization as the permanent termination of the menstrual cycle as a result of the cessation of hormonal activities of the ovaries (WHO, 1996). For a woman to be diagnosed with menopause, she must be free from menstrual bleeding for at least 12 months after her last menstruation. As can be understood from this explanation, women do not enter menopause quickly and sharply, but go through a transitional period beforehand. During this period, although estrogen decreases, it continues to exist in the form of fluctuations in the blood hormone level. While the age of menopause is considered to be between 45-55 years in the World (Amore M et al., 2006) the average age of menopause in our country was found to be 46-48 (Turkey Demographic and Health Survey, 2008) The importance of estrogen in women's life is undeniable. Along with menopause, diseases in the cardiovascular system and musculoskeletal system increase in women. It has also been shown in studies that estrogen is necessary for quality sleep. In this

study, it is possible that some of the female patients between the ages of 45-60 were in menopause, and some of them were in the menopausal transition phase. The age group over 65 can be considered as postmenopausal. In my study, it was determined that the group over the age of 65 experienced a decrease in oxygen saturation during sleep. Perhaps one of the underlying causes of the increased risk of cardiovascular disease in menopause due to the lack of estrogen may be hypoxia occurring during sleep in these patients. Studies have shown that cardiovascular risk increases in patients as a result of respiratory disorders that occur during sleep (Young, T et al., 2002; Shamsuzzaman, A et al., 2003). However, it is clear that this hypothesis needs a large-scale study. The menopausal transition phase and the postmenopausal period are different from each other and are important periods in a woman's life. If changes in sleep parameters are detected during these periods, it can be a guide in solving the increasing health problems of women in the postmenopausal period. OSAS (Obstructive Sleep Apnea Syndrome) is a condition in which breathing comes to a complete stop (apnea) or close to a stop (hypopnea) as a result of repetitive obstructions of the upper airway during sleep. These repetitive blockages throughout the night cause a decrease in the oxygen concentration in the blood and hypoxic tissue damage 26. In addition, sympathetic activity is induced at the end of upper airway obstruction. Both developing tissue damage and induced sympathetic activity cause an increase in cardiovascular diseases such as HT, Coronary artery disease, Congestive heart failure and ischemic diseases in patients (Cofta S et al., 2007; Peppard PE et al., 2000; Robinson, G et al., 2004). In a study by Young et al., age ranges and AHI were compared. He found the incidence of AHI 5-14 group to be 24% in the 50-59 age group, 32% in the 60-69 age group, and 33%-36% in the 70-year and older age group 24. In this study, no difference was found between the OSAS groups in male patients over 65 years of age and younger groups. When compared with the literature, the results of AHI:5-14 in men in this study (which was named as mild OSAS in this study) were found to be 23% in the group over 65 years of age and 14% in the younger group. Moderate and severe OSAS results were also obtained in the study. According to these results, moderate OSAS was determined as 23% in both age groups. Severe OSAS was found to be 54% in the over 65 age group and 63% in the younger group. Although there is a higher rate of severe OSAS in the younger age group, there is no significant difference between the group over 65 years of age. The reason for this was thought to be that the ages of the groups were close to each other. Further studies are needed for PSG results to be performed on younger patients. Similar to men, no difference was found between age groups and OSAS groups in women.

CONCLUSION

In this study, a decrease in total sleep duration, sleep efficiency, minimum oxygen saturation, average oxygen saturation and desaturation (%) was determined in sleep parameters compared to younger ages. In addition, as a result of the revision made by the World Health Organization in age groups, those over the age of 80 are

now counted as the elderly group. Therefore, further studies with larger participation, including younger (< 35 years) and older (> 80 years) patients are needed for new research.

Study Limitations

The study was conducted among patients admitted to a single sleep center, which limits its generalizability. More accurate results will be obtained in multi-center participations. In addition, it could not be studied in the desired age groups due to its single-center nature. It is thought that multicenter participation would be very beneficial for studies involving patients in younger (< 35 years) and older (> 80 years) groups.

Acknowledgement

I would like to thank all my colleagues in the hospital where I did my compulsory service between 2010-2013.

Conflict of Interest

The author declare no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship and/or publication of this article.

Author Contributions

Contributing to the emergence and maintenance of the article: DE

Plan, design: DE

Financing: DE

Material: DE

Data collection / processing of collected data to prepare for analysis: DE

Data analysis: DE

Literature review: DE

Writing and corrections: DE

Check and review: DE

Corporate and financial support statement

There is no funding for this research.

REFERENCES

- Amore M, Donato PD, Berti A, Palareti A, Chirico C, Papalini A, Zucchini S (2006). Sexual And Psychological Symptoms In The Climacteric Years. *Maturitas*, 56: 303-11.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2006.09.006>
- Ancoli-Israel S, Shochat T (2011). Insomnia in older adults. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, chap 135.
- Ancoli-Israel S, Roth T (1999). Characteristics of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. I. *Sleep*, 22 (Suppl 2): S347-53.
- Başoğlu ÖK, "Uyku ile ilgili genel tanımlar ve uyku bozuklukları sınıflaması, *Türk Toraks Derneği Kitapları*," *Uykuda Solunum Bozuklukları*" 2015:38-56.
- Blake H, Gerard RW (1937). Brain Potentials During Sleep. *American Journal of Physiology*, 119:692-703.
<https://doi.org/10.1152/ajplegacy.1937.119.4.692>.
- Census USBot, (2000). Population Project Program, Washington, DC.
- Cofta S, Wysocka E, Piorunek T, Rzymkowska M, Batura-Gabryel H, Torlinski L. (2008). Oxidative stress markers in the blood of persons with different stages of obstructive sleep apnea syndrome, *Journal Of Physiology And Pharmacology*. Dec;59 Suppl 6:183-90.
- Dement WC. History of Sleep Medicine (2005). *Neurologic Clinics*, 23: 945-965.
<https://doi.org/10.1016/j.ncl.2005.07.001>
- Falkmarken ND. (2015). "Uyku Fizyolojisi", *Türk Toraks Derneği Kitapları*," *Uykuda Solunum Bozuklukları*" 11-25.
- Gulia KK, Kumar VM (2018). Sleep disorders in the elderly: a growing challenge. *Psychogeriatrics*, 18:155-65.
<https://doi.org/10.1111/psyg.12319>
- Iber C, Ancoli-Israel S, Chesson AL and Quan SF for the American Academy of Sleep Medicine. The AASM manual 2007 for the scoring of sleep and associated event: rules, terminology and technical specification, 1 ed: Westchester, Illinois : *American Academy of Sleep Medicine*, 2007.
- Juergens TM, Barczi SR (2007). Sleep. In: Duthie EH, Katz PR, Malone ML, eds. *Practice of Geriatrics*. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, chap 22.
- Maggi S, Langlois JA, Minicuci N, Grigolito F, et al (2015). Sleep complaints in community-dwelling older persons: prevalence, associated factors, and reported causes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(2): 161-8.
<https://doi.org/10.1111/j.15325415.1998.tb02533>
- Odens ML, Fox CH. (1995). Adult sleep apnea syndromes. *American Family Physician*, 52:859-66.
- Ohayon MM (2002). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*, 6: 97-111.
<https://doi.org/10.1053/smr.2002.0186>
- Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. (2004). Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*, 27:1255.
<https://doi.org/10.1093/sleep/27.7.1255>
- Patil SP. (2010). What every clinician should know about polysomnography. *Respiratory Care*, 55:1179-95.
- Peppard PE., Young, T., Palta, M., & Skatrud, J. (2000). Prospective study of the association between sleep-disordered breathing and hypertension. *The New England Journal of Medicine*, 342.:1378- 1384.
<https://doi.org/10.1056/nejm200005113421901>
- Robinson, G. V., Stradling, J. R., & Davies, R. J. (2004). Sleep. 6: obstructive sleep apnoea/hypopnoea syndrome and hypertension. *Thorax*, 59, 1089-1094.
<https://dx.doi.org/10.1136%2Fthx.2003.015875>
- Shamsuzzaman A.S., Gersh B.J., Somers V.K. (2003). Obstructive sleep apnea: implications for cardiac and vascular disease. *The Journal of the American Medical Association, Clinical Cardiology* 290, 1906-1914.
<https://doi.org/10.1001/jama.290.14.1906>
- Stanley N. (2005). The physiology of sleep and the impact of ageing. *European Urology Supplements*, 6: 17-23.
[https://doi.org/10.1016/S15699056\(05\)80003-X](https://doi.org/10.1016/S15699056(05)80003-X)
- Sukegawa T, Itoga M, Seno H, Miura S, Inagaki T, Saito W, et al. (2003). Sleep disturbances and depression in the elderly in Japan. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*, 57(3): 265-70).
<https://doi.org/10.1046/j.14401819.2003.01115.x>
- Turkish Statistical Institute, Seniors with Statistics, 2020 Tuik.gov.tr, Publication date: March 18, 2021, Number:37227.
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Elderly-Statistics-2020-37227>. Acces date: 18.03.2021.

- Turkey Demographic and Health Survey. Hacettepe University Institute of Population Studies, Ankara, 2008. pp:117.
- WHO, World Health Organization. (1996), Research on the menopause in the 1990s. *World Health Organ Tech Rep Ser 1996*;866:1-107.
- Young, T., Shahar, E., Nieto, F. J., Redline, S., Newman, A. B., Gottlieb, D. J., et al. (2002). Predictors of sleep-disordered breathing in community-dwelling adults: the sleep heart health study. *Archives of Internal Medicine*, 162, 893–900.
<https://doi.org/10.1001/archinte.162.8.893>



Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Konversiyon Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Tutumları ve Damgalama: Kesitsel Bir Çalışma

Merve ŞAHİN¹ Fatma DEMİRKIRAN¹ Cihan KOCAİRİ¹

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD

Geliş Tarihi / Received: 21.09.2020, Kabul Tarihi / Accepted: 25.12.2020

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, acil serviste çalışan hemşirelerin konversiyon bozukluğu olan bireylere yönelik tutumlarını ve damgalamayı belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Kesitsel tipte yapılan araştırma, 2018 Nisan–Temmuz aylarında, bir üniversite hastanesi ve üç devlet hastanesi acil servislerinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, acil servislerde çalışan 100 hemşire oluşturmuştur. Araştırma verileri, kişisel bilgi formu ve Damgalama Ölçeği uygulanarak toplanmıştır. **Bulgular:** Konversiyon bozukluğu olan bireylerin, en sık bayılma ve nefes darlığı belirtileriyle acil servislere başvurdukları görülmüştür. Konversiyon bozukluğu olan bireyle sık sık karşılaşan hemşirelerin damgalama ölçeği puan ortalaması, ara sıra ve nadiren karşılaşan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur ($X^2=8.58$, $p=0.03$). Hemşireler, konversiyon bozukluğu olan bireylere telkin ederek kendilerine gelmelerini sağladıklarını, serum fizyolojik enjeksiyonu ve keskin kokulu madde uyguladıklarını ve taburcu olurken de hiçbir şey yapmadıklarını ifade etmişlerdir. **Sonuç:** Bu çalışma, konversiyon bozukluğu olan hastaların damgalama, olumsuz tutum ve etik olarak sakıncalı yaklaşımlarla tedavi edilmeye çalışıldığını göstermiştir. Hemşirelere farkındalık oluşturmaya; hemşirelerin damgalama eğilimlerinin azaltılmasına ve konversiyon bozukluğu olan bireylerin bakımı hakkında doğru yaklaşımlarının artırılmasına yönelik eğitimlerin verilmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Acil Servis, Konversiyon Bozukluğu, Tutum, Damgalama.

Stigmatization and the Attitudes of Nurses Working in Emergency Department to the Individuals with Conversion Disorder: A Cross-Sectional Study

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to find out stigmatization and the attitudes of nurses working in emergency department to individuals with conversion disorder. **Materials and Methods:** The cross-sectional study was conducted in a University Hospital and three State Hospital emergency services in April-July 2018. The sample of the study consisted of 100 nurses working in emergency departments. The data of the study were gathered by Personal Information Form and Stigmatization Scale. **Results:** Individuals with conversion disorder were most frequently applied for emergency departments with signs of fainting and shortness of breath. The average score of the stigmatization scale of nurses who frequently encounter individuals with conversion disorder was found to be higher than occasional and rarely encountered nurses ($X^2=8.58$, $p=0.03$). The nurses stated that they instill individuals with conversion disorder to come to them, use physiological saline injections and tangy fragrant substances, and do nothing when they discharged. **Conclusion:** This study showed that individuals with conversion disorder are tried to be treated by ethically objectionable approaches, inaccurate treating methods, negative attitudes and stigmatization. Creating awareness for nurses; to remove the nurses' tendency to stigmatize; it has been proposed to provide accurate information about the care of individuals with conversion disorder and trainings to improve their approach.

Keywords: Nurse, Emergency, Conversion Disorder, Attitude, Stigmatization.

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Merve ŞAHİN, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye.

E-mail: mervesahin40@hotmail.com.tr

Bu makaleye atf yapmak için / Cite this article: Şahin, M, Demirkıran, F, Kocairi, C. (2021). Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Konversiyon Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Tutumları ve Damgalama: Kesitsel Bir Çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2),125-133. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.814344>

©Copyright 2021 by the Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.



BAUN Sağ Bil Derg 2021 OPEN ACCESS <https://dergipark.org.tr/tr/pub/balikesirsbd>
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

GİRİŞ

Acil polikliniklere yapılan başvuruların %12-47'sini konversiyon bozukluğu olan bireyler oluşturmaktadır (Bediz ve ark., 2004). Psikiyatriye başvuran bireylerde, konversiyon bozukluğunun görülme oranının batı ülkelerde %1-3, diğer ülkelerde ise yaklaşık %10 olduğu bildirilmiştir (Tomasson et al, 1991). Batı ülkelerde konversiyon bozukluğu giderek azalmakla birlikte, Türkiye'de hala önemli bir konudur. Psikiyatri ve diğer sağlık birimlerine başvuran hastalarla yapılan bazı çalışmalarda, konversiyon bozukluğu sıklığının %4,5 ile 32 arasında olduğunu bildirilmiştir (Gülseren ve ark., 1993; Sağduyu ve ark., 1997).

Konversiyon bozukluğu, somatoform bozuklukların içinde en sık görülen tablodur. Görülme oranı; cinsiyet, yaş, içinde bulunulan çağın koşulları, kültürel ve toplumsal faktörlerden etkilenmektedir. Ergenlik döneminde sıklıkla görülen konversiyon bozukluğu, her yaş grubunda da görülebilir (Gülseren ve ark., 1993). Tanımlamalardaki zorluklar, yapılan çalışmaların azlığı nedeniyle yaygınlığı hakkında net bir veriye ulaşmak oldukça güçtür (Uğuz & Toros, 2003).

Bireylerde görülme tablosu, tek bir konversif nöbet olabileceği gibi tekrarlayan nöbetler şeklinde de olabilir. Konversiyon bozukluğunun bilinen doğal bir seyri yoktur; aniden başlayabildiği gibi, giderek artan şekilde de ortaya çıkabilmektedir. Hastalığın belirtilerinin şiddeti ve tipi; yaklaşım şekilleri, altta yatan herhangi ruhsal bir nedene bağlı olarak da nüks etme oranları fazladır (Doğan, 2007).

Konversiyon bozukluğu; sıklıkla nörolojik bozuklukları taklit eden, periferik ya da merkezi sinir sistemine dair fizyolojik ve anatomik bir bozukluk bulunmayan bir tablodur (Guggenheim, 2000). Yapılan çalışmalarda, konversiyon bozukluğu olan bireylerde; uyuma, duyu azalması (Deveci ve ark., 2002; Gülseren ve ark., 1993; Öztürk & Uluşahin, 2008; Poole et al, 2010; Uğuz & Toros, 2003), bayılma, nefes darlığı, paralizi (Deveci ve ark., 2002; Dilbaz ve ark., 1994; Dula & Naples, 1995; Sağduyu ve ark., 1997; Özen ve ark., 2000; Öztürk & Uluşahin, 2008; Poole et al, 2010; Tomasson et al, 1991), boğazda yumru hissi (Özen ve ark., 2000; Öztürk & Uluşahin, 2008; Uğuz & Toros, 2003), hıçkırık, geçirme, öğürme (Öztürk & Uluşahin, 2008; Poole et al, 2010; Sar ve ark., 2009), katılmalar ya da konvülsiyonlar gibi belirtilerin görülebileceği belirtilmektedir (Dilbaz ve ark., 1994; Göktaş ve ark., 2003; Gülseren ve ark., 1993; Öztürk & Uluşahin, 2008; Sağduyu ve ark., 1997; Uğuz & Toros, 2003). Sağlık çalışanlarının hastanın klinik semptomlarını göz önünde bulundurarak, belirtiler laboratuvar ve muayene sonuçları ile uyumlu olmadığında ve beklenen fizyolojik bir tanı konulamadığında; hastaya semptomlarını uydurduğunu söylemesi, numara yapmakla suçlaması, genellikle belirtileri kötüleştirir. Bu önerilmeyen bir tutumdur (Göka & Dönbak, 1993). Ahern ve ark (2009) hemşirelerle

yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %46'sının konversiyon bozukluğu olan hastaların manipülatif davranışlar sergilediklerini düşündükleri bulunmuştur. Diğer taraftan Köse ve ark (2011) acil serviste yaptıkları çalışmada, acil servise başvuran hastaların sadece %2.2'sine psikiyatrik konsültasyonun istendiği belirlenmiştir. Sağlık çalışanları tarafından, konversiyon bozukluğu olan hastalara "damgalama" uygulanabilmekte ve psikiyatri konsültasyonu isteme ya da psikiyatri polikliniklerine yönlendirme yerine; "telkin ederek kendine gelmesini sağlama", "tıbbi etkisi olmayan enjeksiyon yapma" gibi yaklaşımlarla, hastalar uygun bakım ve tedaviden mahrum bırakılabilmektedir (Bediz ve ark., 2004; Guggenheim, 2000). Özellikle damgalanma, hastaların kendilerine olan saygısını azaltan, aile ve çevreyle ilişkilerini bozan, özgürce yaşama haklarını ellerinden alan bir tutumdur. Toplumda çok yaygın olan "ruhsal hastalık kişisel zayıflıktan dolayı oluşur", "ruhsal hastalığa sahip bireyler tedavi edilemezler" gibi yanlış inanç ve önyargılar nedeniyle oluşan damgalama ile mücadele etmek gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Bu nedenler, bu alanda çalışma gerekliliğini artırmaktadır. Bu bağlamda konversiyon bozukluğu olan bireyin tedavi ve bakım kalitesini artırmak için konu ile yapılacak çalışmaların yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Çalışma, acil serviste çalışan hemşirelerin konversiyon bozukluğu olan bireylere yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın tipi, yeri ve zamanı

Kesitsel tipteki araştırmanın evrenini Türkiye'nin batısında bir üniversite hastanesi ve üç devlet hastanesinde, Nisan-Temmuz 2018 tarihleri arasında, acil servislerde çalışan hemşire, acil tıp teknisyeni, paramedik ve sağlık memuru olmak üzere toplam 150 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme ise, acil servislerde bütüncül hasta bakımı veren 100 hemşire alınmıştır.

Veri toplama

Verilerin toplanması, hastane ortamında, hemşirelerin çalışma saatlerine göre düzenlenmiştir. Uygulanan anket formunun doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür ve izin yazılarındaki gecikmelerden dolayı, veriler 4 aylık bir sürede toplanmıştır. Araştırma verileri, Kişisel Bilgi Formu ve Damgalama Ölçeği'nden oluşan anket formu ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından alanyazın taranarak oluşturulan 22 sorunun bulunduğu formda; demografik özellikleri içeren 6 soru, mesleki özellikleri içeren 7 soru, konversiyon bozukluğu olan bireyin bakımı hakkındaki bilgi ve düşünceleri içeren 9 soru bulunmaktadır (Ahern et al, 2009; Bediz ve ark., 2004).

Damgalama Ölçeği: Yaman ve Güngör (2013) tarafından geliştirilen ölçek toplam 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-

Katılmıyorum, 3-Kısmen katılıyorum, 4-Katılıyorum, 5-Tamamen Katılıyorum olmak üzere 5 li likert tipi derecelendirmeyi içerir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 22, en yüksek puan ise 110'dur. Ölçeğin kesme puanı 55'tir. Ölçekten, 55 puanın altında alan bireylerin damgalama eğiliminin düşük, üstünde olan bireylerin ise damgalama eğiliminin yüksek olduğu söylenebilir. Ölçek; ayrımcılık ve dışlama (6 madde), etiketleme (6 madde), önyargı (5 madde) ve psikolojik sağlık (5 madde) olarak 4 alt boyuttan oluşmaktadır (Yaman & Güngör, 2013). Damgalama Ölçeği'nin Cronbach alpha değeri 0.84; iç tutarlılık katsayıları ayrımcılık ve dışlama, etiketleme, önyargı, psikolojik sağlık alt boyutları için sırasıyla 0.77, 0.68, 0.54, 0.66 olarak bulunmuştur (Yaman & Güngör, 2013). Bu çalışmada ise, ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.84 olarak bulunmuştur. İç tutarlılık katsayıları; ayrımcılık ve dışlama için 0.79, etiketleme için 0.66, önyargı için 0.61, psikolojik sağlık için 0.68 olarak hesaplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi

Çalışmada, veriler SPSS 22 (PASW Inc., Chicago. IL. USA) paket programı ile bilgisayar programı ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin çözümlenmesinde; betimsel istatistikler, veriler

normal dağılmadığı için puan ortalamaların karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. Bulgular anlamlılık değeri $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın etik yönü

Araştırmanın yapılması için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (No: 50107718-050.04.04; Tarih:20.04.2018) ve hastane yönetimlerinden gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerden çalışmanın amacı ile ilgili bilgiyi içeren bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Bu çalışma, Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yapılmıştır.

BULGULAR

Araştırma örneklemine alınan hemşirelerin yaş ortalaması 34.74 ± 7.57 olup, %83'ü kadın, %17'si erkek; %68'i evli, %32'si bekar. Hemşirelerin %62'si lisans, %38'i lise mezunu olduğunu; %57'si mesleğini isteyerek, %43'ü mesleğini istemeyerek seçtiğini; %53'ü 10 yıl ve üzeri, %47'si 10 yıldan az hemşirelik mesleğini yaptığını ifade etmişlerdir.

Tablo 1. Hemşirelerin, konversiyon bozukluğu olan bireylerin hastalık belirtilerine yönelik düşünce, duygu ve yaklaşımlarının dağılımı

	n	%
Düşünceler*		
Dikkat çekme çabası	72	28.1
Belirtiyi gerçekten hissetme	41	16.0
Sorunları ile baş etme	33	12.9
İlgi çekme çabası	46	18.1
Numara yapma	38	14.8
Sıkıntılarını rahatlatma	26	10.1
Duygular*		
Üzüntü	55	33.3
Öfke	45	27.3
Çaresizlik	32	19.4
Anksiyete	19	11.5
Korku	14	8.5
Yaklaşımlar*		
Telkin ederek kendine gelmesini sağlama	59	19.6
Serum fizyolojik enjeksiyonu yapma	53	17.6
Keskin kokulu madde koklatma	49	16.3
Ağrılı uyaran verme	47	15.6
Tıbbi etkisi olmayan ilaç verme	39	13.0
Psikiyatrik etkisi olan ilaç uygulama	32	10.6
Psikiyatri konsültasyonu isteme	22	7.3

*Birden fazla cevap alınmıştır.

Hemşirelere mesleki özelliklerini içeren sorular sorulduğunda, %73'ü acil serviste isteyerek çalıştığını; %73'ü 5 yıldan az süredir çalıştığını; %75'i şu an

yaptığı işten memnun olduğunu; %94'ü daha önce psikiyatri kliniğinde çalışmadığını belirtmişlerdir. Hemşirelerin konversiyon bozukluğu olan bireye

bakım verme durumları sorulduğunda; %84'ü konversiyon bozukluğu olan bir bireye bakım verdiğini ve bakım veren hemşirelerin de %39.3 (33)'ü sık sık, %53.6 (45)'sı ara sıra ve %7.1 (6)'i nadiren bakım verdiğini ifade etmişlerdir. Bununla birlikte hemşirelere, konversiyon bozukluğu tanısı olan bireylerin acil servise hangi belirtilerle başvurduğu sorulduğunda; hemşirelerin %33.8 (88)'i bayılma, %21.1 (55)'i nefes darlığı, %20.8 (54)'i ayakta duramama-yürüyememe, %11.9 (31)'u

konuşamama, %8.1 (21)'i istemsiz-kasılma, %3.5 (9)'i yutma güçlüğü ve %0.8 (2)'i körlük belirtileriyle başvurduklarını belirtmişlerdir (Birden fazla cevap alınmıştır).

Tablo 2. Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre damgalama ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Mesleki Özellikleri	Damgalama Ölçeği alt boyutları							
	Ayrımcılık ve Dışlama		Etiketleme		Psikolojik Sağlık		Önyargı	
	X±SS	Test değeri / p	X±SS	Test değeri / p	X±SS	Test değeri / p	X±SS	Test değeri / p
Mesleği isteyerek seçme								
Evet (n=57)	11.05±4.37	Z=-0.48 p=0.62	16.00±4.79	Z=-0.17 p=0.86	13.78±4.10	Z=-2.84 p=0.004*	16.33±3.95	Z=-0.71 p=0.47
Hayır (n=43)	11.48±4.51		15.88±4.79		15.93±4.08		15.90±4.04	
Meslekte çalışma yılı								
<10 (n=47)	11.63±4.80	Z=-0.61 p=0.53	15.80±4.04	Z=-0.05 p=0.95	14.68±3.87	Z=-0.33 p=0.73	15.80±3.58	Z=-0.92 p=0.35
10≤ (n=53)	10.88±4.05		16.07±5.37		14.73±4.52		16.45±4.30	
Birimde çalışma yılı								
<5 (n=73)	11.16±4.41	Z=-0.35 p=0.72	16.00±4.45	Z=-0.63 p=0.52	14.75±4.19	Z=-0.55 p=0.57	15.93±3.92	Z=-0.72 p=0.47
5≤ (n=27)	11.44±4.49		15.81±5.62		14.59±4.34		16.74±4.12	
Yaptığı işten memnun olma								
Memnun değil (n=25)	10.04±3.83	Z=-1.48 p=0.13	15.40±5.55	Z=-0.63 p=0.52	14.04±5.11	Z=-0.77 p=0.43	15,32±4,52	Z=-0.97 p=0.32
Memnun (n=75)	11.64±4.54		16.13±4.50		14.93±3.88		16,42±3,76	

X= Ortalama, SS= Standart sapma, Z= Mann Whitney U Testi, *p<0.05

Tablo 2 (Devam). Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre damgalama ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması

Mesleki Özellikleri	Damgalama Ölçeği Toplam	
	X±SS	Test değeri / p
Mesleği isteyerek seçme		
Evet (n=57)	57.17±12.83	Z=-0.90 p=0.36
Hayır (n=43)	59.20±12.99	
Meslekte çalışma yılı		
<10 (n=47)	57.93±11.27	Z=-0.05 p=0.95
10≤ (n=53)	58.15±14.24	
Birimde çalışma yılı		
<5 (n=73)	57.84±12.39	Z=-0.05 p=0.95
5≤ (n=27)	58.59±14.32	
Yaptığı işten memnun olma		
Memnun değil (n=25)	54.80±14.88	Z=-1.24 p=0.21
Memnun (n=75)	59.13±12.04	

X= Ortalama, SS= Standart sapma, Z= Mann Whitney U Testi, *p<0.05

Hemşirelerin konversiyon bozukluğu olan bireylerin hastalık belirtilerine yönelik düşünce, duygu ve yaklaşımlarının dağılımı Tablo 1'de belirtilmiştir. Hemşirelere, konversiyon bozukluğu olan bireylerin hastalık belirtilerine yönelik düşünceleri sorulduğunda; hemşireler konversiyon bozukluğu olan bireyin dikkat çekme çabası olduğunu %28.1 (72), belirtiyi gerçekten hissettiğini %16(41), sorunları ile başettiğini %12.9 (33), ilgi çekme çabası olduğunu %18.1 (46), numara yaptığını %14.8 (38) ve sıkıntılarını rahatlatıldığını %10.1 (26) ifade etmişlerdir. (Birden fazla cevap alınmıştır) (Tablo 1). Hemşirelerin, konversiyon bozukluğu bireylerin hastalık belirtilerini belirtiyi gerçekten hissetme, sorunları ile başetme ve sıkıntılarını rahatlatma olarak düşünmeleri olumlu tutum; dikkat ve ilgi çekme çabası, numara yapma olarak düşünmeleri ise olumsuz tutum olarak değerlendirilmiştir. Hemşirelerin konversiyon bozukluğu olan bireylere bakım verirken hissettikleri duygular; üzüntü %33.3 (55), öfke %27.3 (45), çaresizlik %19.4 (32), anksiyete %11.5 (19) ve korku %8.5 (14)'dur (Birden fazla cevap alınmıştır) (Tablo 1). Hemşirelerin konversiyon bozukluğu olan bireylere nasıl yaklaşımda buldukları sorulduğunda ise; %19.6 (59)'sı konversiyon bozukluğu olan bireylere telkinde bulunarak kendine gelmesini sağlama, %17.6 (53)'sı serum fizyolojik enjeksiyon uygulama, %16.3 (49)'ü keskin kokulu madde koklatma, %15.6 (47)'sı ağrılı uyaran verme, %13 (39)'ü tıbbi etkisi olmayan ilaç verme, %10.6 (32)'sı psikiyatrik etkisi olan ilaçları uygulama, %7.3 (22)'ü psikiyatri konsültasyonu isteme yaklaşımlarında bulduklarını ifade etmişlerdir (Birden fazla cevap alınmıştır) (Tablo 1). Bununla birlikte, hemşirelerin %63'ü konversiyon bozukluğu olan birey taburcu olurken de hiçbir şey yapmadıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin damgalama ölçeği puan ortalaması 58.05 ± 12.87 olarak saptanmıştır. Bu bulgu bize; hemşirelerin damgalama eğilimlerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre, damgalama ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamaları Tablo 2'de belirtilmiştir. Hemşirelerin, mesleği isteyerek seçme durumuna göre, damgalama ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde; mesleği isteyerek seçmeyen hemşirelerin psikolojik sağlık alt boyutu puan ortalamaları 15.93 ± 4.08 , mesleği isteyerek seçenlerin puan ortalamaları 13.78 ± 4.10 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumlarına göre diğer alt boyutları ve damgalama ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde ise, puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Hemşirelerin

meslekte ve birimde çalışma yılları, yaptıkları işten memnun olma durumlarına göre ise, damgalama ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 2).

Hemşirelerin konversiyon bozukluğu olan bireye bakım verme özelliklerine göre, damgalama ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamaları Tablo 3'te belirtilmiştir. Buna göre hemşirelerin konversiyon bozukluğu olan bireye bakım verme durumlarına göre damgalama ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde; konversiyon bozukluğu olan bireye bakım veren hemşirelerin ayrımcılık ve dışlama alt boyut puan ortalamaları 11.46 ± 4.52 , etiketleme alt boyut puan ortalamaları 16.33 ± 4.88 , psikolojik sağlık alt boyut puan ortalamaları 14.75 ± 4.14 , önyargı alt boyut puan ortalamaları 16.52 ± 3.89 ve toplam puan ortalamaları 59.07 ± 12.54 ; bakım vermeyen hemşirelerin ayrımcılık ve dışlama alt boyut puan ortalamaları 10.06 ± 3.71 , etiketleme alt boyut puan ortalamaları 13.93 ± 3.66 , psikolojik sağlık alt boyut puan ortalamaları 14.50 ± 4.67 , önyargı alt boyut puan ortalamaları 14.18 ± 3.95 ve toplam puan ortalamalarından 52.68 ± 13.66 yüksek olmasına rağmen, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bununla birlikte hemşirelerin konversiyon bozukluğu olan bireye bakım verme sıklığına göre, damgalama ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde ise; hemşirelerin bakım verme sıklığına göre etiketleme alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tamhane T2 testi sonucunda; konversiyon bozukluğu olan bireye sık sık (17.78 ± 5.80) bakım veren hemşirelerin etiketleme alt boyutu puan ortalamaları, ara sıra (15.95 ± 3.71) ve nadiren (11.16 ± 3.37) bakım verenlerin puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin bakım verme sıklığına göre, genel damgalama eğilimleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tamhane T2 testi sonucunda; konversiyon bozukluğu olan bireye sık sık (60.63 ± 14.07) bakım veren hemşirelerin damgalama ölçeği toplam puan ortalamalarının, ara sıra (59.88 ± 10.52) ve nadiren (44.33 ± 9.24) bakım veren hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, yaşadıkları yere göre damgalama ölçeği ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 3. Hemşirelerin konversiyon bozukluğu olan bireye bakım verme özelliklerine göre damgalama ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Bakım verme özellikleri	Damgalama Ölçeği alt boyutları							
	Ayrımcılık ve Dışlama		Etiketleme		Psikolojik Sağlık		Önyargı	
	X±SS	Test değeri / p	X±SS	Test değeri / p	X±SS	Test değeri / p	X±SS	Test değeri / p
Bakım verme durumu								
Evet (n=84)	11.46±4.52	Z=-1.06 p=0.28	16.33±4.88	Z=-1.84 p=0.06	14.75±4.14	Z=-0.07 p=0.94	16.52±3.89	Z=-2.15 p=0.051
Hayır (n=16)	10.06±3.71		13.93±3.66		14.50±4.67		14.18±3.95	
Bakım verme sıklığı								
Sık sık (n=33)	11.24±4.67	KW=5.25 p=0.72	17.78±5.80	KW=9.56 p=0.008*	14.51±4.09	KW=4.18 p=0.12	17.09±3.68	KW=5.71 p=0.057
Ara sıra (n=45)	12.08±4.44		15.95±3.71		15.31±4.21		16.53±4.00	
Nadiren (n=6)	8.00±2.75		11.16±3.37		11.83±2.92		13.33±2.94	

X= Ortalama, SS= Standart sapma, Z= Mann Whitney U Testi, , KW= Kruskal Wallis Testi, *p<0.05

Tablo 3 (Devam). Hemşirelerin konversiyon bozukluğu olan bireye bakım verme özelliklerine göre damgalama ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Bakım verme özellikleri	Damgalama Ölçeği Toplam	
	X±SS	Test değeri / p
Bakım verme durumu		
Evet (n=84)	59.07±12.54	Z=-1.90 p=0.057
Hayır (n=16)	52.68±13.66	
Bakım verme sıklığı		
Sık sık (n=33)	60.63±14.07	KW=8.14 p=0.01*
Ara sıra (n=45)	59.88±10.52	
Nadiren (n=6)	44.33±9.24	

X= Ortalama, SS= Standart sapma, Z= Mann Whitney U Testi, , KW= Kruskal Wallis Testi, *p<0.05

TARTIŞMA

Acil serviste çalışan hemşirelerin konversiyon bozukluğu olan bireylere yönelik tutumlarını ve damgalamayı belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları, literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmamızda, en sık "bayılma, nefes darlığı, ayakta duramama-yürüyememe, konuşamama, konvülsiyon, yutma güçlüğü ve körlük" belirtileriyle acil servise başvuran konversiyon bozukluğu olan bireylerin, literatür incelendiğinde de, en sık bayılma ve nefes darlığı belirtileriyle acil servise başvurdukları belirlenmiştir (Deveci ve ark., 2007; Dilbaz ve ark., 1994; Dula & Naples, 1995; Özen ve ark., 2000; Sar ve ark., 2009). Ayrıca, bulgularımızı destekler nitelikte yapılan diğer çalışmalarda da, bireylerin yürüyememe, paralizisi (Deveci ve ark., 2007; Dilbaz ve ark., 1994; Dula & Naples, 1995; Özen ve ark., 2000; Poole et al, 2010; Sağduyu ve ark., 1997; Sar ve

ark., 2009), konvülsiyon, yutma güçlüğü ve bulanık görme belirtileriyle de acil servise başvurdukları saptanmıştır (Dilbaz ve ark., 1994; Sağduyu ve ark., 1997; Sar ve ark., 2009; Tomasson et al, 1991; Uğuz & Toros, 2003).

Araştırmamızda, konversiyon bozukluğu hastalık belirtilerine yönelik hemşirelerin olumlu (hastaların gerçekten belirtiyi hissetme, sorunları ile başetmeye çalışma, sıkıntılarını rahatlatmaya çalışma) ve olumsuz (hastaların dikkat çekme, ilgi çekme, numara yapma) tutumlara sahip oldukları belirlenmiştir. Literatürde, çalışma bulgularımızı destekler nitelikte; Bediz ve ark (2004) acil serviste çalışan hekimlerle yaptıkları çalışmada, hekimlerin çoğunun konversiyon bozukluğunun nedeni olarak bireyin anksiyetesini başka yolla gideremediğini ve gerçekten belirtileri hissettiği şeklinde düşündükleri bulunmuştur. Ahern ve ark (2009) nöroloji servisinde çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışmada ise, hemşirelerin çoğunun

konversiyon bozukluğu olan bireylerin dikkat çekmek için manipülatif davranışlar sergiledikleri şeklinde düşünüldüğü belirtilmektedir. Ayrıca, acil serviste çalışan hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan hastalara yönelik olumsuz tutuma sahip oldukları belirlenmiştir (Anderson, 1997; Anderson & Standen, 2007; McAllister et al, 2002; Ross & Goldner, 2009). Sercu ve ark (2015)'nin psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışmada ise, hemşirelerin ruhsal hastalıklara sahip bireylere yönelik daha olumlu tutuma sahip oldukları saptanmıştır.

Araştırmamızda, acil servis hemşireleri konversiyon bozukluğu olan bireylere bakım verirken, en yoğun üzüntü, öfke, çaresizlik, anksiyete ve korku hissettiklerini ifade etmişlerdir. Literatürde, acil servis hemşireleriyle yapılan çalışmalar bulgularımızı destekler niteliktedir. Hemşirelerin, acil servise başvuran ruhsal hastalığa (konversiyon, psikiyatrik krizlerde) sahip bireylere bakım verirken; empatiden yoksun oldukları (Anderson, 1997; Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011; McAllister et al, 2002; Ross & Goldner, 2009), üzüntü ve acıma (Clarke et al, 2007), öfke (Ahern et al, 2009; Anderson, 1997; Anderson & Standen, 2007; Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011; McAllister et al, 2002; Ross & Goldner, 2009), korku ve kaygı gibi duygular hissettikleri belirtilmiştir (Anderson, 1997; Anderson & Standen, 2007; Clarke et al, 2007; Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011; Ross & Goldner, 2009). Ayrıca, ruhsal hastalığa sahip bireylerle ilgili "uğraşması zor, zaman kaybı ve kaynak israfı" ve "verilen bakımı hak etmedikleri" şeklinde düşündükleri belirlenmiştir (Ahern et al, 2009; Anderson & Standen, 2007; Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011; McAllister et al, 2002; Ross & Goldner, 2009).

Araştırmamızda, acil servis hemşirelerinin konversiyon bozukluğu olan bireylere telkinde bulunarak kendine gelmesini sağladıkları, serum fizyolojik enjeksiyon uyguladıkları, keskin kokulu madde koklattıkları, ağırlı uyaran verdikleri, tıbbi etkisi olmayan ilaç verdikleri, psikiyatrik etkisi olan ilaçları uyguladıkları, psikiyatri konsültasyonunun istendiğini ve birey taburcu olurken de hiçbir şey yapmadıkları belirlenmiştir. Bu bulguları destekler nitelikte, Bediz ve ark (2004) hekimlerle yaptıkları çalışmada; psikiyatri rotasyonu almış olanların konversiyon bozukluğu olan hastaları "hiçbir şey yapmadan bekleme", "telkin ederek kendine gelmesini sağlama" yöntemlerini uygularken; rotasyon almamış olanların "keskin kokulu madde koklatma", "tıbbi etkisi olmayan enjeksiyon yapma" yaklaşımlarını uyguladıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, hemşirelerle yapılan çalışmalarda, konversiyon bozukluğu olan bireylerin psikiyatri kliniklerinde bakım ve tedavilerinin yapılması gerektiği vurgulanmıştır (Ahern et al, 2009; Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011).

Acil servislere konversiyon bozukluğu sık görülmesine rağmen, yapılan çalışmalar, acil

servislere başvuran konversiyon hastalarının olumsuz tutum ve hatalı tedavi yöntemleri kullanılarak tedavi edilmeye çalışıldığını göstermektedir (Bediz ve ark., 2004; Ross & Goldner, 2009). Sağlık çalışanlarının bu bireylere uyguladığı tıp anlayışına uygun olmayan yaklaşımlar (ağırlı uyaranlar verme gibi), hastaların gereksinim duyduğu bakımı almalarını güçleştirmekle birlikte etik olarak da sınırları zorlayabilir (Ross & Goldner, 2009). Ayrıca, birçok hastalığı (epilepsi, hipoglisemi, aritmi, selebrovasküler hastalık, kafa travması, subaraknoid kanama, astım gibi) taklit edebileceği için konversiyon bozukluğu tanısı olarak değerlendirildiğinde tıbbi hatalar oluşabilmektedir (Guggenheim, 2000). Bu da, hastalığın süregelen şekilde gerekli olan bakım ve tedavisini zorlaştırabilmekle birlikte; bireyin tekrar başvurmasına riski ya da çok sık başvurular, iş gücü kaybı ve tedavi maliyetinin artması gibi önemli sorunlar ortaya çıkarabilir (Clarke et al, 2007; Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011).

Çalışmamızda, acil servis hemşirelerinin damgalama eğilimlerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde, bulgularımızı destekler nitelikte, acil servis hemşireleriyle yapılan çalışmalarda, hemşirelerin ruhsal hastalığa (konversiyon ve psikiyatrik krizlerde) sahip bireylere yönelik damgalama eğilimlerinin yüksek olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca, hemşirelerin, hastalarla isteksizce iletişim kurdukları ve daha fazla ayrımcı, düşmanca, reddedici, dışlayıcı tutumlara sahip olduklarını ve bu tutumların da verdikleri bakımı olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Arkan ve ark., 2011; Bailey, 1998; McAllister et al, 2002; Ross & Goldner, 2009; Sartorius 2002).

Çalışmamızda, mesleği isteyerek seçmeyen hemşirelerin damgalama ölçeği psikolojik sağlık alt boyut puan ortalamaları, mesleği isteyerek seçenlerin puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur. Yani, mesleği isteyerek seçmeyen hemşireler, psikolojik sağlık sorunu olan veya ruhsal durumlarını yeterli görmedikleri insanlara karşı bakış açıları da daha ön yargılı olabilmektedir. Gerçeği objektif olarak göremeyen, çeşitli önyargılarla bezeli olan birey, öteki olarak algıladığı insanları toplumun dışına itmek için damgalamayı tercih edebilmektedirler (Arslan & Şeker, 2009; Ross & Goldner, 2009).

Çalışmamızda, hemşirelerin meslekte ve birimde çalışma yıllarına göre damgalama ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Literatürde ise, sağlık profesyonellerinin deneyimleri arttıkça ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik daha az ayrımcılığa, önyargıya ve damgalayıcı tutumlara sahip oldukları ifade edilmiştir (Birdoğan & Berksun, 2002; Ihalainen-Tammlander et al, 2016; Özmen ve ark., 2004). Çünkü, deneyimle birlikte hemşirelerin farkındalıklarının arttığını; daha fazla doğru bilgi ve becerilere sahip olduklarını belirtmişlerdir. Diğer taraftan çalışmamızda, konversiyon bozukluğu olan bireylere sık sık bakım veren hemşirelerin genel

damgalama eğilimlerinin ve etiketleme eğilimlerinin nadiren ve ara sıra bakım verenlerden yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu da hastalarla daha çok temas halinde olan hemşirelerin tutumlarının daha damgalayıcı olduğunu göstermektedir.

SONUÇ

Bu çalışmanın sonuçları; konversiyon bozukluğu tanısı olan bireylerin en çok nefes darlığı, bayılma ve ayakta duramama-yürüyememe belirtileriyle acil servise başvurduklarını; bu bireylere sık sık bakım veren acil servis hemşirelerinin etiketleme ve damgalama eğilimlerinin yüksek olduğunu; damgalama eğilimleri yüksek olan hemşirelerin ise konversiyon bozukluğu olan bireylere serum fizyolojik enjeksiyon uygulayarak, telkin ederek, keskin kokulu madde koklatarak ve ağırlı uyaran vererek yaklaşımda bulduklarını göstermiştir. Bu belirtilerle birçok hastalığı (epilepsi, hipoglisemi, aritmi, selebrovasküler hastalık, subaraknoid kanama, astım gibi) taklit edebileceği için konversiyon bozukluğu tanısı sırasında tıbbi hatalar da ortaya çıkabilmektedir. Aynı zamanda sağlık profesyonellerinin damgalayıcı tutumları; hastalığa geç ya da yanlış tanı konulması, yanlış tedavi edilmesi ya da tedavi edilmemesine neden olabilmektedir. Acil servislerde konversiyon bozukluğu, sık görülmesine rağmen; konversiyon bozukluğu olan hastaların damgalayıcı, olumsuz bir tutumla ve etik olarak sakıncalı yaklaşımlarla tedavi edilmeye çalışıldığı görülmektedir. Bunların sonucunda da uygun şekilde tedavi edilmeyen hastalığın süregelen hale gelmesi, tedavinin zorlaşması, yinelenen başvurular olması, artan tedavi maliyeti ve iş gücü kaybı gibi önemli sorunlar meydana gelebileceği öngörülmektedir. Damgalamanın azaltılması, sağlık profesyonellerinin bireysel olarak temel hedeflerinden birisi olmalıdır. Acil servis çalışanlarının damgalama eğilimlerinin azaltılması ve konversiyon bozukluğu olan bireylere yönelik olumlu tutuma sahip olmaları önemlidir. Bu doğrultuda ruhsal hastalığa sahip bireyleri anlama konusunda farkındalık oluşturulmasının; doğru bilgi, beceri, tutum, yaklaşım ve tedavi konusunda eğitim verilmesinin ve bu eğitimlerin süreklilik kazanmasının gerekli ve önemli olduğu düşünülmektedir. Tüm sağlık profesyonelleri, hasta ve hasta yakınlarının kurdukları dernekler, sivil toplum örgütleri, medya gibi birçok kurum ve kuruluşla işbirliği içerisinde yapılacak mücadelenin daha etkili olacağı öngörülmektedir.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın sadece bir bölgedeki birkaç hastanenin acil servisinde çalışan az sayıda sağlık çalışanı ile yapılmış olması sınırlılıklardandır. Bu nedenle çalışma sonuçlarının genellenmesi uygun değildir. Daha geniş bir örnekleme yapılacak çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Teşekkür

Çıkar çatışması beyanı

Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Yazar katkıları

Yazının ortaya çıkması ve sürdürülmesine katkıda bulunma: MŞ, FD, CK
Plan, tasarım: MŞ, FD, CK
Finansman: MŞ, FD, CK
Materyal: MŞ, FD, CK
Veri toplanması / toplanan verilerin analize hazırlanması için işlemesi: MŞ, FD, CK
Veri analizi: MŞ, FD, CK
Literatürün gözden geçirilmesi: MŞ, FD, CK
Kaleme alma ve düzeltmeler: MŞ, FD, CK
Kontrol etme ve gözden geçirme: MŞ, FD, CK

Kurumsal ve finansal destek beyanı

Kurumsal ve finansal destek yoktur.

KAYNAKLAR

- Ahern, L., Stone, J., & Sharpe, M. (2009). Attitudes of Neuroscience Nurses Toward Patients With Conversion Symptoms. *Psychosomatics*, 50, 336-339.
<https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.4.336>
- Anderson, MP. (1997). Nurses' attitudes towards suicidal behaviour – a comparative study of community mental health nurses and nurses working in accidents and emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 25(6), 1283-1291.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.19970251283.x>
- Anderson, M., & Standen, PJ. (2007). Attitudes towards suicide among nurses and doctors working with children and young people who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(5), 470-477. 10.1111/j.1365-2850.2007.01106.x
- Arkan, B., Bademli, K., & Duman, ZÇ. (2011). Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları. Son 10 yılda Türkiye'de yapılan çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3, 214-231.
- Arslan, H., & Şener, DK. (2009). Stigma Spiritüalizite ve Konfor Kavramlarının Meleis'in Kavram Geliştirme Sürecine Göre İrdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik ve Bilim ve Sanat Dergisi*, 2(1), 51-58.
- Bailey, SR. (1998). An exploration of critical care nurses' and doctors' attitudes towards psychiatric patients. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 15(3), 8-14. PMID: 9807271
- Bediz, U., Aydemir, Ç., Başterzi, AD., Kısa, C., Cebeci, S., & Göka, E. (2004). Hekimlerin konversiyon bozukluğuna yaklaşımını etkileyen faktörler. *Klinik Psikiyatri*, 7, 73-79.
- Birdoğan, S.Y., & Berksun E.O. (2002). Tıp fakültesi 1. sınıf ve 6. sınıf öğrencilerinde psikiyatrik hastaya yönelik tutumlar. *Kriz Dergisi*, 10(2), 1-7.
https://doi.org/10.1501/Kriz_0000000184
- Clarke, DE., Dusome, D., & Hughes, L. (2007). Emergency department from the mental health client's perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 126-131.
<https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00455.x>

- Deveci, A., Özmen, E., Demet, MM., & İçelli, İ. (2002). Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran konversiyon bozukluklu hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 28-33.
- Deveci, A., Taşkın, O., Dinç, G., Yılmaz, H., Demet, MM., Erbay, P., Kaya, DE., & Özmen, E. (2007). Prevalence of pseudoneurologic conversion disorder in an urban community in Manisa, Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 857-864.
- Dilbaz, N., Bitlis, V., Doğan, S., Usseli, I., & Erdoğan, S. (1994). Konversiyon Bozukluğu Tanısı Alan Hastalarda Psikiyatrik Belirtiler. *Düşünen Adam Dergisi*, 7(1-2), 5-9.
- Doğan, O. (2007). Konversiyon Bozukluğu. Psikiyatri Temel El Kitabı. Ankara: HYB Basım yayın, 377-385.
- Dula, DJ., & De Naples, L. (1995). Emergency department presentation of patients with conversion disorder. *Academic Emergency Medicine*, 2, 120-123. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1995.tb03174.x>
- Göka, E., & Dönbak, S. (1993). Sorunlarını bedenselleştiren hasta (Somatizer): Tanı güçlükleri ve tedavi yaklaşımları. *3P Psikiyatri Psikoloji Psikiyatri Dergisi*, 1, 326-337.
- Göktaş, K., Kaya, N., & Çilli, AŞ. (2003). Psikiyatri polikliniğine başvuran konversiyon bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Genel Tıp Dergisi*, 13(4), 167-170.
- Guggenheim, FG. (2000). Somatoform Disorders. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. 7. Baskı. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 1504-1514.
- Gülseren, Ş., Özmen, E., Önal, C., & Kültür, S. (1993). Konversiyon bozukluklu hastalarda belirti dağılımı ve sosyodemografik özellikler. *İzmir Devlet Hastanesi Tıp Dergisi*, 31, 373-377.
- Ihalainen-Tamlander, N., Vähäniemi, A., Löytyniemi, E., Suominen, T., & Välimäki, M. (2016). Stigmatizing attitudes in nurses towards people with mental illness: a cross-sectional study in primary settings in Finland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(6-7), 427-437. [10.1111/jpm.12319](https://doi.org/10.1111/jpm.12319)
- Köse, A., Köse, B., Öncü, MR., & Tuğrul, F. (2011). Bir devlet hastanesi acil servisine başvuran hastaların profili ve başvurunun uygunluğu. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 17(2), 57-62. <https://doi.org/10.5455/GMJ-30-2011-27>
- Marynowski-Traczyk, D., & Broadbent, M. (2011). What are the experiences of emergency department nurses in caring for clients with a mental illness in the emergency department?. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 14(3), 172-179. [10.1016/j.aenj.2011.05.003](https://doi.org/10.1016/j.aenj.2011.05.003)
- McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W., & Farrugia, C. (2002). Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *Methodological Issues In Nursing Research*, 40(5), 578-586. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02412.x>
- Özen, Ş., Özbek, Ö., & Altındağ, A. (2000). Acil servise konversiyon bozukluğu tanısı konan hastaların sosyodemografik özellikleri, stres faktörleri, I. ve II. eksen eştanılar. *Türkiye'de Psikiyatri*, 2, 87-96.
- Özmen, E., Taşkın, EO., Özmen, D., & Demet, MM. (2004). Hangi etiket daha damgalayıcı, Ruhsal hastalık mı? Akıl hastalığı mı?. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 47-55.
- Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2008). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Baskı. Ankara.
- Poole, NA., Wuerz, A., & Agrowal, N. (2010). Abreaction for conversion disorder: systematic review with meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 91-95. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.066894>
- Ross, CA., & Goldner, EM. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 558-567. [10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x)
- Sağduyu, A., Rezaki, M., Kaplan, İ., Özgen, G., & Gürsoy-Rezaki, B. (1997). Sağlık ocağına başvuran hastalarda dissosiyatif (konversiyon) belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(3), 161-169.
- Sağlık Bakanlığı. (2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Sar, V., Akyüz, G., Doğan, O., & Öztü, E. (2009). The prevalence of conversion symptoms in women from a general Turkish population. *Psychosomatics*, 50(1), 50-58. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.1.50>
- Sartorius, N. (2002). Fighting stigma: theory and practice. *World Psychiatry*, 1, 26-27.
- Sercu, C., Ayala, RA., & Bracke, P. (2015). How does stigma influence mental health nursing identities? An ethnographic study of the meaning of stigma for nursing role identities in two Belgian Psychiatric Hospitals. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 307-316. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.017>
- Tomasson, K., Kent, D., & Coryell, W. (1991). Somatization and conversion disorders: comorbidity and demographics at presentation. *Acta Psychiatrica Scand*, 84(3), 288-293. [10.1111/j.1600-0447.1991.tb03146.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb03146.x)
- Uğuz, Ş., & Toros, F. (2003). Konversiyon bozukluğunda sosyodemografik ve klinik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(1), 51-58.
- Yaman, E., & Güngör, H. (2013). Damgalama (Stigma) Ölçeği'nin Geliştirilmesi. *Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. Değerler Eğitimi Dergisi*, 11(25), 251-270.



Ergenlik Dönemi Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışları, Anne Baba Ergen İlişkileri ve Etkileyen Etmenler

Ayla HENDEKÇİ ¹ Hacer GÖK UĞUR ²

¹ Giresun Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

² Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Geliş Tarihi / Received: 17.12.2020, Kabul Tarihi / Accepted: 12.01.2021

*Bu çalışma, 30 Eylül-3 Ekim 2018 tarihlerinde III. Uluslararası Çocuk Koruma Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, ergenlik dönemi öğrencilerinin riskli sağlık davranışları, anne baba ilişkileri ve etkileyen etmenleri incelemek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Çalışma tanımlayıcı türdedir. Çalışmanın evrenini Karadeniz bölgesindeki bir il merkezinde 2017/2018 yılında öğrenim gören ortaokul öğrencileri oluşturmuştur (n=350). Veriler, Bilgi Formu, Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği ve Anne Baba Ergen İlişkileri Ölçeği ile toplanmıştır. Veriler, tanımlayıcı istatistikler, t testi, varyans analizi ve spearman korelasyon testi kullanılarak değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Ergenlerin yaşı ve cinsiyeti ile Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği ve Anne Baba Ergen İlişkileri Ölçeği puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0.05). Ergenlerin yaşadığı yer ve annelerinin eğitim düzeyi ile Anne Baba Ergen İlişkileri Ölçeği puanları arasında, gelir düzeyi ile Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği 'madde kullanımı' boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0.05). **Sonuç:** Ergenlerin riskli sağlık davranışları ile anne baba ergen ilişkileri arasında ilişki bulunmuştur. Ergenlerin ve ailelerinin madde kullanımı, beslenme ve fiziksel aktivite konusunda etkin şekilde bilgilendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ebeveyn Çocuk İlişkileri, Ergenlik, Riskli Davranış, Sağlık.

Investigation of Risky Health Behaviors, Parental Relationships and Factors Affecting of Adolescent Students

ABSTRACT

Aim: This study aims to investigate the risky health behaviors, parental relationships and factors affecting adolescent students. **Material and Methods:** The study is a descriptive type research. The study population was composed of secondary schools in the 2017/2018 year, located in a province in the Black Sea Region (n=350). The 'Information Form, Risky Health Behavior Scale, and the Parent-Adolescent Relationships Scale' were used to collect data. The data were evaluated using descriptive statistics, t test, analysis of variance and Spearman correlation test. **Results:** A significant correlation was found between the age and gender of the adolescents and the scores of the Risky Health Behaviors Scale and the Parent Adolescent Relationship Scale (p<0.05). There is a significant relationship between the place of residence of the adolescents and the education level of their mothers and the Parent Adolescent Relationship Scale scores, and between the income level and the 'substance use' dimension score of the Risky Health Behaviors Scale (p<0.05). **Conclusion:** A relationship was found between risky health behaviors of adolescents and parent-adolescent relationships. It is recommended that adolescents and their families be effectively informed about substance use, feeding and physical activity.

Keywords: Parent Child Relationships, Adolescence, Risky Behavior, Health.

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Ayla HENDEKÇİ, Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Giresun, Türkiye

E-mail: ayla.hendekci@gmail.com

Bu makaleye atıf yapmak için / Cite this article: Hendekci, A, Gök Uğur, H. (2021). Ergenlik Dönemi Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışları, Anne Baba Ergen İlişkileri ve Etkileyen Etmenler. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 134-146. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.842248>

©Copyright 2021 by the Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.



BAUN Sağ Bil Derg 2021 OPEN ACCESS <https://dergipark.org.tr/tr/pub/balikesirsbd>
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

GİRİŞ

Ergenlik dönemi fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan birçok değişimin görüldüğü ve hız kazandığı özel bir dönemdir. Bu dönemde yaşanan değişimler sağlığı etkileyen davranışlar üzerinde belirleyicidir. Ergenin en önemli görevi bu değişimlere sağlıklı bir şekilde uyum sağlayabilmesidir (Geçkil ve Dünder, 2011; Ateş ve Akbaş, 2012). Erken yaşlarda kazanılan olumsuz sağlık davranışları hastalık yükünde artışlara ve erken ölümlere sebep olmaktadır (Bebiş, Akpunar, Özdemir, ve Kılıç, 2015). Bireyin içinde doğduğu ya da büyüdüğü ortamın özellikleri, aile ve çevresi ile olan ilişkisi sağlık durumunu yakından etkilemektedir. Bu nedenle erken dönemlerde sağlık risklerinin belirlenmesi, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürmelerinde etkili olacaktır (Sezer, 2010). Ergenlik döneminin kendine özgü özelliklerinin başında merak, deneyim yaşama ve risk alma davranışları gelmektedir (Semerci, 2016). Bu dönemde görülen bazı davranışlar riskli sağlık davranışı olarak kabul edilmektedir. Gençlik Risk Davranışı Gözetim Sistemi'ne göre bu davranışların içinde madde kullanımı, beslenme bozuklukları, fiziksel inaktivite, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, şiddet ve intiharlar yer almaktadır (YRBSS Overview, 2018). Ergenlik dönemindeki bireylerle yapılan birçok çalışma riskli sağlık davranışlarının bu dönemde yaygın olduğunu göstermektedir (Telef, 2014; Muslu ve Aygün, 2017). Bu dönemde riskli davranışların ortaya çıkmasında ergenlerin kendi sosyal çevreleri ve aile bireyleri ile olan etkileşimleri yakından ilişkilidir (Şimşek ve Çöplü, 2018). Ergenlik dönemi, çocukların aileleri ile güçlü çatışmalar yaşadığı bir geçiş dönemidir. Yapılan çalışmalar ergen ile anne baba ilişkilerindeki çatışmanın gelişim sürecinin bir parçası olduğunu ve ergenlerin davranışında ailesi, arkadaşları ve çevresinin önemli belirleyiciler olduğunu ortaya koymuştur (Lundberg ve Wuermlı, 2012; Santrock, 2014; Rattay ve ark., 2018). Anne babanın ergenle ilişkilerindeki olumsuz tutumların ergende düşük benlik saygısı, madde kullanımı, okul başarısında azalma ve davranış sorunlarına neden olduğu yapılan çalışmalarla ortaya koyulmuştur (Pinquart, 2017; Martinez ve ark., 2019). Bu sebeple sağlık davranışlarında anne, baba ve ergen ilişkisini anlamak oldukça önemlidir. Literatürde ergenlik dönemi öğrencilerinin riskli sağlık davranışları ve anne baba ilişkilerini değerlendiren çalışmalar oldukça sınırlıdır (Chow, Hart, Ellis, ve Tan, 2017; Taliaferro ve ark., 2020). Ergenlik döneminde gelişen riskli sağlık davranışlarının anne baba ilişkileriyle yakından ilişkili olduğu, bu ilişkiyi incelemenin yaşamın ilerleyen yıllarında gelişebilecek sağlık sorunlarının önlenmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu sebeple çalışma, ergenlik dönemi öğrencilerinin riskli sağlık davranışları, anne baba ilişkileri ve etkileyen etmenleri incelemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın türü

Bu çalışma tanımlayıcı türde yapılmıştır.

Araştırmanın evren ve örnekleme

Çalışma, Karadeniz bölgesindeki bir il merkezinde kura yöntemi ile belirlenen üç ortaokulda 2017/2018 eğitim

öğretim yılı içinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evren ve örneklemini erken ergenlik dönemindeki ortaokul öğrencileri oluşturmuştur (n=500). Olasılıksız örnekleme yöntemi ile ulaşılan 350 öğrenci çalışmaya dahil edilmiştir (%70). Araştırmaya ortaokul öğrencisi olan, velisi onay veren ve gönüllü olarak araştırmaya katılmak isteyen öğrenciler dahil edilmiştir.

Veri toplama araçları

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak, Bilgi Formu, Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği ve Anne-Baba Ergen İlişkileri Ölçeği kullanılmıştır.

Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan form yaş, cinsiyet, anne-baba eğitim durumu, gelir düzeyi, en uzun süre yaşanan yer, kendini sağlıklı bulma, aktivitelere katılma, katıldığı aktiviteler ve öğrencinin okul başarısı maddelerinin yer aldığı on sorudan oluşmaktadır (Gersh ve ark., 2018; Hendekci, 2019)

Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ): Çimen (2003) tarafından geliştirilen ölçek 35 soru ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar, 'Beslenme, Psikososyal, Fiziksel Aktivite, Hijyen, Madde Kullanımı' şeklindedir. Ölçek 5'li likert türündedir. Ölçek, 35-175 arasında puanlanmaktadır. Ölçek puanlamasında ters kodlamalar yer almaktadır. Bu ters kodlamalar; 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23 ve 25. maddeleri kapsamaktadır. Ölçek son değerlendirmesinde ham puan üzerinden 20-100 arasında puanlama yapılır. Ölçekten ve alt boyutlarından alınan toplam puanların yüksek olması riskli sağlık davranışlarının yüksek, yani kişilerin riskte olduğunu gösterir. Ölçek Cronbach Alfa'sı 0.86'dır (Çimen, 2013).

Anne-Baba Ergen İlişkileri Ölçeği (ABEİÖ): Kaner (2000) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçek 39 sorudan oluşmaktadır. Ölçek 5'li likert türündedir. Ölçek iki başlıkta ele alınmakta olup ilk başlık olan 'Anne İlişkileri' 7 alt ölçekten (Yakın İletişim, Birlikte Etkinlikte Bulunma, Duyarlılık, Sevgi ve Güven, İzleme, Normların Düzenlenmesi ve Beklentileri Karşılama) ikinci başlık olan 'Baba İlişkileri' ise 8 alt ölçekten (Anne İlişkileri Ölçeğindeki tüm alt boyutlar ve Ev Kuralları) oluşmaktadır. Ölçek puanlamasında, anne ilişkilerinden 30 ile 150 arasında puan alınabilirken; baba ilişkilerinden 37 ile 185 arası puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksekliği anne-babanın ergen üzerindeki kontrolünün ve ergenle ilişkisinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek Cronbach Alfa'sı; anne ilişkileri için 0.92 ve baba ilişkileri için 0.93'dür (Kaner, 2000). Bu çalışmada Cronbach Alfa değeri 0.82 olarak bulunmuştur.

Verilerin toplanması

Çalışmanın verileri, okul ortamında yüz yüze görüşme tekniği ile öz bildirim dayalı olarak ortalama 15 dakikada toplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi

Veriler, SPSS 20.00 istatistik programında analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov ile değerlendirilmiştir. Veriler normal dağılım gösterdiği için parametrik testler uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, t testi, varyans analizi ve

Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Araştırma için anlamlılık düzeyi $p<0.05$ alınmıştır.

Araştırmanın etik yönü

Çalışma için Giresun Üniversitesi bünyesindeki etik kuruldan 04.09.18 tarih ve 18 karar sayılı onay ve araştırmanın uygulandığı kurumdan izin alınmıştır. Ayrıca çalışmaya katılan öğrencilerden ve ebeveynlerinden onam alınmıştır.

Çalışma kapsamındaki ergenlerin yaş ortalaması 12.27 ± 0.68 'dir ve %53.1'i kız öğrencidir. Ergenlerin %66'sının annesi, %62'sinin babası ilköğretim mezunu olup, %65.1'inin geliri giderine denk ve %46.9'u en uzun süre ilçede yaşamıştır. Ergenlerin %85.4'ünün kendisini sağlıklı bulduğu, %36.6'sının aktivitelere katıldığı ve %64.6'sının okul başarısını iyi olarak değerlendirdiği belirlenmiştir (Tablo 1).

BULGULAR

Tablo 1. Ergenlik dönemindeki öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.

Tanıtıcı özellikler		n	%
Yaş (X±SS)		12.27±0.68	
Cinsiyet	Kız	186	53.1
	Erkek	164	46.9
Anne eğitimi	Okur-yazar değil	16	4.6
	İlköğretim mezunu	231	66.0
	Lise mezunu	75	21.4
	Üniversite mezunu	28	8.0
Baba eğitimi	Okur-yazar değil	2	0.6
	İlköğretim mezunu	217	62.0
	Lise mezunu	89	25.4
	Üniversite mezunu	42	12.0
Ailenin gelir durumu	Gelir giderden az	45	12.9
	Gelir gidere denk	228	65.1
	Gelir giderden fazla	77	22.0
En uzun süre yaşanan yer	Köy	42	12.0
	İlçe	164	46.9
	İl	109	31.1
	Büyük şehir	35	10.0
Kendini sağlıklı bulma	Evet	299	85.4
	Hayır	51	14.6
Aktivitelere katılma	Evet	128	36.6
	Hayır	222	63.4
Katıldığı aktiviteler(n=128)	Katılmayanlar	222	63.4
	Dans	26	7.4
	Tiyatro	26	7.4
	Spor	76	21.8
Okul başarısını değerlendirme	Çok iyi	82	23.4
	İyi	226	64.6
	Kötü	38	10.9
	Çok kötü	4	1.1
Toplam		350	100.0

X= Ortalama, SS = Standart sapma

Çalışma kapsamındaki ergenlerin yaşı ile RSDÖ 'madde kullanımı' alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Ergenlerin yaşı arttıkça madde kullanımı artmaktadır. Ergenlerin cinsiyeti ile RSDÖ tüm alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Erkek öğrencilerin riskli sağlık davranışları daha yüksektir. Ergenlerin gelir düzeyi ile RSDÖ 'hijyen ve madde kullanımı' alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit

edilmiştir ($p<0.05$). Geliri giderinden az olan ergenlerin hijyen ve madde kullanımı konusundaki riskli sağlık davranışları daha yüksektir. Ergenlerin kendini sağlıklı bulma durumları ile RSDÖ 'beslenme ve madde kullanımı' alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Kendini sağlıklı bulmayan öğrencilerin beslenme ve madde kullanımında riskli davranışları daha yüksektir. Ergenlerin okul başarılarını değerlendirme durumları ile RSDÖ 'beslenme' alt boyutu ve toplam ölçek puanı ortalamaları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Okul başarısını kötü olarak belirten ergenlerin beslenme konusundaki riskli sağlık davranışları daha yüksektir (Tablo 2).

Tablo 2. Ergenlerin sosyo-demografik özellikleri ile riskli sağlık davranışları ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Tanıtıcı özellikler		Beslenme	Psikososyal	Fiziksel Aktivite	Hijyen	Madde Kullanımı	RSDÖ Toplam
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yaş		12.27±0.68	12.27±0.68	12.27±0.68	12.27±0.68	12.27±0.68	12.27±0.68
	r	0.077	-0.058	0.042	-0.051	0.120*	0.013
	p	0.149	0.281	0.434	0.340	0.024	0.803
Cinsiyet	Kız	49.07±8.95	46.34±6.81	49.97±10.40	30.30±10.14	41.05±4.30	39.85±4.68
	Erkek	51.95±8.80	50.99±9.11	53.96±12.04	33.32±13.45	42.23±5.87	43.04±5.67
	t	-3.027	-5.438	-3.326	-2.384	-2.157	-5.770
	p	0.003	0.000	0.001	0.018	0.032	0.000
Anne eğitimi	Okur-yazar değil	51.70±9.55	49.63±6.08	54.69±15.11	36.50±13.77	40.63±3.10	42.64±5.90
	İlköğretim mezunu	50.65±9.16	48.42±7.96	51.84±11.76	31.95±12.19	41.58±5.23	41.43±5.43
	Lise mezunu	49.26±8.58	47.87±9.51	52.07±9.62	29.28±9.37	41.47±4.56	40.50±5.18
	Üniversite mezunu	50.91±8.47	50.50±8.62	49.64±9.99	33.57±13.44	42.68±6.45	42.14±5.35
	F	0.601	0.793	0.692	2.192	0.623	1.154
	p	0.615	0.499	0.557	0.089	0.600	0.327
Baba eğitimi	Okur-yazar değil	51.70±9.55	49.63±6.08	54.69±15.11	36.50±13.77	40.63±3.10	42.64±5.90
	İlköğretim mezunu	50.65±9.16	48.42±7.96	51.84±11.76	31.95±12.19	41.58±5.23	41.43±5.43
	Lise mezunu	49.26±8.58	47.87±9.51	52.07±9.62	29.28±9.37	41.47±4.56	40.50±5.18
	Üniversite mezunu	50.91±8.47	50.50±8.62	49.64±9.99	33.57±13.44	42.68±6.45	42.14±5.35
	F	0.207	0.665	1.453	0.200	0.689	0.356
	p	0.892	0.574	0.227	0.897	0.559	0.784
Gelir durumu	Gelir giderden az	50.67±9.75	49.07±9.19	53.56±13.88	36.27±14.93	43.44±7.89	42.67±6.86
	Gelir gidere denk	50.74±8.87	48.10±8.14	51.21±10.77	31.51±12.06	41.36±4.73	41.15±5.36
	Gelir giderden fazla	49.33±8.88	49.45±8.20	52.73±11.43	29.66±8.29	41.23±3.90	41.15±4.43
	F	0.732	0.884	1.104	4.571	3.4137	1.552
	p	0.482	0.414	0.333	0.011	0.034	0.213
En uzun yaşanılan yer	Köy	50.00±9.64	47.43±8.65	52.86±10.83	34.29±13.55	41.79±5.82	41.44±5.99
	İlçe	50.37±8.57	47.96±8.13	50.98±10.82	32.15±11.68	41.71±5.30	41.11±5.24
	İl	50.83±8.40	48.94±7.39	51.79±11.93	29.50±11.22	41.15±4.44	41.27±4.82
	Büyük şehir	49.92±11.80	51.14±10.71	54.86±12.45	33.49±12.16	42.29±5.47	42.55±6.97
	F	0.141	1.759	1.255	2.266	0.534	0.687
	p	0.935	0.155	0.290	0.081	0.659	0.560
Kendini sağlıklı bulma	Evet	49.81±8.67	48.49±8.07	52.16±11.03	31.40±11.53	41.27±4.46	41.13±5.22
	Hayır	54.01±10.01	48.67±9.60	50.00±13.08	33.57±13.81	43.53±7.76	42.63±6.24
	t	-3.126	-1.136	1.254	-1.206	-2.943	-1.849
	p	0.002	0.892	0.211	0.229	0.003	0.065
Aktivitelere katılma	Evet	50.71±8.96	48.95±8.78	52.27±11.53	30.56±9.31	41.60±4.82	41.44±5.13
	Hayır	50.25±9.01	48.27±8.00	51.60±11.28	32.38±13.12	41.60±5.30	41.29±5.56
	t	0.457	0.742	0.528	-1.378	0.004	0.254
	p	0.648	0.459	0.598	0.169	0.997	0.800
Okul başarısını değerlendirme	Çok iyi	47.74±9.56	47.68±8.09	49.94±9.61	30.00±12.06	41.52±4.76	39.90±5.17
	İyi	51.02±8.70	48.74±8.43	52.06±12.01	31.77±11.18	41.57±5.32	41.63±5.36
	Kötü	52.39±8.75	49.05±8.08	55.26±10.26	35.16±15.23	42.11±5.02	42.89±5.78
	Çok kötü	52.73±3.93	48.00±8.16	46.25±10.31	31.00±7.57	40.00±0.00	40.29±2.74
	F	3.547	0.389	2.291	1.646	0.260	3.332
	p	0.015	0.761	0.078	0.178	0.854	0.020

X= Ortalama, SS = Standart sapma

Çalışmada, ergenlerin yaşı ile Anne İlişkileri (Aİ) toplam puanı ve 'yakın iletişim' alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Ergenlerin yaşı arttıkça anneye ilişkileri ve yakın iletişimleri azalmaktadır. Ergenlerin cinsiyeti ile Aİ toplam puanı ve 'duyarlık, sevgi ve güven ve normların

düzenlenmesi' alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Kızlarda duyarlık, sevgi ve güven ve normların düzenlenmesi daha yüksektir. Ergenlerin annelerinin eğitim durumu ile Aİ toplam puanı ve 'sevgi ve güven' alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu

bulunmuştur ($p<0.05$). Annesi lise mezunu olan ergenlerin sevgi ve güveni ve anneye ilişkileri daha yüksektir. Ergenlerin en uzun süre yaşadığı yer ile Aİ toplam puanı ve ‘birlikte etkinlikte bulunma ve duyarlık’ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Büyükşehirde yaşayan ergenlerin anneye ilişkileri, birlikte etkinlikte bulunma ve duyarlıkları daha yüksektir. Ergenlerin kendini sağlıklı bulma durumu ile Aİ toplam puanı ve ‘sevgi ve güven’ ve ‘izleme’ alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Kendini sağlıklı bulan ergenlerin anneye ilişkileri, sevgi ve güven ile

izlemleri daha yüksektir. Ergenlerin aktivitelere katılma durumu ile Aİ toplam puanı ve ‘sevgi ve güven’ ve ‘normların düzenlenmesi’ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Aktivitelere katılan ergenlerde sevgi ve güven ile normların düzenlenmesi daha yüksektir. Ergenlerin okul başarısını algılama durumu ile Aİ toplam puanı ve ‘normların düzenlenmesi’ alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Okul başarısını çok kötü olarak algılayan ergenlerde normların düzenlenmesi daha yüksektir (Tablo 3).

Tablo 3. Ergenlerin sosyo-demografik özellikleri ile anne ilişkileri ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Tamtıcı özellikler		Yakın ilişkim	Birlikte etkinlikte bulunma	Duyarlık	Sevgi ve güven	izleme	Normların düzenlenmesi	Beklentileri karşılama	Aİ Toplam
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yaş	r	12.27±0.68	12.27±0.68	12.27±0.68	12.27±0.68	12.27±0.68	12.27±0.68	12.27±0.68	12.27±0.68
	p	-0.151**	-0.088	-0.028	0.022	-0.04	-0.0580	-0.061	-0.109*
		0.005	0.099	0.605	0.676	0.42	0.276	0.257	0.042
Cinsiyet	Kız	23.35±4.97	21.97±3.72	22.78±4.71	23.62±4.30	16.17±3.0	14.05±4.14	8.52±4.23	130.47±150.00
	Erkek	22.59±6.39	20.95±6.21	21.46±3.40	22.77±3.26	16.52±5.26	13.07±2.60	8.20±1.92	125.57±20.09
		t	1.265	1.881	2.960	2.076	-0.775	2.611	0.877
		p	0.207	0.061	0.003	0.039	0.439	0.009	0.381
									0.010
Anne eğitimi	Okuryazar değil	20.75±4.92	18.75±5.98	20.13±4.46	22.06±2.67	16.69±2.91	13.13±1.75	7.38±2.63	118.88±19.24
	İlköğretim mezunu	23.07±6.05	21.35±5.61	22.28±4.67	23.03±3.01	16.27±4.71	13.49±2.19	8.19±1.91	127.68±18.33
	Lise mezunu	23.36±4.96	22.33±3.09	22.37±2.64	24.31±5.90	16.79±3.06	14.25±6.29	9.09±6.21	132.51±15.17
	Üniversite mezunu	22.64±4.64	21.96±3.16	21.79±3.02	22.61±3.44	15.50±3.47	12.93±2.92	8.50±1.45	125.93±15.70
	F	0.986	2.425	1.463	2.932	0.699	1.361	1.894	3.236
		p	0.399	0.066	0.224	0.034	0.255	0.130	0.022
Baba eğitimi	Okuryazar değil	25.50±2.12	22.50±2.12	23.50±0.71	24.00±1.41	18.00±0.00	15.00±0.00	10.00±0.00	138.50±3.54
	İlköğretim mezunu	22.82±6.08	21.23±4.46	22.25±4.78	23.36±4.26	16.19±4.65	13.71±4.05	8.20±1.96	127.77±17.57
	Lise mezunu	23.21±5.21	21.53±4.13	21.91±3.08	23.01±3.30	16.47±3.84	13.47±2.51	8.87±5.78	128.47±18.76
	Üniversite mezunu	23.29±4.61	22.74±8.65	22.17±2.95	22.90±2.77	16.74±2.65	13.17±2.46	8.12±1.67	129.12±16.76
	F	0.273	1.076	0.208	0.305	0.344	0.427	1.074	0.311
		p	0.845	0.359	0.891	0.821	0.794	0.360	0.818
Gelir durumu	Gelir giderden az	22.98±9.59	20.49±5.15	22.22±9.12	22.24±3.32	15.62±3.51	13.13±2.08	7.51±2.27	124.20±22.49
	Gelir gidere denk	23.01±4.88	21.79±5.26	22.12±2.81	23.36±4.26	16.28±2.95	13.54±2.17	8.53±3.85	128.62±16.01
	Gelir giderden fazla	22.95±4.88	21.19±4.35	22.26±3.03	23.39±2.71	16.92±6.99	14.04±6.36	8.40±1.94	129.16±19.28
	F	0.004	1.413	0.038	1.663	1.395	1.024	1.736	1.326
		p	0.996	0.245	0.963	0.191	0.360	0.178	0.267

X= Ortalama, SS = Standart sapma

Tablo 3 (Devam). Ergenlerin sosyo-demografik özellikleri ile anne ilişkileri ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Tanıtıcı özellikler		Yakın iletişim	Birlikte etkinlikte bulunma	Duyarlık	Sevgi ve güven	izleme	Normların düzenlenmesi	Beklentileri karşılama	AI Toplam
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
En uzun yaşamları yer	Köy	21.86±4.95	19.79±5.26	20.55±3.60	22.05±4.24	15.48±3.43	13.55±2.10	9.02±8.28	122.29±20.89
	İlçe	23.21±6.54	21.45±4.44	22.20±3.08	23.53±4.72	16.52±5.25	13.42±2.38	8.18±1.93	128.52±17.18
	İl	22.89±4.81	21.55±3.45	22.53±5.94	23.07±2.50	16.02±3.12	13.68±5.43	8.22±1.90	127.96±17.50
	Büyük şehir	23.66±4.60	23.54±9.47	22.77±1.86	23.66±1.63	17.49±2.13	14.20±1.35	8.91±1.50	134.23±15.04
	F p	0.812 0.488	3.590 0.014	2.642 0.049	1.856 0.137	1.756 0.155	0.495 0.686	1.084 0.356	2.987 0.031
Kendini sağlıklı bulma	Evet	23.19±5.66	21.58±5.04	22.32±4.26	23.39±3.79	16.58±4.28	13.53±2.22	8.44±3.52	129.02±17.00
	Hayır	21.84±5.74	21.00±5.20	21.24±3.72	22.22±4.18	14.94±3.76	14.00±7.60	7.94±2.06	123.18±20.92
	t p	1.569 0.118	0.749 0.454	1.713 0.088	2.022 0.044	2.563 0.011	-0.88 0.376	0.985 0.325	2.191 0.029
Aktiviteler e katılma	Evet	22.88±4.82	21.95±3.46	22.50±2.38	23.80±4.85	16.73±5.49	14.26±4.69	8.45±1.63	130.58±13.52
	Hayır	23.06±6.13	21.23±5.78	21.97±4.94	22.89±3.12	16.11±3.31	13.21±2.59	8.32±4.03	126.78±19.63
	t p	-0.278 0.781	1.297 0.196	1.142 0.254	2.150 0.032	1.306 0.193	2.690 0.007	0.358 0.721	1.938 0.053
Okul başarısını değerlendirme	Çok iyi	23.24±5.11	21.32±4.31	22.20±3.29	23.23±2.42	16.51±3.26	13.68±2.10	8.51±1.84	128.70±16.61
	İyi	23.04±5.96	21.62±5.50	22.32±4.58	23.25±4.43	16.15±3.20	13.46±2.25	8.34±3.95	128.19±17.64
	Kötü	22.16±5.15	20.89±4.03	21.18±3.67	23.05±2.87	17.24±9.04	12.76±2.81	8.11±1.78	125.39±19.98
	Çok kötü	23.00±6.68	23.25±2.06	21.75±2.50	23.25±2.36	15.00±3.65	27.00±24.67	9.50±0.58	142.75±20.04
	F p	0.331 0.803	0.419 0.740	0.812 0.488	0.028 0.994	0.901 0.441	23.941 0.000	0.284 0.837	1.241 0.295

X= Ortalama, SS = Standart sapma

Çalışmada, ergenlerin yaşı ile Baba İlişkileri (Bİ) toplam puanı ve 'yakın iletişim' alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Ergenlerin yaşı arttıkça babayla ilişkileri ve yakın iletişimlerini azalmaktadır. Ergenlerin cinsiyeti ile Bİ ve 'duyarlılık ve normların düzenlenmesi' alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Kızlarda duyarlılık ve normların düzenlenmesi daha yüksektir. Ergenlerin en uzun süre yaşadığı yer ile Bİ toplam puanı ve 'birlikte etkinlikte bulunma' alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Büyükşehirde

yaşayanların babayla ilişkileri ve birlikte etkinlikte bulunmaları daha yüksektir. Ergenlerin kendini sağlıklı bulma durumu ile Bİ toplam puanı ve 'sevgi ve güven, izleme, normların düzenlenmesi ve ev kuralları' alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Kendini sağlıklı bulan ergenlerde baba ilişkileri, sevgi ve güven, izleme, normların düzenlenmesi ve ev kuralları daha yüksektir. Ergenlerin aktivitelere katılma durumu ile Bİ toplam puanı ve 'normların düzenlenmesi' alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Aktivitelere katılan ergenlerde normların düzenlenmesi daha yüksektir (Tablo 4).

Tablo 4. Ergenlerin sosyo-demografik özellikleri ile baba ilişkileri ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Tanıtıcı özellikler		Yakın İletişim	Birlikte etkinlikte bulunma	Duyarlılık	Sevgi ve güven	İzleme	Normların düzenlenmesi	Beklentileri karşılama	Ev kuralları	Bi Toplam
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yaş		12.27±0.68	12.27±0.68	12.27±0.68	12.27±0.68	12.27±0.68	12.27±0.68	12.27±0.68	12.27±0.68	12.27±0.68
	r p	-0.159** 0.003	-0.088 0.099	-0.022 0.685	0.007 0.898	-0.072 0.178	-0.023 0.674	-0.061 0.257	-0.060 0.267	-0.112* 0.036
Cinsiyet	Kız	30.24±6.26	21.97±3.72	27.18±5.01	18.84±2.07	15.99±3.15	26.95±3.35	8.52±4.23	8.78±1.45	158.47±17.92
	Erkek	29.82±7.66	20.95±6.21	25.90±3.94	18.35±2.82	16.32±5.25	26.15±4.13	8.20±1.92	8.50±1.59	154.20±23.27
	t p	0.563 0.574	1.881 0.061	2.647 0.008	1.87 0.062	-0.731 0.465	1.982 0.048	0.877 0.381	1.752 0.081	1.936 0.054
Anne eğitimi	Okuryazar değil	27.69±6.31	18.75±5.98	24.19±5.42	18.13±2.19	16.50±2.94	26.38±3.52	7.38±2.63	8.50±2.07	147.50±23.16
	İlköğretim mezunu	30.00±7.23	21.35±5.61	26.69±5.02	18.56±2.55	16.02±4.76	26.65±3.63	8.19±1.91	8.62±1.50	156.08±21.54
	Lise mezunu	30.73±6.35	22.33±3.09	26.84±3.08	19.09±1.53	16.69±3.06	26.85±3.72	9.09±6.21	8.99±1.30	160.63±17.43
	Üniversite mezunu	29.89±6.34	21.96±3.16	26.32±3.13	18.04±3.49	15.54±3.11	25.29±4.81	8.50±1.45	8.11±1.81	153.64±18.44
	F p	0.868 0.458	2.425 0.066	1.624 0.184	1.724 0.162	0.70 0.547	1.290 0.278	1.894 0.130	2.524 0.058	2.239 0.084
Baba eğitimi	Okur-yazar değil	32.00±1.41	22.50±2.12	27.00±4.24	19.50±0.71	17.50±0.71	27.00±4.24	10.00±0.00	10.00±0.00	166.00±2.83
	İlköğretim mezunu	29.83±7.26	21.23±4.46	26.72±3.34	18.67±2.26	15.94±4.74	26.72±3.34	8.20±1.96	8.73±1.40	155.97±20.24
	Lise mezunu	30.19±6.80	21.53±4.13	26.44±4.72	18.51±2.79	16.40±3.72	26.44±4.72	8.87±5.78	8.53±1.76	156.82±23.19
	Üniversite mezunu	30.69±5.72	22.74±8.65	26.10±3.54	18.52±2.75	16.60±2.44	26.10±3.54	8.12±1.67	8.43±1.61	157.81±17.90
	F p	0.252 0.860	1.076 0.359	0.115 0.951	0.197 0.898	0.499 0.683	0.381 0.767	1.074 0.360	1.226 0.300	0.249 0.862
Gelir durumu	Gelir giderden az	29.67±10.98	20.49±5.15	26.58±9.44	17.87±3.03	15.40±3.55	26.40±3.83	7.51±2.27	8.84±1.24	152.76±25.90
	Gelir gidere denk	30.11±6.16	21.79±5.26	26.53±3.28	18.68±2.39	16.13±2.91	26.69±3.46	8.53±3.85	8.64±1.60	157.08±19.16
	Gelir giderden fazla	30.05±6.17	21.19±4.35	26.74±3.53	18.87±2.23	16.62±7.09	26.34±4.52	8.40±1.94	8.58±1.45	156.81±21.68
	F p	0.076 0.927	1.413 0.245	0.063 0.939	2.595/ 0.076	1.175 0.310	0.306 0.737	1.736 0.178	0.446 0.640	0.835 0.435

X= Ortalama, SS = Standart sapma

Tablo 4 (Devam). Ergenlerin sosyo-demografik özellikleri ile baba ilişkileri ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Tanıtıcı Özellikler		Yakın iletişim	Birlikte etkinlikte bulunma	Duyarlık	Sevgi ve güven	İzleme	Normların düzenlenmesi	Beklentileri karşılama	Ev kuralları	Bİ Toplam
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
En süre yaşamlan yer	Köy	28.31±6.05	19.79±5.26	24.93±4.20	17.71±3.66	15.55±3.42	26.29±4.11	9.02±8.28	8.29±1.69	149.88±24.02
	İlçe	30.35±7.92	21.45±4.44	26.69±3.39	18.76±2.44	16.27±5.28	26.59±3.94	8.18±1.93	8.71±1.51	157.01±20.44
	İl	29.83±5.87	21.55±3.45	26.80±6.39	18.59±2.12	15.85±3.16	26.22±3.61	8.22±1.90	8.53±1.49	155.60±20.02
	Büyük şehir	31.29±5.86	23.54±9.47	27.37±2.16	19.09±1.27	17.20±2.27	27.97±2.47	8.91±1.50	9.17±1.38	164.54±17.18
	F p	1.393 0.245	3.590 0.014	2.312 0.076	2.544 0.056	1.208 0.307	2.039 0.108	1.084 0.356	2.513 0.058	3.367 0.019
Kendini sağlıklı bulma	Evet	30.30±6.85	21.58±5.04	26.75±4.61	18.76±2.14	16.37±4.34	26.81±3.45	8.44±3.52	8.74±1.48	157.74±19.79
	Hayır	28.53±7.38	21.00±5.20	25.61±4.27	17.75±3.74	14.84±3.52	25.18±5.03	7.94±2.06	8.14±1.69	148.98±24.15
	t p	1.685 0.093	0.749 0.454	1.646 0.101	2.759 0.006	2.377 0.018	2.907 0.004	0.985 0.325	2.631 0.009	2.824 0.005
Aktivitelere katılma	Evet	30.08±6.36	21.95±3.46	27.00±2.78	18.90±1.93	16.65±5.40	27.09±3.04	8.45±1.63	8.79±1.38	158.91±15.89
	Hayır	30.02±7.28	21.23±5.78	26.34±5.34	18.45±2.70	15.86±3.42	26.27±4.09	8.32±4.03	8.57±1.60	155.05±22.91
	t p	0.078 0.938	1.297 0.196	1.305 0.193	1.647 0.100	1.680 0.094	1.973 0.049	0.358 0.721	1.285 0.200	1.686 0.093
Okul başarısını değerlendirme	Çok iyi	30.51±6.29	21.32±4.31	26.80±3.67	18.70±2.26	16.46±3.01	26.74±3.61	8.51±1.84	8.87±1.52	157.91±19.11
	İyi	30.16±7.19	21.62±5.50	26.69±4.93	18.56±2.55	15.92±3.28	26.67±3.70	8.34±3.95	8.59±1.55	156.56±21.01
	Kötü	28.21±6.57	20.89±4.03	25.50±4.29	18.76±2.44	16.89±9.18	25.74±4.36	8.11±1.78	8.53±1.35	152.63±22.77
	Çok kötü	30.75±8.85	23.25±2.06	26.00±2.94	18.50±1.91	15.50±2.65	25.50±3.87	9.50±0.58	8.75±1.50	157.75±12.84
	F p	1.044 0.373	0.419 0.740	0.836 0.475	0.112 0.953	0.792 0.499	0.845 0.470	0.284 0.837	0.742 0.527	0.574 0.632

X= Ortalama, SS = Standart sapma

Ergenlerin, RSDÖ toplam puanı ile Aİ toplam puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Ergenlerin anneye ilişkisi arttıkça riskli sağlık davranışları azalmaktadır. Ergenlerin, RSDÖ toplam puanı ile Bİ

toplam puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Ergenlerin babayla ilişkisi arttıkça riskli sağlık davranışları azalmaktadır (Tablo 5).

Tablo 5. Ergenlerin riskli sağlık davranışları ölçeği alt boyutları ile anne-baba ergen ilişkileri ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasındaki ilişki.

			Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Alt Boyutları					
			Beslenme	Psikososyal	Fiziksel Aktivite	Hijyen	Madde Kullanımı	RSDÖ Toplam
Anne İlişkileri Alt Boyutları	Yakın İletişim	r	0.248**	-0.152**	-0.171**	-0.263**	-0.107*	-0.296**
		p	0.000	0.004	0.001	0.000	0.046	0.000
	Birlikte Etkinlikte Bulunma	r	-0.137*	-0.173**	-0.082	-0.266**	-0.109*	-0.259**
		p	0.010	0.001	0.126	0.000	0.042	0.000
	Duyarlık	r	-0.215**	-0.070	-0.140**	-0.279**	-0.137*	-0.269**
		p	0.000	0.191	0.009	0.000	0.010	0.000
	Sevgi ve Güven	r	-0.224**	-0.106*	-0.111*	-0.264**	-0.027	-0.266**
		p	0.000	0.048	0.038	0.000	0.618	0.000
	İzleme	r	-0.221**	-0.136*	-0.038	-0.206**	-0.046	-0.237**
		p	0.000	0.011	0.476	0.000	0.391	0.000
Normların Düzenlenmesi	r	-0.121*	-0.062	0.009	-0.197**	-0.081	-0.156**	
	p	0.024	0.250	0.871	0.000	0.130	0.003	
Beklentileri Karşılama	r	-0.157**	-0.122*	-0.147**	-0.201**	-0.056	-0.231**	
	p	0.003	0.023	0.006	0.000	0.295	0.000	
Aİ Toplam	r	-0.315**	-0.206**	-0.171**	-0.411**	-0.141**	-0.422**	
	p	0.000	0.000	0.001	0.000	0.008	0.000	
Baba İlişkileri Alt Boyutları	Yakın İletişim	r	-0.262**	-0.141**	-0.171**	-0.251**	-0.096	-0.308**
		p	0.000	0.008	0.001	0.000	0.074	0.000
	Birlikte Etkinlikte Bulunma	r	-0.137*	-0.173**	-0.082	-0.266**	-0.109*	-0.259**
		p	0.010	0.001	0.126	0.000	0.042	0.000
	Duyarlık	r	-0.238**	-0.088	-0.149**	-0.293**	-0.119*	-0.292**
		p	0.000	0.098	0.005	0.000	0.026	0.000
	Sevgi ve Güven	r	-0.272**	-0.173**	-0.132*	-0.277**	-0.119*	-0.336**
		p	0.000	0.001	0.013	0.000	0.026	0.000
	İzleme	r	-0.233**	-0.157**	-0.062	-0.178**	-0.022	-0.244**
		p	0.000	0.003	0.244	0.001	0.683	0.000
	Normların Düzenlenmesi	r	-0.246**	-0.177**	-0.054	-0.232**	-0.078	-0.285**
		p	0.000	0.001	0.316	0.000	0.143	0.000
	Beklentileri Karşılama	r	-0.157**	-0.122*	-0.147**	-0.201**	-0.056	-0.231**
		p	0.003	0.023	0.006	0.000	0.295	0.000
Ev Kuralları	r	-0.294**	-0.203**	-0.075	-0.218**	-0.009	-0.309**	
	p	0.000	0.000	0.159	0.000	0.865	0.000	
Bİ Toplam	r	-0.346**	-0.229**	-0.178**	-0.375**	-0.128*	-0.434**	
	p	0.000	0.000	0.001	0.000	0.017	0.000	

*p<0.05, **p<0.01

TARTIŞMA

Ergenlik dönemi öğrencilerinin riskli sağlık davranışları, anne baba ilişkileri ve etkileyen etmenleri incelemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları bu bölümde tartışılmıştır. Ergenlik döneminde riskli sağlık davranışlarının bazı demografik özelliklerden etkilendiği bilinmektedir (Geçkil ve Dündar, 2011; Muslu ve Aygün, 2017). Bu çalışmada ergenlerin yaşı arttıkça, madde kullanımının arttığı bulunmuştur. Ergenlerde riskli sağlık davranışlarının değerlendirildiği bir çalışmada yaş ile madde kullanımının doğru orantılı olarak arttığı, ebeveyn bildirimlerine dayanan başka bir çalışmada benzer şekilde ergenlerin yaşları ile madde kullanımında artış olduğu ifade edilmiştir (Çavuş, Çavuş, ve Görpelioglu, 2017; Gersh ve ark., 2018). Ergenlerin cinsiyeti ile RSDÖ tüm alt boyut puanları değerlendirildiğinde erkek öğrencilerin riskli sağlık davranışları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda benzer şekilde erkek cinsiyetteki ergenlerin riskli sağlık davranışları daha çok sergilediği ifade edilmiştir (Çavuş, Çavuş, ve Görpelioglu, 2017; Çavdar ve ark., 2016; Zhang ve ark., 2019). Çalışmaya katılan ergenlerin gelir düzeyi ile RSDÖ 'hijyen ve madde kullanımı' alt boyut puan ortalamalarına göre geliri

giderinden az olan ergenlerin hijyen ve madde kullanımı konusundaki riskli sağlık davranışları daha yüksektir. Gelir düzeyi, ergenlerde hem hijyen davranışlarını hem de madde kullanımlarını etkilemektedir. Literatür incelendiğinde yapılan az sayıda çalışmada ergenlerin hijyen davranışları sosyoekonomik ve demografik durumlarıyla ilişkilendirilmiştir (Kırım ve Hırça, 2015; Fıncı ve Çoban, 2016). Ayrıca madde kullanımının sosyoekonomik durumla birlikte değiştiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Yıldız, 2017; Şener ve Akkuş, 2018). Çalışmaya katılan ergenlerin kendini sağlıklı bulma durumları ile RSDÖ 'beslenme ve madde kullanımı' alt boyut puanları değerlendirildiğinde kendini sağlıklı bulmayanların beslenme ve madde kullanımı riskli davranışları daha yüksektir. Bu durum kendilerini sağlıklı bulmamalarından kaynaklanabileceği gibi mevcut olan riskli beslenme ve madde kullanımı durumlarından da kaynaklanabilir. Benzer durumun ortaya koyulduğu çalışmalar az sayıdadır. Yapılan bir çalışmada, ergenlerde algılanan sağlık ile beslenme durumunun ilişkili olduğu (Khammassi ve ark., 2019), farklı bir çalışmada ise madde kullanımının ilişkili olduğu belirtilmiştir (Karayağız Muslu ve Aygün, 2017). Çalışmaya katılan

ergenlerin okul başarılarını değerlendirme durumları ile RSDÖ 'beslenme' alt boyutu ve toplam ölçek puanı ortalamaları arasında ilişki olup; okul başarısını kötü olarak belirten ergenlerin riskli sağlık davranışları daha yüksektir. Ergenlik dönemindeki beslenme kişisel, ailesel ve çevresel faktörlere bağlı olarak değişmekte olup bu çalışmaya göre beslenmenin okul başarısını yakından etkilediği söylenebilir. Yapılan çalışmalar okul başarısı ve riskli davranışların birbiri ile ilişkili olduğunu göstermekte ve bu çalışmayı desteklemektedir (Geçkil ve Dündar, 2011; Haspolat, 2016; Das ve ark., 2017). Çalışmada, ergenlerin yaşı ile anne ilişkileri ve 'yakın iletişim' alt boyutu puan ortalamaları arasında negatif yönde ilişki olup ergenlerin yaşı arttıkça anneye ilişkileri ve yakın iletişimlerinin azaldığı bulunmuştur. Ergenlik dönemi, aile içi ilişkilerde azalma, akran ilişkilerinde ise artma ile karakterizedir (Hacıoğlu, 2016). Çalışmamız beklenen bu durumu desteklemektedir. Farklı yaş gruplarındaki ergenlerin aile ilişkilerinde zamanla azalma olduğu ve yaşla birlikte azaldığı ifade edilmiştir (Pardini, Fite, ve Burke, 2008). Çalışmada, ergenlerin yaşı ile baba ilişkileri ve 'yakın iletişim' alt boyutu puan ortalamaları arasında negatif yönde ilişki olup ergenlerin yaşı arttıkça babayla ilişkileri ve yakın iletişimlerinin azaldığı bulunmuştur. Aynı durum ergenlerin anne ile ilişkilerinde de görülmüştür. Nitekim ergenlerle yapılan çalışmalarda yaş ve ebeveyn ilişkilerinin değiştiği, yaş arttıkça aile ilişkilerinde azalma olduğu bilinmektedir (Pardini, Fite, ve Burke, 2008). Çalışmamız bu yönüyle literatürle benzerlik göstermektedir. Çalışmaya katılan kız ergenlerde anne ilişkileri alt boyutlarından 'duyarlık, sevgi ve güven ve normların düzenlenmesi' puan ortalamaları daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Bunun sebebinin kızların erkeklerden farklı duygusal süreçlerden geçmesi olduğu düşünülebilir. Literatürdeki çalışmalar arasında ergenlerin cinsiyetlerine göre anne baba iletişimlerinin bazı davranışları sergilemelerinde etkili olduğu, yapılan bir çalışmada kız ergenlerin anne ile iletişimlerinin anlamlı derecede yüksek olduğu ifade edilmiştir (Totan ve Yöndem, 2007; Moral ve Kumcağzı, 2019). Çalışmada, kız ergenlerinde baba ilişkileri alt boyutlarından 'duyarlılık ve normların düzenlenmesi' alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Aile ilişkileri ergen gelişiminde önemli olup anne baba ikili ilişkileri açısından değişiklik gösterebilir. Literatür ergenlik dönemindeki kızlarda aile ilişkilerini farklı içsel süreçlerle ilişkilendirmektedir (Metin, Harma, Gökçay, ve Bahçivan Saydam, 2017; De Los Reyes, Ohannessian, ve Racz, 2019). Çalışmamızdaki bu farklılığın nedeni, literatürde ifade edildiği gibi kızlarda görülen farklı içsel süreçler olabilir. Çalışmada, anne eğitim durumunun ergenlerin anne ilişkilerinde etkili olduğu, eğitim durumu lise olan anneye ilişkide 'sevgi ve güven'in daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamızı destekler nitelikte anne eğitim durumunun yüksek olmasının ergenleri birçok açıdan etkilediği, sevgi ve güven duygusu açısından

katkı sağladığı görülmektedir (Brand ve Klimes-Dougan, 2010). Bu durumun özellikle eğitim düzeyi yüksek olan annelerin çocuk yetiştirme konusundaki farkındalıkları ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada, ergenlerin uzun süre yaşadığı yer büyükşehir olanlar için 'anneyle ilişkileri, birlikte etkinlikte bulunma ve duyarlılıkları' daha yüksek bulunmuştur. Büyükşehirde yaşama durumu imkanlara daha kolay ulaşılması açısından avantaj olarak düşünülebilir. Bu durum, birlikte etkinlikte bulunma ve duyarlılık açısından beklenen bir sonuçtur. Nitekim ergenin doğup büyüdüğü ve yaşadığı çevrenin anne baba ve ergen ilişkilerini etkilediği belirtilmektedir (Sezer, 2010). Çalışmada, ergenlerin en uzun süre yaşadığı yer büyükşehir olanların babayla ilişkileri ve 'birlikte etkinlikte bulunmaları' daha yüksek bulunmuştur. Baba ile iletişimleri yüksek olan ergenlerin birlikte yaptıkları aktiviteler artmaktadır (Kocayörük, 2016). Çalışmamızda yine büyükşehirde yaşayanların olanakları nedeniyle babalarıyla birlikte etkinlikte bulunmaları etkilenmiş olabilir. Çalışmada, kendini sağlıklı bulan ergenlerin 'anneyle ilişkileri, sevgi ve güvenleri ve izlemleri' daha yüksektir. Sağlıklı bireylerin aile ve çevresel olarak koruyucu özelliklere sahip olduğu, ebeveyn ya da akrabalar tarafından sağlanan sevgi ve güven ortamının sağlığı desteklediği, riskli davranışları azalttığı bilinmektedir (Harris, Vazsonyi, ve Bolland, 2017; Metin, Harma, Gökçay, ve Bahçivan Saydam, 2017). Literatür çalışmamızı bu yönüyle desteklemektedir. Çalışmaya göre, ergenlerin kendini sağlıklı bulma durumu ile 'baba ilişkileri, sevgi ve güven, izleme, normların düzenlenmesi ve ev kuralları' puanları daha yüksektir. Ergenlerin kendilerini sağlıklı kabul etmesinde anne-baba ilişkileri önemli bir rol oynar (Branje, 2018). Nitekim yapılan bir çalışmada ergenlerin anne baba ile ilişkileri ve iyi oluş halleri arasında olumlu bir ilişki olduğu ifade edilmiştir (Kocayörük, 2012). Çalışmada aktivitelere katılan ergenlerin anneye ilişkilerinde 'sevgi ve güven, normların düzenlenmesi' daha yüksektir. Sosyal aktivitelere katılan ergenlerin aile üyeleri ve çevresiyle ilişkilerinin daha yüksek olduğu bilinmektedir (Haspolat ve ark, 2016; Rackensperger, 2012). Aktivitelere katılma durumu düzen ve disiplin sağlayacağından ergenlerin anne ile ilişkilerinin bu açıdan daha iyi olması beklenen bir durumdur. Çalışmada, aktivitelere katılan ergenlerin baba ilişkileri ile 'normların düzenlenmesi' alt boyutu puan ortalamaları arasında ilişki olduğu, aktivitelere katılan ergenlerde normların düzenlenmesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan bir çalışma, anne-babanın dışa dönük ve sosyal olması durumunda ergenlerin duygusal ilişkileri ve kişisel özelliklerinde normlara uygun hareket ettiğini ortaya koymuştur (Bilgin, 2017). Bu durum çalışmamızı dolaylı olarak desteklemektedir. Çalışmada, okul başarısını çok kötü olarak algılayan ergenlerin anneye ilişkilerinde 'normların düzenlenmesi' daha yüksektir. Norm sözlük anlamı olarak 'belli kurallara uymak ve düzenleme' anlamına gelir (TDK, 2020). Aileye ait

bazı sosyo-demografik özelliklerin ergenlerin okul başarısını etkilediği bilinmektedir (Haspolat ve ark., 2016; Garcia Crespo, Fernández Alonso ve Muñiz Fernández, 2019). Literatürde benzer özellikteki bir çalışmada aile ilişkilerinin okul başarısını etkilediği görülmüştür (Pereira ve ark., 2015). Çalışmamızda özellikle annelerle ilişkilerinde norm ve kurallara daha çok uyan ergenlerin okul başarısını kötü olarak algılaması dikkat çekicidir. Bu durumun öğrencilerin okul başarısı durumuyla aile içinde annelerin daha çok ilgileniyor olmasıyla; diğer taraftan norm ve kurallara daha fazla uyan öğrencilerin kendilerinden başarı beklentilerinin daha fazla olmasıyla ilgili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmada ergenlerin, riskli sağlık davranışları ölçeği ile hem anne ilişkileri hem de baba ilişkileri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, ergenlerin anne ve baba ile ilişkisi arttıkça riskli sağlık davranışlarının azaldığı bulunmuştur. Anne-baba ile olan ilişkilerin ergenlik gibi özel bir dönemde önemli olduğu, ergenin yaşam kalitesini artırdığı ve riskli davranışlarını azalttığı bilinmektedir (Branje, 2018; Weymouth, Buehler, Zhou, Henson, ve 2016). Çalışmada ergenlerin anne baba ilişkileri arttıkça riskli sağlık davranışlarının azalmasında ergenlik dönemi gibi önemli süreçte çocukların aileleri tarafından desteklenmesinin sağlık davranışları açısından ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada ergenlerin anne-baba ergen ilişkilerinin riskli sağlık davranışlarını etkilediği belirlenmiştir. Ergenlerin anne-baba ile ilişkisi arttıkça riskli sağlık davranışlarının azaldığı bulunmuştur. Ergenlerin yaş, cinsiyet, gelir düzeyi, kendini sağlıklı bulma ve okul başarı durumlarının riskli sağlık davranışlarını etkilediği tespit edilmiştir. Ergenlerin yaşı, cinsiyeti, uzun süre yaşadığı yer, kendini sağlıklı bulma ve aktivitelerle katılma durumlarının anne ve baba ilişkilerini etkilediği belirlenmiştir. Buna göre, ergenlik dönemindeki öğrencilerin madde kullanımı, beslenme ve fiziksel aktivite konusunda okul, aile ve öğrenci işbirliği içinde rehberlik servisleri ve sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilmesi ve desteklenmesi önerilmektedir. Benzer çalışmaların daha büyük örneklem gruplarında yapılması, riskli sağlık davranışları ile anne baba ergen ilişkisine farklı bakış açıları kazandırarak gerekli önlemlerin erken dönemde alınmasına katkı sağlayacaktır.

Teşekkür

Çalışmaya katılan öğrencilere katkılarından ötürü teşekkür ederiz.

Çıkar çatışması beyanı

Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Yazar katkıları

Yazının ortaya çıkması ve sürdürülmesine katkıda bulunma: HA, UGH.
Plan, tasarım: HA, UGH.

Finansman: HA, UGH.

Materyal: HA, UGH.

Veri toplanması / toplanan verilerin analize hazırlanması için işlemesi: HA, UGH.

Veri analizi: UGH.

Literatürün gözden geçirilmesi: HA, UGH.

Kaleme alma ve düzeltmeler: HA, UGH.

Kontrol etme ve gözden geçirme: HA, UGH.

Kurumsal ve finansal destek beyanı

Kurumsal ve finansal destek yoktur.

KAYNAKLAR

- Ateş, F. B., & Akbaş, T. (2012). Ergenlerde görülen kural dışı davranışların aile işlevselliği ve yaşam kalitesi açısından incelenmesi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 21(2), 337-352.
- Bebiş, H., Akpunar, D., Özdemir, S. & Kılıç, S. (2015). Assessment of health promotion behavior of adolescents in a high school. *Gulhane Medical Journal*, 57(2), 129-135.
Doi: <https://doi.org/10.5455/gulhane.43275>
- Bilgin, M. (2017). Ergenin beş faktör kişilik özellikleri ile sosyal yetkinlik, bilişsel hatalar ve anne baba beş faktör kişilik özellikleri ilişkisi. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 16(1), 230-250. <https://doi.org/10.21547/jss.284859>
- Brand, A. E., & Klimes-Dougan, B. (2010). Emotion socialization in adolescence: The roles of mothers and fathers. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2010(128), 85-100.
<https://doi.org/10.1002/cd.270>
- Branje, S. (2018). Development of parent-adolescent relationships: Conflict interactions as a mechanism of change. *Child Development Perspectives*, 12(3), 171-176. <https://doi.org/10.1111/cdep.12278>
- Chow, C. M., Hart, E., Ellis, L., & Tan, C. C. (2017). Interdependence of attachment styles and relationship quality in parent-adolescent dyads. *Journal of Adolescence*, 61, 77-86.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.09.009>
- Çavdar, S., Sümer, E. Ç., Eliaçık, K., Arslan, A., Koyun, B., Korkmaz, N., ... & Alikışifoğlu, M. (2016). İzmir'de liseye devam eden ergenlerin sağlık davranışları. *Turkish Pediatrics Archive*, 51(1), 22-34.
- Çavuş, F. Ö., Çavuş, U. Y. & Görpeliöğlü, S., (2017). Ankara ilindeki ergenlerde riskli davranışların sıklığı, dağılımı. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 21(1), 2-16. <https://doi.org/10.15511/tahd.17.00102>
- Çimen, S. (2003). 15- 18 yaş grubu gençlerde 'Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği' nin geliştirilmesi. Doktora Tezi: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Das, J. K., Salam, R. A., Thornburg, K. L., Prentice, A. M., Campisi, S., Lassi, Z. S., ... & Bhutta, Z. A. (2017). Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1393(1), 21-33.
<https://doi.org/10.1111/nyas.13330>
- De Los Reyes, A., Ohannessian, C. M., & Racz, S. J. (2019). Discrepancies between adolescent and parent reports about family relationships. *Child Development Perspectives*, 13(1):53-58.
<https://doi.org/10.1111/cdep.12306>

- Fıncı, N., & Çoban, G. İ. (2016). Erzurum ilinde yatılı bir ortaokuldaki öğrencilerin temizlik ve hijyen algıları. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 7-12. <https://doi.org/10.5505/bsbd.2016.04695>
- García Crespo, F. J., Fernández Alonso, R., & Muñiz Fernández, J. (2019). Resilient and low performer students: Personal and family determinants in european countries. *Psicothema*, 31(4), 363-375. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.245>
- Geçkil, E., & Dündar, Ö. (2011). Turkish adolescent health risk behaviors and self-esteem. *Social Behavior and Personality*, 39, 219-228. <https://doi.org/10.2224/sbp.2011.39.2.219>
- Gersh, E., Richardson, L. P., Katzman, K., Spielvogel, H., Arghira, A. C., Zhou, C., & McCarty, C. A. (2018). Adolescent health risk behaviors: parental concern and concordance between parent and adolescent reports. *Academic Pediatrics*, 18(1), 66-72. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.08.012>
- Hacıoğlu, N. Adölesan Sağlığı. İçinde: B. Erci (Ed.) Halk Sağlığı Hemşireliği, Ankara: Göktaş Basın Yayın ve Dağıtım. 2016; 122-35.
- Harris, C., Vazsonyi, A. T., & Bolland, J. M. (2017). Bidirectional relationships between parenting processes and deviance in a sample of inner-city African American youth. *Journal of Research on Adolescence*, 27(1), 201-213. <https://doi.org/10.1111/jora.12267>
- Haspolat, Y. K., Karabe, M., Karabel, D., Kelekci, S., Tuncel, T., Şen, V., ... & Tan, İ. (2016). Ergen polikliniğine başvuran olguların sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Dicle Medical Journal*, 43(1), 62-66. <https://doi.org/10.5798/diclemedj.0921.2016.01.0639>
- Hendekci, A. (2019). Sosyodemografik açıdan farklı özellikteki adölesanların duygu düzenleme durumlarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(4), 259-266. <https://doi.org/10.17049/ataunihem.491273>
- Kaner, S. (2000). Kontrol kuramına dayalı ana-baba ergen ilişkileri ölçeği geliştirme çalışması. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 33(1-2), 67-75. https://doi.org/10.1501/Egifak_0000000025
- Karayağız Muslu, G., & Aygün, Ö. (2017). Ergenlerin riskli sağlık davranışlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(4), 242-250.
- Khammassi, M., Miguët, M., O'Malley, G., Fillon, A., Masurier, J., Damaso, A. R., ... & Boirie, Y. (2019). Health-related quality of life and perceived health status of adolescents with obesity are improved by a 10-month multidisciplinary intervention. *Physiology & Behavior*, 210, 112549. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2019.05.010>
- Kırım, C., & Hırça, N. (2015). Lise öğrencilerinin kişisel hijyen ve temizlik alışkanlıklarının fen okuryazarlığına göre değerlendirilmesi. *Bartın Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 4(2), 790-802. <https://doi.org/10.14686/buefad.v4i2.5000138700>
- Kocayörük, E. (2012). Öz-belirleme kuramı açısından ergenlerin anne baba algısı ile duyuşsal iyi oluşları arasındaki ilişki. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(37), 24-37.
- Kocayörük, E. (2016). Ergen gelişiminde aile işlevleri ve baba katılımı. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(33), 37-45.
- Lundberg, M., & Wuermlı, A. (Eds.). (2012). Children and youth in crisis: Protecting and promoting human development in times of economic shocks. The World Bank.
- Martínez, I., García, F., Fuentes, M. C., Veiga, F., García, O. F., Rodrigues, Y., ... & Serra, E. (2019). Researching parental socialization styles across three cultural contexts: Scale ESPA29 bi-dimensional validity in Spain, Portugal, and Brazil. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2), 197. <https://doi.org/10.3390/ijerph16020197>
- Metin, G. T., Harma, M., Gökçay, G., & Bahçivan-Saydam, R. (2017). Düşük sosyo-ekonomik düzeydeki ergenlerde olumsuz yaşam olayları, özdenetim becerisi ve problem davranışlar. *Türk Psikoloji Dergisi*, 32(79), 1-14.
- Moral, R., & Kumcağız, H. (2019). Internet Addiction in Adolescence: Evaluation from Mother, Father and Peer Relationship Perspectives. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 9(2), 335-346.
- Muslu, G., & Aygün, O. (2017). Ergenlerin riskli sağlık davranışlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(4), 242-250.
- Pardini, D. A., Fite, P. J., & Burke, J. D. (2008). Bidirectional associations between parenting practices and conduct problems in boys from childhood to adolescence: The moderating effect of age and African-American ethnicity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(5), 647-662. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9162-z>
- Pereira, S., Santos, J. N., Nunes, M. A., Oliveira, M. G., Santos, T. S., & Martins-Reis, V. D. O. (2015). Health and education: a partnership required for school success. *CoDAS*, 27(1), 58-64. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20152014053>
- Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Developmental Psychology*, 53(5), 873-932. <https://doi.org/10.1037/dev0000295>
- Rackensperger, T. (2012). Family influences and academic success: The perceptions of individuals using AAC. *Augmentative and Alternative Communication*, 28(2), 106-116. <https://doi.org/10.3109/07434618.2012.677957>
- Rattay, P., Von Der Lippe, E., Mauz, E., Richter, F., Hölling, H., Lange, C. & Lampert, T. (2018). Health and health risk behaviour of adolescents—Differences according to family structure. Results of the German KiGGS cohort study. *PLoS one*, 13(3), e0192968. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192968>
- Santrock, J. W. (2014). Yaşam Boyu Gelişim: Gelişim Psikolojisi (G. Yüksel. Trans. G. Yüksel Ed.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Semerci, M. (2016). Lise son sınıf öğrencilerinde riskli sağlık davranışları ve algılanan sosyal destek ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi: Erzincan Üniversitesi, Erzincan.

- Sezer, Ö. (2010). Ergenlerin kendilik algılarının anne baba tutumları ve bazı faktörlerle ilişkisi. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 7(1), 1-19.
- Şener, D. K., & Akkuş, D. (2018). Lise Öğrencilerinin Madde Kullanmama Davranışlarını Etkileyen Faktörler. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 5(3), 405-429.
<https://doi.org/10.15805/addicta.2018.5.3.0024>
- Şimşek, H., & Çöplü, F. (2018). Lise öğrencilerinin riskli davranışlar gösterme düzeyleri ile okula bağlanma düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 18-30.
<https://doi.org/10.31592/aeusbed.358223>
- Taliaferro, L. A., Jang, S. T., Westers, N. J., Muehlenkamp, J. J., Whitlock, J. L., & McMorris, B. J. (2020). Associations between connections to parents and friends and non-suicidal self-injury among adolescents: The mediating role of developmental assets. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(2), 359-371.
10.1177/1359104519868493
- Telef, B. B. (2014). Ergenlerde olumlu ve olumsuz duygular ile riskli davranışlar arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 22(2), 591-604.
- Totan, T., & Yöndem, Z. D. (2007). Ergenlerde zorbalığın anne baba ve akran ilişkileri açısından incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, 8(2), 53-68.
- Türk Dil Kurumu. Norm. <https://sozluk.gov.tr/> E.T: 03.05.2020
- Weymouth, B. B., Buehler, C., Zhou, N., & Henson, R. A. (2016). A meta-analysis of parent-adolescent conflict: Disagreement, hostility, and youth maladjustment. *Journal of Family Theory & Review*, 8(1), 95-112.
<https://doi.org/10.1111/jftr.12126>
- Yıldız, M. (2017). Lise öğrencilerinin madde bağımlılığında korunmaya ilişkin öz-yeterliğinin incelenmesi. *Uluslararası Eğitim Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 3(2), 70-77. YRBSS Overview. <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/overview.htm> E.T: 19.08.2019
- Zhang, Y. Y., Lei, Y. T., Song, Y., Lu, R. R., Duan, J. L., & Prochaska, J. J. (2019). Gender differences in suicidal ideation and health-risk behaviors among high school students in Beijing, China. *Journal of Global Health*, 9(1), 010604.
<https://doi.org/10.7189/jogh.09.010604>.



Hastanede Yatarak Tedavi Olan Hastaların Yaşam Kalitesini Etkileyen Sosyodemografik Faktörler

Şemsinnur GÖÇER¹ Hakan BAYDUR² Nursel ÜSTÜNDAĞ ÖCAL³

¹ Yozgat Bozok Üniversitesi, Sarıkaya Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu

² Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

³ Yozgat Bozok Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Geliş Tarihi / Received: 06.01.2021, Kabul Tarihi / Accepted: 26.04.2021

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı hastanede yatarak tedavi gören hastaların yaşam kalitesini ve etkileyen sosyodemografik özellikleri belirlemektir. **Gereç Yöntem:** Kesitsel olan bu çalışma, Yozgat Bozok Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi'nde serviste yatan hastalarda yapılmıştır. Araştırmaya, yatarak tedavi gören 95 kişi dahil edilmiştir. Veriler Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF) ve sosyodemografik sorulardan oluşan anket ile toplanmıştır. Verilerin analizinde Stata 14.0 istatistik paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunun %53.7'si kadın, %69.5'i ilköğretim mezunu, %75.8'i evlidir. %57.9'unun sürekli kullandığı bir ilacı olup, kronik hastalık olarak hipertansiyon (%29.5), diyabet (%25.3) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve diğer solunum sistemi hastalıkları (%22.1) olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre boyut puan ortalamaları sırasıyla 52.4±18.4, 63.3±14.8, 71.2±19.2 ve 76.2±14.0'dir. **Sonuç:** Yatarak tedavi olan hastaların yaşam kalitesinde cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma, yeterli ve düzenli gelir sahibi olma yaşam kalitesi boyutlarında anlamlı düzeyde etki etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşam Kalitesi, Sosyodemografik Özellikler, Hasta.

The Quality of Life in Hospitalized Patients and Affecting Sociodemographic Factors

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to determine the quality of life in hospitalized patients and the affecting sociodemographic factors. **Material and Methods:** This cross-sectional study was conducted on patients hospitalized in Yozgat Bozok University Research and Practice Hospital. A total of 95 inpatients were included in the study. Data were collected with the World Health Organization Quality of Life Short Form (WHOQOL-BREF) and a questionnaire consisting of sociodemographic questions. Stata 14.0 statistical package program was used in the analysis of the data.

Results: In the study group, 53.7% were women, 69.5% were primary school graduates, and 75.8% were married. 57.9% use a medication constantly, and has hypertension (29.5%), diabetes (25.3%) and chronic obstructive pulmonary disease or other respiratory system diseases (22.1%) as chronic diseases. The mean scores of the physical, mental, social and environmental dimensions of the scale were 52.4±18.4, 63.3±14.8, 71.2±19.2, and 76.2±14.0, respectively. **Conclusion:** Gender, age, education level, marital status, having child and having regular and sufficient income significantly affect quality of life in hospitalized patients.

Keywords: Quality of Life, Sociodemographic Characteristics, Patient.

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Şemsinnur GÖÇER, Yozgat Bozok Üniversitesi, Sarıkaya Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, Yozgat, Türkiye

E-mail: semsinnurgocer@gmail.com

Bu makaleye atf yapmak için / Cite this article: Göçer, Ş, Baydur, H, Üstündağ Öcal N. (2021). Hastanede Yatarak Tedavi Olan Hastaların Yaşam Kalitesini Etkileyen Sosyodemografik Faktörler. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 147-154. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.854763>

©Copyright 2021 by the Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.



BAUN Sağ Bil Derg 2021 OPEN ACCESS <https://dergipark.org.tr/tr/pub/balikesirsbd>

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (WHOQOL) grubu yaşam kalitesini; ‘Hastanın, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı’ olarak tanımlamaktadır (Edgar ve Bowling, 1998). Bu tanımla birlikte hastanın kendi yaşamıyla ilgili olarak yaşam kalitesini nasıl değerlendirdiği üzerine odaklanılmıştır (Suurmeijer ve ark., 2001). Yaşam kalitesi kavramı; öznel iyi olma, yaşam doyumu, mutluluk, işlevsel yeterlilik ve sosyal iyilik gibi bileşenleri içermektedir (Suurmeijer ve ark., 2001; Rubenstein, 1996). Yaşam doyumu ve öznel iyi olma duygusu bireyin kendi yaşam niteliğinin belirli ölçütlere göre genel bir değerlendirmesi olarak tanımlanırken, bireyin olumlu duygular yaşama düzeyi ve arzularının gerçekleştiğini algılama derecesi ise mutluluk olarak tanımlanabilir. Sosyal iyilik bileşeni ise ailesel destek, toplumsal etkinlikler ve arkadaşlık, maddi yeterlilik, bireysel yaşam (mahremiyetin korunması, yetileri sürdürme), bireysel başarılar, cinsel doyum ve yaşam felsefesi kavramlarını içermektedir. Yaşam kalitesinin bir diğer bileşeni olan işlevsel yetersizlik kavramı, bozulma (impairment), yeti yitimi (disability) ve sakatlık (handicap) olmak üzere üç başlık altında incelenmektedir (WHO, 1990). Bozulma; fizyolojik psikolojik veya anatomik yapılarda veya işlevlerde meydana gelen herhangi bir kayıp ya da anormal dışı bir durum olarak tanımlanabilir. Bir insan için, normal kabul edilebilecek bir etkinliğin gerçekleştirilmesinde kısıtlılık ya da yetersizlik hali yeti yitimi olarak tanımlanırken, kişi için (yaş, cinsiyet ya da toplumun kültürel özelliklerine bağlı olarak) normal olduğu kabul görmüş rollerin gerçekleştirilmesinde kısıtlamalara neden olan yetersizlik ya da yeti yitiminin yol açtığı bir durum ise sakatlık olarak tanımlanmaktadır (WHO, 1993). Yaşam kalitesinin bir yönü sağlıkla ilişkili olarak tanımlanabilmektedir. Sağlık kavramının yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu, sağlığın yaşam kalitesini etkileyebildiği ve yaşam kalitesinin de sağlık durumunu etkileyebildiği belirtilmektedir (Eser, 1999). Çünkü yaşam kalitesi, insanların duygusal, toplumsal ve fiziksel doyumları, gündelik işlerini kendi başlarına yerine getirebilme becerileri gibi sağlıkla doğrudan ya da dolaylı ilgisi olan pek çok faktörü içine alan bir kavramdır ve tüm bunların her biri yaşam kalitesinin önemli birer parçasıdır (Aghaei ve ark., 2013). Yaşam kalitesini; fiziksel ve maddi iyilik hali, sosyal yaşama katılım, boş zaman aktivitelerine katılım, psikolojik durum, emosyonel durum, aile ve arkadaşlar arasındaki ilişkiler gibi birçok faktörün etkilediği bilinmektedir (Birtane ve ark., 2000). Sonuç olarak bu faktörlerden herhangi birinde meydana gelen bozulmalar, kısıtlılıklar, yeti yitimleri bireylerin günlük basit aktivitelerini gerçekleştirme noktasında bile bireyleri başkasına bağımlı hale getirerek yaşam kalitesinde bozulmaya yol açmaktadır (WHO, 1990). Bu çalışmanın amacı hastalarda yaşam kalitesi üzerine etki

edebileceği düşünülen sosyodemografik faktörlerin incelemesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın tipi, yeri, zamanı

Araştırma kesitsel olarak yapılmış bir çalışmadır. Araştırma Ağustos-Ekim 2020 tarihleri arasında Yozgat Bozok Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi; kalp damar, göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, göz, dahiliye, beyin cerrahi, nöroloji, kadın doğum, enfeksiyon hastalıkları, ortopedi, üroloji, genel cerrahi servislerinde yatarak tedavi gören hastalar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterleri 18 yaşından büyük olmak, herhangi bir ruhsal hastalığı bulunmaması, anketi anlayıp yanıtlayabilecek düzeyde iletişim becerilerine sahip olmak, araştırmaya katılmayı gönüllü olmaktır. Katılımcı hastanın bu koşulları sağlamaması dışlama nedenidir.

Araştırmanın evreni ve örneklemi

Örnek seçilmeksizin evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmanın yürütüldüğü tarihte 110 kişi yatarak tedavi görmekte olup, araştırma 95 hasta ile tamamlanmıştır. Evrene ulaşma oranı %86.0’dır.

Veri toplama araçları ve uygulama

Araştırmada Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF) (Eser ve ark., 1999, Fidaner ve ark., 1999) ve sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı anket ile veriler toplanmıştır. Sosyodemografik özellikler bilgi formu yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi gibi soruları içeren 13 sorudan oluşmaktadır. Eser ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan WHOQOL-BREF 26 soru ve 4 boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin bir toplam puanı olmayıp, alt boyutları bedensel, ruhsal, sosyal iyilik ve çevredir. İlk iki soru genel sağlık ve yaşam kalitesini değerlendirmekte olup puanlamaya dahil edilmemektedir. Ölçeğin puanlanması 0 ile 100 arasında gerçekleştirilmiş, artan puan iyi yaşam kalitesini göstermektedir (Eser ve ark., 1999, Fidaner ve ark., 1999).

Verilerin istatistiksel çözümlenmesi

Araştırmadan elde edilen bulguların sunumunda sayı ve yüzde dağılımları yanı sıra, ölçüm değerleri için ortalama \pm standart sapma, ortanca, en küçük ve büyük değerler kullanılarak sunulmuştur. Hastaların yaşam kalitesi üzerinde etki eden faktörlerin tek değişkenli ve çok değişkenli çözümlenmesinde Ordinal Logistic Regression analizi yapılmıştır. Tek değişkenli analizde anlamlı bulunan değişkenler çok değişkenli analize dahil edilmiştir. Analiz sonuçları Odds Ratio ve %95 Güven Aralığı biçiminde sunulmuştur. Araştırmanın veri analizinde Stata 14.0 istatistik paket programı kullanılmıştır.

Araştırma izinleri

Araştırma için Yozgat Bozok Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Başhekimliği’nden kurum izni ve Yozgat Bozok Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul’undan etik onay (2017-KAEK-189_2020.07.29_06) alınmıştır. Ayrıca bireyler bilgilendirilmiş yazılı onam alınarak araştırmaya dahil

edilmiş, araştırma süresince Helsinki Deklarasyonu kurallarına uyulmuştur.

BULGULAR

Araştırmaya katılanlara ait temel özellikler Tablo 1'de sunulmuştur. Araştırma grubunun %53.7'si kadın, %69.5'i ilköğretim kademesinde öğrenim görmüş, %75.8'i evli idi. Bireylerin %89.5'inin çocuğu, %89.5'inin sosyal güvencesi ve %88.4'ünün geliri vardı ve %49.5'inin gelir değerlendirmesi orta düzeyde idi. Bireylerin %57.9'unun sürekli kullandığı ilacı vardı. Hastalık gruplamasında ise ilk üç sırada HT (%29.5), DM (%25.3) ve KOAH ve diğer solunum sistemi hastalıkları (%22.1) yer almaktaydı. Katılımcıların WHOQOL-BREF ölçeğinin bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre boyut puan ortalamaları sırasıyla 52.4±18.4, 63.3±14.8, 71.2±19.2 ve 76.2±14.0'dır.

Tablo 1. Araştırmaya katılan hastalara ait özellikler.

Değişkenler	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	44	46.3
Kadın	51	53.7
Yaş		
18-49 arası	27	28.4
50-64 arası	31	32.6
65-90 arası	37	38.9
Yaş ortalaması ±SS	58.1±18.4	
Ortanca yaş (min-max)	61 (18-90)	
Öğrenim durumu		
Hiç eğitim almamış	16	16.8
İlkokul-ortaokul	66	69.5
Lise ve üniversite	13	13.7
Medeni durumu		
Hiç evlenmemiş	9	9.5
Evli	72	75.8
Ayrılmış-eşi yaşamıyor	14	14.7
Çocuk sahibi olma		
Hayır	10	10.5
Evet	85	89.5
Sosyal güvence		
Var	85	89.5
Yok	10	10.5
Düzenli gelir varlığı		
Var	84	88.4
Yok	11	11.6
Aylık gelir ortalaması ±SS	2147±1247	
Ortanca aylık gelir (min-maks)	1850 (0-7000)	
Gelir algısı		
İyi	32	33.7
Orta	47	49.5
Kötü	16	16.8

Tablo 1. Devam Araştırmaya katılan hastalara ait özellikler

Değişkenler	Sayı	%
Düzenli kullanılan ilaç varlığı		
Var	55	57.9
Yok	40	42.1
Hastalıklar		
HT	28	29.5
DM	24	25.3
KOAH, solunum hast.	21	22.1
Kalp-damar hast.	14	14.7
Fıtık	8	8.4
Safra yolları	5	5.3
Prostat	3	3.2
Göz hast.	8	8.4
Nörolojik hast	9	9.5
Böbrek hast.	9	9.5
Diğer	15	15.8

HT= Hipertansiyon, DM= Diyabetes Mellitus, KOAH= Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı.

Araştırmada katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile yaşam kalitesi boyut puanlarının tek ve çok değişkenli karşılaştırma sonuçları Tablo 2'de sunulmuştur. Tek değişkenli analiz sonuçlarına göre araştırmaya katılan bireylerin yaşam kalitesi bedensel alanında etkili olan değişkenler cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum ve çocuk sahibi olma durumudur. Bu sonuçlara göre erkeklerin kadınlara göre yaşam kalitesi bedensel iyilik düzeyi 2.37 kat (%95 GA: 1.16-4.87) daha yüksektir. Yaş değişkeni incelendiğinde katılımcıların bedensel iyilik düzeyi 65 yaş ve üzerine göre 50-64 yaş arasındakilerde 3.19 kat (1.35-7.53), 18-49 yaş arasındakilerde 9.78 kat (3.69-25.92) daha yüksektir. Bir diğer anlamlı bulunan değişken olan eğitim durumunda eğitimsizlere göre ilkökul ve ortaokul eğitilmişlerin yaşam kalitesi bedensel iyilik puanı 4.77 kat (1.77-12.81), lise ve üniversite eğitilmişlerde ise 40.84 kat (10.02-166.45) daha yüksektir. Bedensel iyilik durumunun eşinden ayrılmış veya eşi ölmüş kişilere göre evli olanların 6.89 kat (2.44-19.45) ve hiç evlenmemişlerin 31.59 kat (6.42-155.36) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca çocuğu olmayanların ise olanlara göre yaşam kalitesi bedensel iyilik puanı 6.39 kat (1.89-21.57) daha yüksektir. Bedensel iyilik üzerinde anlamlı bulunan değişkenlerin analize alındığı çok değişkenli ordinal lojistik regresyon modeli sonucuna göre kadınlara göre erkeklerin 2.31 kat (1.08-4.92) ve eğitimsizlere göre lise-üniversite eğitilmişlerin 8.85 kat (1.60-48.89) yaşam kalitesi puanları daha yüksektir. Tek değişkenli analizde ruhsal alan puanında anlamlı bulunan değişkenler eğitimsizlere göre lise veya üniversite mezunu olmak [OR 5.34(1.42-20.03)] ile medeni durumu ayrılmış ya da eşi ölmüşlere göre evli [OR: 3.24(1.08-9.69)] olmaktadır. Ruhsal alan ile ilgili çok değişkenli analizde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. Sosyal alanda tek değişkenli analizde yaş, medeni durum ve gelir algısının anlamlı ilişki gösteren değişkenler

olduğu görülmektedir. Buna göre 18-49 yaş arasında olanlar [OR: 3.73(1.47-9.47)], evli [OR: 3.39(1.3-8.82)] ya da hiç evlenmemiş olanlar [OR: 5.54(1.28-24.03)] ile gelir algısı iyi düzeyde olanların [OR: 2.94(1.05-8.26)] yaşam kalitesi anlamlı olarak daha yüksektir. Sosyal alan için çok değişkenli analizde anlamlı bulunan tek değişken ise medeni durumu evli [OR: 4.26(1.28-14.18)] değildir. Çevre alanında anlamlı bulunan değişkenler erkek cinsiyetinden olmak [OR: 3.1 (1.48-6.50)], lise veya üniversite mezunu olmak [OR: 3.67 (1.06-12.65)], evli olmak [OR: 3.29 (1.24-8.77)], düzenli gelire sahip olmak [OR: 4.01 (1.27-

12.71)] ve gelir algısı orta [OR: 4.26 (1.56-11.59)] veya iyi [OR: 7.33 (2.49-21.54)] düzeyde olmaktadır. Çevre alanı ile ilgili oluşturulan çok değişkenli analiz modelinde cinsiyet, medeni durum ve gelir algısının anlamlı ilişkiyi oluşturduğu görülmektedir. Analiz modeline göre, erkek cinsiyetinde olmak 3.21 kat (1.44-7.14), evli olmak 3.54 kat (1.09-11.48), gelir algısı orta düzeyde olmak 3.86 kat (1.35-10.99) ve gelir algısı iyi düzeyde olmak 8.22 kat (2.65-25.56) anlamlı olarak yaşam kalitesi çevre alanını yükselttiği belirlenmiştir.

Tablo 2. Yaşam kalitesi boyutları ile ilişkili faktörler.

Değişkenler	Bedensel		Ruhsal	
	Kaba OR (95%GA)	Düz. OR (95% GA)	Kaba OR (95% GA)	Düz. OR (95% GA)
Cinsiyet (erkek)	2.37(1.16-4.87)*	2.31(1.08-4.92)*	0.74(0.37-1.51)	Ma
Yaş (65 yaş üzeri)	Ref	Ref	Ref	Ma
(50-64 yaş arası)	3.19(1.35-7.53)**	2.02(0.81-5.07)	1.18(0.51-2.75)	Ma
(18-49 yaş arası)	9.78(3.69-25.92)***	3.00(0.91-9.92)	1.63(0.69-3.82)	Ma
Eğitim durumu (eğitimsiz)	Ref	Ref	Ref	Ref
(İlkokul-ortaokul)	4.77(1.77-12.81)**	1.56(0.50-4.87)	2.05(0.78-5.41)	1.45(0.48-4.38)
(Lise ve üniversite)	40.84(10.02-166.45)***	8.85(1.60-48.89)*	5.34(1.42-20.03)*	3.86(0.87-17.06)
Medeni durum (Ayrılmış-eşi ölmüş)	Ref	Ref	Ref	Ref
(Hiç evlenmemiş)	31.59(6.42-155.36)***	2.52(0.09-73.86)	3.71(0.85-16.24)	2.08(0.4-10.89)
(Evli)	6.89(2.44-19.45)***	3.20(0.95-10.81)	3.24(1.08-9.69)*	2.59(0.75-8.89)
Çocuk varlığı (Yok)	6.39(1.89-21.57)**	1.91(0.09-42.04)	1.25(0.43-3.63)	Ma
Sosyal güvence varlığı (Var)	2.88(0.98-8.45)	Ma	0.43(0.12-1.47)	Ma
Düzenli gelir varlığı (Var)	1.52(0.55-4.24)	Ma	0.35(0.1-1.32)	Ma
Gelir algısı (Kötü)	Ref	Ma	Ref	Ma
(Orta)	1.65(0.62-4.43)	Ma	0.84(0.3-2.34)	ma
(İyi)	2.10(0.73-6.04)	Ma	1.28(0.44-3.72)	ma
Düzenli ilaç kullanımı (Yok)	1.65(0.8-3.39)	Ma	1.46(0.71-3.01)	ma

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001. ma: modele alınmadı. Ref: Referans kategori. OR: Odds Ratio (Olasılıklar Oranı)
Kaba OR (%95 GA): Tek değişkenli olarak analiz edilen değişkene ait olasılıklar oranı (%95 güven aralığı).
Düz. OR (%95 GA): Çok değişkenli olarak analiz edilen değişkenlere ait olasılıklar oranı (%95 güven aralığı).

Tablo 2. Yaşam kalitesi boyutları ile ilişkili faktörler

Değişkenler	Sosyal		Çevresel	
	Kaba OR (95% GA)	Düz. OR (95% GA)	Kaba OR (95% GA)	Düz. OR (95% GA)
Cinsiyet (erkek)	1.22(0.6-2.48)	Ma	3.1(1.48-6.50)**	3.21(1.44-7.14)**
Yaş (65 yaş üzeri)	Ref	Ref	Ref	ma
(50-64 yaş arası)	0.63(0.27-1.46)	0.44(0.17-1.15)	0.64(0.28-1.46)	ma
(18-49 yaş arası)	3.73(1.47-9.47)**	2.74(0.74-10.14)	1.46(0.61-3.49)	ma
Eğitim durumu (eğitimsiz)	Ref	Ref	Ref	Ref
(İlkokul-ortaokul)	2.09(0.86-5.07)	0.99(0.33-2.94)	1.69(0.67-4.25)	0.39(0.12-1.26)
(Lise ve üniversite)	8.54(2.28-31.95)**	2.33(0.39-13.81)	3.67(1.06-12.65)*	1.18(0.27-5.07)
Medeni durum				
(Ayrılmış-eşi ölmüş)	Ref	Ref	Ref	Ref
(Hiç evlenmemiş)	5.54(1.28-24.03)*	1.48(0.22-9.79)	3.4(0.78-14.76)	1.65(0.31-8.85)
(Evlü)	3.39(1.3-8.82)*	4.26(1.28-14.18)*	3.29(1.24-8.77)*	3.54(1.09-11.48)*
Çocuk varlığı (Yok)	2.63(0.81-8.52)	Ma	1.28(0.41-3.95)	ma
Sosyal güvence varlığı (Var)	1.45(0.5-4.23)	Ma	2.07(0.65-6.58)	ma
Düzenli gelir varlığı (Var)	1.88(0.65-5.4)	Ma	4.01(1.27-12.71)*	ma
Gelir algısı (Kötü)	Ref	Ma	ref	ma
(Orta)	2.09(0.8-5.48)	1.34(0.46-3.89)	4.26(1.56-11.59)**	3.86(1.35-10.99)*
(İyi)	2.94(1.05-8.26)*	1.61(0.5-5.17)	7.33(2.49-21.54)**	8.22(2.65-25.56)**
Düzenli ilaç kullanımı (Yok)	1.22(0.59-2.54)	Ma	0.6(0.29-1.23)	ma

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001. ma: modele alınmadı. Ref: Referans kategori. OR: Odds Ratio (Olasılıklar Oranı)

Kaba OR (%95 GA): Tek değişkenli olarak analiz edilen değişkene ait olasılıklar oranı (%95 güven aralığı).

Düz. OR (%95 GA): Çok değişkenli olarak analiz edilen değişkenlere ait olasılıklar oranı (%95 güven aralığı).

TARTIŞMA

Araştırmamızda WHOQOL-BREF ölçeğinin bedensel sağlık alt boyut puan ortalaması 52.4±18.4, ruhsal sağlık alt boyut puan ortalaması 63.3±14.8, sosyal ilişkiler alt boyut puan ortalaması 71.2±19.2, çevresel sağlık alt boyut puan ortalaması 76.2±14.0 olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre hastaların genel olarak yaşam kalitesi orta düzeyin üzerinde olduğu görülmektedir. En yüksek puanların çevresel ve sosyal ilişkiler alanında ve en düşük puanın ise bedensel alanda olduğu belirlenmiştir. Araştırma grubumuzun yatan hastalardan oluşması ve bireylerin bazı hastalıklara sahip olması sebebiyle bedensel alan puanının diğer alanlara göre daha düşük düzeyde çıkması beklenmektedir. Yapılan bir çalışmada bedensel alan düşük, sosyal ilişkiler alanının ise en yüksek puana sahip olduğu bulunmuştur (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011). Avustralya'da yatarak ve ayakta romatoid artrit tedavisi gören hastalar ile sağlıklı bireylerin WHOQOL-BREF alan puanları dağılımlarının da bu çalışmadakine benzer şekilde olduğu görülmektedir. Özellikle yatan hastalarda yaşam kalitesi bedensel alan puanının sosyal ve çevre alan puanlarına göre oldukça düşük olduğu bildirilmiştir (Taylor ve ark., 2004). Hindistan'ın Mysore şehrinde yapılan bir araştırmada ise

hemodiyaliz ve astım hastalarının yaşam kalitesi bedensel ve ruhsal alan puanlarının sosyal ve çevre alan puanlarına göre daha düşük düzeyde olduğu, buna karşın transplant olan hastalarda ve sağlıklı popülasyonda tüm boyut puanlarının birbirine benzer bir şekilde dağıldığı görülmektedir (Sathvik ve ark., 2008). Bu çalışma ile literatürdeki çalışmaların genelinde benzerlik gösterdiği görülmektedir. Diğer bir deyiş ile kronik bir hastalığa sahip olmak veya hastanede yatmak yaşam kalitesinin bedensel ve ruhsal boyutlarının diğer boyutlara göre daha düşük düzeyde olmasına neden olmaktadır. Araştırmamızda erkeklerin kadınlara göre yaşam kalitesi bedensel iyilik düzeyi 2.37 kat (%95 GA: 1.16-4.87) daha yüksekti (Tablo 2). Literatürde erkek cinsiyette olanların kadın cinsiyete göre yaşam kalitesinden alınan puanların genelde erkeklerde daha yüksek olduğu belirlenirken (Birtane ve ark., 2000; Eser ve ark., 1999; Avcı ve Pala, 2004), başka bir çalışmada ise cinsiyetin yaşam kalitesinde etkili olmadığı belirlenmiştir (Chien ve ark., 2003). Bu sonuç hastalık sıklığının kadınlarda daha yüksek olmasıyla ilişkilendirilebilirse de diğer taraftan cinsiyetin yaşam kalitesini etkileyebilecek kesin bir belirleyici olmadığını düşündürmektedir. Yaş değişkeni incelendiğinde katılımcıların bedensel iyilik düzeyi 65

yaş ve üzerine göre 50-64 yaş arasındakilerde 3.19 kat (1.35-7.53), 18-49 yaş arasındakilerde 9.78 kat (3.69-25.92) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bir çalışmada (Işıklı ve ark., 2007) bedensel alan puanlarının benzer şekilde yaş ilerledikçe azaldığı tespit edilmiştir. Araştırmamızdaki bu sonuç; yaşın ilerlemesiyle fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlık alanlarında meydana gelen bozulmaların ya da kısıtlılıkların da bedensel iyilik düzeyi kalitesinde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızda bedensel iyilik durumunda eşinden ayrılmış veya eşi ölmüş kişilere göre evli olanların 6.89 kat ve hiç evlenmemişlerin 31.59 kat daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca çocuğu olmayanların ise olanlara göre yaşam kalitesi bedensel iyilik puanı 6.39 kat daha iyi durumdadır. Bir çalışmada (Işıklı ve ark., 2007) evli olanlarda bedensel alan puanı yüksek olduğu, diğer çalışmada (Avcı ve Pala, 2004) evlilerde bedensel alan dışındaki alanlarda yaşam kalitesi alan puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Yaşam kalitesini; fiziksel ve maddi iyilik hali, sosyal yaşama katılım, boş zaman aktivitelerine katılım, aile ve arkadaşlar arasındaki ilişkiler gibi birçok faktörün etkilediği bilinmektedir (Birtane ve ark., 2000). Diğer taraftan bedensel alan ise günlük yaşantıdaki işlevselliği yansıtmaktadır. Araştırmadan elde edilen bu sonuç; evli olanların sosyal ve ruhsal destek alanlarının gelişmiş olmasının etkisinden, hiç evlenmemiş ya da çocuğu olmayanların ise kendilerine daha fazla vakit ayırabilecek yaşam alanları oluşturabilmelerinden kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Bir diğer anlamlı bulunan değişken olan eğitim durumunda eğitimsizlere göre ilkökul ve ortaokul eğitimlilerin yaşam kalitesi bedensel iyilik puanı 4.77 kat (1.77-12.81), lise ve üniversite eğitimlilerde ise 40.84 kat (10.02-166.45) daha yüksekti ve bedensel iyilik üzerinde anlamlı bulunan değişkenlerin analize alındığı çok değişkenli lojistik regresyon modeli sonucuna göre erkekler kadınlara göre, lise-üniversite eğitimlilerin eğitimsizlere göre yaşam kalitesi puanları daha yüksekti (Tablo 2). Yaşam kalitesinin önemli belirleyicilerinden biri de eğitim düzeyidir. Eğitim düzeyi yükseldikçe bireyin dış etkenlerden daha az etkilendiği ve bunun sonucunda da yaşam kalitesinin arttığı belirtilmektedir (Meeks ve Murrell, 2001). Eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi puan ortalamalarının da arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Avcı ve Pala, 2004; Çalıştır ve ark., 2006; Kılıçoğlu ve Yenilmez, 2005).

Ruhsal alan puan ortalamaları lise veya üniversite mezunu olanlar ile evli olanlarda anlamlı derecede yüksekti (Tablo 2). Yapılan bir çalışmada (Işıklı ve ark., 2007) öğrenim düzeyi arttıkça, ruhsal alanda ortalama puanlarının arttığı saptanmıştır. Öğrenim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamalarının arttığı başka araştırmacılar tarafından da gösterilmiştir (Çalıştır ve ark., 2006; Kılıçoğlu ve Yenilmez, 2005). Medeni durum ile ilgili olarak, bir çalışmada ise, evlilerde bedensel alan dışındaki tüm yaşam kalitesi

alan puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Avcı ve Pala, 2004). Başka bir çalışmada yaşam kalitesi puanlarının eşiyile yaşayan yaşlılarda daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çalıştır ve ark., 2006). Sosyal alanda tek değişkenli analizde yaş, medeni durum ve gelir algısının anlamlı değişken olduğu görülmektedir. Yine genç yaşta olmak, evli ya da hiç evlenmemiş olmak ile gelir algısı iyi düzeyde olanların yaşam kalitesi anlamlı olarak daha yüksekti. Sosyal alan için anlamlı bulunan tek değişken ise medeni durumu evli olanlardı (Tablo 2). Literatürde evli olanların sosyal alan puanlarının bekarlara göre daha yüksek olduğu (Avcı ve Pala, 2004; Ergün ve ark., 2005; Cimete ve ark., 2003) ve yine literatürde evli olmanın yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011). Gerek sosyal alan puanlarının gerekse ruhsal alan puan ortalamalarının evlilerde daha yüksek olması, evliliğin süreklilik arz eden bir sosyal destek sağlayarak bireylerin ruhsal alanları da olumlu yönde destekliyor olmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Araştırmamızda erkek cinsiyette olmanın, evli olmanın ve iyi-orta düzeyde gelir algısına sahip olmanın çevre alanı puanını anlamlı düzeyde yükselttiği belirlenmiştir (Tablo 2).

Çalışmamızdaki bu sonuca benzer şekilde, yapılan bir çalışmada çevre alt boyutu puan ortalamalarının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011). Yine yapılan çalışmalarda yeterli bir gelire sahip olmanın bireylerin yaşam kalitesine olumlu yönde etkileri olduğu ve gelir ile yaşam kalitesi arasında güçlü bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (Tseng ve Wang, 2001; Knesebeck ve ark., 2007; Paskulin ve Molzahn, 2007). Çevre alan puanı, maddi olanaklar, fiziksel güvenlik, ev ortamı, ulaşım, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatı, dinlenme ve boş zamanları değerlendirme fırsatından oluşmaktadır (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011). Araştırma sonuçlarımız, çevre alanını etkileyen tüm bu durumlarla birlikte değerlendirildiğinde çevresel alan puanının erkeklerde, evli olanlarda ve düzenli bir gelire sahip olanlarda yüksek olması; bu gruplardaki kişilerde genel yaşam kalitelerinin de daha yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Diğer taraftan düzenli ilaç kullanımının yaşam kalitesinin hiçbir boyutu ile ilişkili bulunmadığı görülmektedir. Hindistan'da yapılan bir çalışmada transplantasyon olan kişilerin yaşam kalitesi alan puanlarının hemodiyaliz ve astım grubuna göre oldukça yüksek olduğu, normal popülasyon ile benzer düzeyde, hatta ruhsal, sosyal ve çevre boyutlarında bile daha yüksek düzeyde olduğu gösterilmiştir (Sathvik ve ark., 2008). Buna karşın bir araştırmada kronik hastalığı olanların yaşam kalitesi bedensel, ruhsal ve sosyal alan puanlarının olmayanlara göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (Xia ve ark., 2012). Benzer bir şekilde orak hücre anemisi bulunanlarda yapılan bir çalışmada ise ağrı düzeyi fazla olanlarda yaşam kalitesi puanlarının daha düşük bulunmuştur (Asnani

ve ark., 2009). Bu çalışmada ise kronik hastalık varlığı yanı sıra sürekli ilaç kullanımı sorgulanmıştır. Kronik hastalığın bir göstergesi olarak sürekli ilaç kullanımını akut dönemin geçirildiği safha olarak değerlendirilebilir. Bu dönemdeki hastaların kronik hastalıklara olan adaptasyon sürecinin tamamlanması dolayısıyla beklentileri ile karşılananları arasındaki dengenin azalması ile bu çalışmadan elde edilen istatistiksel olarak anlamsız sonuç açıklanabilir. Araştırmanın hasta olmayan bireylerden oluşan karşılaştırma grubu olmaksızın yapılmış olması, tek bir hastalık türü yerine hastanede tedavisi süren hastaların ele alınması ve örneklem büyüklüğünün yetersizliği sebebiyle elde edilen sonuçların genellenememesi araştırmamızın kısıtlılıklarıdır.

SONUÇ

Sonuç olarak; araştırmaya katılan bireylerin yaşam kalitesi bedensel alanında etkili olan değişkenler incelendiğinde cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum ve çocuk sahibi olma durumudur. Erkeklerin kadımlara göre yaşam kalitesi bedensel iyilik düzeyi daha yüksektir. Yaş ilerledikçe bedensel iyilik düzeyi düşmektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe bedensel iyilik puanı artmaktadır. Bedensel iyilik durumunda eşinden ayrılmış veya eşi ölmüş kişilere göre evli olanların 6.89 kat ve hiç evlenmemişlerin 31.59 kat daha yüksektir. Çocuğu olmayanların ise olanlara göre yaşam kalitesi bedensel iyilik puanı 6.39 kat daha iyidir. Ruhsal alan puanında lise veya üniversite mezunu olmak medeni durumu evli olmak anlamlı bulunan değişkenlerdir. Sosyal alanda yaş, medeni durum ve gelir algısının anlamlı değişken olduğu görülmektedir. Yaşam kalitesini çevre alanını ise; erkek cinsiyetinde olmak 3.21 kat, evli olmak 3.54 kat, gelir algısı orta 3.86 kat ve iyi düzeyde olmak 8.22 kat yükseltmektedir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, kişinin deneyimleri, inançları, beklentileri, bedensel ve ruhsal algılamaları tarafından etkilenen fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarını temsil etmektedir. Bu sebeple yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenerek, olumsuz etkilenmeye neden olan alanlardaki eksikliklerin giderilmesi sorunların çözümlenebilmesi bakımından önemlidir. Sağlık önemli bir öznel göstergesi olarak yaşam kalitesi ve onu etkileyen faktörler hem hasta hem de sağlıklı gruplarda izlenmeli ve değerlendirilmelidir.

Teşekkür

Çıkar çatışması beyanı

Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Yazar katkıları

Yazının ortaya çıkması ve sürdürülmesine katkıda bulunma: ŞG, NÜÖ.
Plan, tasarım: ŞG, NÜÖ.
Finansman: ŞG, NÜÖ.
Materyal: ŞG, NÜÖ.

Veri toplanması / toplanan verilerin analize hazırlanması için işlemesi: HB, NÜÖ.

Veri analizi: HB.

Literatürün gözden geçirilmesi: ŞG, HB.

Kaleme alma ve düzeltmeler: ŞG, HB, NÜÖ.

Kontrol etme ve gözden geçirme: ŞG, HB, NÜÖ.

Kurumsal ve finansal destek beyanı

Kurumsal ve finansal destek yoktur.

KAYNAKLAR

- Aghaei, A., Khayyamnekouei, Z. & Yousefy, A. (2013). "General health prediction based on life orientation, quality of life, life satisfaction and age", *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 569-573.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.605>
- Asnani, M. R., Lipps, G. E., & Reid, M. E. (2009). Utility of WHOQOL-BREF in measuring quality of life in sickle cell disease. *Health and quality of life outcomes*, 7(1), 1-6.
<https://dx.doi.org/10.1186%2F1477-7525-7-75>
- Avcı, K., & Pala, K. (2004). Uludağ üniversitesi tıp fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30 (2), 81-85.
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/uutfd/issue/35311/391969>
- Birtane, M., Tuna, H., Ekuklu, G., Uzunca, K., Akçi, C., & Kokino, S. (2000). Edirne huzurevi sakinlerinde yaşam kalitesine etki eden etmenlerin irdelenmesi. *Geriatrici*, 3(4), 141-145.
http://geriatri.dergisi.org/uploads/pdf/pdf_TJG_47.pdf
- Edgar, A. (1998). Bowling, A.: 1997, Measuring Health; a Review of Quality of Life Measurement Scales. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 1(2), 181.
<https://www.proquest.com/docview/220832805?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>
- Cimete, G., Gencalp, N. S., & Keskin, G. (2003). Quality of life and job satisfaction of nurses. *Journal of nursing care quality*, 18(2), 151-158.
<https://doi.org/10.1097/00001786-200304000-00009>
- Chien, L. Y., Lo, L. H., Chen, C. J., Chen, Y. C., Chiang, C. C., & Chao, Y. M. Y. (2003). Quality of life among primary caregivers of Taiwanese children with brain tumor. *Cancer nursing*, 26(4), 305-311.
<https://doi.org/10.1097/00002820-200308000-00009>
- Çalıştır, B., Dereli, F., Ayan, H., & Cantürk, A. (2006). Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9(1), 30-33.
https://www.geriatri.dergisi.org/uploads/pdf/pdf_TJG_289.pdf
- Ergün, F.S., Oran, N.T. ve Bender, C.M. (2005). Quality of life of oncology nurses. *Cancer Nurs*, 28:193-199.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15915062/>
- Fidaner, H., Elbi, H., Fidaner, C., Eser, S. Y., Eser, E., & Göker, E. (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 7(Suppl 2), 23-40.

- Fidaner, H., Elbi, H., Fidaner, C., Eser, S. Y., Eser, E., & Göker, E. (1999). Yaşam kalitesinin ölçülmesi. *Whoqol-100 ve Whoqol-Bref. 3p Dergisi*, 7(Suppl 2), 5-13.
- Işıklı, B., Kalyoncu, C., & Arslantaş, D. (2007). Eskişehir Mahmutiye'de 35 yaş ve üzeri kişilerde yaşam kalitesi. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 26(3), 7-12.
- Kılıçoğlu, A. ve Yenilmez, Ç. (2005). Huzurevindeki yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ve bireye özgü etkenler ile ilişkisi. *Düşünen Adam Dergisi*, 18(4), 187-195.
- Meeks, S., & Murrell, S. A. (2001). Contribution of education to health and life satisfaction in older adults mediated by negative affect. *Journal of aging and health*, 13(1), 92-119.
<https://doi.org/10.1177/089826430101300105>
- Paskulin, L. M. G., & Molzahn, A. (2007). Quality of life of older adults in Canada and Brazil. *Western Journal of Nursing Research*, 29(1), 10-26.
<https://doi.org/10.1177%2F0193945906292550>
- Rubenstein, L. V. (1996). Using quality of life tests for patient diagnosis or screening, or to evaluate treatment. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*, 363-374.
- Sathvik, B. S., Parthasarathi, G., Narahari, M. G., & Gurudev, K. C. (2008). An assessment of the quality of life in hemodialysis patients using the WHOQOL-BREF questionnaire. *Indian journal of nephrology*, 18(4), 141.
<https://doi.org/10.4103/0971-4065.45288>
- Suurmeijer, T.P., Reuvekamp, M.F. ve Aldenkamp, B.P. (2001). Social functioning, psychological functioning, and Quality of Life in epilepsy. *Epilepsia*, 42: 1160-1168.
<https://doi.org/10.1046/j.1528-1157.2001.37000.x>
- Suurmeijer, T.P., Waltz, M., Moum, T., Guillemin, F., Sonderer, F.L., Briançon, S., Sanderman, R. ve van den Heuvel, W.J.A. (2001). Quality of Life profiles in the first years of rheumatoid arthritis: Results from the EURIDISS longitudinal study. *Arthritis Rheumatology*, 45:111-121.
Doi:<https://doi.org/10.1002/1529-0131>
- Taylor, W. J., Myers, J., Simpson, R. T., McPherson, K. M., & Weatherall, M. (2004). Quality of life of people with rheumatoid arthritis as measured by the World Health Organization Quality of Life Instrument, Short Form (WHOQOL-BREF): Score distributions and psychometric properties. *Arthritis Care & Research*, 51(3), 350-357.
<https://doi.org/10.1002/art.20398>
- Tseng, S. Z., & Wang, R. H. (2001). Quality of life and related factors among elderly nursing home residents in Southern Taiwan. *Public Health Nursing*, 18(5), 304-311.
<https://doi.org/10.1046/j.1525-1446.2001.00304.x>
- Von Dem Knesebeck, O., Wahrendorf, M., Hyde, M., & Siegrist, J. (2007). Socio-economic position and quality of life among older people in 10 European countries: results of the SHARE study. *Ageing & Society*, 27(2), 269-284.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X06005484>
- World Health Organization. Measuring quality of life: the development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL). *Geneva: WHO*, 1993.
- World Health Organization. Internationale classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classifications relating to the consequences of disease. *Geneva: WHO*, 1990.
- Xia, P., Li, N., Hau, K. T., Liu, C., & Lu, Y. (2012). Quality of life of Chinese urban community residents: a psychometric study of the mainland Chinese version of the WHOQOL-BREF. *BMC Medical Research Methodology*, 12(1), 1-11.
<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2288-12-37>
- Yıldırım, A., & Hacıhasanoğlu, R. (2011). Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 61-68.



Doğum Öncesi Eğitimin Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Rukiye DEMİR¹ Ayten TAŞPINAR²

¹ Tekirdağ Devlet Hastanesi, Kadın Doğum Servisi

² Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

Geliş Tarihi / Received: 13.09.2020, Kabul Tarihi / Accepted: 20.03.2021

ÖZ

Amaç: Bu araştırma annelerin doğum öncesi dönemde eğitim alma durumlarının doğum sonu yaşam kaliteleri üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma analitik-kesitsel olarak, Mart-Aralık 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini bir Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran anneler, örneklemini 170 anne oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında "Anket Formu" ve "Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği" kullanılmıştır. İstatistiksel analizler Statistical Package for the Social Sciences 24.0 paket programında yapılmıştır. Verilerin analizinde student t-test, Mann-Whitney U Testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Kruskal Wallis testleri kullanılmış, tüm analizler için $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan annelerin %35.9'u doğum öncesi dönemde eğitim almış, %31.1'i bu eğitimleri yeterli bulmuştur. Annelerin Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin toplamından aldıkları puan ortalaması 18.62 ± 1.26 'dır. Annelerin yaşı ve yaşayan çocuk sayılarına göre Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, en az iki yaşayan çocuğu ve 26-34 yaş grubunda olanların ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, eğitim alma durumunun puan ortalamalarını istatistiksel düzeyde etkilemediği belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Sonuç: Annelerin doğum sonu dönemde yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu ve doğum öncesi dönemde aldıkları eğitimin doğum sonu dönem yaşam kalitelerini etkilemediği bulunmuştur. Annelere verilen eğitim niteliğinin yükseltilmesi ve çalışmaların daha büyük örneklem grubuyla yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Doğum Öncesi, Doğum Sonrası, Eğitim, Yaşam Kalitesi.

The Effect of Prenatal Education on Postpartum Quality of Life

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to determine the effect of prenatal education status of mothers on their quality of life after birth.

Material and Methods: The research was conducted between March-December 2017 as analytical-cross-sectional. The universe of the study consisted of mothers who applied to a Family Health Center, and 170 mothers constituted the sample. "Survey Form" and "Postpartum Quality of Life Scale" were used to collect data. Statistical analyzes were performed in the Statistical Package for the Social Sciences 24.0 package program. Student t-test, Mann-Whitney U Test, one-way analysis of variance (ANOVA), Kruskal Wallis tests were used in the analysis of the data, and $p < 0.05$ was considered statistically significant for all analyzes.

Results: 35.9% of the mothers participating in the study received prenatal education, and 31.1% found this training sufficient. The mean score of the mothers from the sum of the Postpartum Quality of Life Scale was 18.62 ± 1.26 . Postpartum Quality of Life Scale mean scores were found to be statistically significant according to the age of the mothers and the number of living children, it was determined that the scale mean scores of those with at least two living children and those in the 26-34 age group were higher, and the educational status did not affect the mean score statistically ($p > 0.05$).

Conclusions: It was found that the quality of life of the mothers in the postpartum period was moderate and the education they received in the prenatal period did not affect their quality of life in the postpartum period. It can be recommended to increase the quality of education given to mothers and to conduct studies with larger sample groups.

Keywords: Prenatal, Postnatal, Education, Quality of Life.

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Rukiye DEMİR, T.C. Sağlık Bakanlığı, Tekirdağ Dr. İ. Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi, Tekirdağ, Türkiye

E-mail: rukiye_kiyimik@hotmail.com

Bu makaleye atf yapmak için / Cite this article: Demir, R, Taşpınar A. (2021). Doğum Öncesi Eğitimin Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 154-165. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.794309>

©Copyright 2021 by the Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.



BAUN Sağ Bil Derg 2021 OPEN ACCESS <https://dergipark.org.tr/tr/pub/balikesirsbd>
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre gebelik, doğum ve doğum sonrasında önlenemez nedenlerle ortaya çıkan anne ve bebek ölümleri ve hastalıkları öncelikli olarak ele alınması gereken sağlık sorunlarıdır ve DSÖ anne ve bebek ölümlerinin azaltılması için üreme sağlığı, antenatal, perinatal ve çocuk sağlığı hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılması gerektiğini vurgulamaktadır (WHO, 2018). Barcelona Anne ve Yenidoğan Hakları Bildirgesi'nde de anne ve bebek sağlığına dikkat çekilerek "Bütün kadınlar üreme sağlığı, gebelik, doğum ve yeni doğan bakımı ile ilgili bilgi ve yeterli eğitim alma hakkına sahiptir" ifadesi yer almaktadır. Ayrıca bütün kadınlar her ülkede hükümetler tarafından garanti altına alınmış, gereksiz risklerin uzaklaştırıldığı ve doğru yardım alabildiği bir gebelik süreci geçirme, gebelik sırasında yeterli sağlık hizmeti ve koruyucu önlemleri alma hakkına sahiptir ve sağlık hizmetlerinin nitelikli ve yeterli kaynaklara sahip olması gereklidir" ifadeleri de bu bildiride yer almaktadır (Union of European Neonatal and Perinatal Societies, 2010).

Kadının sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen en önemli sağlık sorunlarının doğurganlık dönemine rastlayan gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçlerde ortaya çıktığı ve yaşamsal önem taşıdığı yapılan çalışmalar ve sağlık göstergeleriyle belirlenmiştir (Taşkın, 2020). Hem annenin hem de doğacak bebeğinin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde doğum öncesi bakım, doğum ve doğum sonrası bakım temel koruyucu hizmetlerdir (Pirdal, Yalçın & Ünal, 2016). Doğum öncesi bakım; doğum öncesi bakımı sunan kişiyi, bakım sayısını, bakımda verilen hizmetleri kapsamaktadır (de Mooij et al., 2018). Bu bakım, anne ve doğacak bebeklerin sağlıklı olmalarını sağlayan en etkili, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti olarak kabul edilir. Gebelik süresince bu sağlık hizmetinin anne ve bebeklere verilerek nitelikli bir izlem ve bakımın sağlanması için sağlık personeli tarafından izlenmesi, değerlendirilmesi ve gerekli eğitimlerin gebelere verilmesi gerekir (Gonçalves et al., 2018). Prenatal dönemde gebelere verilen bu eğitimlerin birçok olumlu etkisinin yanı sıra, eşler arasındaki ilişki ve annelik rolüne geçiş üzerine olumlu etkisinin olduğu, gebelerde sağlık bilincini yükselttiği, annenin gebelik ve doğum eylemi sorunlarıyla baş etme gücünü ve özgüvenini artırdığı, doğum esnasında kendine güvenini sağladığı ve anksiyeteyi azalttığı ve normal doğuma eğilimi arttırdığı, doğum sonrası döneme uyumu kolaylaştırdığı belirtilmektedir (Hill et al., 2006; Lumley et al., 2006; Pirdal, Yalçın & Ünal, 2016; Gonçalves et al., 2018). Ayrıca doğum öncesi verilen kaliteli bir eğitim, doğum sonu annenin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyecektir (ACOG, 2018).

Anne, bebek ve toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir dönüm noktası olan ve ailenin yaşamında kısa bir periyodu içeren doğum sonu dönem ailede fiziksel, sosyal ve duygusal değişimlerin meydana geldiği bir geçiş dönemidir (de Mooij et al., 2018; Taşkın, 2020). Bu dönemde annenin hem fizyolojik hem de psikolojik olarak gebelik öncesi

durumuna dönmesi, bebeğinin bakımını sağlayabilmesi ve onun için güvenli bir çevre oluşturması, bebekle iletişim kurması ve yeni rollerine uyum sağlaması gerekmektedir. Bu bağlamda ortaya çıkan durumlarla baş edebilmek ve yeni rollerine uyum sağlayabilmek için annenin gebelik döneminden itibaren oldukça iyi hazırlanması, iyi bir bakım ve eğitim alması, bu sayede annenin yaşam kalitesinin artırılması önemlidir (Büyükkayacı & Karataş, 2011; Altuntuğ & Ege, 2012). Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından tanımlanmış olup, bireyin kendisini nasıl hissettiği, günlük yaşam aktivitelerini nasıl ve ne yeterlilikte yapabildiğini ifade eden bir kavramdır (Altuntuğ & Ege, 2012). Yaşam kalitesinin yükselmesine önemli katkıları olan annenin doğum öncesi ve doğum sonrası döneme yönelik eğitim alma durumu, annenin doğum, doğum sonu dönem, ailedeki yeni düzen ve beden imgesindeki değişikliklere uyum sağlaması açısından da önem arz etmektedir. Gebelik döneminde anneye doğum sonrası döneme yönelik yeterli, kaliteli ve nitelikli bir eğitim yoluyla sağlanan destek annedeki stresi azaltır, özgüveni artırır ve böylece annenin başarılı bir gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem yaşanmasına ve ebeveynliğe uyumuna katkıda bulunur. Bilgili olma, kontrolü elinde tutma ve özgüven duyguları annenin baş etme, sorun çözme becerilerini artırarak yaşam kalitesinin yükseltilmesine de katkıda bulunur (Mahumud et al., 2019; Taşkın, 2020). Literatürde doğum sonu yaşam kalitesini etkileyen faktörler hakkında araştırmalar mevcuttur (Pınar et al., 2009; Çelik, Türkoğlu & Pasinlioğlu, 2014; Bağcı & Altuntuğ, 2016). Fakat araştırmamızın yapıldığı bölgede annelerin doğum sonrası döneme yönelik eğitim alma durumlarının doğum sonu yaşam kaliteleri üzerine etkisini inceleyen araştırmalara rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırmamızda, annelerin doğum öncesi dönemde eğitim alma durumlarının doğum sonu yaşam kaliteleri üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın türü ve yapıldığı yer

Araştırma analitik-kesitsel olarak, Aydın İlinde bulunan bir Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nde Mart-Aralık 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın evreni ve örnekleme

Araştırmanın evrenini, Aydın Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı bir ASM'ye araştırmanın yapıldığı tarihler arasında başvuran, doğum sonu dört-altı haftalık olan anneler oluşturmuştur. Bu ASM'ne kayıtlı 1 Ocak-31 Aralık 2016 tarihleri arasında 300 doğum olduğu belirlenmiş, araştırmanın örnekleme evreni bilinen örneklem yöntemi ile hesaplanarak (%95 güven aralığında) en az 169 bulunmuş, 170 kadınla araştırma tamamlanmıştır (n=170). Araştırmaya alınma kriterleri, doğum sonu dört-altı haftalık olmak, sağlıklı bir bebeğe sahip olmak, iş birliği ve iletişime açık olmak, alınmama kriterleri ise, annenin ya da bebeğin doğum sonu dönemde yoğun bakımda yatması, 37. gebelik haftasından önce doğum yapması, konjenital anomalili bebeğinin olması ve doğum sonu komplikasyon yaşamış olmasıdır.

Veri toplama araçları ve uygulama

Verilerin toplanmasında Anket Formu ve Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ) kullanılmıştır. Araştırma tarihleri içerisinde aşı veya herhangi bir nedenle ASM'ne başvuran ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan annelerin yazılı ve sözlü onamları alınarak veriler toplanmıştır. Hazırlanan taslak anket formu on anneye uygulanmış, sorular üzerinde gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra son şekli verilmiştir. Anket formu sorumlu araştırmacı tarafından ASM'nin bir odasında annelere soru cevap şeklinde yüz yüze uygulanmış, annelere Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği hakkında bilgi verilerek kendilerinin doldurmaları istenmiştir. Veri toplama süreci yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür.

Anket formu: Araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan anket formunda (Büyükkayacı & Karataş, 2011; Doğan, Yiğit & Erdoğan, 2013; Çelik, Türkoğlu & Pasinlioğlu, 2014; Martínez-Galiano et al., 2019) araştırmaya dâhil edilen annelerin yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile tipi, gebelik ve yaşayan çocuk sayısı, gebeliği isteme durumu, doğum şekli, lohusalık haftası, doğum öncesi dönemde eğitim alma durumu, eğitimi aldığı kurum, eğitimi veren kişi ve eğitim konularını içeren toplam 22 soru bulunmaktadır.

Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ): Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hill ve arkadaşları (2006) tarafından yapılmıştır (Hill et al., 2006). Doğum sonu yaşam kalitesi, annenin algılamasına göre değerlendirilen bir ölçek olup beş alt boyuttan ve toplam 40 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları akrabalık-aile-arkadaş (9 madde), sosyo-ekonomik (9 madde), eş (5 madde), sağlık (8 madde), psikolojik (9 madde) boyuttan oluşmaktadır. Ölçek, taburculuğu takip eden doğum sonu dört-altıncı haftasında olan annelerin kendilerini ne derece memnun ve önemli hissettiklerini değerlendirmektedir (Altuntuğ & Ege, 2012). Ölçek iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde her bir madde ile ilgili memnuniyet, ikinci bölümde ise önemlilik sorgulanmaktadır. Tüm maddeler altılı Likert skalasına göre değerlendirilmektedir. Ölçeğin memnuniyet ve önemlilik bölümleri birden altıya kadar numaralandırılmıştır. 1: Hiç Memnun Değil, 6: Çok Memnun olarak tanımlanmaktadır. Aynı tanımlamalar önemlilik bölümü için de geçerlidir. Sorularda sorulan alanla ilgili olarak ne kadar memnun olduğunu ya da o alanın onun için ne kadar önemli olduğunu tanımlayan en doğru şıkkın seçilmesi istenmiştir. Ölçeğin puanlarını hesaplamak için; birden altıya kadar olan memnuniyet maddelerinin her birinden üç buçuk çıkarılmakta, ölçeğin önemlilik boyutundaki aynı maddelerle memnuniyet boyutundan alınan puanlar çarpılmaktadır. İşlem sonrası

elde edilen puanlar toplanarak ölçek soru sayısına (40 madde) bölünerek, negatif sonuçlar oluşmaması için bölümden elde edilen rakama sabit bir değer (15) eklenip sonuç bulunmaktadır. Böylece Yaşam Kalitesi Skoru 0-30 aralığında çıkmaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe kişinin doğum sonu yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük puanlar doğum sonu yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir (Altuntuğ & Ege, 2012). Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması ülkemizde Altuğ ve Ege (2012) tarafından yapılmış, ölçek toplam puanına göre Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.95 ve madde toplam puan korelasyonları 0.435-0.717 arasında bulunmuştur. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türkçe formu doğum yapmış kadınlarda doğum sonu yaşam kalitesini değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir (Altuntuğ & Ege, 2012). Bu çalışmanın Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur.

Verilerin değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizleri Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 24.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin sayı, yüzde, ortalama dağılımları verilmiş olup, analizinde student t-test, Mann-Whitney U Testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Kruskal Wallis testleri kullanılmış, tüm analizler için $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın etik yönü

Araştırmanın etik kurul onamı Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Protokol No:2017/006), kurum izni Aydın Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden (No:19866188/605.01) alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden annelerden yazılı ve sözlü onam ve Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeğinin araştırmada kullanılabilmesi için ölçeği Türkçeye uyarlayan yazarlardan e-posta yoluyla izin alınmıştır. Araştırmanın her aşamasında Helsinki Deklarasyonu Prensipleri 'ne uygun davranılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan annelerin yaş ortalaması 31.23 ± 5.57 (min=19, max=42)'dir. Annelerin %56.5'inin ilk/ortaokul mezunu olduğu, %88.2'sinin herhangi bir işte çalışmadığı ve %72.4'ünün çekirdek ailede yaşadığı, %60.6'sının gelir düzeylerini (gelir gidere denk) orta olarak algıladığı belirlenmiştir (Tablo 1). Ayrıca çalışmaya katılan annelerin eşlerinin yaş ortalaması 32.03 ± 0.4 (min=21, max=43) olup, eşlerin %63.6'sı ilk/ortaokul mezunu, %10.6'sı herhangi bir işte çalışmamaktadır.

Tablo 1. Annelerin sosyodemografik özelliklerine göre Doğum Sonu Yaşam Kaliteleri Ölçeği puan ortalamaları (n=170).

Sosyodemografik özellikler	DSYKÖ				
	n	%	X±SS	Test değeri	p
Yaş 19-25 ^a 26-34 ^b 35-42 ^c Yaş ortalaması X±SS=31.23±5.57	29 85 56	17.1 50.0 32.9	18.46±1.24 18.86±1.22 18.35±1.29	F=6.145	0.046*
Eğitim düzeyi İlkokul/ortaokul mezunu Lise/üniversite mezunu	96 74	56.5 43.5	18.59±1.31 18.67±1.21	t=-0.431	0.667
Çalışma durumu Çalışmıyor (Ev hanımı) Çalışıyor	150 20	88.2 11.8	18.66±1.24 18.34±1.40	t=1262.000	0.250
Aile tipi Çekirdek aile Geniş aile	123 47	72.4 27.6	18.63±1.34 18.60±1.06	t=0.117	0.907
Gelir düzeyi algısı Kötü (Gelir giderden az) Orta (Gelir gidere denk) İyi (Gelir giderden fazla)	35 103 32	20.6 60.6 18.8	18.91±1.18 18.64±1.28 18.26±1.25	F=2.271	0.106

X= Ortalama, SS = Standart sapma, *c<b

Çalışmaya katılan annelerin gebelik sayısı ortalaması 2.04±0.91 (min=1, max=5), yaşayan çocuk sayısı ortalaması ise 1.88±0.83 (min=1, max=5)'dir.

Annelerin %35.3'ü dört, %45.3'ü beş, %19.4'ü altıncı lohusalık haftasında olup, %88.8'i isteyerek gebe kalmış ve %75.9'u normal vajinal doğum yapmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Annelerin obstetrik özelliklerine göre DSYKÖ puan ortalamaları (n=170).

Obstetrik özellikler	DSYKÖ				
	n	%	X±SS	Test değeri	p
Gebelik sayısı 1 2-5 Gebelik sayısı X±SS=2.04±0.91	50 120	29.4 70.6	18.37±1.27 18.73±1.25	F=-1.664	0.098
Yaşayan çocuk sayısı 1 2-5 Yaşayan çocuk sayısı ortalaması X±SS=1.88±0.83	60 110	35.3 64.7	18.36±1.25 18.77±1.25	t=-2.022	0.045
Şimdiki gebeliği isteme durumu Hayır Evet	19 151	11.2 88.8	18.55±1.15 18.63±1.28	Z=1387.500	0.816
Doğum şekli Normal doğum Sezaryen doğum	129 41	75.9 24.1	18.65±1.24 18.53±1.34	t=0.516	0.607
Cinsiyet Kız Erkek	91 79	53.5 46.5	18.69±1.33 18.54±1.18	t=0.779	0.437
Lohusalık haftası 4.hafta 5.hafta 6.hafta	60 77 33	35.3 45.3 19.4	18.44±1.16 18.71±1.34 18.76±1.26	t=0.967	0.382

X= Ortalama, SS = Standart sapma

Annelerin tamamının gebeliğinde sağlık kontrollerine gittiği, %78.2'sinin bu kontrolleri en az beş kez yaptırdığı, %7.6'sının kontrollerini sadece doktorun yaptığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan annelerin %35.9'u doğum öncesi dönemde eğitim aldığını belirtmiş, %31.1'i aldığı eğitimleri yeterli

bulmuştur. Annelerin %23.0'ı eğitimi sadece ebe ve hemşireden alırken, %34.4'ü eğitimi hastanede, %31.2'si ASM'de almıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Annelerin doğum öncesi dönemde eğitim alma durumuna göre DSYKÖ puan ortalamaları (n=170).

Değişkenler	DSYKÖ				
	n	%	X±SS	Test değeri	p
Doğum öncesi dönemde sağlık kontrollerinin sayısı				t=1.638	0.103
4 ve daha az	37	21.8	18.92±1.23		
5 ve daha fazla	133	78.2	18.54±1.26		
Doğum öncesi dönemde sağlık kontrollerini yapan sağlık personeli				Z=11.500	0.958
Doktor	13	7.6	18.65±1.10		
Doktor+ebe+hemşire	157	92.4	18.62±1.28		
Doğum öncesi dönemde eğitim alma durumu				t =1.120	0.264
Alan	61	35.9	18.77±1.25		
Almayan	109	64.1	18.54±1.27		
Doğum öncesi dönemde aldığı eğitimi yeterli bulma durumu (n=61)*				F=1.475	0.478
Yeterli	19	31.1	18.98±1.38		
Yetersiz	18	29.6	18.52±1.33		
Fikrim yok	24	39.3	18.78±1.10		
Doğum öncesi dönemde eğitim alınan sağlık personeli (n=61)				F=0.673	0.714
Ebe+hemşire	14	23.0	18.75±1.41		
Doktor	7	11.5	19.16±1.42		
Ebe+hemşire+doktor	19	65.5	18.71±1.18		
Doğum öncesi dönemde eğitim alınan sağlık kurumu (n=61)				F=0.424	0.809
ASM	19	31.2	18.62±1.18		
Hastane	21	34.4	18.90±1.30		
ASM+hastane	21	34.4	18.77±1.31		

X= Ortalama, SS = Standart sapma

Çalışmaya katılan annelerin doğum öncesi aldıkları eğitim konuları ve hizmetlerin dağılımına baktığımızda; doğum öncesi dönemde eğitim aldığını ifade eden annelerin (n=61) tamamı gebelikte yaptırılması gereken testler ve bebeğin gelişimi hakkında, %88.5'i beslenme ve doğum/doğum şekilleri, %85.2'si gebelikte bağışıklama (aşı) konularında eğitim aldığını, tamamı (%100.0) doğum öncesi tansiyon ölçümü, kan tahlili (hemoglobin), idrar tahlili (protein), kilo ölçümü hizmetlerinin kendisine verildiğini ifade etmiştir. Doğum sonu dönemi ilgilendiren eğitim konularından emzirme/anne sütü

konusunda annelerin %9.8'inin, aile planlaması konusunda %9.8'inin ve bebek bakımı ve aşılarda konusunda %3.3'ünün eğitim aldıkları saptanmıştır (Tablo 4).

Çalışmaya katılan annelerin Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeğinin toplamından aldıkları puan ortalaması 18.62±1.26, ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ise sırasıyla akrabalık-aile-arkadaş 16.80±1.61, sosyo-ekonomik 17.15±2.68, eş 20.15±3.03, sağlık 19.08±1.90 ve psikolojik 21.14±1.92'dir (Tablo 5).

Tablo 4. Annelere doğum öncesi dönemde verilen eğitim konuları ve hizmetlerin dağılımı.

Doğum öncesi dönemde verilen eğitim konuları (n=61)	Evet	Hayır
	n (%)	n (%)
Gebelikte yaptırılması gereken testler	61 (100.0)	-
Bebeğin gelişimi	61 (100.0)	-
Beslenme	54 (88.5)	7 (4.1)
Doğum/doğum şekilleri	54 (88.5)	7 (4.1)
Gebelikte bağışıklama (aşı)	52 (85.2)	9 (14.8)
Gebelik süreci ve annedeki değişimler	48 (78.7)	13 (21.3)
Gebelikte tehlike belirtileri	43 (70.5)	18 (29.5)
Anne sütü/emzirme	6 (9.8)	55 (90.2)
Doğum sonu kullanılabilinecek aile planlaması yöntemleri	6 (9.8)	55 (32.4)
Gebelikte hijyen	5 (8.2)	56 (91.8)
Gebelikte cinsellik	2 (3.3)	59 (96.7)
Bebek bakımı ve aşıları	2 (3.3)	59 (96.7)
Doğum öncesi dönemde verilen hizmetler (n=170)		
Tansiyonunuz ölçümü	170 (100.0)	-
Kan tahlili (hemogloblin)	170 (100.0)	-
İdrar tahlili (protein)	170 (100.0)	-
Kilonuz ölçümü	170 (100.0)	-
Boyunuz ölçümü	162 (95.3)	8 (4.7)
Ultrason	153 (90.0)	17 (10.0)
Tetanos aşısı	151 (88.8)	19 (11.2)
Vitamin hapı desteği	142 (83.5)	28 (16.5)
Demir hapı desteği	124 (72.9)	46 (27.1)
Vajinal muayene	26 (15.3)	144 (84.7)

Tablo 5. Annelerin DSYKÖ puan ortalamalarının dağılımı.

DSYKÖ ve alt boyutları	X±SS	Min-max
Akrabalık-aile-arkadaş	16.80 ± 1.61	12.80-20.85
Sosyo-ekonomik	17.15 ± 2.68	12.50-22.22
Eş	20.15 ± 3.03	12.60-26.40
Sağlık	19.08 ± 1.90	14.13-23.25
Psikolojik	21.14 ± 1.92	15.88-25.63
Toplam Puan	18.62±1.26	15.41-21.29

X= Ortalama, SS = Standart sapma

TARTIŞMA

Kadın sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen en önemli sağlık sorunlarının doğurganlık dönemine rastlayan gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde ortaya çıktığı düşünüldüğünde, anne adaylarına prenatal dönemde verilecek eğitimler anne ve bebek sağlığın geliştirilmesi ve korunması açısından önemli olup, annenin doğum sonrası döneme hazırlanması, karşılaşılabilecekleri sorunlarla başa çıkabilmeleri ve yaşam kalitelerinin artması noktasında yararlı olacaktır (Altuntuğ & Ege, 2012; Bağcı & Altuntuğ, 2016). Bu nedenle annelerin doğum öncesi dönemde eğitim alma durumlarının doğum sonu yaşam kaliteleri üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırma bulgularına göre; araştırmaya katılan annelerin yaş ortalamasının 31.23±5.57 (min=19, max=42) olduğu, annelerin yaşam kalitelerinin yaş gruplarından etkilendiği, 26-34 yaş grubundaki annelerin doğum sonu yaşam kalitelerinin

(18.86±1.22), 35-42 ve 19-25 yaş grubundaki annelerin yaşam kalitelerinden (18.46±1.24 ve 18.35±1.29) daha iyi olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Literatür gözden geçirildiğinde; Akın ve arkadaşları (2009) ve Bağcı ve Altuntuğ'un (2016) çalışmasında annelerin yaş ortalamalarının sırasıyla 26.24±5.07 ve 27.56±5.46 olduğu, annelerin yaşı ile DSYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu, annelerin yaşları artarken DSYKÖ puan ortalamasının azaldığı görülmüştür (Akın et al., 2009; Bağcı & Altuntuğ, 2016). Bu sonuçlar annelerin yaşı ilerledikçe iş yüklerinin ve çocuk sayılarının artması, erken yaşta anne adaylarının gebelik ve çocuk sayılarının az olması nedeniyle sorumluluklarının daha az olması ve sosyal desteklerinin fazla olması ile açıklanabilir.

Çalışmamıza katılan annelerin yarısından fazlasının (%56.5) ilköğretim mezunu olduğu, ilköğretim mezunu olan annelerin DSYKÖ puan ortalamasının (18.59±1.31), lise/üniversite mezunu olan annelerden (18.67±1.21) daha düşük olduğu, annelerin eğitim düzeyi arttıkça DSYKÖ puan ortalamalarının arttığı,

ancak bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Çelik ve ark.'nın (2014) yaptıkları bir çalışmada ortaokul mezunu annelerin DSYKÖ puan ortalamasının (16.50 ± 1.5) üniversite mezunu olanlarından (16.50 ± 1.0) daha düşük ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, üniversite mezunu olan annelerin diğer annelere göre doğum sonu yaşam kalitelerinin daha iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Çelik, Türkoğlu & Pasinlioğlu, 2014). Çalışmamızın ve diğer çalışmaların bulguları incelendiğinde annelerin öğrenim durumlarının DSYKÖ puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilememesine rağmen annelerin öğrenim durumu yükseldikçe DSYKÖ puan ortalamalarının dolayısıyla annelerin yaşam kalitelerinin arttığı görülmüştür (Akin et al., 2009; Altuntuğ & Ege, 2012; Bağcı & Altuntuğ, 2016). Öğrenim düzeyi yükseldikçe kişilerin hizmete ulaşım, destek sistemlerini harekete geçirme ve karşılaştığı sorunlarla daha kolay baş etmesinin ve doğum sonu döneme yönelik gereksinimlerini fark ederek gerek sosyal destek konusunda gerekse sağlık hizmeti konusunda beklentilerinin arttığı ve bu beklentilerine cevap aradığı, sorunları ile daha iyi baş edebildiği dolayısıyla annelerin memnuniyetlerinin ve yaşam kalitelerinin yükseldiği söylenebilir.

Çalışmaya katılan annelerin yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1.88 ± 0.83 (min=1, max=5) olup, yaşayan bir çocuğu olan annelerin DSYKÖ puan ortalamasının (18.36 ± 1.25), iki ve daha fazla çocuğu olan annelerin puanından (18.77 ± 1.25) daha düşük olduğu ve annelerin yaşayan çocuk sayılarına göre DSYKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, yaşayan çocuk sayısı arttıkça annelerin DSYKÖ puan ortalamasının arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Akin ve arkadaşlarının (2009) çalışmalarında anneleri yaşayan çocuk sayıları arttıkça yaşam kalitesi puanlarının azaldığı, Yılmaztürk'ün (2010) çalışmasında tek gebelik geçiren kadınların DSYKÖ puan ortalamasının en yüksek, üç ve üzeri sayıda gebelik geçirenlerin en düşük orana sahip olduğu belirlenmiş, fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Akin et al., 2009; Yılmaztürk, 2010). Çalışmamızda ortaya çıkan sonuç multipar annelerin yaşam kalitelerini etkileyebilecek faktörlerin varlığı (eş desteği, sosyal destek, deneyim vs), gebelik ve doğum sayısı arttıkça annenin deneyimlerinin ve özgüvenlerinin artması ve yaşı ilerledikçe olaya bakış açısı ve karar verme mekanizmalarını daha iyi ve hızlı çalışması gibi faktörlerin doğum sonu yaşam kalitesini etkileyebileceğinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmaya katılan annelerin büyük çoğunluğu (%75.9) normal vajinal doğum yaptığı, normal doğum yapan annelerin DSYKÖ puan ortalamasının (18.65 ± 1.24), sezaryen ile doğum yapan annelerinkinden (18.53 ± 1.34) daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Konuya yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde; doğum şekli ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildiren çalışmalar

bulunmasının yanı sıra (Akin et al., 2009; Bağcı & Altuntuğ, 2016), bazı çalışmalarda, doğum şekli ile DSYKÖ puanı arasında anlamlı ilişki saptanmış ve vajinal doğum sonrası DSYKÖ puanının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Yılmaztürk, 2010; Mousavi et al., 2013). Bu sonuç; verilerin toplandığı zaman diliminde (doğum sonu dört-altıncı hafta) annelerin kendilerini toparladığı, yaralarının iyileştiği, doğum sonu döneme uyumun arttığı dolayısıyla annelerin DSYKÖ puan ortalamalarını etkilemediğinden kaynaklanıyor olabilir. Vajinal yolla doğumun annenin doğum sonu döneme uyumunu kolaylaştıracağı, sezaryen doğum yapan annenin iyileşmesinin daha geç olacağı bunda annenin doğum sonu yaşam kalitesini etkileyebileceği, ayrıca sezaryen sonrası doğumlarda post operatif ağrı, halsizlik, anestezinin olumsuz etkileri nedeniyle kendi öz bakımını, günlük yaşam aktivitelerini ve yeni doğanın bakımını karşılamada zorlanma, emzirme problemleri gibi sorunların annelerin yaşam kalitesi ve konforunda normal doğum yapanlara oranla belirgin azalmanın olabileceği yapılan çalışmalarla bildirilmiştir (Güngör, Gökyıldız & Nahcivan, 2004; Pınar et al., 2009; Akin et al., 2009). Ebelik bakımı doğrultusunda verilecek eğitimlerde, annenin karşılanamayan gereksinimlere yönelik doğum sonu dönemde konforunu artırıcı girişimlerin planlanarak uygulanması, bakımın kalitesini, hasta memnuniyetini ve annelerin yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecektir (Perla, 2002; Pınar et al., 2009).

Doğum süreci insan yaşamının en önemli olaylarından biri olup bir kadını hem gebelik hem de doğum ve doğum sonu periyotta pek çok tehlike ile karşı karşıya bırakabilir. Bu sürecin aşılmasında en iyi ve doğru olan yol, gebelik boyunca yeterli eğitim ve destek almaktan geçmekte olup, prenatal dönemde verilecek olan eğitimler oldukça önemlidir (Bergström, Kieler & Waldenström, 2009; Taşkın, 2020). Bu eğitimler yaşanacak sorunları en aza indirilip, annelerin bilgilenmelerini sağlayacak onların korku ve endişe duymasına yol açan belirsizlikler ortadan kaldıracaktır. Bu sayede annelerin özgüveni artırılabilir, bilinmeyen kaynaklanan korku ve endişeleri giderilip bunun anne ve bebek sağlığına getireceği olumsuzluklar engellenerek yaşam kaliteleri yükseltilebilir (Coşar & Demirci, 2012; Kızılkaya Beji & Dişsiz, 2020). Çalışmaya katılan annelerin doğum öncesi dönemde eğitim alma durumları incelendiğinde; annelerin üçte biri (%35.9) eğitim aldığını belirtmiş, eğitim alan annelerin sadece üçte biri (%31.1) aldığı bu eğitimleri yeterli bulmuştur. Ayrıca eğitim alan annelerin DSYKÖ toplam puan ortalamalarının (18.77 ± 1.25), almayan annelerden (18.54 ± 1.27) yüksek olduğu ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Yapılan bir çalışmada annelerin doğum öncesi dönemde bilgi alma durumlarına göre DSYKÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, bilgi alan annelerin eğitim almayan annelere göre doğum sonu yaşam kalitelerinin daha iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir (Çelik, Türkoğlu & Pasinlioğlu,

2014). Çalışmamızda annelerin DSYKÖ toplam puan ortalamalarının başka faktörlerden etkilenmiş olabileceğini ya da bu sonucun eğitim alan annelerin oranının (%35.9) ve araştırmanın örneklem grubunun düşük olduğundan kaynaklanıyor olabileceğini düşünmekteyiz. Doğum öncesi verilecek eğitimlerin annenin kendi ve bebeklerinin bakımına yönelik verilmesi, bilgi eksikliklerinin giderilmesi dolayısıyla ortaya çıkabilecek sorunların çözümüne katkı sağlanması önemlidir. Ünsal ve ark.'nın (2005) çalışmasında annelerin doğum sonrası döneme yönelik %23.9'unun hiç bilgi almadığı bildirilmiştir (Ünsal et al., 2005). Bizim çalışmamızda da annelerin eğitim alma oranının (%35.9) düşük olması üzücü karşılamağımız bu bağlamda annelere doğum öncesi dönemde yeterli eğitim ve danışmanlığın verilmediği düşünülebilir.

Uzman sağlık personelinden alınan doğum öncesi bakım, olası problemlerin erken belirlenmesi ve daha ciddi komplikasyonlara yol açmadan önce müdahale edilmesi açısından önemlidir. Çalışmamıza katılan annelerin eğitim aldığı kişi ve kurumlara göre incelediğimizde; annelerin aldığı eğitimleri az bir kısmının sadece ebe ve hemşireden aldığı (%23.0), yaklaşık üçte birinin hastane (%34.4) ya da ASM'nde aldığı (%31.2), eğitimi sadece ebe/hemşireden (18.75±1.41) ve hastanede (18.90±1.30) alan annelerin Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ancak annelerin eğitimi aldığı sağlık personeli ve yere göre DSYKÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Türkiye'de kadınların neredeyse tamamının (%96.0) gerçekleşen son doğumlarında uzman sağlık personelinden doğum öncesi bakım aldığı, bu bakım genellikle bir doktor tarafından verildiği (%94.0) ve bakımın sadece %3'ünün bir hemşire veya ebe tarafından verildiği belirlenmiştir (TNSA, 2018). Sözeri ve ark.'nın (2006) çalışmasında annelerin aldıkları bilgileri %57.7'sinin sağlık personelinden, %37.4'ünün aile büyüklerinden, %20.6'sının komşudan, %27.7'sinin arkadaşından aldığı belirlenmiştir (Sözeri et al., 2006). Anne ve bebek sağlığının geliştirilmesinde önemli rol oynayan ebelerin araştırmamızda verdikleri eğitimleri annelerin sadece üçte birinin yeterli bulması üzüntü vericidir. Bu dönemde ebeler tarafından verilen eğitimler ile anne ve fetus sağlığı olumlu yönde etkilenir, anne ile baba adayının gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin bilgileri artar, var olan bilgileri güncellenir ve yeni durumuyla baş etmesi kolaylaşır (Callister, 2004; Coşar & Demirci, 2012; Kızılkaya Beji & Dişsiz, 2020). Bu nedenle ebelerin görev ve sorumlulukları arasında annelere verilecek eğitimlerin planlanması, uygulanması ve sonuçlarının değerlendirilmesi olduğu unutulmamalı, verilecek hizmet içi eğitimlerle bu görev ve sorumluluklar hatırlatılmalıdır.

Çalışmaya katılan annelerin doğum öncesi dönemde aldıkları eğitim konularına ve hizmetlerin dağılımına baktığımızda; annelerin tamamı gebelikte yaptırılması

gereken testler ve bebeğin gelişimi hakkında, büyük çoğunluğu beslenme ve doğum/doğum şekilleri, gebelikte bağışıklama (aşı), çoğunluğu gebelik süreci ve annedeki değişimler ve gebelikte tehlike belirtileri konularında eğitim almıştır. Buna rağmen annelerin çok az bir kısmı anne sütü/emzirme ve bebek bakımı ve aşılardan eğitim aldığını belirtmiştir. Emzirme hem annenin hem de bebeğin sağlığını etkileyen önemli beslenme şeklidir. Ülkemizde emzirme yaygındır, ancak ilk altı ay sadece anne sütü ile besleme ve emzirme alışkanlığı halen arzu edilen seviyede değildir. TNSA (2018)'na göre; doğumdan sonraki ilk bir saatte emzirme oranının %71.0 olduğu, altı aydan küçük çocukların %41.0'ının sadece anne sütü ile beslendiği belirlenmiştir (TNSA, 2018). Emzirmenin başlatılması ve sürdürülebilmesi için annelere verilen eğitim ve danışmanlık oldukça önemli olup ebeler bu alanda kilit rol oynamaktadırlar (Başer et al., 2005; Alioğulları et al., 2016). Fakat emzirme konusunda anneler doğum öncesi dönemde yeterli eğitim alamamakta, doğru, yeterli bilgi ve destek verme konusunda eksiklikler yaşanmakta ve başarılı bir emzirme geçirilememektedir. Çalışmamızda annelere doğum öncesi dönemde verilmesi gereken eğitimlerin kısmen verildiği, annelerin doğum sonrası yaşam kalitelerini artıracak, uyumlarını kolaylaştıracak doğum sonrası döneme yönelik eğitimlerin yetersiz verildiğini düşünmekteyiz. Annelere anne sütü, emzirme ve bebeklerinin bakımı konusunda verilecek olan eğitimler hem anne ve hem de bebek sağlığının korunup geliştirilmesi açısından önemli olup bu eğitimler annenin doğum sonu sürece uyumunu kolaylaştıracak ve doğum sonu yaşam kalitesini yükseltecek, ortaya çıkan sorunlar ile daha kolay baş etmesi sağlanacaktır (Rathfisch, 2012; Alioğulları et al., 2016).

Annelerin DSYKÖ'nin toplamından aldıkları puan ortalaması 18.62±1.26, ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ise sırasıyla akrabalık-aile-arkadaş 16.80±1.61, sosyo-ekonomik 17.15±2.68, eş 20.15±3.03, sağlık 19.08±1.90 ve psikolojik 21.14±1.92 olarak bulunmuştur. Çelik ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında annelerin DSYKÖ'nin toplamından aldıkları puan ortalamasının 16.85±4.82, ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının ise; akrabalık-aile-arkadaş 15.36±1.44, sosyo-ekonomik 15.19±1.26, eş 15.43±0.67, sağlık 15.19±1.01 ve psikolojik 15.66±1.01 olduğu, Bağcı ve Altıntuğ'un (2016) yaptığı çalışmada da annelerin DSYKÖ'nin toplamından aldıkları puan ortalamasının 16.53±0.83 olduğu belirlenmiştir (Çelik, Türkoğlu & Pasinlioğlu, 2014; Bağcı & Altıntuğ, 2016). Ölçekten elde edilecek en düşük puan sıfır, en yüksek puan 30'dur ve ölçekten alınan puan yükseldikçe kişinin doğum sonu yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir (Altıntuğ & Ege, 2012). Buna göre çalışmaya katılan annelerin doğum sonu yaşam kalitesi düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Araştırmanın sınırlılıkları

Bu araştırmanın sadece bir bölgede ve ASM'nde yapılmış olmasından araştırma bulguları tüm annelere ve bölgelere genellenemez. Bu çalışmanın diğer bir sınırlılığı da annelerin ölçeği doldurmada isteksiz olmaları ve çekingen davranışları, ölçeğin sorularını fazla ve karışık bulmaları veri toplanmasını ve araştırmanın ilerlemesini geciktirmiştir. Annelerin eğitim alma durumlarının annelerin sözlü bildirimleriyle belirlenmiş olması da araştırmamızın diğer sınırlılığını oluşturmuştur.

SONUÇ

Araştırmamızda annelerin doğum sonu dönemde yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu ve doğum öncesi dönemde aldıkları eğitimin yaşam kalitelerini etkilemediği bulunmuştur. Doğum öncesi dönemde verilecek eğitimlerle eksikliklerinin giderilmesi, özellikle meydana gelebilecek sorunların erken fark etmeleri noktasında yararlı olacağını, annelerin yaşam kalitelerini yükseleceğini, dolayısıyla anne, bebek ve toplum sağlığının yükseleceğini düşünmekteyiz. Annelerin doğum öncesi dönemde eksik olduğunu düşündüğü konularda (anne sütü, emzirme, bebek bakımı vs) eğitim almalarının ve eğitimi talep etmelerinin sağlanması, ebelerin bu doğrultuda anne adaylarına yeterli ve kaliteli bir eğitim programı düzenlemesi ve ebelerin eğitici rollerinin ön plana çıkartılması için cesaretlendirip annelere destek olmaları ve bu yönde eğitim ihtiyaçlarını karşılamaları için teşvik edilmelidir. Annelere doğum öncesi dönemde verilen eğitim niteliğinin yükseltilmesi ve doğum sonu yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin de göz önünde bulundurularak ve bu yönde çalışmaların yapılarak annelerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesinin sağlanmasını ve doğum sonu yaşam kalitesini etkileyen diğer faktörlerin de göz önünde bulundurularak bu yönde çalışmaların daha büyük örneklem grubuyla yapılmasını önerebiliriz.

Çıkar çatışması beyanı

Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Yazar katkıları

Yazının ortaya çıkması ve sürdürülmesine katkıda bulunma: RD, AT
Plan, tasarım: RD, AT
Finansman: RD
Materyal: RD
Veri toplanması / toplanan verilerin analize hazırlanması için işleme: RD
Veri analizi: RD, AT
Literatürün gözden geçirilmesi: RD
Kaleme alma ve düzeltmeler: RD, AT
Kontrol etme ve gözden geçirme: AT

Kurumsal ve finansal destek beyanı

Kurumsal ve finansal destek yoktur.

KAYNAKLAR

- Akın, B., Ege, E., Koçoğlu, D., Demirören, N., & Yılmaz, S. (2009). Quality of life and related factors in women, aged 15-49 in the 12-month postpartum period in Turkey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 35(1), 86-93
<http://dx.doi.org/10.12739/NWSA.2019.14.3.1B0080>
- Altuntuğ, K., & Ege, E. (2012). Doğum sonrası yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3), 214-222.
- Alioğulları, A., Yılmaz Esencan, T., Ünal, A., & Şimşek, Ç. (2016). Anne sütünün faydalarını ve emzirme tekniklerini içeren görsel mesaj içerikli broşür ile annelere verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(4), 252-260.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Group prenatal care. *Obstetrics & Gynecology*, 131(3), 104-108.
- Bağcı, S., & Altuntuğ, K. (2016). Annelerin doğum sonunda yaşadıkları sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Journal of Human Sciences*, 13(2), 3266-3279.
<https://doi.org/10.14687/jhs.v13i2.3884>
- Başer, M., Mucuk, S., Korkmaz, Z., & Seviğ, Ü. (2005). Postpartum dönemde anne ve babaların yenidoğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14, 54-58.
- Bergström, M., Kieler, H., & Waldenström, U. (2009). Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: A randomised controlled multicentre trial. *BJOG*, 116(9), 1167-1176.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02144.x>
- Büyükkayacı, D. N., & Karataş, N. (2011). Sezaryen sonrası erken taburcu olan kadınlara verilen evde bakım hizmetinin anne sağlığına ve öz bakım gücüne etkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 54-67.
- Callister, L. C. (2004). Making meaning: Women's birth narratives. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33(4), 508-518.
<https://doi.org/10.1177/0884217504266898>
- Coşar, F., & Demirci, N. (2012). Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *S.D.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 18-30.
- Çalışır, H., Şeker, S., Güler, F., Taşçıoğlu Anaç, G., & Türkmen, M. (2008). Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bebeği yatan ebeveynlerin gereksinimleri ve kaygı düzeyleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 31-44.
- Çelik, A., Türkoğlu, N., & Pasinlioğlu, T. (2014). Annelerin yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 151-157.
- Union of European Neonatal and Perinatal Societies (UENPS). (2010). Declaration of Barcelona on the Rights of Mother and Newborn <https://escrh.eu/wp-content/uploads/2018/02/declarationofbarcelonaontherightsofmotherandnewborn-1.pdf> Erişim tarihi: 20.09.2019.

- de Mooij, M. J. M., Hodny, R. L., O'Neil, D. A., Gardner, M. R., Beaver, M., Brown, A. T., Barry, B. A., Ross, L. M., Jasik, A. J., Nesbitt, K. M., Sobolewski, S. M., Skinner, M., Chaudhry, R., Brost, B. C., Gostout, B. S., & Harms, R. W. (2018). OB Nest: Reimagining Low-Risk Prenatal Care. *Mayo Clinic*, 93(4), 458-466. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.01.022>
- Doğan, N., Yiğit, R., & Erdoğan, S. (2013). Annelere doğum öncesinde verilen yenidoğan bakımı ile ilgili eğitimin doğum öncesi ve doğum sonrasında değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 10-18.
- Gonçalves, M. F., Teixeira, É. M. B., Silva, M. A. D. S., Corsi N. M., Ferrari R. A. P., Pelloso, S. M., & Cardelli, A.A.M. (2018). Prenatal care: preparation for childbirth in primary healthcare in the south of Brazil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(3), e0063. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0063>
- Güngör, İ., Gökyıldız, Ş., & Nahcivan, N. Ö. (2004). Sezaryen doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar. *I.Ü.F.N. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 13(53), 17-24.
- TNSA. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/2018_TNSA_SR.pdf Erişim tarihi: 24.02.2020.
- Hill, P., Aldag, J. C., Hekel, B., Riner, G., & Bloomfield, P. (2006). Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire. *J Nurs Meas*, 14(3), 205-220. <https://doi.org/10.1891/jnm-v14i3a005>
- Kızılkaya Beji, N., & Dişsiz, M. (2020). *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* (3. Baskı), İstanbul:Nobel Tıp Kitabevi.
- Lumley, J., Watson, L., Small, R., Brown, S., Mitchell, C., & Gunn, J. (2006). PRISM (Program Of Resources, Information And Support For Mothers): A community-randomised trial to reduce depression and improve women's physical health six months after birth. *BMC Public Health*, 7(1), 6-37. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-6-37>
- Mahumud, R. A., Ali, N., Sheikh, N., Akram, R., Alam, K., Gow, J., Sarker, A. R., & Sultana, M. (2019). Measuring perinatal and postpartum quality of life of women and associated factors in semi-urban Bangladesh. *Quality of Life Research*, 28(11), 2989-3004. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-019-02247-0>
- Martínez-Galiano, J. M., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Delgado-Rodríguez, M., Rubio-Alvarez, A., & Gómez-Salgado, J. (2019). Women's Quality of Life at 6 Weeks Postpartum: Influence of the Discomfort Present in the Puerperium. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 116(2), 253. [10.3390/ijerph16020253](https://doi.org/10.3390/ijerph16020253).
- Mousavi, S., Mortazavi, F., Chaman, R., & Khosravi, A. (2013). Quality of life after cesarean and vaginal delivery. *Oman Medical Journal*, 28(4), 245-251. <http://dx.doi.org/10.5001/omj.2013.70>
- Perla, L. (2002). Patient compliance and satisfaction with nursing care during delivery and recovery. *Journal of Nursing Care Quality*, 16(2), 60-66. [10.1097/00001786-200201000-00007](https://doi.org/10.1097/00001786-200201000-00007)
- Pınar, G., Doğan, N., Algier, L., Kaya, N., & Çakmak, F. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Medical Journal*, 36(3), 184-190.
- Pirdal, H., Yalçın, M., & Ünal, M. (2016). Gebelerin gebelik izlemeleri, gebelikleri ile ilgili bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 20(1), 7-15. <http://dx.doi.org/10.15511/tahd.15.21606>
- Rathfisch, G. (2012). *Doğal doğumu destekleyen yaklaşımlar* (1. Baskı). İstanbul:Nobel Tıp Yayınevi.
- Taşkın, L. (2020). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* (16. Baskı). Ankara:Akademisyen Yayınevi.
- Torkan, B., Parsay, S., Lamyian, M., Kazemnejad, A., & Montazeri, A. (2009). Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9(4), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-9-4>
- Ünsal, H., Atlıhan, F., Özkan, H., Targan, Ş., & Hassoy, H. (2005). Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 48, 226-233.
- Sözeri, C., Cevahir, R., Şahin, S., & Semiz, O. (2006). Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(2), 92-104.
- Yılmaztürk, Y. (2010). Postpartum dönemindeki kadınların yaşam kalitesinin incelenmesi. Yüksek lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
- World Health Organization. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>. Erişim tarihi: Eylül 23, 2019.



ORJİNAL MAKALE / ORIGINAL ARTICLE

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi / BAUN Sağ Bil Derg
Balıkesir Health Sciences Journal / BAUN Health Sci J
ISSN: 2146-9601- e ISSN: 2147-2238
Doi: <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.831760>



Hemşirelik Öğrencilerinin İyi Ölümüne İlişkin Düşünceleri

Banu ÇEVİK¹, Esin AYIK², Hilal AYTEK², Esmanur ÖZÇELİK², Gizem SARI²,
Elif ÜNLÜ²

¹ Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

² Başkent Üniversitesi Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

Geliş Tarihi / Received: 26.11.2020, Kabul Tarihi / Accepted: 25.12.2020

ÖZ

Amaç: Araştırma hemşirelik öğrencilerinin iyi ölüme ilişkin düşüncelerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Gereç Yöntem:** Bu tanımlayıcı çalışma Mart 2019-Mayıs 2019 tarihleri arasında Ankara’da özel bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde okuyan, araştırmaya katılmayı kabul eden 138 öğrenci ile yürütülmüştür. Veriler araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek oluşturulan ‘Öğrenci Tanıtım Formu’ ve ‘İyi Ölüm Ölçeği’ kullanılarak toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, sayı, yüzde, ortalama ve ki-kare, OneWay ANOVA ve Tukey testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışmada hemşirelerin iyi ölüm ölçeği puan ortalaması 58.23±8.26 bulunmuştur. Öğrencilerin okudukları sınıf yılı ve eğitimleri sırasında iyi ölüm kavramı hakkında bilgisi olma durumu ile iyi ölüm ölçek ortalama değeri ve ölçek alt boyutlarının ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. **Sonuç:** Çalışmamızın sonucu olarak öğrenci hemşirelerin iyi ölüme hakkında iyi ve olumlu bir düşünceye sahiptirler. Hemşirelik eğitim programı müfredatında ölüm ve iyi ölüm konularına daha fazla yer verilmesini önerilir. **Anahtar Kelimeler:** Hemşire, İyi Ölüm, İyi Ölüm Ölçeği.

Opinions of Nursing Students About the Good Death

ABSTRACT

Objective: This study aims to determine the thoughts of the nursing students studying in the Faculty of Health Sciences about good death and the meaning of life. **Material and Methods:** This descriptive study was conducted between 138 nursing students studying at the Faculty of Health Sciences at a private university in Ankara between March 2019 and May 2019. The data were collected using the "Student Introduction Form" and the "Good Death Scale" composed by the researcher by examining the relevant literature. Number, percentage, mean and chi-square, OneWay ANOVA, and Tukey tests were used to evaluate the data obtained from the research. **Results:** In the study, the average point of the good death scale of the nursing students was 58.23 ± 8.26. There is a statistically significant relationship between the fact that students know the concept of good death during their education and their class year, and the mean value of the good death scale and the mean values of the scale sub-dimensions. **Conclusion:** As a result of our study, we can say that student nurses have a good and positive opinion about a good death. We might suggest that death and well-being should be given more space in the nursing education curriculum.

Keywords: Nurse, Good Death, Good Death Scale.

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Banu ÇEVİK, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD, Antalya, Türkiye.

E-mail: bnkucuk@yahoo.com

Bu makaleye atıf yapmak için / Cite this article: Çevik, B, Ayık, E, Aytek, H, Özçelik, E, Sarı, G, Ünlü, E. Hemşirelik Öğrencilerinin İyi Ölümüne İlişkin Düşünceleri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2),166-172. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.831760>

©Copyright 2021 by the Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.



BAUN Sağ Bil Derg 2021 OPEN ACCESS <https://dergipark.org.tr/tr/pub/balikesirsbd>
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

GİRİŞ

Din, kültür, inançlar ve gelenekler ölüme karşı tutum ve ölüm algılarının şekillenmesinde önemli rol oynamaktadır. Ölüme yönelik tutum ve tepkiler toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Bu nedenle ölüm toplumlar arasında iyi ya da kötü olarak algılanmaktadır (Kent ve ark., 2012; Macleod ve ark., 2016; Topuz, 2013). İyi ölüm bütün toplumlarda istenilen bir durum, üzerinde çok konuşulan bir kavramdır. İyi ölümün evrensel bir tanımı yoktur, ancak iyi ölümün temel nitelikleri; ölümü isteme, zamanında gelen ölüm, doğal ve itibarlı ölüm olarak kabul edilmektedir. İyi ölüm 'iyi yönetilen ölüm' olarak da tanımlanmaktadır. İyi ölüm için literatürde uygun ölüm, mutlu ölüm, onurlu ölüm, itibarlı ölüm, saygın ölüm ve huzurlu ölüm gibi farklı terimler kullanılmaktadır (Brenman ve ark., 2011; Macleod ve ark., 2016; Mori ve ark., 2018; Topuz, 2013; Silva ve ark., 2015). İyi ölüm için kullanılan bu farklı kavramların hepsinin ortak amacı insana değer vermek, saygı ve empati ile ilgilenmek, fiziksel ve duygusal acıyı en aza indirmektir (Brenman ve ark., 2011; Ceyhan ve ark., 2018; Schwartz ve ark., 2003). İyi ölüm süreci ölümcül bir hastalık tanısı konulması ile başlamaktadır (Ceyhan ve ark., 2018; Mori ve ark., 2018; Özyalçın, 2019). Terminal dönem; kişinin ölümle ilgili deneyimi, sosyal yaşamı, kişinin özerkliği, ölüm süreci üzerindeki kontrolü ve yaşam sonu sağlık hizmetinin kalitesi ile ilişkilidir. Ölüm sürecinde olan hastalara bakım yapmak ve ölüm olgusunu ele almak, hemşirelik mesleğinin en zorlu yönleri arasındadır (Ceyhan ve ark., 2018; Koç ve Sağlam, 2008; Mori ve ark., 2018). Bu hastalara daha iyi bakım sağlayabilmek için hemşirelerin hastaların fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarının farkında olması ve ölüm olgusunu kabul etmesi gerekir. Hemşirelerin demografik ve bireysel özellikleri, ölüme ilişkin önceki deneyimleri, eğitim durumu, inanç durumu ve ölümü konuşabilme durumu, ölmekte olan hastaya bakım verme deneyimi ölmekte olan hastaların bakımına yönelik tutumlarını değiştirebilir ve şekillendirebilir (Ceyhan ve ark., 2018; Çevik ve Kav, 2012; Koç ve Sağlam 2008; Mori ve ark., 2018). Hemşirelerin iyi ölüme ilişkin algı ve tutumları yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, eğitim ve kültürden etkilenmektedir (Bilge ve ark., 2013; Ceyhan ve ark., 2018; Çevik ve Kav, 2012; Silva ve ark., 2015; Yılmaz ve Vermişli, 2015). Hemşirelerin eğitim seviyesi ve deneyimi arttıkça, ölmekte olan hastaya yaklaşımları ve tutumları daha iyi ve etkin olduğu literatürde belirtilmektedir (Terkamo-Moisio, ve ark 2016;; Bilge ve ark., 2013; Çevik ve Kav, 2012; Uysal ve ark., 2019; Yılmaz ve Vermişli, 2015).

Hemşirelik öğrencileri eğitimleri süresince ölmekte olan hastalarla karşılaşmakta ve ölüm sürecinde olan hastaya bakım vermeyi öğrenmektedir. Bu öğrenme süreci hemşirelik öğrencilerinde kaygı, korku gibi psikososyal sorunlara neden olabilmenin yanında ölüme ilişkin tutum ve davranış geliştirmesini sağlamaktadır (Bilge ve ark., 2013; Çevik ve Kav,

2012; Şahin ve ark., 2016; Yılmaz ve Vermişli, 2015). Bu tutum ve davranışlar; ölümün iyi ya da kötü olduğunu düşünme, ölümden korkma, ölümden kaçma, ölümü konuşmama gibi durumlar olabilir (Anja ve ark., 2016; Bilge ve ark., 2013; Ceyhan ve ark., 2018; Çevik ve Kav, 2012; Özyalçın, 2019). Öğrencilik döneminde hemşirelerin ölüme ilişkin algı ve tutumlarının olumsuz olması, ölümün doğal bir süreç olarak kabul edilmesini engeller ve bireylerin kendi ölümü, yakınlarının ölümü düşünmesinden uzak tutar. Ölümü düşünmek istemeyen birey ölümün iyi olmasını düşünmek istemez. Ancak hemşireler meslekleri nedeniyle sıklıkla başkasının ölümünü gözlemlemektedir. Hemşirelerin ölüme ilişkin iyi ölüm ya da kötü ölüm düşüncelerini eğitimleri sırasında ve çalışma deneyimleri ile kazanmaktadır (Terkamo-Moisio, ve ark 2016; Ceyhan ve ark., 2018; Özyalçın, 2019, Uysal ve ark., 2019). Literatüre baktığımızda hemşirelik öğrencilerin ölüme yönelik tutum, ölüm anksiyetesini araştıran çok sayıda çalışma vardır (Bilge ve ark., 2013; Çevik ve Kav, 2012; Kent ve ark., 2012; Topuz, 2013; Yılmaz ve Vermişli, 2015). Hemşirelerin iyi ölüme ilişkin düşünceleri araştıran sınırlı sayıda çalışma olup hemşirelik öğrencilerinin iyi ölüme ilişkin düşüncelerini içeren bir çalışmaya rastlanmamıştır (Brenman ve ark., 2011; Ceyhan ve ark., 2018, Özyalçın, 2019; Silva ve ark., 2015). Günümüzün hemşirelik öğrencileri gelecekteki sağlık ekibinin en temel profesyonelleri olarak ölmekte olan hastalara bakım vereceklerdir. Bu nedenle çalışmamızın sonuçlarının literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir

Bu araştırma ile hemşirelik öğrencilerinin iyi ölüme ilişkin düşüncelerini belirlemek amaçlanmıştır. Bu amaçla yapılan araştırmada, aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır;

- 1 Öğrencilerin iyi ölüme ilişkin düşünceleri nedir?
2. Öğrencilerin iyi ölüm ölçek puan ortalamaları nedir?
3. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre İyi Ölüm Ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları arasında fark var mıdır?

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın türü

Araştırma tanımlayıcı tiptedir.

Araştırmanın evreni ve örnekleme

Çalışmanın evrenini Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde 2018-2019 yılı bahar döneminde öğrenim gören 1.,2.,3. ve 4.sınıf hemşirelik öğrencisi (n=157) oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimi yapılmamış olup, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden 138 öğrenci (%87.8) çalışma kapsamına alınmıştır. Araştırma verileri için ön uygulamaya alınan 10 öğrenci ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan 9 öğrenci örneklem dışı bırakılmıştır.

Veri toplama araçları

Çalışmanın verileri "Öğrenci Tanıtım Formu" ve "İyi Ölüm Ölçeği" ile toplanmıştır.

Öğrenci tanıtım formu: Bu form konu ile ilgili literatürden yararlanılarak oluşturulmuştur. (2-5,7,14) Öğrencilerin yaş, cinsiyet, okuduğu bölüm, sınıf gibi tanımlayıcı özelliklerini ve iyi ölüme ilişkin düşüncelerini belirlemeye yönelik 11 soruyu içermektedir.

İyi Ölüm Ölçeği: Hemşirelerin iyi ölüm kavramına ilişkin özelliklerini saptamak üzere Schwartz ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir (Schwartz ve ark., 2003). Ölçeğin Türkçe 'ye geçerliliği 2013 yılında Fadiloğlu ve Aksu tarafından yapılmıştır (Fadiloğlu ve Aksu, 2013). Ölçek 17 maddeden oluşan 4'lü likert tipli bir ölçek olup maddeler hiç (1), biraz (2), orta (3), çok (4) şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçek psikososyal manevi alt boyut (9 soru), kişisel kontrol alt boyut (3 soru) ve klinik alt boyut (5 soru) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Psikososyal ve manevi alt boyut; ölümün psikososyal ve manevi yönlerini tanımlamaktadır. Kişisel kontrol alt boyut; zihinsel dikkati, iletişim yeteneği ve fiziksel fonksiyonların kontrolünü, klinik alt boyut ise ölümün klinik veya biyomedikal yönlerini tanımlamaktadır (Fadiloğlu ve Aksu, 2013). İyi ölüm ölçeği toplam puanı 17 ile 68 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması daha olumlu ölüm düşüncesini göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.91 bulunmuştur. Bu çalışma için ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.90 bulunmuştur.

Verilerin toplanması

Veriler Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde 18 Nisan 2019 -20 Mayıs 2019 tarihleri arasında öğrenim gören 138 öğrenciden toplanmıştır. Veri toplama formları öğrencilere ders sorumlusu öğretim elemanlarından izin alındıktan ve sınıf ortamında öğrencilere araştırma hakkında açıklamalar yapıldıktan sonra, aydınlatılmış onamları da alınarak araştırmacılar tarafından verilmiştir. Sorular cevaplanırken araştırmacılar katılımcıların yanında bulunmuştur. Öğrenciler formları 25-30 dakika içerisinde doldurmuşlardır.

Verilerin analizi

Verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package for Social Science (SPSS) versiyon 21.0 paket programı kullanılarak bilgisayar ortamında yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek için sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadıklarını test etmek için Kolmogrov-Smirnov testi yapılmıştır. Çalışmamada veriler normal dağıldığı için verilerin analizinde parametrik testler kullanılmıştır. İyi ölüm ölçeği güvenilirlik kat sayısını hesaplamak amacıyla Cronbach Alfa güvenilirlik analizi, ölçek toplam puan ve ortalama değerlerini hesaplamak için aritmetik ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Öğrencilerinin sosyodemografik özellikler ile ölçek ve ölçek alt grupları arasındaki ilişkiyi belirlemek için Student's T testi, Çoklu grup karşılaştırmaların One ANOVA ve Tukey testi kullanılmıştır. Veriler %95 güven aralığında

değerlendirilmiş, $p < 0.05$ düzeyi anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın etik yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Başkent Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan (Karar no: 62310886-604.01.01) izin, araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

BULGULAR

Öğrencilerin yaş ortalaması 21.2 ± 1.50 ; (minimum: 18-maximum:24) olup, %91.3'ü kadın ve %38.4'ü 4. sınıf öğrencisidir. Öğrencilerden %90.6'sının önemli bir sağlık sorunu yoktur (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelik öğrencilerinin tanıtıcı özellikleri

Tanıtıcı Özellikleri	n	%
Yaş, $X \pm SS = 21.2 \pm 1.50$; (min: 18- max:24)		
Cinsiyet		
Kadın	125	91.3
Erkek	12	8.7
Okuduğu sınıf derecesi		
1.Sınıf	26	18.8
2.Sınıf	24	17.4
3.Sınıf	35	25.4
4.Sınıf	53	38.4
Önemli bir sağlık sorunu durumu		
Sağlık sorunu var	13	9.4
Sağlık sorunu yok	125	90.6
Sağlık sorununuz (n=13)		
Alerjik astım	4	30.8
Epilepsi	3	23.0
Hipertansiyon	2	15.4
Skalyoz	2	15.4
Tip I DM	2	15.4
Toplam	138	100.0

Çalışmamızda öğrencilerin %59.4'ü eğitimleri sırasında iyi ölüm kavramını duyduklarını belirtmişlerdir. İyi ölüm kavramı hakkında bilgisi olduğu ifade eden öğrenciler iyi ölümü tanımlamışlar ve iyi ölümü öğrencilerin %54.8'i "ağrısız ve huzurlu ölüm"; %13.4'ü "sevdiklerinin yanında onlara veda ederek ölmek"; %9.8'i "itibarlı ölüm"; %8.5'i "kimseye bağımlı olmadan ölmek"; %7.4'ü "uykuda ölüm"; %6.1'i "hayatta yapmak isteği her şeyi yaparak ölmek" olarak tanımlamışlardır. Öğrencilerin %87'si daha önce ölüm deneyimi yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ölüm deneyimi yaşayan öğrencilerin ise %60.8'i ise yakın akraba kaybı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Öğrencilerden %72.5'i ölümü arada bir düşündüklerini belirtmişlerdir (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelik öğrencilerinin iyi ölüme ilişkin düşünceleri

İyi Ölüme İlişkin Özellikler	n	%
İyi ölüm kavramını eğitiminiz sırasında duyma durumu		
Evet	82	59.4
Hayır	56	40.6
İyi ölüm kavramının anlamı (n=82)		
Huzurlu ve ağrısız ölüm	45	54.8
Sevdiklerinin yanında onlara veda ederek ölme	11	13.4
İtibarlı ölüm	8	9.8
Kimseye bağımlı olmadan ölme	7	8.5
Uykuda ölüm	6	7.4
Hayatta yapmak istediği her şeyi yaparak ölme	5	6.1
Daha önce ölümlle karşılaşma durumu		
Evet, karşılaştım	120	87.0
Hayır, karşılaşmadım	18	13.0
Yakınlık derecesi (n=120)		
Yakın akraba	73	60.8
Birinci derece yakın akraba	38	31.6
Arkadaş	9	7.6
Ölümü düşünme sıklığı		
Arada bir düşünürüm	100	72.5
Hep düşünürüm	25	18.1
Hiç düşünmem	13	9.4
Toplam	138	100.0

Çalışmamızda hemşirelik öğrencilerinin iyi ölüm ölçek toplam puan ortalaması 58.23±8.26 (minimum 17- maksimum 68), ölçek alt boyutlarından psikososyal ve manevi alt boyut puan ortalaması 31.42±4.21 (minimum: 9- maksimum: 36); kişisel kontrol boyut puan ortalaması 10.64±1.90 (minimum 3 -maksimum 12) ve klinik alt boyut puan ortalaması 16.17±3.11 (minimum 5- maksimum 20) olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Çalışmamızda hemşirelik öğrencilerinin iyi ölüm ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları dağılımı Tablo 4'de sunulmaktadır. Öğrencilerin yaş, cinsiyet, daha önce ölümlle karşılaşma durumu, ölen kişinin yakınlık derecesi ve eğitim almadan önce ölümlle karşılaşma durumu ile iyi ölüm ölçek ve ölçek alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

bulunmamıştır ($p>0.05$). Öğrencilerin okudukları sınıf ile iyi ölüm ölçek ortalama değeri ve ölçek alt boyutlarının ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Birinci sınıfta okuyan öğrencilerin iyi ölüm ölçeği ve ölçek alt boyut ortalama değerleri 2., 3., ve 4 sınıfta okuyan öğrencilerin ortalama değerlerinden daha yüksektir. İyi ölüm kavramını eğitimi sırasında bilgi edinen öğrencilerin iyi ölüm ölçeği toplam puanı 59.71±6.30, bilgisi olmayan öğrencilerin toplam puanından 56.07±10.07 istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur. Ayrıca iyi ölüm kavramı hakkında eğitimleri sırasında bilgisi olan öğrencilerin, bilgisi olmayanlara göre psikososyal ve manevi boyut, kişisel kontrol boyut puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4).

Tablo 3. İyi Ölüm Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

İyi Ölüm Ölçeği Alt Boyutları	Min- Maks	X±SS
Psikososyal ve Manevi Alt Boyut	9-36	31.42±4.21
Kişisel Kontrol Alt Boyut	3-12	10.64±1.90
Klinik Alt Boyut	5-20	16.17±3.11
Toplam Puan	17-68	58.23±8.26

X= Ortalama, SS = Standart sapma

Tablo 4. Hemşirelik öğrencilerinin İyi Ölüm Ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları dağılımı

	Psikososyal ve manevi boyut	Kişisel kontrol boyut	Klinik boyut	İÖÖ toplam puan
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Cinsiyet				
Kadın	31.49±4.29	10.68±1.92	16.19±3.16	58.36±8.44
Erkek	30.66±3.28	10.25±1.71	16.00±3.00	56.91±6.20
Test değeri	t=0.647	t=0.827	t=0.202	t=0.579
p	p=0.519	p=0.422	p=0.840	p=0.564
Sınıf				
1.sınıf	31.12±4.20	11.26±1.26	17.42±2.78	61.80±7.40
2.sınıf	28.91±5.21	9.95±2.25	14.41±4.16	53.29±10.94
3.sınıf	30.51±4.11	10.08±2.16	15.42±3.08	56.02±8.45
4.sınıf	30.81±2.99	11.01±1.06	16.84±2.37	60.67±5.46
Test değeri	F=6.142	F=3.901	F=6.005	F=6.857
p	p=0.001	p=0.012	p=0.001	p=0.000
İyi ölüm kavramını eğitimi sırasında duyma/ bilgi edinme durumu				
Evet, bilgim var	32.25±3.19	10.91±1.50	16.54±2.69	59.71±6.30
Hayır, bilgim yok	30.19±5.16	10.25±2.25	15.62±3.52	56.07±10.07
Test değeri	t=2.854	t=2.091	t=1.725	t=2.599
p	p=0.004	p=0.043	p=0.087	p=0.010
Eğitim öncesinde ölümle karşılaşma durumu				
Evet, karşılaştım	31.87±3.47	10.68±1.82	16.27±3.07	58.43±7.73
Hayır, karşılaşmadım	31.05±6.20	10.38±2.37	15.50±3.50	56.94±11.04
Test değeri	t=0.396	t=0.611	t=0.986	t=0.711
p	p=0.695	p=0.542	p=0.326	p=0.428
Ölen bireyin yakınlık derecesi				
Yakın akraba kaybı	31.31±3.21	10.68±1.74	16.23±2.81	58.23±7.12
1.Derece yakın akraba	32.02±3.99	10.76±1.92	16.44±3.32	59.23±8.15
Arkadaş kaybı	32.55±3.55	11.00±1.50	16.55±3.24	60.11±7.21
Test değeri	F=0.717	F=0.132	F=0.092	F=0.387
p	p=0.490	p=0.877	p=0.912	p=0.680
Ölümü düşünme durumu				
Hep düşünürüm	31.88±4.37	11.12±1.42	17.36±3.28	60.36±7.98
Arada düşünürüm	31.72±3.36	10.51±1.90	15.9±2.93	57.83±7.57
Hiç düşünmem	30.53±7.10	10.76±2.58	16.00±3.76	57.30±12.3
Test değeri	F=0.430	F=1.060	F=2.276	F=1.029
p	p=0.652	p=0.346	p=0.108	p=0.360

X= Ortalama, SS = Standart sapma

TARTIŞMA

Çalışmamızda öğrenci hemşirelerin iyi ölüme hakkında iyi, olumlu bir düşünceye sahip olduklarını söyleyebiliriz. Öğrencilerin iyi ölüm ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 58.23±8.26 'dır. Ceyhan ve ark. (2018) yoğun bakımda çalışan hemşirelerin iyi ölüm algılarını belirlemek için yaptıkları çalışmada; hemşirelerin iyi ölüm ölçek puanı 56.75 ± 8.90 olduğu; Özyalçın (2019) çalışmasında hemşirelerin iyi ölüm ölçek puanının 56.24±9.37 olduğunu belirtmişlerdir. İyi ölüm kavramını literatürde hemşirelerin huzurlu ölüm, evde ölüm, barışçıl ölüm, ağrısız ölüm, sevdiklerine veda ederek ölüm şekline tanımladıkları belirtilmektedir (Brenman ve ark., 2011; Ceyhan ve ark., 2018; Özyalçın 2019; Silva ve ark., 2015). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak iyi ölüm kavramını öğrenci hemşireler "ağrısız ve huzurlu ölüm"; "sevdiklerinin yanında onlara veda

ederek ölmek"; "itibarlı ölüm"; "kimseye bağımlı olmadan ölmek"; "uykuda ölüm"; "hayatta yapmak isteği her şeyi yaparak ölmek" olarak tanımlamışlardır. Finlandiya'da 82 hemşire ile yapılan çalışmada hemşireler iyi ölümü 'acı çekmeme", "kendi ölüm kararını kendi verebilme", "doğal yollarla herhangi bir müdahale olmadan ölmek" şeklinde tanımlamışlardır (Haishan ve ark., 2015). Kunsongkeit (2017), otuz hemşire ile derinlemesine görüşme yöntemini kullanarak yaptığı nitel çalışmada; hemşireler iyi ölümü "ağrısız ölüm", "huzurlu ölüm", "yakınlarının yanında ölüm" olarak tanımladıklarını belirtmiştir. Hemşirelerin ölüm ve iyi ölüme ilişkin düşünceleri bireysel özelliklerinden yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, daha önceki ölüm deneyimleri gibi değişkenlerden etkilenmektedir (Bilge ve ark., 2013; Ceyhan ve ark., 2018; Macleod ve ark., 2016; Özyalçın 2019; Uzunkaya 2016; Yılmaz ve Vermişli 2015).

Uzunkaya (2016) ve Özyalçın (2019)'ın hemşireler ile yaptığı çalışmalarında; kadın olanların iyi ölüm puan ortalamalarının, erkek hemşirelerin iyi ölüm puan ortalamalarından daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli bulunduğunu bildirmişlerdir. Ceyhan ve ark., (2018), hemşirelerin iyi ölüm algılarının yaşa göre değiştiğini ve özellikle ileri yaşta olan hemşirelerin iyi ölüm ölçek puanları daha yüksek, anlamlı olduğunu belirtmişlerdir. Tang ve ark., (2002), Çin'de kolej öğrencileri ile yaptığı çalışmada yaş daha genç olan öğrencilerin ölüm korkularının daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda hemşirelik öğrencilerinin yaş ve cinsiyetleri ile iyi ölüm ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı bir fark yoktur. Çalışmamızda hemşirelerin öğrenci olması ve dolayısıyla birbirleri arasında yaş farkının olmaması nedeniyle iyi ölüm ölçek puanı arasında anlamlı fark bulunmamış olabilir.

Çalışmamızda öğrencilerin okudukları sınıf ile iyi ölüm puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Birinci ve dördüncü sınıfta okuyan öğrencilerin iyi ölüm ve ölçek alt gruplarının puan ortalamaları ikinci ve üçüncü sınıfta okuyan öğrencilerden daha yüksek ve aradaki fark anlamlıdır. Şahin ve ark., (2016), hemşirelik öğrencilerinin ölüm kaygısını belirlemek için yaptıkları çalışmada; öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflara göre, 1. ve 2. sınıfların ölüm kaygısının, 3. ve 4. sınıflara göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bu sonucun, 3. ve 4. sınıf öğrencilerin eğitim öğretimleri esnasında aldıkları bilgilerden ve klinik uygulamaları esnasında kazanmış oldukları deneyimlerden olabileceği düşünülmektedir. Özer ve ark., (2015), yaptığı bir çalışmada; hemşirelik öğrencilerinden birinci sınıfta olanların ölüm korkusu puan ortalamasının daha düşük olduğu bulunmuştur. İyi ölüm düşüncesini hemşirelerin ölüm korkusu, ölüm kaygısı etkilemektedir. Ancak bizim çalışmamızda hemşirelerin iyi ölüme ilişkin algıları birinci ve 4 sınıfta daha iyi olduğu görülmektedir. Bu sonuç birinci sınıfta öğrencilerin ölüm olgusu ile karşılaşmamalarından kaynaklanıyor olabilir. İkinci ve üçüncü sınıfta öğrencilerin klinik uygulamalarda olmaları, ölüm olgusunu hastalarında belki de ilk kez deneyimlemeleri, anksiyete, korku yaşamalarına neden olarak iyi ölüm ölçek puanlarının daha düşük, 4. sınıfta ise öğrencilerin eğitimleri sırasında seçmeli derslerden onkoloji hemşireliği, palyatif bakım veya yoğun bakım hemşireliği derslerinden en az birini almış olmaları, daha fazla klinik alanda olmaları nedeni ile iyi ölüme ilişkin düşünceleri daha olumlu olabilir. Ayrıca bu sonucu ölüm konusunda bilgisi olan (eğitimleri sırasında bilgi edinen) öğrencilerimizin iyi ölüm puan ortalamalarının, eğitimleri sırasında iyi ölüm kavramını duymayan öğrencilerden daha yüksek olması desteklemektedir. Bu durum iyi ölüm kavramında ve iyi ölüm elementleri hakkında eğitimin iyi ölüme ilişkin farkındalık durumunu artırmada etkili olduğunu göstermektedir. Frommelt (2003) uzun süreli ölüm kavramı hakkında eğitim alan hemşirelik

öğrencilerinin eğitimleri sonrasında ölüme karşı olumlu tutumlar geliştirdiklerini belirtmiştir.

Araştırmanın sınırlılığı

Bu çalışma tek merkezde yürütüldüğü için örneklem büyüklüğü küçüktür. Literatürde konu ile ilgili çalışmaların kısıtlılığı bulguların tartışılmasını sınırlamıştır.

SONUÇ

Çalışmamızın sonucu hemşirelik öğrencilerinin iyi bir ölüm algısına sahip olduğunu göstermiştir. Bu bulgulardan yola çıkarak eğitim programında ölüm, ölmekte olan hastaların bakımı, iyi ölüm elementleri vb. konuları hemşirelik eğitimi sırasında zorunlu derslerde yer almasının yanı sıra seçmeli derslerde yer almasının önemli olduğunu söylenebilir.

Teşekkür

Çıkar çatışması beyanı

Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Yazar katkıları

Yazının ortaya çıkması ve sürdürülmesine katkıda bulunma:

Plan, tasarım: ÇB

Finansman: ÇB

Materyal: ÇB

Veri toplanması / toplanan verilerin analize ÇB, AE,

AH, ÖE, SG, ÜE

Hazırlanması için işleme: ÇB, AE, ÜE

Veri analizi: ÇB

Literatürün gözden geçirilmesi: ÇB, SG, ÖE, AH

Kaleme alma ve düzeltmeler: ÇB

Kontrol etme ve gözden geçirme: ÇB

Kurumsal ve finansal destek beyanı

Araştırmada Başkent Üniversitesi Araştırma Etik Kurulundan kurumsal destek alınmıştır. (Karar no: 62310886-604.01.01).

KAYNAKLAR

- Terkamo-Moisio, A., Kvist, T., & Pietilä, A. (2016). Autonomy and Human Dignity Are Key Features of a Good Death in Finnish Nurses' Conceptions: A Phenomenographic Study. *Journal of Hospice & Palliative Nursing, 18*, 450–458.
- Bilge, A., Embel, N. & Kaya, F.G. (2013). Sağlık Profesyoneli Olacak Öğrencilerin Ölüme Karşı Tutumları, Ölüm Kaygıları Arasındaki İlişki ve Bunları Etkileyen Değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 4*(3),119-124.
- Brennan, W.C., Prince-Paul, M. ve Wiencek, C.A. (2011). Providing a "Good Death" for Oncology Patients During the Final Hours of Life in the Intensive Care Unit. *AACN Advanced Critical Care Nursing, 22*(4), 379–396.
<https://doi.org/10.4037/NCL0b013e31823100dc>
- Cevik, B., & Kav, S. (2013). Attitudes and experiences of nurses toward death and caring for dying patients in Turkey. *Cancer nursing, 36*(6), 58–65.
<https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e318276924c>

- Ceyhan, Ö., Özen, B., Zincir, H., Şimşek, N., & Başaran, M. (2018). How intensive care nurses perceive good death. *Death studies*, 42(10), 667-672. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1430084>
- Fadıloğlu, Ç. & Aksu, T. (2013). İyi Ölüm Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29, 1-15.
- Frommelt K. H. (2003). Attitudes toward care of the terminally ill: an educational intervention. *The American journal of hospice & palliative care*, 20(1), 13-22. <https://doi.org/10.1177/104990910302000108>
- Haishan, H., Hongjuan, L., Tieying, Z., & Xuemei, P. (2015). Preference of Chinese general public and healthcare providers for a good death. *Nursing ethics*, 22(2), 217-227. <https://doi.org/10.1177/0969733014524760>
- Kent, B., Anderson, N. E., & Owens, R. G. (2012). Nurses' early experiences with patient death: the results of an on-line survey of Registered Nurses in New Zealand. *International journal of nursing studies*, 49(10), 1255-1265. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.04.005>
- Koç, Z. & Sağlam, Z. (2008). Determining the Emotions and Opinions of Nursing Students Related to End-Of-Life Care and Death State. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*;12(1), 14-21.
- Kunsongkeit, W. (2017). Good death nursing care at home as perceived by nurses in a primary care unit. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 25, 84-94.
- Macleod, R., Crandall, J., Wilson, D., & Austin, P. (2016). Death anxiety among New Zealanders: The predictive role of gender and marital status. *Mental Health Religion & Culture*, 19(4), 339-349.
- Mori, M., Kuwama, Y., Ashikaga, T., Parsons, H. A., & Miyashita, M. (2018). Acculturation and Perceptions of a Good Death Among Japanese Americans and Japanese Living in the U.S. *Journal of pain and symptom management*, 55(1), 31-38. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.08.010>
- Özer, Z., Yıldırım, D., & Bölüktaş, P.R. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin ölüme karşı tutumları. *Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(4),1-13.
- Özyalçın, D. (2019). Kanser Hastaları, hasta yakınları ve hemşirelerin ölüme ve iyi ölüme ilişkin görüşleri. Başkent Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- Şahin, M., Demirkıran, F., & Adana F. (2016) Hemşirelik Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı, Ölmekte Olan Bireye Bakım Verme İsteği ve Etkileyen Faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(3),135-141.
- Schwartz, C. E., Mazor, K., Rogers, J., Ma, Y., & Reed, G. (2003). Validation of a new measure of concept of a good death. *Journal of palliative medicine*, 6(4), 575-584. <https://doi.org/10.1089/109662103768253687>
- Silva, R.S., Pereira, A., & Muss, F.C. (2015). Comfort for a good death: perspective nursing staffs of intensive care. *Escola Anna Nery*, 19(1), 40-46.
- Tang, C. S., Wu, A. M., & Yan, E. C. (2002). Psychosocial correlates of death anxiety among Chinese college students. *Death studies*, 26(6), 491-499. <https://doi.org/10.1080/074811802760139012>
- Topuz, İ. (2013). Ölüm algısı ölçeği Türkçe versiyonunun geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması, *Değerler Eğitimi Dergisi*, 11(26), 279-300.
- Uysal, N., Ceylan, E., & Koç, A. (2019). Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Ölmekte Olan Bireyin Bakımına İlişkin Tutumları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 98 -105
- Uzunkaya, P. (2016). Onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ve saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları ile iyi ölüme yönelik görüşlerinin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara,
- Yılmaz, E., & Vermişli, S. (2015). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 41-46.



ORJİNAL MAKALE / ORIGINAL ARTICLE

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi / BAUN Sağlık Bil Derg
Balıkesir Health Sciences Journal / BAUN Health Sci J
ISSN: 2146-9601- e ISSN: 2147-2238
Doi: <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.962549>



PKOS Hastalarında Yüksek Kan Basıncı Sıklığı ve Bunun Klinik ve Laboratuvar Parametrelerle İlişkisi

Özgür BULMUŞ¹, Akın USTA²

¹ Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fizyoloji AD

² Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

Geliş Tarihi / Received: 05.07.2021, Kabul Tarihi / Accepted: 05.08.2021

ÖZ

Amaç: Polikistik over sendromlu (PKOS) hastalarda kan basıncı (KB) anormalliklerine sıklıkla rastlanmakla beraber hipertansiyon ve PKOS arasındaki ilişki tam olarak aydınlatılmamıştır. Bu çalışmadaki amacımız ACC/AHA tarafından önerilen yeni sınıflandırmaya göre PKOS'lu hastalarda KB değişikliklerini araştırmaktır. **Gereç Yöntem:** Çalışmada PKOS tanılı 64 hasta ile aynı yaş grubundaki PKOS olmayan 61 hastanın KB ölçümleri ve bazal karakteristik özellikleri birbirleri ile karşılaştırıldı. **Bulgular:** Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, PKOS hastalarının Ferriman Gallwey skoru ($p < 0.0001$), ortalama diyastolik kan basıncı ($p = 0.0099$), glukoz ($p = 0.0049$), lökosit ($p = 0.0319$), nötrofil ($p = 0.0364$) ve Lüteinizan Hormon (LH) ($p = 0.0018$) seviyeleri istatistiksel anlamı olarak daha yüksek bulundu. PKOS ve Kontrol grubu ACC/AHA klavuzuna göre gruplandırıldığında PKOS hastalarının %59.4'ü anormal KB sahipken kontrol grubundaki hastaların ise %47.5'inde anormal KB tespit edildi. Yapılan istatistik analizde gruplar arasında anlamlı fark tespit edildi ($p = 0.0343$). PKOS hastalarında DKB seviyeleri ile VKİ, serum glukoz seviyesi, HOMA-IR, total kolesterol ve LDL kolesterol arasında pozitif korelasyon tespit edildi. Ayrıca PKOS hastalarında DKB ile HDL kolesterol seviyeleri arasında negatif korelasyon tespit edildi. **Sonuç:** Üreme dönemindeki PKOS hastalarında KB (özellikle DKB) seviyelerinin insülin direnci, hiperandrojenemi ve dislipideminin varlığıyla ilişkili olarak yükselme eğiliminde olduğu, fakat PKOS ve kontrol grubu arasında hipertansiyon görülme sıklığı açısından fark olmadığı tespit edilmiştir. **Anahtar kelimeler:** PKOS, Hipertansiyon, ACC/AHA Klavuzu Sınıflaması.

The Incidence of High Blood Pressure in Women with PCOS and Its Correlation with Clinical and Biochemical Parameters

ABSTRACT

Aim: Although blood pressure abnormalities are frequently encountered in patients with polycystic ovary syndrome (PCOS), the relationship between hypertension and PCOS has not been fully elucidated. Our aim of this study is to investigate BP alteration in patients with PCOS according to the new classification proposed by ACC/AHA guideline. **Material and Methods:** In this study, we compared the BP measurements and baseline characteristics of 64 patients with PCOS and 61 patients without PCOS in the same age group. **Results:** Compared with the control group, PCOS patients had increased Ferriman Gallwey score ($p < 0.0001$), mean diastolic blood pressure ($p = 0.0099$), glucose levels ($p = 0.0049$), leukocyte counts ($p = 0.0319$), neutrophil counts ($p = 0.0364$) and LH levels ($p = 0.0018$). When the PCOS and Control patients were classified according to the ACC/AHA guideline, 59.4% of the PCOS patients had abnormal BP, while 47.5% of the patients in the control group had abnormal BP. There was a statistically significant differences between the groups ($p = 0.0343$). The correlation analysis showed that there were positive correlation between DBP levels and BMI, serum glucose level, HOMA-IR, total cholesterol and LDL cholesterol in PCOS patients. In addition, there was a negative correlation between DKB and HDL cholesterol levels in PCOS patients. **Conclusion:** It has been determined that BP (especially DBP) levels tend to increase in PCOS patients in the reproductive period in relation to the presence of insulin resistance, hyperandrogenemia and dyslipidemia, but there is no difference in the incidence of hypertension between PCOS and control groups.

Keywords: PCOS, Hypertension, ACC/AHA Guideline Classification

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Özgür BULMUŞ, Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fizyoloji AD, Balıkesir, Türkiye

E-mail: ozgur.bulmus@balikesir.edu.tr

Bu makaleye atf yapmak için / Cite this article: Bulmuş, Ö, Usta, A. PKOS Hastalarında Yüksek Kan Basıncı Sıklığı ve Bunun Klinik ve Laboratuvar Parametrelerle İlişkisi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2),173-179. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.962549>

©Copyright 2021 by the Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.



BAUN Sağlık Bil Derg 2021 OPEN ACCESS <https://dergipark.org.tr/tr/pub/balikesirsbd>

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

GİRİŞ

Polikistik over sendromu (PKOS), üreme çağındaki kadımların yaklaşık %15-20'sini etkileyen, oligo-anovülasyon, klinik veya biyokimyasal hiperandrojenizm, insülin direnci ve ultrasonografide overlerde polikistik morfoloji ile karakterize yaygın bir endokrin bozukluktur (Sirmans & Pate, 2013; Azziz ve ark., 2004; Carmina, 2009). PKOS'un, kronik inflamasyon, endotelial disfonksiyon, metabolik sendrom, tip 2 diabetes mellitus (T2DM), dislipidemi, ve abdominal obezite gibi kardiyovasküler hastalık risk faktörleriyle birlikteliği gösterilmiştir (Conway ve ark., 1992; Talbott ve ark., 1998).

Hipertansiyon, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin başlıca sağlık sorunlarından biridir. Uzun yıllardır yapılan çalışmalarda yüksek sistolik (SKB) ve diyastolik kan basıncı (DKB) ile kardiyovasküler morbidite ve mortalite arasında güçlü bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur (Poulter ve ark., 2015). Ayrıca yapılan bir meta-analizde SKB >115 mmHg ve/veya DKB > 75 mmHg olmasının, kardiyovasküler riskte artışla birliktelik gösterdiği bildirilmektedir (Lewington ve ark., 2002). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hipertansiyonun dünyada önlenebilir ölüm nedenleri içinde birinci sırada yer aldığını belirtmektedir (Laffin & Bakris, 2015). Hipertansiyon ile ilgili yayınlanan klavuzlarda komplikasyon oluşturmayan sistolik ve diyastolik kan basıncı seviyeleri gittikçe düşmektedir ve özellikle diyabet ve/veya kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda kan basıncının risk oluşturduğu cut-off değerinin daha düşük seviyelerde olduğu bildirilmektedir. Bu veriler ışığında American College of Cardiology (ACC) / American Heart Association (AHA) yeni klavuzunda SKB > 120 ve DKB > 80 mmHg üzerini yükselen kan basıncı seviyeleri olarak tanımlamıştır (Whelton ve ark., 2018).

Son yıllarda yapılan çalışmalar, kan basıncı yüksekliğinin hipertansiyona bağlı olaylar açısından kadımları erkeklerden daha fazla etkilediği gösterilmiştir (Willey ve ark., 2014). Literatüre bakıldığında, reproduktif dönemdeki PKOS hastalarında sistolik ve/veya diyastolik kan basıncı seviyelerinin PKOS olmayan hastalardan daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Orbetzova ve ark., 2003; Wild ve ark., 2000). Bununla birlikte üreme dönemindeki PKOS hastalarında yüksek kan basıncı sıklığını ve bunun PKOS'un hangi klinik ve/veya laboratuvar parametreleriyle ilişkisi olduğunu gösteren veriler kısıtlıdır.

Bu çalışmadaki amacımız reproduktif dönemdeki PKOS hastalarında yeni AHA/ACC klavuzu verileri ışığında yüksek kan basıncı sıklığını belirlemek ve bunun PKOS'un klinik ve laboratuvar karakteristikleriyle ilişkisini detaylı incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın tipi, yeri ve zamanı

Bu gözlemsel çalışma Eylül 2018 - Eylül 2020 tarihleri arasında Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yapılmıştır.

Araştırma grubu

Çalışmaya toplam 125 hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastalar PKOS (n = 64) ve Kontrol (n=61) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. PKOS ve Kontrol grubundaki hastaların yaş ve BMI'leri eşitlenmiştir. Çalışmaya 18-45 yaş aralığındaki üreme dönemindeki kadın hastalar dahil edilmiştir. PKOS tanısı Rotterdam kriterlerine göre konuldu (Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group, 2012). PKOS tanılı 64 hasta ile aynı yaş grubunda PKOS olmayan 61 hastanın Office KB ölçümleri ve bazal karakteristikleri birbiri ile karşılaştırıldı. Hirsutizm, Ferriman-Gallwey skorlamasına göre değerlendirildi (Ferriman & Gallwey, 1961). PKOS ile klinik benzerlik gösteren Cushing's Sendromu, konjenital adrenal hiperplazi ve androjen salgılayan tümörü olan hastalar ile muayene sırasında oral kontraseptif, anti-hipertansif, anti-trombotik, steroid ve anti-diyabetik ilaç kullanan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Tüm hastaların fizik ve jinekoloji muayeneleri ile pelvik ultrasonları ve periferik venöz kan örnekleri menstruasyonun 2. veya 3. günü alındı (erken foliküler faz). Pelvik ultrasonografi 7 mhz vaginal prob (Voluson 730 expert, GE, USA) ile değerlendirildi.

Kan basıncı ölçümü

Kan basıncı ölçümleri sırasında, hastanın sağ üst kol boynuna takılan bir manşet ile brakial arter pulsatilitesi kaybolana kadar şişirildi. Daha sonra, manşet yavaş yavaş indirilirken, pulsatil kan akış yeniden başladığı arter üzerinde tutulan bir stetoskop tarafından tespit edildi. Pulsatilite başlangıcı, ilk kan akış sesi (Korotkoff I) sistolik kan basıncı olarak kaydedildi. Kan basıncı ve kan akışının kaybolması sesleri (Korotkoff V) diyastolik kan basıncı olarak kaydedildi. Kan basıncı (KB) ölçümleri iki farklı zamanda ve dikkatle ölçülen iki ayrı KB ölçümünün ortalaması alınarak kaydedildi. Kan basıncı American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) önerilerine göre kategorize edildi. Buna göre; SKB<120, DKB<80, normal kan basıncı; SKB=120-129, DKB<80, artmış kan basıncı; SKB =130-139, DKB=80-89 Evre 1 HT; SKB ≥ 140, DKB≥90 mmHg olması Evre 2 HT olarak tanımlanmıştır (Whelton ve ark., 2018). Total kan sayımı (symex 2100, Kobe, Japonya), hormonal parametreler (eBioscience, Avusturya), kolesterol değerleri (Cobas integra 800, Roche Diagnostik GmbH, Almanya) kullanılarak değerlendirildi. İnsülin direncinin (HOMA-IR) değerlendirilmesi; daha önce tanımlandığı gibi insülin x glukoz / 22.5 ile değerlendirildi (Keskin Kurt ve ark., 2014).

İstatistik analiz

Tüm istatistik analiz MedCalc istatistik program versiyon 19.2 (MedCalc, Belgium) kullanılarak değerlendirildi. Normal Dağılım gösteren parametreler ortalama ± standart deviasyon (SD) olarak gösterildi. Normal dağılım göstermeyen parametreler ise ortanca

± minimum-maksimum olarak gösterildi. Normal dağılım Kolmogrov-Smirnov testiyle değerlendirildi. Varyans değerlendirmesi F test veya Levene test ile yapıldı. Normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arasında karşılaştırılması Student t test ile, normal dağılım göstermeyen parametrelerin karşılaştırılması ise Mann-Whitney U test ile yapıldı. P değerinin 0.05'ten küçük olması istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

Araştırmanın etik yönü

Çalışmaya başlamadan önce Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Yerel Etik Kurulundan onay alınmıştır (Onay tarihi: 21.04.2018, Onay no:2018/112) ve çalışma protokolü Helsinki deklarasyonuna uygundur. Çalışmaya dahil edilen hastalardan çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onam alınmıştır.

BULGULAR

Bu çalışmaya 64 PKOS ve 61 kontrol olmak üzere toplam 125 hasta dahil edilmiştir. PKOS ve kontrol grubundaki hastaların ortalama yaş ve VKİ'leri sırayla 26.7 ve 27.3 ile 25.9 ve 24.8 olarak bulundu ve gruplar arasında yaş ve VKİ açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0.5607$ ve $p=0.3125$,

sırasıyla). Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, PKOS hastalarının Ferriman Gallwey skoru ($p<0.0001$), ortalama diyastolik kan basıncı ($p=0.0099$), glukoz ($p=0.0049$), lökosit ($p=0.0319$), nötrofil ($p=0.0364$) ve LH ($p=0.0018$) seviyeleri istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Hastaların klinik ve biyokimyasal özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

PKOS ve Kontrol grubu ACC/AHA klavuzuna göre gruplandırıldığında PKOS hastalarının %40.6'sı normal KB, %21.9'u artmış KB, % 23.4'ü Evre 1 HT ve % 14.1'i Evre 2 HT olarak gruplandırıldı. Kontrol grubundaki hastaların ise %52.5'i normal KB, %29.5'i artmış KB, %11.5'i Evre 1 HT ve % 6.5'i Evre 2 HT olarak gruplandırılmıştır. Yapılan istatistik analizde gruplar arasında istatistik anlamlı fark tespit edildi ($p=0.0343$), (Tablo 2). Korelasyon analizinde, PKOS hastalarında DKB seviyeleri ile VKİ ($r=0.3240$, $p=0.0109$), serum glukoz seviyesi ($r=0.4086$, $p=0.0011$), HOMA-IR ($r=0.3781$, $p=0.0027$), total kolesterol ($r=0.2803$, $p=0.0287$) ve LDL kolesterol ($r=0.2562$, $p=0.0463$) arasında pozitif korelasyon tespit edildi. Ayrıca PKOS hastalarında DKB ile HDL kolesterol seviyeleri arasında negatif korelasyon tespit edildi ($r=-0.3202$, $p=0.0119$) (Tablo 3).

Tablo 1. PKOS ve kontrol grubunun klinik ve biyokimyasal parametrelerin karşılaştırılması.

	PKOS (n = 64)	Kontrol (n = 61)	p
	X±SS	X±SS	
Yaş (yıl)	26.7±5.6	27.3±5.9	0.5607*
VKİ (kg/m ²)	25.9±6.3	24.8±5.8	0.3125*
Ferriman-Gallwey skoru	6.45±3.76	3.12±1.59	<0.0001#
SKB (mmHg)	113±11	112± 9	0.5801*
DKB (mmHg)	76±9	72±8	0.0099*
Glukoz (mg/dl)	87.2±10.1	82.1±9.8	0.0049*
Lökosit (/mm ³)	7.78±2.45	6.84±2.39	0.0319*
Nötrofil (/mm ³)	4.69±1.71	4.11±1.32	0.0364*
FSH (IU/L)	5.92±1.43	6.34±1.54	0.1165*
LH (IU/L)	9.22±5.13	6.4±4.72	0.0018*
Östradiol (pg/ml)	44.52± 12.76	42.78± 13.12	0.4537*
TSH (mIU/L)	2.25±1.12	2.1±1.21	0.4731*
Prolaktin (ng/ml)	18.43±9.56	17.7±8.82	0.6585*
HOMA-IR	2.48±2.11	-	
Trigliserid (mg/dL)	97.0±71.6	-	
Total kolesterol (mg/dL)	179.8±34.5	-	
LDL (mg/dL)	101.8±28.9	-	
HDL (mg/dL)	45.8±11.1	-	
Total testosteron (mg/dl)	1.19±0.87	-	

X= Ortalama, SS = Standart sapma, *Student's t test, # Mann Whitney U test. VKİ= Vücut kitle indeksi, SKB= Sistolik kan basıncı, DKB= Diyastolik kan basıncı, FSH= Folikül stimüle edici hormon, LH= Lüteinleştirici hormon, TSH= Tiroid stimüle edici hormon, HOMA-IR= Homeostasis model assessment insulin resistance, LDL= Low density lipoprotein, HDL= High density lipoprotein. Ortalama ± standart deviasyon (SD), ortanca ± minimum-maximum.

Tablo 2. ACC/AHA Klavuzuna göre PKOS ve Kontrol Hastalarının KB seviyelerinin sınıflaması

	PKOS (n = 64)	Normal (n = 61)	p
	n (%)	n (%)	
Normal	26 (40.6)	32 (52.5)	0.0343*
Artmış KB	14 (21.9)	18 (29.5)	
Evre 1 HT	15 (23.4)	7 (11.5)	
Evre 2 HT	9 (14.1)	4 (6.5)	

*Ki kare testi. KB= Kan basıncı, HT= Hipertansiyon.

Tablo 3. PKOS hastalarında DKB ile diğer klinik ve biyokimyasal parametrelerin korelasyonu

Karakteristikler	Diyastolik kan basıncı	
	r	p
Yaş (yıl)	0.20	0.11
VKİ (kg/m ²)	0.32	0.01
Ferriman–Gallwey skoru	0.16	0.20
Glukoz (mg/dL)	0.40	0.001
Lökosit (/mm ³)	0.22	0.08
Nötrofil (/mm ³)	0.12	0.33
FSH (IU/L)	0.03	0.79
LH (IU/L)	0.12	0.33
Östradiol (pg/ml)	0.14	0.27
HOMA-IR	0.37	0.002
Trigliserid (mg/dL)	0.03	0.79
Total kolesterol (mg/dL)	0.28	0.02
LDL (mg/dL)	0.25	0.04
HDL (mg/dL)	-0.32	0.01
Total testosteron (ng/dl)	0.10	0.41

VKİ= Vücut kitle indeksi, SKB= sistolik kan basıncı, DKB= diyastolik kan basıncı,FSH= Folikül stimüle edici hormon, LH= lüteinleştirici hormon, TSH= tiroid stimüle edici hormon, HOMA-IR= homeostasis model assessment insulin resistance, LDL= Low density lipoprotein, HDL= high density lipoprotein.

TARTIŞMA

PCOS'un kan basıncı yüksekliği ile ilişkisi tartışmalıdır. Biz bu çalışmamızda PKOS hastalarında DKB seviyelerinin yaş ve VKİ'leri benzer kontrol grubuna göre artmış olduğunu tespit ettik. PKOS hastalarında yüksek DKB seviyeleri VKİ, serum glukoz seviyesi, homeostasis model assessment insulin resistance (HOMA-IR), total kolesterol, LDL kolesterol ile pozitif korelasyon gösterirken HDL kolesterol seviyeleri ile negatif korelasyon göstermekteydi. Ayrıca, PKOS ve Kontrol Hastaları ACC/AHA yeni klavuzuna göre gruplandırıldığında PKOS hastalarının %59.4'ünün, Kontrol hastalarının ise %47.5'inin kan basıncı seviyelerinin normalin üzerinde olduğu ve PKOS hastalarında KB seviyelerinin anlamlı derecede yüksek olduğunu tespit

ettik. Her ne kadar daha yüksek KB ve artmış kardiyovasküler hastalık (KVH) riski arasında sürekli bir ilişki olsa da klinik ve halk sağlığı ile ilgili karar verme durumunda KB seviyelerinin sınıflandırılması önemlidir (Whelton ve ark., 2018). Bu amaçla ACC/AHA önerileri doğrultusunda, kan basıncını; normal, yükselmiş KB ve evre 1 HT veya 2 HT olarak 4 seviyeye ayrılmıştır. Evre 2 hipertansiyonu olan yetişkinlerde artmış KVH riski iyi bilinmektedir. Artan sayıda bireysel çalışma ve gözlemsel verilerin meta-analizleri, normal KB'den yüksek KB'ye ve evre 1 hipertansiyona giden ve giderek artan oranlarda yüksek KVH riski gradyanı bildirilmektedir (Guo ve ark., 2013; Guo ve ark., 2013; Huang ve ark., 2014; Huang ve ark., 2015). Bizim çalışmamızda PKOS hastalarının neredeyse %60'ının KB seviyesi normal değerlerin

üzerinde bulunmuştur. Bu sonuca göre PKOS hastalarında KVH riski aynı yaş ve VKİ'ne sahip kontrol grubundan çok daha yüksek olduğunu göstermektedir.

PKOS'un klinik ve biyokimyasal belirtileri heterojen olmakla birlikte sendromun temel karakteristikleri oligo-anovulasyon, ultrasonografide overlerde polikistik görüntü, androjen fazlalığı ve insülin direncidir (Bentley-Lewis ve ark., 2011). Bizim çalışmamızda da kontrol grubu ile karşılaştırıldığında PKOS hastalarında klinik ve biyokimyasal hiperandrojenemi, insülin direnci, artmış serum glukoz düzeyleri ve hiperkolesterolemi tespit edildi. PKOS ayrıca anovulatuvar infertilite problemi oluşturmalarının yanında metabolik ve kardiyovasküler etkileri de olan kompleks bir endokrin patolojidir. Epidemiyolojik çalışmalarla klasik PKOS olgularında kardiyovasküler hastalığın daha sık gözlemlendiğini, bu risk artışının total ve abdominal adipozite artışı ve hiperandrojenizm ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (Wild ve ark., 2010). Bizim çalışmamızda ise ortalama VKİ değerleri Kontrol grubuyla benzer olan PKOS hastalarında biyokimyasal ve hormonal değişikliklere paralel olarak artmış KVH riski olduğunu gözlemledik.

PKOS hastalarında hipertansiyon sıklığı ile ilgili yapılan araştırmaların sonuçları çelişkilidir (Orbetzova ve ark., 2003; Zimmermann ve ark., 1992; Elting ve ark., 2001). Bazı çalışmalar, PKOS olan genç hastaların kan basıncı seviyelerinin, genellikle normal düzeyde olduğunu gösterirken (Zimmermann ve ark., 1992); yapılan başka çalışmalar da PKOS'lu kadınlarda genel popülasyona göre daha yüksek bir hipertansiyon prevalansı olduğunu göstermektedir (Orbetzova ve ark., 2003; Wild ve ark., 2000). Elting ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada PKOS'lu olmayan kadınlara kıyasla PKOS'lu premenopozal kadınlarda hipertansiyon prevalansı daha yüksek bulunmuştur. Bu fark PKOS'un uzun dönemde HT'ye neden olduğunu akla getirmektedir (Elting ve ark., 2001). Bu sonuçların tersine, Joham ve arkadaşlarının yaptığı çalışma PKOS'lu genç kadınlarda hipertansiyon prevalansının artan VKİ ile doğru orantılı olarak arttığını göstermektedir (Joham ve ark., 2015). Bu farklı sonuç çalışılan popülasyonun VKİ değerlerinin yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bizim çalışmamızda, PKOS hastalarının %14.1'inde kontrol hastalarının ise % 6.5'inde evre 2 HT tespit edilmiştir. Yapılan alt grup analizde PKOS ve Kontrol grubu arasında Evre 2 HT açısından fark olmadığı bulundu (Data gösterilmedi). Bizim sonuçlarımıza göre üreme dönemindeki PKOS ve Kontrol hastalarına HT sıklığı açısından fark tespit edilmemiştir. Çalışmalar arasındaki bu fark çalışılan popülasyonun sayısı ve karakteristikleriyle ilişkili olabilir.

PKOS hastalarında KB seviyelerinin yükselmesi ile ilişkili nedenleri araştıran çalışmalarda özellikle obezite, insülin direnci ve hiperandrojenizmin bu olgularda hipertansiyonun gelişmesine katkıda bulunduğunu ortaya koymuştur. Konu ile ilgili yapılan birçok çalışmada PKOS ve HT arasındaki ilişkinin

gösterilmiş olmasına rağmen gruplar arasında VKİ açısından eşleştirme yapılmadığından bu farkın artmış VKİ ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Yapılan daha yeni çalışmalarda ise PKOS ile HT arasında sıkı bir ilişki olduğu ve PKOS olgularında yaş, BMI, dislipidemi ve diyabetten bağımsız olarak PKOS olmayan kadınlara göre %40 daha fazla HT gözlemlendiği tespit edilmiştir (Lo ve ark., 2006). Benzer şekilde bir başka çalışmada 30'lu yaşlarda olan PKOS olgularında VKİ'ye göre ayarlandığında bile kan basıncının PKOS olmayan olgularından daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Vrbíková ve ark., 2003). Aksine, bazı çalışmalarda BMI'a göre kontrol edildiğinde PKOS ile HT arasında ilişki gösterilememiştir (Meyer ve ark., 2005). Örneğin obez PKOS olguları zayıf PKOS olgularına göre daha hipertansif iken zayıf PKOS olguları ile zayıf kontrol grubu arasında kan basıncı benzer bulunmuştur (Conway ve ark., 1992). Yine PKOS ile HT ilişkisini komplike eden ve çalışmalarda farklı sonuçlara sebep olan faktörlerden diğerleri etnik köken ve ırktır. Örneğin zencilerde beyazlara göre HT görülme oranı daha fazladır (Lo ve ark., 2006). Öte yandan PKOS olguları gebe kaldığında gebelik HT ve preeklampsi non-PKOS olgularına göre yaklaşık 3.5 kat daha fazla gösteren çalışmalarda mevcuttur (Boomsma ve ark., 2008). Bizim çalışmamızda yapılan korelasyon analizinde artmış DKB'nin VKİ, serum glukoz seviyesi, HOMA-IR, total kolesterol, LDL kolesterol ile pozitif korelasyon gösterirken HDL kolesterol seviyeleri ile negatif korelasyon göstermesi PKOS hastalarında HT etiyopatogenezinde bu mekanizmaların rol alabileceğini desteklemektedir. PKOS etiyopatogenezini henüz net olarak ortaya konulamamış bir endokrin bozukluktur. Bununla birlikte PKOS ile HT ilişkisini inceleyen çalışmalar bu olgularda HT gelişiminde rol oynayan bazı mekanizmalar ileri sürülmüştür. Bu mekanizmalar temel olarak, PKOS zemininde gelişen HT etiyolojisinin pek çok değişkene bağlı olduğunu ve insülin direnci, hiperandrojenemi, obezite zemininde artmış sempatik sinir sistemi aktivitesinin PKOS hastalarında HT gelişmesinin başlıca sebebi olduğunu savunmaktadır. PKOS ile ilişkili temel patolojilerden birisi insülin direncidir (Stein & Leventhal, 1935; Burghen ve ark., 1980) ve PKOS olgularının %60-80'inde, obez PKOS olgularının ise %95'inde insülin direnci ve hiperinsülinemi görülmektedir (Wild ve ark., 2010; Alexander ve ark., 2009). Hiperinsülinemide artmış sodyum retansiyonuna sekonder olarak HT gelişebileceğini savunan yazarlar mevcuttur (Bentley-Lewis ve ark., 2011). Yüksek insülin düzeyleri hücre içi sodyum ve kalsiyum artışı ile vasküler düz kas hipertrofisine neden olabilen IGF-1 (insülin benzeri büyüme faktörü 1) düzeylerinde artış ile ilişkilidir. Ayrıca metforminin kan basıncı üzerinde faydalı etkisi PKOS olgularında HT gelişiminde insülin direncinin rolü olduğunu desteklemektedir (Lord ve ark., 2003). Metformin düz kas hücrelerinin proliferasyonuna ve vasküler intima tabakasına migrasyonuna yol açan bazı moleküllerde (serum

advanced glycated end products, AGEs) azalmaya neden olmaktadır. Metformin tedavisi alan PKOS olgularında carotid intima media kalınlığında (cIMT) düzelleme gözlemlenmiştir (Diamanti-Kandarakis ve ark., 2007; Orio ve ark., 2005).

SONUÇ

Sonuç olarak, üreme dönemindeki PKOS hastalarında KB (özellikle DKB) seviyelerinin insülin direnci, hiperandrojenemi ve dislipideminin varlığıyla ilişkili olarak yükselme eğilimi gösterdiği fakat PKOS ve kontrol grubu arasında hipertansiyon görülme sıklığı açısından fark olmadığı tespit edilmiştir.

Çıkar çatışması beyanı

Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Yazar katkıları

Yazının ortaya çıkması ve sürdürülmesine katkıda bulunma: UA, BÖ.

Plan, tasarım: UA.

Finansman: UA.

Materyal: UA.

Veri toplanması / toplanan verilerin analize hazırlanması için işleme: UA.

Veri analizi: BÖ.

Literatürün gözden geçirilmesi: BÖ.

Kaleme alma ve düzeltmeler: BÖ, UA.

Kontrol etme ve gözden geçirme: BÖ.

Kurumsal ve finansal destek beyanı

Kurumsal ve finansal destek yoktur.

KAYNAKLAR

Alexander, C.J., Tangchitnob, E.P., & Lopor, N.E. (2009). Polycystic ovary syndrome: a major unrecognized cardiovascular risk factor in women. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, 2(4), 232-239.

Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group. (2012). Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS). *Human Reproduction*, 27(1), 14-24. <https://doi.org/10.1093/humrep/der396>

Azziz, R., Woods, K.S., Reyna, R., Key, T.J., Knochenhauer, E.S., & Yildiz, B.O. (2004). The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89(6), 2745-2749. <https://doi.org/10.1210/jc.2003-032046>

Bentley-Lewis, R., Seely, E., & Dunaif, A. (2011). Ovarian hypertension: polycystic ovary syndrome. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 40(2), 433-449. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2011.01.009>

Boomsma, C.M., Fauser, B.C., & Macklon, N.S. (2008). Pregnancy complications in women with polycystic ovary syndrome. *Seminars in Reproductive Medicine*, 26(1), 72-84. <https://doi.org/10.1055/s-2007-992927>

Burghen, G.A., Givens, J.R., & Kitabchi, A.E. (1980). Correlation of hyperandrogenism with hyperinsulinism in polycystic ovarian disease. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 50(1), 113-116. <https://doi.org/10.1210/jcem-50-1-113>

Carmina, E. (2009). Cardiovascular risk and events in polycystic ovary syndrome. *Climacteric*, 12 (Suppl 1), 22-25. <https://doi.org/10.1080/13697130903003842>

Conway, G.S., Agrawal, R., Betteridge, D.J., & Jacobs, H.S. (1992). Risk factors for coronary artery disease in lean and obese women with the polycystic ovary syndrome. *Clinical Endocrinology* 37(2), 119-125. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.1992.tb02295.x>

Diamanti-Kandarakis, E., Alexandraki, K., Piperi, C., Aessopos, A., Paterakis T, Katsikis I., & Panidis, D. (2007). Effect of metformin administration on plasma advanced glycation end product levels in women with polycystic ovary syndrome. *Metabolism*, 56(1), 129-134. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2006.09.006>

Elting, M.W., Korsen, T.J., Bezemer, P.D., & Schoemaker J. (2001). Prevalence of diabetes mellitus, hypertension and cardiac complaints in a follow-up study of a Dutch PCOS population. *Human Reproduction*, 16(3), 556-560. <https://doi.org/10.1093/humrep/16.3.556>

Ferriman, D., & Gallwey, J.D. (1961). Clinical assessment of body hair growth in women. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 21, 1440-1447. <https://doi.org/10.1210/jcem-21-11-1440>

Guo, X., Zhang, X., Guo, L., Li, Z., Zheng, L., Yu, S., Yang, H., Zhou, X., Zhang, X., Sun, Z., Li, J., Sun, Y. (2013). Association between pre-hypertension and cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Current Hypertension Reports*, 15(6), 703-716. <https://doi.org/10.1007/s11906-013-0403-y>

Guo, X., Zhang, X., Zheng, L., Guo, L., Li, Z., Yu, S., Yang, H., Zhou, X., Zou, L., Zhang, X., Sun, Z., Li, J., & Sun, Y. (2013). Prehypertension is not associated with all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *PLoS One*, 8(4), e61796. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061796>

Huang, Y., Cai, X., Li, Y., Su, L., Mai, W., Wang, S., Hu, Y., Wu, Y., & Xu, D. (2014). Prehypertension and the risk of stroke: a meta-analysis. *Neurology*, 82(13), 1153-1161. <https://doi.org/10.1161/JAHA.114.001519>

Huang, Y., Cai, X., Liu, C., Zhu, D., Hua, J., Hu, Y., Peng, J., & Xu, D. (2015). Prehypertension and the risk of coronary heart disease in Asian and Western populations: a meta-analysis. *Journal of the American Heart Association*, 4(2), e001519. <https://doi.org/10.1161/JAHA.114.001519>

Huang, Y., Cai, X., Zhang, J., Mai, W., Wang, S., Hu, Y., Ren, H., & Xu, D. (2014). Prehypertension and incidence of ESRD: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 63(1), 76-83. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2013.07.024>

- Joham, A.E., Boyle, J.A., Zoungas, S., & Teede, H.J. (2015). Hypertension in reproductive-aged women with polycystic ovary syndrome and association with obesity. *American Journal of Hypertension*, 28(7), 847-851.
<https://doi.org/10.1093/ajh/hpu251>
- Keskin Kurt, R., Okyay, A.G., Hakverdi, A.U., Gungoren, A., Dolapcioglu, K.S., Karateke, A., & Dogan, M.O. (2014). The effect of obesity on inflammatory markers in patients with PCOS: a BMI-matched case-control study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 290(2), 315-319.
<https://doi.org/10.1007/s00404-014-3199-3>
- Laffin, L.J., & Bakris, G.L. (2015). Hypertension and new treatment approaches targeting the sympathetic nervous system. *Current Opinion in Pharmacology*, 21, 20-24.
<https://doi.org/10.1016/j.coph.2014.12.006>
- Lewington, S., Clarke, R., Qizilbash, N., Peto, R., & Collins, R. (2002). Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*, 360, 1903-1913.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)11911-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)11911-8)
- Lo, J.C., Feigenbaum, S.L., Yang, J., Pressman, A.R., Selby, J.V., & Go, A.S. (2006). Epidemiology and adverse cardiovascular risk profile of diagnosed polycystic ovary syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 91(4), 1357-1363.
<https://doi.org/10.1210/jc.2005-2430>
- Lord, J.M., Flight, I.H.K., & Norman, R.J. (2003). Metformin in polycystic ovary syndrome: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 327(7421), 951-953.
<https://doi.org/10.1136/bmj.327.7421.951>
- Meyer, C., McGrath, B.P., & Teede, H.J. (2005). Overweight women with polycystic ovary syndrome have evidence of subclinical cardiovascular disease. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90(10), 5711-5716.
<https://doi.org/10.1210/jc.2005-0011>
- Orbetzova, M.M., Shigarminova, R.G., Genchev, G.G., Milcheva, B.A., Lozanov, L.B., Genov, N.S., & Zacharieva, S.Z. (2003). Role of 24-hour monitoring in assessing blood pressure changes in polycystic ovary syndrome. *Folia Medica*, 45(3), 21-25.
- Orio F Jr, Palomba S, Cascella T, De Simone B, Manguso F, Savastano S, Russo T, Tolino A, Zullo F, Lombardi G, Azziz R, Colao A. (2005). Improvement in endothelial structure and function after metformin treatment in young normal-weight women with polycystic ovary syndrome: results of a 6-month study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90(11), 6072-3076.
<https://doi.org/10.1210/jc.2005-0965>
- Poulter, N.R., Prabhakaran, D., & Caulfield, M. (2015). Hypertension. *Lancet*, 386(9995), 801-812.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61468-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61468-9)
- Sirmans, S.M., & Pate, K.A. (2014). Epidemiology, diagnosis, and management of polycystic ovary syndrome. *Clinical Epidemiology*, 6, 1-13.
<https://doi.org/10.2147/CLEP.S37559>
- Stein, I.F., & Leventhal, M.L. (1935). Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 29(2), 181-191.
[https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(15\)30642-6](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(15)30642-6)
- Talbott, E., Clerici, A., Berga, S.L., Kuller, L., Guzick, D., Detre, K., Daniels, T., & Engberg, R.A. (1998). Adverse lipid and coronary heart disease risk profiles in young women with polycystic ovary syndrome: results of a case-control study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(5), 415-422.
Doi: [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(98\)00010-9](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(98)00010-9)
- Vrbíková, J., Cífková, R., Jirkovská, A., Lánská, V., Platilová, H., Zamrazil, V., & Stárka, L. (2003). Cardiovascular risk factors in young Czech females with polycystic ovary syndrome. *Human Reproduction*, 18(5), 980-984.
<https://doi.org/10.1093/humrep/deg218>
- Whelton, P.K., Carey, R.M., Aronow, W.S., Casey, D.E., Collins, K.J., Dennison Himmelfarb, C., DePalma, S.M., Gidding, S., Jamerson, K.A., Jones, D.W., MacLaughlin E.J., Muntner P., et al. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(19), e127-e248.
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.11.006>
- Wild, R.A., Carmina, E., Diamanti-Kandarakis, E., Dokras, A., Escobar-Morreale, H.F., Futterweit, W., Lobo, R., Norman, R.J., Talbott, E., & Dumesic, D.A. (2010). Assessment of cardiovascular risk and prevention of cardiovascular disease in women with the polycystic ovary syndrome: a consensus statement by the Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome (AE-PCOS) Society. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(5), 2038-2049.
<https://doi.org/10.1210/jc.2009-2724>
- Wild, S., Pierpoint, T., Jacobs, H., & McKeigue, P. (2000). Long-term consequences of polycystic ovary syndrome: results of a 31 year follow-up study. *Human Fertility* 3(2), 101-105.
<https://doi.org/10.1080/1464727002000198781>
- Wiley JZ, Moon YP, Kahn E, Rodriguez CJ, Rundek T, Cheung K, Sacco RL, Elkind MSV. (2014). Population attributable risks of hypertension and diabetes for cardiovascular disease and stroke in the northern Manhattan study. *Journal of the American Heart Association*, 3(5), e001106.
<https://doi.org/10.1161/JAHA.114.001106>
- Zimmermann, S., Phillips, R.A., Dunaif, A., Finegood, D.T., Wilkenfeld, C., Ardeljan, M., Gorlin, R., Krakoff, L.R. (1992). Polycystic ovary syndrome: lack of hypertension despite profound insulin resistance. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 75(2), 508-513.
<https://doi.org/10.1210/jcem.75.2.1639952>



Erken Postpartum Dönemde Annelerin Doğum Duygulanım Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Melek BALÇIK ÇOLAK¹ Hafize ÖZTÜRK CAN² Zübeyde DENİZCİ ZİREK³

¹ Araştırmacı Doktor Ebe

² Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

³ İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Geliş Tarihi / Received: 28.07.2020, Kabul Tarihi / Accepted: 25.01.2021

ÖZ

Amaç: Bu araştırmanın amacı, annelerin erken postpartum dönemde doğum duygulanım düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemektir. **Gereç ve Yöntem:** Araştırma, kesitsel-analitik tiptedir. Araştırmada “Anne Tanıtım Formu” ve “Doğum Duygulanım Ölçeği” kullanılmıştır. Olasılıksız örneklem yöntemiyle erken postpartum dönemde, çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden 187 kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırma verilerinin analizinde, sayı ve yüzde dağılımları alınmış, iki bağımsız grupta t testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında one-way ANOVA analizi ve korelasyon karşılaştırılması yapılmıştır. **Bulgular:** Annelerin yaş ortalaması 28.41±5.72 olarak hesaplanmıştır. Annelerin %76.5’inin multipar, %59.4’ünün sezaryen ile doğum yaptığı, %91.9’unun toplam doğum süresinin 12 saatten kısa sürdüğü ve doğum duygulanım ölçek toplam puan ortalamasının 94.78±14.56 olduğu belirlenmiştir. Annelerin yaş grupları, eğitim düzeyleri, ekonomik durumları, doğum sayısı, doğum şekli ve doğum süresi ile DDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05). **Sonuç:** Erken postpartum dönemde, annelerin duygulanım düzeyi puan ortalaması doğum sayısı, şekli ve süresinden istatistiksel olarak etkilenmemiş olmasına rağmen puan ortalamaları bakımından etkilediği belirlenmiştir. **Anahtar Kelimeler:** Ebelik, Doğum Duygulanımı, Doğum Sayısı, Doğum Şekli, Doğum Süresi.

Determination of Birth Affect Levels of Mothers in Early Postpartum Period and Affecting Factors

ABSTRACT

Aim:The aim of this study is to determine the affective levels of mothers in the early postpartum period and the factors affecting them. **Material and Methods:**The research is cross-sectional and analytical. “Mother Identification Form” and “Labor Affect Scale” were used in study. In the early postpartum period with the improbable sampling method, 187 women who volunteered to participate in the study constituted the sample of the study. In the analysis of the data research, number and percentage distributions were taken, t-test were taken in independent groups, one-way variance, correlation data were compared. **Results:**The average age of the mothers was calculated as 28.41±5.72. It was determined that 76.5% of them others gave birth by multipara, 59.4% by cesarean section, 91.9% of them had less than 12 hours of delivery time and the average birth affect scale was 94.78±14.56. No statistically significant correlation was found between the mothers' age groups, education levels, economic status, number of births, type, duration and total DDS score averages(p>0.05). **Conclusion:** In the early postpartum period, it was determined that the mean score of the affective level of the mothers was not statistically affected by the number, type and duration of births, but it did affect the mean scores.

Keywords: Midwifery, Labor Agency, Number of Births, Type of Delivery, Delivery Time.

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Melek BALÇIK ÇOLAK, İstanbul, Türkiye

E-mail: melekbalcik@windowslive.com

Bu makaleye atf yapmak için / Cite this article: Balçık Çolak M, Öztürk Can, H, Denizci Zirek Z. Erken Postpartum Dönemde Annelerin Doğum Duygulanım Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2),180-185. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.773611>

©Copyright 2021 by the Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.



BAUN Sağlık Bil Derg 2021 OPEN ACCESS <https://dergipark.org.tr/tr/pub/balikesirsbd>
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

GİRİŞ

Duygulanım, kişinin durumlara, düşüncelere, sevinç, hüznün gibi duygusal tepkilere katılabilme yetisidir. Duyguların gözlenebilen, durum karşısında kısa süreli duygusal dışavurumdur. Mimik ve sözlerle ifade edilebilir (Özpoyraz ve ark., 1988). Duygudurum (mood, mizaç) kişinin sevinçli, hüznü, kızgın, depresif vs. herhangi bir duygulanım içine oluşudur. Kadımlar intrauterin dönem, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve yaşlılık dönemlerinde kısacası yaşamları boyunca fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden farklılıklar yaşadığı birçok süreçten geçmektedir. Kadın sağlığı intrauterin dönemde cinsiyetinin belli olması itibariyle ihmal edilme, beslenme yetersizliği, infertilite gibi faktörlerden olumsuz olarak etkilenmektedir. Bu faktörler dışında özellikle puberte, gebelik, doğum sonrası ve klimakterium dönemde üreme hormonlarında meydana gelen değişim, kadımlarda duygu durum değişikliklerine neden olabilmektedir. Bu değişimler kadımlarda psikolojik hastalıklara eğilimi artırmaktadır (Dağlar ve ark., 2015; Koyun ve ark., 2011). Doğum eylemi, tamamen kontrol edilebilir olmamakla birlikte, her aşamasında desteğe ihtiyaç duyulan bir süreçtir (Yılmaz Esencan ve ark., 2018). Kadımlar sürekli destek ve minimal müdahale ile kendilerini daha iyi hissederler ve gebelerin çoğu en az müdahale felsefesini onaylamaktadırlar. Çünkü doğum eylemi ve doğum normal bir durumdur ve yapılacak müdahaleler iyatrojenik anne-bebek yaralanmaları için potansiyel oluşturur (Simpson, 2007). Antenatal süreçte yaşanan korku, doğum süresince anksiyete ve ağrıya, müdahale oranının artmasına, sezaryen ve postpartum dönemde de ağır duygulanım bozuklukları yaşanabilmesine sebep olabilir. Meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler sadece anneyi değil, eşini, ailesini, arkadaşlarını ve onlarla olan ilişkilerini de olumsuz etkileyebilir (Dönmez ve ark., 2014). Anne bu değişikliklere adapte olmaya çalışırken, bebeğinin bakımı konusundaki sorumlulukları hissettiği yükünü arttırabilir. Özellikle primiparlarda bu durumları algılama biçimleri başetmede birtakım sorunlar yaşamasına neden olur. Doğum öncesi kaygısı olan kadın, bu durumunu doğumuna da yansıtabilir, buna bağlı birtakım komplikasyonlarla karşılaşabilir ve doğum sonu dönemde de duygulanım durumunda dalgalanmalar yaşayabilir (Göktuğ ve ark., 2019). Ebeler, antenatal süreçte bütüncül yaklaşım, destekleyici bakım ve yakın takiple gebelerin uyumu sağlayarak, annenin olumsuz doğum deneyim yaşamasını önleyebilir, anksiyete ve korkusunu giderebilir. Bunun yanı sıra psikolojik ve fizyolojik açıdan destekle riskleri en aza indirmek için gebe ve aile iş birliğiyle daha kaliteli bir süreç geçirerek anne ve bebeğin gelişimine katkı sağlamalıdır (Şahin ve ark., 2019; Dönmez ve ark., 2014; Lang ve ark., 2006). Toplum sağlığını kapsayan her alanda olduğu gibi özellikle kadın sağlığı alanında çalışan ve bütüncül hizmet veren ebelerin üzerinde önemle durması gereken bir konu olması nedeniyle bu araştırmaya ihtiyaç duyulmuştur. Bu araştırma, erken postpartum dönemde annelerin doğum duygulanım düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Araştırma soruları;

- Erken postpartum dönemde annelerin duygulanım düzeyleri nasıldır?
- Erken postpartum dönemde sosyo-demografik özellikler annelerin duygulanım düzeylerini etkiler mi?
- Erken postpartum dönemde obstetrik özellikler annelerin duygulanım düzeylerini etkiler mi?
- Erken postpartum dönemde doğum özellikleri annelerin duygulanım düzeylerini etkiler mi?

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın tipi, yeri ve zamanı

Tanımlayıcı tipteki araştırma 15 Ocak 2014 - 15 Mart 2014 tarihleri arasında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde toplandı.

Araştırmanın evreni/örnekleme

Çalışmanın yürütüldüğü hastanede yıllık doğum sayısı 1937'dir ve bu sayı çalışmanın evreni oluşturmuştur. Örnekleme alınması gereken kişi sayısı evreni belli örneklem tekniği EpiInfo 2013 programı kullanılarak %95 güven aralığı ($\alpha=0.05$) ile hesaplandığında 187 olarak belirlendi. Araştırmaya çalışmanın yürütüldüğü tarihler arasında hastanede doğum yapan ve dahil edilme kriterlerini taşıyan 187 lohusa dahil edildi. Veriler, doğum sonrası en az 24 saat sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

Araştırmaya doğumdan sonra en az 24 saatlik bir süre geçmiş olan kişiler dahil edildi.

Veri toplama araçları

Anne Tanıtım Formu: Literatüre dayalı olarak, araştırmacılar tarafından hazırlanan form, sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri, gebelik öyküsü ve postpartum öyküsüyle ilgili bilgileri içeren 27 sorudan oluşmaktadır (Balçık, 2013; Gençalp, 1998).

Doğum Duygulanım Ölçeği (DDÖ) (Labor Agency Scala): Bu ölçek 1983-1995 yıllarında Hodnett tarafından geliştirilen "Labor Agency Scala" adlı ölçek daha önce Kanada, Meksika, İsrail, Danimarka, İsveç de uygulanmıştır (Cronbach alpha: 0,91). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1998 yılında, Gençalp tarafından "Doğum Duygulanım Ölçeği" adıyla yapılmıştır (Cronbach alpha: 0,87). Ölçek 29 maddeden oluşmaktadır. Yapılan bu çalışmada ilk olarak yedi seçenek literatürden yararlanılarak beşe düşürülmüş ve anlaşılabilirliği sağlamak için 1-5 arasındaki her bir seçenek özel olarak "sürekli", "sık", "ara sıra", "çok seyrek", "hiç" olmak üzere ifadelendirilmiştir. Her madde 1 ile 5 arasında puan almakta olumlu ve olumsuz duyguların ifade edildiği maddelerde 1 ve 5'inin yerleri değiştirilmektedir. Bu duruma göre doğum eyleminde olumlu duygular yaşayan anneler yüksek puan almaktadır. Araştırma için yapılan Türkçe geçerlilik çalışmasında, cronbach alfa değeri 0.8725 olarak belirtilmiştir. Araştırma verilerinin analizi sonucunda elde edilen cronbach alfa katsayısı 0.791 olarak bulunmuştur. Alfa değerinin ilk çalışma ile benzerlik göstermesi, ölçeğin ilk doğumunu yapan anneler için güvenilir bir ölçme aracı olarak kullanılabilirliğini göstermektedir. Değerlendirme, her bireyin ölçekten aldığı puan toplamı ile yapılmıştır. Yüksek puan alan

anneler, doğum eylemini olumlu şekilde geçirmiş sayılmaktadır (Hodnett et al., 1987; Gençalp, 1998).

Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkeni doğum duygulanım düzeyi, bağımsız değişkenleri ise sosyo-demografik özellikler (yaş, eğitim durumu, ekonomik durum, gebelikte eğitim alma durumu ve gebeliği isteme durumu) Obstetrik özellikler (gebelik isteme, gebelikte sorun, gebelik kontrol, gebelikte eğitim), doğuma ait özellikler (doğum sayısı, doğum şekli, doğum süresi, yenidoğan cinsiyeti)dir.

İstatistiksel analiz

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi Statistical Package for Social Science (SPSS) 25 paket programı ile yapılmıştır. Araştırma verilerinin analizinde, sayı ve yüzde dağılımları alınmış, iki bağımsız grupta t testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında one-way ANOVA analizi ve gruplar arasında farklılığı belirlemek için Scheffe Testi ile verilerin istatistiksel analizi yapılmıştır. Ayrıca, pearson korelasyon analizi de kullanılmıştır. Tüm analizlerde istatistik önemlilik eşik düzeyi olarak 0.05 alınmıştır.

Araştırmanın etik yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (11 sayılı ve 13.02.2014 tarihli) ve

hastane yönetiminden izin alınmıştır. Ayrıca, araştırma kapsamına alınan anneler çalışma hakkında bilgilendirilip, sözel onamları alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalamaları 28.41 ± 5.72 'dir ve %79.1'i 20-34 yaş grubunda, %73.8'i okuryazar/ilköğretim mezunu, %57.2'sinin ise geliri giderinden azdır. Annelerin %76.5'i multipar, %59.4'ü sezaryen ile doğum yapmıştır ve %91.9'unun toplam doğum süresi 12 saatten kısa sürmüştür.

Görüşme, doğum sonrası en az 24 saat geçtikten sonra yapılmış olup, doğum eylemindeki duygu durumlarını belirlemek için DDÖ geriye dönük olarak uygulanmıştır. Annelerin doğum duygulanım ölçek toplam puan ortalamaları 94.78 ± 14.56 (min-max: 60-128) olarak belirlenmiştir.

Annelerin sosyo-demografik özellikleri ile DDÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 1'de görülmektedir. Araştırmaya dâhil edilen annelerin yaş grupları, annenin eğitim durumu ve ekonomik durumları ile DDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ayrıca, annelerin yaş ortalaması ile DDÖ puan ortalaması arasında da ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 1. Annelerin sosyo-demografik özellikleri ve doğumda duygulanım düzeyleri arasındaki ilişki (n=187).

Sosyo-Demografik Özellik	Sayı	%	DDÖ X ± SS	Test değeri / p
Yaş Ortalaması:	28.41 ± 5.72			$r_p: 0.012$ $p: 0.869$
Yaş grubu				
19 ve altı	8	4.3	93.75 ± 10.97	F= 0.17 $p=0.83$
20-34	148	79.1	94.54 ± 14.47	
35 ve üzeri	31	16.6	96.16 ± 16.03	
Annenin eğitim düzeyi				
Okur-yazar değil	13	7.0	96.84 ± 14.18	F= 2.32 $p= 0.10$
Okur-yazar/İlköğretim	138	73.8	93.45 ± 14.31	
Lise ve üzeri	36	19.3	99.11 ± 15.12	
Ekonomik durum				
Gelir giderden az	107	57.2	92.48 ± 14.69	F= 0.45 $p= 0.71$
Gelir gidere dengeli	78	41.7	97.79 ± 14.04	
Gelir giderden fazla	2	1.1	100.00 ± 5.65	

X= Ortalama, SS = Standart sapma
r= korelasyon, F= One-way ANOVA

Annelerin obstetrik özellikleri ile DDÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 2'de görülmektedir. Araştırmaya dâhil edilen annelerin gebeliklerini isteme, gebelikte kontrole gitme, gebelikte sorun yaşama ve doğum öncesi eğitim alma durumu ile

DDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$). Fakat gebeliklerini isteyenlerin, kontrole gidenlerin, gebeliklerinde sorun yaşamayanların ve doğum öncesi eğitim alanların DDÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 2. Annelerin obstetrik özellikleri ve doğumda duygulanım düzeyleri arasındaki ilişki (n=187).

Obstetrik Özellik	Sayı	%	DDÖ puan Ortalaması	Test değeri / p
Gebeliği isteme durumu				
Evet	145	77.5	95.80±14.79	t= 1.78
Hayır	42	22.5	91.26±13.32	p= 0.07
Gebelikte kontrole gitme durumu				
Evet	186	99.4	94.85±14.56	t= 0.94
Hayır	1	0.6	81.00±00.00	p= 0.34
Gebelikte sorun yaşama durumu				
Evet	111	59.3	93.55±15.04	t= -1.39
Hayır	76	40.7	96.56±13.73	p= 0.16
Doğum öncesi eğitim alma durumu				
Evet	44	23.5	95.50±15.54	t=0.37
Hayır	143	76.5	94.55±14.29	p=0.70

F=One-way ANOVA, t=Student's t testi

Tablo 3'de annelerin %76.5'inin multipar, %59.4'ünün sezaryen ile doğum yaptığı, %54.5'inin sezaryen endikasyonunun mükerrer sezaryen olduğu ve %91.9'unun toplam doğum süresinin 12 saatten kısa sürdüğü belirlenmiştir. Doğum sayısı, doğum şekli ve doğum süresi ile DDÖ puanı arasında istatistiksel olarak

anlamlı fark bulunamamıştır (p>0.05). Ancak, vajinal doğum yapanların ve doğum saati 12 saatten kısa olanların DDÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, doğum sayısı ile ölçek puanı arasında pozitif bir ilişki var iken; doğum süresi ile DDÖ ölçek puanı arasında negatif ilişki bulunmuştur.

Tablo 3. Annelerin doğum özellikleri ve duygulanım düzeyleri arasındaki ilişki(n=187).

Doğuma ilişkin özellikler	Sayı	%	DDÖ X±SS	Test değeri / p
Doğum sayısı				
Primipar	44	23.5	94.59±14.19	t=-0.09
Multipar	143	76.5	94.83±14.72	p=0.92
Doğum sayısı			2.39±1.292	r _p = 0.030 p= 0.686
Doğum şekli				
Vajinal doğum	24	12.8	97.41±16.52	F=1.16 p= 0.31
Müdahaleli vajinal doğum	52	27.8	92.40±12.92	
Sezaryen	111	59.4	95.32±14.82	
Sezaryen endikasyonu				
Mükerrer sectio	61		54.5	F= 0.27 p=0.89
İlerlemeyen eylem	12		10.7	
Malprezentasyon	8		7.1	
Fetal distres	7		6.3	
Diğer	24		21.4	
Doğum süresi				
12 saat altı	172	91.9	95.06±14.51	t=-0.91
12 saat ve üzeri	15	8.1	91.46±15.27	p=0.36
Doğum süresi			173.54±267.81/dk.	r _p = -0.125 p= 0.094

X= Ortalama, SS = Standart sapma

r=Spearman korelasyon testi, F=One-way ANOVA, t=Student's t testi

TARTIŞMA

Duygulanım kişinin uyarılara, anılara, düşüncelere, duygusal tepki ile katılabilme yetisidir. Gebelik ve doğum eylemi doğal bir süreç gibi görünse de psiko-sosyal ve fizyolojik olarak kadını etkilemektedir. Süreci içerisindeki değişiklikler anksiyeteye ve duygudurum değişikliğine neden olabilmektedir (Özdamar ve ark., 2014). Bu çalışmada, erken postpartum dönemde annelerin doğum duygulanım düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmada annelerin yaş ortancasının 28.41 ± 5.72 , %79.1'inin 20-34 yaş grubunda, %73.8'inin okuryazar/ilköğretim mezunu, %57.2'sinin ise gelirinin giderinden az olduğu belirlendi. Ülkemizdeki ilk doğumda anne yaş ortancasının 23.3, en yüksek yaşa özel doğurganlık hızının 25-49 yaş aralığında olduğu, %49.5'inin okur-yazar/ilköğretim mezunu olduğu ve %64'ünün çalışmadığı belirtilmiştir (TNSA, 2018). Çalışma sonuçlarının Türkiye geneliyle benzer olduğu görülmektedir. Annelerin erken postpartum dönem ölçek toplam puan ortalamaları 94.78 ± 14.56 (min-max= 60-128) olarak belirlenmiştir. McNiven ve ark. (1998) çalışmalarında latent fazda kabul edilen kadınların %34'ünün DDÖ puanının yüksek olduğunu, Balçık (2014) çalışmasında doğumun birinci evresi latent faz grubunda hastaneye başvuran annelerin ölçek puan ortalaması 73.86 ± 14.07 , aktif faz grubundakilerin ise 76.30 ± 14.55 olduğunu belirtmiştir. Çalışma sonucumuzdaki DDÖ puan ortalamasının diğer çalışmalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışmada, annelerin yaş grupları, ekonomik durumları ile DDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Annelerin %77.5'inin gebeliğini istediği, %99.4'ünün gebelikte kontrole gittiği, %59.3'ünün gebeliğinde sorun yaşadığı ve sorun yaşayan annelerin %43.8'nin sorununu bulantı olduğu ve sadece %23.5'nin doğum öncesi eğitim aldığı belirlendi. Doğum öncesi eğitimler doğum korkusunu azaltarak vajinal doğumu özendirilmekte ve sezaryen oranını düşürmektedir (Göktaş Kadioğlu ve ark., 2019). Ancak, Göktaş Kadioğlu ve ark. (2019) çalışmalarında, gebe okuluna katılan annelerin DDÖ puan ortalamasının 88.53 ± 5.44 , katılmayanların ise 91.33 ± 14.14 olduğunu ve doğum öncesi eğitim alan kadınların DDÖ puanlarının daha düşük olduğunu ifade etmişlerdir. Bu eğitimlerde gebelik, doğum ve postpartum süreçle ilgili yaşayabilecekleri olumsuz durumlarda anlatıldığı için daha fazla tedirginlik ve korkuya neden olarak ölçek puanlarını düşürdüğü belirtilmiştir. Özsoy ve ark. (2018) çalışmasında yaş, medeni durum, eğitim, ekonomik durum gibi sosyo-demografik verileri ile depresyon, anksiyete ya da vizüel ağrı skalası puanları arasında anlamlı farklılık belirtmemiştir. Annelerin büyük bir kısmı doğum öncesi eğitim almamış olmasına rağmen DDÖ puan ortalaması yüksek çıkmış ve anneler olumlu bir doğum eylemi geçirmiştir. Bu durumun gebeliğini isteyen annelerin oranının yüksek olmasından, multiparaların daha deneyimli ve toplam doğum süresinin 12 saatten kısa süren annelerin oranının

yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Annelerin gebeliklerini isteme ve doğum öncesi eğitim alma durumu ile DDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Annelerin %76.5'inin multipar, %59.4'ünün sezaryen ile doğum yaptığı, %54.5'inin sezaryen endikasyonunun mükerrer sezaryen olduğu ve %91.9'unun toplam doğum süresinin 12 saatten kısa sürdüğü belirlendi. Doğum sayısı ile DDÖ puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Doğum süresi arttıkça DDÖ puanı düşmekte ve annelerin memnuniyeti azalmakta olduğu saptanmıştır. Doğumda memnuniyetin azalmasına ve doğumda duygulanım puanlarının düşük olmamasına neden olan faktörlerden biri de doğum süresidir. Latent fazda doğumhaneye kabul edilen gebelerin müdahale oranı daha fazla olabilmektedir ve bu müdahalelere bağlı sezaryen oranı da yükselebilmektedir. Bu müdahaleler, doğumdan memnuniyeti olumsuz yönde etkilemektedir (Balçık 2014). McNiven ve ark. (1998) çalışmasında da latent fazda doğum için hastaneye kabul edilen kadınların %34'ünün, aktif fazda kabul edilen kadınların ise %53'ünün ölçekten aldığı puanın yüksek olduğunu, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığını fakat aktif fazda kabul edilen kadınların doğum deneyimlerinin daha olumlu olduğu belirtmiştir. Çalışmamızda annelerin büyük bir kısmının sezaryenle ve %54.5'inin mükerrer sezaryen nedeniyle doğum yapması, eylemin süresini kısaltmış ve müdahale oranını düşürmüştür. Doğum şeklinin DDÖ puanını etkilemesinin nedenin bu durumdan kaynaklandığı düşünülmektedir. Gebelerin doğum eylemi süresince sağlık personeline güvenmesi, bilgilendirilmesi, desteklenmesi, masaj, nefes egzersizleri ile gevşemesinin sağlanması ve sakin ortamda olması doğum ağrısı ve anksiyeteyi azaltacaktır. Çalışmamızda duygulanım ölçek puanının yüksek olması kadınların doğum sürecini olumlu şekilde deneyimlediğini göstermektedir. Bu duruma bireysel faktörler, bulunulan ortamın özellikleri, doğum eylemine hazıroluşluk gibi faktörlerin neden olduğu öngörülmektedir.

Araştırmanın sınırlılıkları

Doğum Duygulanım Ölçeği'nin özelliği nedeniyle doğum sonrası en az 24 saat geçtikten sonra yapılması gerekmektedir. Öz bildirim dayalı bir ölçektir. Doğumdan sonra 24 saat geçtikten sonra ölçeğin uygulanması nedeniyle ortaya çıkan bazı olumlu, olumsuz duygu ve durumların hatırlanamıyor olmasının ölçek puanına farklı etkileri olabilir. Elde edilen bulgular araştırma örnekleme aittir. Genelleme yapılamaz. Daha geniş örneklem grupları ile yapılacak çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilebilir.

SONUÇ

Bu çalışmada annelerin doğumda duygulanım düzeyi ve etkileyen faktörler incelenmiştir. Çalışmada obstetrik ve doğuma ilişkin özelliklerin, doğum

duygulanım ölçek toplam puan ortalamalarına etki etmediği belirlenmiştir.

Konu ile ilgili sınırlı çalışmalar mevcuttur. Bu nedenle farklı hastane özelliklerine göre daha geniş popülasyonla, doğum eyleminde destek, annelerin aldığı bakım vs. gibi durumlar, sadece vajinal veya sezaryen doğum yapan annelerle daha fazla çalışma yapılarak annelerin duygulanım durumlarının karşılaştırılması, gebe okulu eğitimi veren sağlık kurumlarının artırılması ve gebelerin eğitim almasının desteklenerek, gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçte gebe ve annelerin farkındalığının, bilinç düzeyinin artırılması, doğum salonunda çalışan ebelere verilen doğuma hazırlık ve hizmet içi eğitimlerin sürekliliği ile gebelere, annelere destek ve bu doğrultuda doğumda memnuniyet düzeyinin artırılmasına katkı sağlanmalıdır.

Teşekkür

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve araştırmanın gelişmesine katkı sağlayan tüm annelere teşekkür ederiz.

Çıkar çatışması beyanı

Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Yazar katkıları

Yazının ortaya çıkması ve sürdürülmesine katkıda bulunma: MBC, HÖC

Plan, tasarım: MBC, HÖC, ZDZ

Finansman: MBC, HÖC, ZDZ

Veri toplanması / toplanan verilerin analize hazırlanması için işleme: MBC, ZDZ

Veri analizi: MBC

Literatürün gözden geçirilmesi: MBC, HÖC, ZDZ

Kaleme alma ve düzeltmeler: MBC, HÖC

Kontrol etme ve gözden geçirme: HÖC

Kurumsal ve finansal destek beyanı

Araştırma herhangi bir kurum ve kuruluş tarafından desteklenmemiştir.

KAYNAKLAR

- Balçık, M. (2014). Doğumhaneye Kabul Zamanının Doğum Eylemi Sürecine Etkisinin Değerlendirilmesi. T.C.Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Programı. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- Dağlar, G., Nur, N., Bilgiç, D., Kadioğlu, M. (2015). Gebelikte duygulanım bozukluğu. *KASHED*, 2(1), 27-40.
- Dönmez, S., Yeniçel, Ö.A., Kavlak, O. (2014). Vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan gebelerin durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 908-920.
- Gençalp, NS. (1998). Doğum eyleminde anneye verilen destekleyici hemşirelik bakımının doğum sürecine etkisi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara.

- Göktaş Kadioğlu, B., Çınar Tanrıverdi, E., Göktürk, EB. (2019). Doğuma hazırlık eğitiminin lohusaların duygu durumuna etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(3), 189-195.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2019). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2018.. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
- Hodnett, ED., Simmons-Tropea, DA. (1987). The Labour Agency Scale: psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. *Res Nurs Health*, 10(5), 301-10. <https://doi.org/10.1002/nur.4770100503>
- Koyun, A., Taşkın, L., Terzioğlu, F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 67-99
- McNiven, PS., et al. (1998). An early labor assessment program: A randomized, controlled trial. *Birth*, 25(1), 5-10. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.1998.00005.x>
- Lang, AJ., Sorrell, JT., Rodgers, CS., Lebeck, MM. (2006). Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *European Journal of Pain*, 263-270. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.05.001>
- Özdamar, Ö., Yılmaz, O., Beyca, HH., Muhcu, M. (2014). Gebelik ve postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45(2), 71-77 <https://doi.org/10.16948/zktb.30138>
- Simpson, KR. (2007). Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). Perinatal nursing. Washington, DC. The Association. Chapter 18.
- Şahin, M., Erbil, N. (2019). Doğum ve medikalizasyon. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2(2), 120-130 <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/826307>
- Özpoçraz, N., Taman, L. (1988). Duygudurum bozuklukları. *Galeos, Ocak*, 37-46.
- Özsoy, F., Yıldız, M., Gülücü, S., Kulu, M. (2018). Doğum ağrısı ve bazı psikiyatrik özellikler arasındaki ilişki. *KSÜ Tıp Fak Der.* 13(2), 43-47. <https://doi.org/10.17517/ksutfd.427762>
- Yılmaz Esencan, T., ve ark. (2018). Doğuma Hazırlık Eğitimi Alan Gebelerin Doğum Şekli, İlk Emzirme Zamanı ve Ten Tene Temas Tercihleri. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2018; 26(1): 31-43 <https://doi.org/10.26650/FNJN.387192>



Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Mülteci/Sığınmacı Hastalara Bakım Verme Sürecinde Yaşadıkları Sorunlar ve Sözsüz İletişime Yatkinlik Düzeyleri

Yasemin BAŞKAYA ¹ Kevser ÖZDEMİR ¹ Şilan BEYTAŞ ² Büşra TURTUL ³

¹Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sakarya

² Özel Erdem Hastanesi, İstanbul

³ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul

Geliş Tarihi / Received: 30.06.2020, Kabul Tarihi / Accepted: 30.01.2021

ÖZ

Giriş: Ülkemizde son yıllarda mülteci/sığınmacı sayısının artması sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Sağlık Bilimleri bölümü öğrencileri uygulama alanlarında bu kişilere bakım verirken farklı sorunlarla karşılaşabilmektedirler. **Amaç:** Araştırma, hemşirelik ve ebelik bölümü öğrencilerinin hastaneye başvuran mülteci/sığınmacı hastalara bakım verme sürecinde yaşadıkları sorunları ve sözsüz iletişime yatkinlik düzeylerini belirlemek amacı ile yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı-kesitsel olarak yapılan araştırmanın evrenini hemşirelik ve ebelik bölümü'nde 2.,3. ve son sınıfta olan 735 öğrenci oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeyip ulaşılabilen 520 öğrenci (evrenin %70.7'si) araştırma grubunu oluşturmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, yüzdelik, ki-kare ve student's t test analizleri kullanılmış ve istatistiksel olarak anlamlılık değeri $p<0.05$ kabul edilmiştir. **Bulgular:** Öğrencilerin %47.5'i mülteci/sığınmacı hastaların farklı bakım ve yaklaşıma ihtiyacı olduğunu belirtmiş ve %47.9'u bu hastalara bakım vermede zorlandığını, %45.2'si ise kısmen zorlandığını belirtmiştir. Yaşadıkları zorlukları nasıl aştıkları sorulduğunda; baş etme yöntemi olarak, öğrencilerin %77.5'i beden dilini kullandığını, %56.9'u hastanın duyu durumunu gözlemlediğini, %39.8'i teknoloji den faydalanarak dil çeviri programlarını kullandığını belirtmiştir. Öğrencilerin sözsüz iletişime yatkinlik düzeylerine bakıldığında hemşirelik öğrencilerinin (76.60±13.29) ebelik bölümü öğrencilerine (69.55±11.75) oranla sözsüz iletişime daha yatkin oldukları görülmüştür ($p<0.05$). **Sonuç:** Çalışma sonucunda hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin mülteci/sığınmacı hastalara bakım verirken iletişimde sorun yaşadıkları ve sorunu çözmek için bireysel çaba gösterdikleri saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Ebelik, Öğrenci, Mülteci, Bakım Verme, Sözsüz İletişim.

Problems Experienced by Midwifery and Nursing Students in the Process of Giving Care to Refugee/Asylum Seeker Patients and Levels of Non-Verbal Communication

ABSTRACT

Aim: In recent years, increasing number of refugees in Turkey brings health problems. Students of the health department may face different problems while caring for these people in their application areas. To determine the problems experienced by the nursing and midwifery students in the process of providing care to refugee patients admitted to the hospital and their susceptibility to non-verbal communication. **Materials and Methods:** The universe of the descriptive cross-sectional study was composed of 735 students. Without sample selection, study group consisted of 520 students. **Results:** 47.5% of the students stated that refugee patients need different care and approach, and 47.9% stated that they had difficulty in providing care to these patients and 45.2% stated that they had partial difficulty. When asked how they overcome their difficulties as a method of coping, 77.5% of the students stated that they use body language, 56.9% of them observed the emotional state of the patient, 39.8% of them used language translation programs by using technology. The mean score of the nursing students in the Non-verbal Confidence Scale was 76.60±13.29 and 69.55±11.75 in the midwifery students. **Conclusion:** It was observed that the students had problems in communication while providing care for refugee/asylum-seeking patients and made individual efforts to solve the problem.

Keywords: Nursing, Midwifery, Student, Refugee, Giving Care, Non-Verbal Communication.

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Yasemin BASKAYA, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Sakarya, Türkiye

E-mail: yhamlaci@sakarya.edu.tr

Bu makaleye atf yapmak için / Cite this article: Başkaya, Y, Özdemir, K, Beytaş, S, Turtul B. Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Mülteci/Sığınmacı Hastalara Bakım Verme Sürecinde Yaşadıkları Sorunlar ve Sözsüz İletişime Yatkinlik Düzeyleri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10 (2), 186-193. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.761145>

©Copyright 2021 by the Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.



BAUN Sağlık Bil Derg 2021 OPEN ACCESS <https://dergipark.org.tr/pub/balikesirsbd>

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

GİRİŞ

İnsanlar tarih içerisinde savaş, yaşam koşulları ve iş olanakları gibi çeşitli nedenlerden dolayı yaşadığı topraklardan ayrılmak durumunda kalmıştır. Göç kavramıyla ifade edilen bu durumun insan yaşamı üzerinde çok önemli etkileri bulunmaktadır. Günümüzde göç eden bireylerin büyük çoğunluğu mülteci ve sığınmacılardır. Bu bireyler en fazla beslenme, barınma, iletişim, eğitim ve kültürel sorunların yanında sağlık sorunlarını yaşamaktadırlar (Kartal ve Başçı, 2014). Bir göç türü olan mültecilik; “dini düşünce, etnik grup, siyasi görüş gibi nedenlerle ülkelerinde güvende olmadıklarını düşünen ve bu nedenle ülkelerini terk eden veya ülkelerinden çıkmaya zorlanan kişilerdir (Sever, 2012). Göç olayı özellikle 2010 yılında ortaya çıkan Suriye’de yaşanan iç savaş nedeniyle milyonlarca insan ülkeyi terk etmek zorunda kaldığında ülkemiz için de önemli bir sorun haline gelmiştir. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü 7 Şubat 2019 tarihi verilerine göre Cumhuriyetin kuruluşundan (1923) 2011 yılına kadar ülkemize olan göç sayısı 1.8 milyonken, şuan 3.6 milyondur. Türkiye nüfusunun yüzde 4’ünden fazlasını Suriyeli mülteci/sığınmacılar oluşturmaktadır (Ayar Kocatürk, 2019). İlk zamanlar geçici bir sorun olarak görülen mülteci/sığınmacı olgusu, gün geçtikçe kalıcı bir hal almaktadır. Günlük hayatta mülteci/sığınmacı bireyler sağlıksız yaşam koşulları ve dil problemi gibi sorunlar yaşamaktadır. Bu durum birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Bu sorunların başında da sağlık riskleri ve sağlık bakımı alma yer almaktadır. Özellikle sağlık hizmetlerine erişim ya da erişim sonrasında hizmet sürecinde yaşanan sorunlar hem bakım vereni hem de bakım alanı olumsuz etkilemektedir. Mültecilerin/sığınmacıların sağlık bakımı hizmetlerinden yararlanmaları ve sağlık bakımı almalarını etkileyen en önemli faktörlerden biri dil problemidir (Fassaert, Hesselink, ve Verhoeff, 2009). Hastanın konuştuğu anadilini bakım aldığı toplumda konuşulan dilden farklı olması durumunda, bakım verilirken etnik ve kültürel özelliğın göz önünde bulundurulması gerekir. Sağlık profesyoneli ile iletişim sorunu yaşayan sığınmacılar, yardım almaktan çekinerek sağlık sorunları ile yaşamlarını sürdürmek zorunda kalmaktadır (Gürbüz ve Duğan, 2017).

Sağlık profesyonellerinin yanı sıra klinik uygulamaları sırasında hemşirelik ve ebelik öğrencileri de mülteci/sığınmacı hastalarla iletişim konusunda güçlük yaşamaktadır. Öğrencilerin yaşadıkları bu sorun, hem hizmet kalitesini hem de öğrenme sürecini olumsuz etkilemektedir. Özellikle sözlü iletişim sorunu yaşandığında sözsüz iletişimi aktif kullanmak gerekebilir. Sözsüz iletişimde; kişisel görünüm, beden duruşu, yüz ifadesi, göz teması, jestler ve mimikler, el ve kol hareketleri, kişisel alan ve mesafe gibi faktörler önemlidir. Hasta bireyler ile iletişimde bu unsurlara dikkat ederken hasta bireyin de sözlü ve sözsüz ifadeleri gözlemlenmelidir (Başol, 2018; Penpece ve İnan, 2012). Sözlü iletişim kadar sözsüz iletişimin de anlaşmada ve bakım vermede etkili olması, öğrencilerin beden dilini iyi kullanabildiği takdirde mülteci/sığınmacı hastalara

bakım vermede kolaylık elde edebileceği anlamına gelir. Bunun dışında öğrencilerin mülteci/sığınmacılar hasta grubunun dil sorunu nedeniyle risk grubu olduğunu bilmesi aktif bakım vermede etkilidir. Örneğın, dil sorunu nedeniyle yetersiz bakım/danışmanlık hizmeti alan mülteci/sığınmacı kadınların stresle baş etmede diğer bireylere göre daha yetersiz olduğu, daha çok multipar ve adolesan gebeliklerin yüksek olduğu ve kontraseptif kullanım oranının düşük olduğu bilinmektedir (Domingo Puiggros, Figaro Volta, Loverdos Eserverri, Costa Colomer ve Badia Barnusell, 2008; Topçu ve Başer, 2006).

Ülkemize sığınan mültecilerin/sığınmacıların sağlık koşullarının geliştirilerek sürdürülmesinde geleceğın sağlık profesyonelleri olan hemşirelik ve ebelik bölümü öğrencilerine çok önemli roller düşmektedir. Öğrencilerin bölgelerinde yaşayan mültecilerin/sığınmacıların farkında olmaları, onların özelliklerini bilmeleri, mülteci/sığınmacı hastaların gereksinimlerini belirleme ve bakım hizmetini sunma açısından önemlidir. Öğrencilerin hastalara sunacağı sağlık hizmeti genel anlamda; fiziksel ve psikososyal gereksinimleri göz önünde bulundurularak gerçekleştirilir. Fakat mülteci/sığınmacı hastalara sağlık bakımı verilmesi bu anlamda daha zor bir süreçtir. Verilecek bakım; dil problemi, kültür, inanç, klinik yetersizlik, deneyim, özveri gibi birçok değışkenden etkilenir (Dotevall, Winberg, ve Rosengren, 2018; Tosun ve Sinan, 2020).

Sağlık bakım hizmetlerinden yararlanan mülteciler/sığınmacılar, yaşam koşulları, dil sorunu, toplum tarafından dışlanma gibi nedenlerden dolayı risk grubu oldukları için sık takip ve iletişim gerektirmektedir (Korkmaz, 2014; Akkoç, Tok ve Hasripi, 2017; Başterzi, 2017). Hiçbir ayırım gözetmeksizin bütüncül bir sağlık bakımı almalarının sağlanmasını mültecilerin/sığınmacıların sağlık durumlarının yükseltilmesinde, tedavi ve taburculuk süreçlerinin kılalmasında ve toplum sağlığının iyileştirilmesinde fayda sağlayacaktır. Bu durum göz önüne alındığında sağlık bakım profesyoneli adayları olan hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin mülteci/sığınmacı hastalar ile kurdukları iletişim düzeyleri ve bakım verme sürecinde yaşadıkları sorunların belirlenmesi, çözümün aranması noktasında önem arz etmektedir. Bu çalışma, hemşirelik ve ebelik bölümü öğrencilerinin hastaneye başvuran mülteci/sığınmacı hastalara bakım verme sürecinde yaşadıkları sorunları ve sözsüz iletişime yatkınlık düzeylerini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, 01 Mart – 30 Nisan 2018 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik ve Ebelik Bölümü öğrencileri ile yapılan tanımlayıcı kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmanın evrenini 2017-2018 eğitim-öğretim yılında eğitim alan Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik (N: 544) ve Ebelik Bölümü’nde (N:191) 2.,3. ve son sınıfta olan 735 öğrenci oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeyip ulaşılabilen 520 öğrenci (evrenin

%70.74'ü) (Hemşirelik n=329, Ebelik n=191) araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin hepsi birinci yarıyıldan itibaren hastanedeki bütün kliniklerde uygulamada bulunurken, ebelik öğrencileri ikinci ve üçüncü yarıyıldan itibaren hastanedeki bütün kliniklerde uygulamada bulunmamış olan birinci sınıf öğrencileri çalışmaya dahil edilmemiştir. Hemşirelik öğrencileri ikinci yarıyıldan itibaren hastanedeki bütün kliniklerde uygulamada bulunurken, ebelik öğrencileri ikinci ve üçüncü yarıyıldan itibaren hastanedeki bütün kliniklerde uygulamada bulunmamış olan birinci sınıf öğrencileri çalışmaya dahil edilmemiştir. Hemşirelik öğrencileri ikinci yarıyıldan itibaren hastanedeki bütün kliniklerde uygulamada bulunurken, ebelik öğrencileri ikinci ve üçüncü yarıyıldan itibaren hastanedeki bütün kliniklerde uygulamada bulunmamış olan birinci sınıf öğrencileri çalışmaya dahil edilmemiştir.

Veri toplama araçları

Çalışmanın amacına uygun olarak literatür taraması sonucunda araştırmacılar tarafından hazırlanan 23 soruluk anket formu, öğrencilerin bazı sosyodemografik özellikleri, yabancı dil bilgisi, mülteci/sığınmacı hastalara yönelik klinik gözlemlerini içeren bilgilerden oluşmaktadır (Ceylan Polat ve Akcan, 2016; Dotevall et al., 2018). Öğrencilerin sözsüz iletişime yatkınlık düzeyleri, Richmond ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilen "Sözsüz İletişime Yatkınlık Ölçeği-Öz Bildirim Formu" (Nonverbal Immediacy Scale-Self Report) yardımıyla ölçülmüştür (Richmond, McCroskey, ve Johnson, 2003). Erkuş ve Günlü (2009) tarafından ölçek İngilizce'den Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek, 13 pozitif; 13 negatif olmak üzere toplam 26 ifadeden oluşmaktadır. Cevaplar 5'li likert ölçeği ile alınmıştır. (1=asla, 2=seyrek, 3=zaman zaman, 4=sık sık, 5=her zaman). Yüksek puan alan katılımcıların sözsüz iletişim yatkınlık düzeylerinin, başka ifadeyle sözsüz iletişim unsurlarını kullanma düzeylerinin yüksek, düşük puan ise sözsüz iletişime yatkınlık düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir. 26 sorudan oluşan ölçeğe

yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach Alfa güvenilirlik katsayı 0.89 olarak tespit edilmiştir (Erkuş ve Günlü, 2009). Bizim çalışmamızda ise Cronbach Alfa güvenilirlik katsayı 0.84 olarak bulunmuştur.

Verilerin analizi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 24.0 istatistiksel paket programı kullanılmış, istatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0.05$ kabul edilmiştir. İstatistiksel analizler için ortalama, yüzdelik, ki-kare ve student's t test kullanılmıştır.

Çalışmanın etik yönü

Çalışmanın uygulanabilmesi için Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır (tarih: 27/12/2017 sayı:71522473/050.01.04/253). Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinden bilgilendirilmiş sözlü onamları alındıktan sonra önceden hazırlanmış olan anket formu ve Sözsüz İletişime Yatkınlık Ölçeği-Öz Bildirim Formu öğrencilere dağıtılarak, öğrenciler tarafından doldurulmuştur. Bu işlem yaklaşık olarak 10 dakika sürmüştür. Veri toplama aşamasında Helsinki Bildirgesi'nde yer alan kurallara uygun olarak davranılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20.79 ± 1.45 (min-max=18-30)'dür. Öğrenciler haftada ortalama 1.53 ± 0.99 (min-max=1-5) gün klinikte uygulamaya çıkmaktadırlar. Öğrencilerin mesleği sevme durumları karşılaştırıldığında; hemşirelik bölümü öğrencilerinin %77.2'si mesleğini sevdiğini belirtirken ebelik bölümü öğrencilerinin %90.6'sı mesleğini sevdiğini belirtmiştir, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.000$) (Tablo1).

Tablo 1. Öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı.

Değişkenler	Hemşirelik Bölümü Öğrencileri n=329		Ebelik Bölümü Öğrencileri n=191		X ² /t*	p
	n	%	n	%		
Yaş						
X ± SS	20.84 ± 1.57		20.70 ± 1.32		t = 1.083	0.433
Sınıf						
2	94	28.6	70	36.6	X ² =5.575	0.062
3	135	41.0	60	31.4		
4	100	30.4	61	31.9		
Mesleği sevme						
Evet	254	77.2	173	90.6	X ² =14.714	0.000
Hayır	75	22.8	18	9.4		
Yabancı dil bilme durumu						
Evet	129	39.2	60	31.4	X ² =3.175	0.089
Hayır	200	60.8	131	68.6		
Klinikte olunan gün (haftada)						
Ort ± SS	1.3 ± 0.7		1.81 ± 1.3		t = 5.105	0.000
Lisans eğitiminde yabancı uyruklu hastalara bakım vermeye yönelik özel bir ders isteme durumu						
Evet, isterim	160	48.6	114	59.7	X ² =7.479	0.058
Hayır, gerek yok	73	22.2	37	19.4		
Zaten bu konu eğitimimizde yer alıyor	28	8.5	8	4.2		
Fikrim yok/Kararsızım	36	20.7	32	16.8		

*t = student's t test, X²=ki-kare testi, X= Ortalama, SS = Standart sapma

Öğrencilerin yarısından fazlası yabancı bir dil bilmediğini (Hemşirelik %60.8, Ebelik %68.6) belirtmiştir. Hemşirelik bölümü öğrencileri haftada 1.3 ± 0.7 gün klinikte uygulamaya çıkarken, ebelik bölümü öğrencileri 1.81 ± 1.3 gün çıktıklarını belirtmiştir ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.000$). Hemşirelik öğrencilerinin %48.6'sı, ebelik öğrencilerinin ise %59.7'si lisans eğitimlerinde yabancı uyruklu hastalara bakım vermeye yönelik özel bir ders istediklerini ifade etmişlerdir. Tablo 1.'de çalışmaya katılan hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin tanımlayıcı özellikleri yer almaktadır.

Öğrencilere göre hastanelerdeki mülteci/sığınmacı oranı (genel hastalar içinde) ortalama 31.30 ± 19.81 (min-max=%1-90)'dır. Mülteci/sığınmacı hastaların Türkçe anlama ve konuşma düzeylerinin kötü olduğunu düşünen öğrenciler ebelik bölümünde daha fazladır, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Hemşirelik öğrencilerinin %45.3'ü, ebelik

öğrencilerinin ise %51.3'ü mülteci/sığınmacı hastaların diğer hastalardan farklı bir bakıma ve yaklaşıma ihtiyacı olduklarını belirtmiştir ($p<0,05$). Ebelik öğrencilerinin %61,8'i mülteci/sığınmacı hastalara bakım vermekte zorlandığını belirtirken, hemşirelik öğrencilerinin ise sadece %39,8'i bakım vermede zorluk yaşadığını belirtmiştir ($p<0,05$). Öğrencilerin bakım vermede zorlanma sebebi en çok dil problemi nedeniyle anamnez alamama/bilgi toplamada eksiklik kaynaklıdır. Ayrıca yaşadıkları sorunlarla baş etme yöntemlerine bakıldığında öğrencilerin üçte ikisinden fazlası beden dilini aktif kullanmaya çalıştığını (Hemşirelik %77.2, Ebelik %78), yarısından fazlası hastanın duygu durumunu gözlemlediğini (Hemşirelik %56.2, Ebelik %58.1) ve yarısına yakını teknolojiden faydalanarak dil çeviri programlarını kullanmaya çalıştığını (Hemşirelik %37.4, Ebelik %44) ifade etmiştir. Öğrencilerin mültecilere/sığınmacılara ilişkin görüşlerinin dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Öğrencilerin mültecilere/sığınmacılara ilişkin görüşlerinin dağılımı.

Değişkenler	Hemşirelik Bölümü Öğrencileri n=329		Ebelik Bölümü Öğrencileri n=191		X ² /t*	p
	n	%	n	%		
Tahmini Mülteci/Sığınmacı hasta oranı						
Ort±SS	27.57±19.08		37.73±19.43		t= 5.814	0.000
Mülteci/Sığınmacı hastaların Türkçe anlama düzeyleri						
Orta	145	44.1	63	33.0	X ² =6.191	0.013
Kötü	184	55.9	128	67.0		
Mülteci/Sığınmacı hastaların Türkçe konuşma düzeyleri						
Orta	91	27.7	36	18.8	X ² =5.083	0.024
Kötü	238	72.3	155	81.2		
Mülteci/Sığınmacı hastaların diğer hastalardan farklı bir bakıma ve yaklaşıma ihtiyacı						
Evet	149	45.3	98	51.3	X ² =12.369	0.002
Hayır	88	26.7	65	34.0		
Fikrim yok	92	28.0	28	14.7		
Mülteci/Sığınmacı hastalarla iletişimde ve onlara bakım vermede zorlanma durumu						
Evet	131	39.8	118	61.8	X ² =24.088	0.000
Kısmen	174	52.9	61	31.9		
Hayır	24	7.3	12	6.3		
Mülteci/Sığınmacı hastayla iletişimde ve bakım vermede zorlanma sebepleri**						
Dil problemi nedeniyle anamnez alamama/bilgi toplamada eksiklik	284	86.3	171	89.5	X ² =1.136	0.286
Bakım vermede iş birliğinin sağlanamaması	175	53.2	110	57.6	X ² =0.945	0.331
Kültür farklılığı	181	55.0	80	41.9	X ² =8.334	0.005
Hastaya yaklaşımda korku/ön yargı	99	30.1	50	26.2	X ² =0.905	0.341
Yaşanılan sorunlarla baş etme yöntemleri**						
Beden dilimi aktif kullanırım	254	77.2	149	78.0	X ² =0.045	0.832
Hastanın duygu durumunu gözlemlerim	185	56.2	111	58.1	X ² =0.175	0.676
Teknolojiden faydalanarak dil çeviri programlarını kullanmaya çalışırım	123	37.4	84	44.0	X ² =2.192	0.139
Diğer hastalara oranla daha sık takip ederim	83	25.2	42	22.0	X ² =0.694	0.405
Teröpatik iletişim kurarak hastaya güven veririm	121	36.8	63	33.0	X ² =0.761	0.383
Başka bir arkadaşşıma yönlendiririm	80	24.3	15	7.9	X ² =21.934	0.000

*t = student's t test, X²=ki-kare testi **birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Öğrencilerin büyük çoğunluğu mülteci/sığınmacı hastaların dil sorunundan dolayı daha fazla anksiyete ve korku içinde olduğunu düşünmektedir (Hemşirelik: %62.9, Ebelik: %70.7). Ayrıca ebelik öğrencilerinin %67,5'i mülteci/sığınmacı hastalara taburculuk eğitiminin etkili yapılamadığından komplikasyon gelişme riskinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir, hemşirelik öğrencilerinin ise %54,4'ü aynı görüştedir ($p<0,05$). Öğrencilerin yarısına yakını mülteci/sığınmacı hastaların hastalık süresince maddi-manevi destek sistemlerinin zayıf olduğunu düşünmektedir. Hemşirelik öğrencilerinin %15,8'i mülteci/sığınmacı hastaların iyileşme ve hastanede kalma sürelerinin diğer hastalara

oranla daha uzun olmadığını belirtirken, ebelik öğrencilerinin ise %25,7'si aynı görüştedir ($p<0,05$). Öğrencilerin yarısına yakını klinikte çalışan sağlık profesyonellerinin mülteci/sığınmacı hastalara bakım verme konusunda kısmen duyarsız olduğunu (Hemşirelik %38,9, Ebelik %40,3), stajyer öğrencilerin mülteci/sığınmacı hastalara bakım verme konusunda kısmen istekli olmadığını (Hemşirelik %34, Ebelik %36,6) ve bulaşıcı hastalık oranının mülteci/sığınmacı hastalarda daha yüksek olduğunu (Hemşirelik %48, Ebelik %45) belirtmiştir. Öğrencilerin mülteci/sığınmacı hastalar hakkında klinikteki gözlemlerine yönelik bulgular Tablo 3.'de verilmiştir.

Tablo 3. Öğrencilerin mülteci/sığınmacı hastalar hakkında klinikteki gözlemleri.

Değişkenler	Hemşirelik Bölümü Öğrencileri n=329		Ebelik Bölümü Öğrencileri n=191		X ^{2*}	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Mülteci/Sığınmacı hastaların daha fazla anksiyete ve korku içinde olmaları						
Evet	206	62.6	135	70.7	5.375	0.146
Hayır	31	9.4	12	6.3		
Kısmen	81	24.6	35	18.3		
Fikrim yok	11	3.3	9	4.7		
Komplikasyon gelişme riskinin mülteci/sığınmacı hastalarda daha yüksek olması						
Evet	176	54.4	129	67.5	13.551	0.004
Hayır	31	9.4	19	9.9		
Kısmen	107	32.5	34	17.8		
Fikrim yok	12	3.6	9	4.7		
Mülteci/Sığınmacı hastaların maddi-manevi destek sistemlerinin zayıf olması						
Evet	157	47.7	77	40.3	3.483	0.323
Hayır	42	12.8	33	17.3		
Kısmen	95	28.9	58	30.4		
Fikrim yok	35	10.6	23	12.0		
İyileşme ve hastanede kalma sürelerinin diğer hastalara oranla daha uzun olması						
Evet	105	31.9	60	31.4	12.138	0.007
Hayır	52	15.8	49	25.7		
Kısmen	119	36.2	46	24.1		
Fikrim yok	53	16.1	36	18.8		
Klinikte çalışan sağlık profesyonellerinin mülteci/sığınmacı hastalara bakım verme konusunda duyarsızlığı						
Evet	88	26.7	66	34.6	6.910	0.075
Hayır	70	21.3	34	17.8		
Kısmen	128	38.9	77	40.3		
Fikrim yok	43	13.1	14	7.3		
Stajyer öğrencilerin mülteci/sığınmacı hastalara bakım verme konusunda isteksizliği						
Evet	96	29.2	62	32.5	2.467	0.481
Hayır	79	24.0	42	22.0		
Kısmen	112	34.0	70	36.6		
Fikrim yok	42	12.8	17	8.9		
Bulaşıcı hastalık oranının mülteci/sığınmacı hastalarda daha yüksek olması						
Evet	158	48.0	86	45.0	4.626	0.201
Hayır	20	6.1	21	11.0		
Kısmen	87	26.4	44	23.0		
Fikrim yok	64	19.5	40	20.9		

*X²=Ki-kare testi

Hemşirelik bölümü öğrencilerinin sözsüz iletişime yatkınlık ölçeğinden aldıkları puan ortalama 76.60 ± 13.29 iken ebelik bölümü öğrencilerinde 69.55 ± 11.75 'dir. İki grup arasında istatistik olarak

anlamli fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Öğrencilerin sözsüz iletişime yatkınlık düzeyleri Tablo 4.'te verilmiştir.

Tablo 4. Öğrencilerin sözsüz iletişime yatkınlık düzeyleri.

Tanımcı Özellikler	Değişken (n)	X±SS	t*	p
Bölüm	Hemşirelik (329)	76.60 ± 13.29	6.079	0.000
	Ebelik (191)	69.55 ± 11.75		

*t = student's t test

TARTIŞMA

Göç ve mülteci/sığınmacı sorunu büyük bir problem olarak tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşanmaktadır (Kördeve, 2017). Mülteci/sığınmacı bireylerin ihtiyacı olan bakımı alabilmesi için öncelikle sağlık profesyoneli ile iletişim kurması gerekir. Sağlık profesyoneli ile hasta arasında etkili iletişim olduğunda hastanın iyileşme ve tedavi süreci de daha olumlu gelişecektir. Çalışmamızda ebelik öğrencilerine göre mülteci/sığınmacı hastaların Türkçe anlama ve konuşma oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Bu durum ebelik öğrencilerinin daha çok mülteci/sığınmacı hastalara -ki bunlar kadın hastalar-bakım vermelerinden kaynaklanıyor olabilir. Mülteci/sığınmacı kadınlar sosyal izolasyon, yalnızlık, dil engeli ve kültürel farklılıklar nedeniyle birçok şeye yabancılaşmakta ve cinsiyet farklılıkları yüzünden sosyal yaşamda ve çalışma hayatında daha geri planda kalmaktadırlar (Barın, 2015). Mülteci/sığınmacı kadınların tüm ihtiyaçlarını kendi grubu içerisinde karşılamaya çalışması ve kendi grubunun içine kapanması, göç edilen yeni ülkedeki hayata geçişini, uyumunu ve dolayısıyla dil öğrenimini engelleyebilmektedir (Barın, 2015). Her iki bölümün öğrencileri de mülteci/sığınmacı hastaların diğer hastalardan farklı bir bakıma ve yaklaşıma ihtiyacı olduğunu düşünmekle birlikte ebelik bölümü öğrencilerinde bu düşüncede olanların oranı daha yüksektir (Tablo 2). Bununla birlikte yine ebelik bölümü öğrencileri mülteci/sığınmacı hastalarla iletişimde ve onlara bakım vermede daha çok zorlandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 2). Bunun nedeni bakım verilen grubun cinsiyetinden ve uygulamaya çıkılan klinikten kaynaklanıyor olabilir. Özellikle ebelik öğrencilerinin gebelik, doğum ve lohusalık gibi iletişime en çok ihtiyaç duyulan dönemde olan kadınlara bakım verdikleri için dil problemi nedeniyle bu konuda zorlandıkları düşünülmektedir. Suriyeli mülteci/sığınmacı kadınlara yönelik yapılan bir çalışmada kadınların %42.7'sinin beş ve üzeri çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir (Gümüş et al., 2017). Doğurganlık oranı bu kadar yüksek olan kadınların hastanede bakım alması gerekmektedir ve bakım veren personelle yaşadığı iletişim sorunları bakımın kalitesini etkileyebilir. Suriyeli kadınların %26.7'sinin gebeliği sırasında sağlık profesyoneline başvurmadığı, %36.4'ünün aile planlaması ihtiyacının karşılanmadığı saptanmıştır (Şimşek, Doğan, Hilali, ve Özek, 2015). Yaşanılan iletişim sorunu

mülteci/sığınmacı kadınların plansız gebelik ve doğum sayısındaki artışı açıklayabilir. Öğrenciler mülteci/sığınmacı hastalara bakım vermekte zorlandıklarında bu durumla baş edebilmek için en çok beden dilini aktif kullanmaya çalıştıklarını (%77.5), hastanın duyu durumunu gözlemleyip ona göre davranmaya çalıştıklarını (%56.9) ve teknoloji den faydalanarak dil çeviri programlarını kullandıklarını (%39.8) belirtmişlerdir (Tablo 2). İletişim ile ilgili sorunlar yaşandığı ve çözüm için farklı yollar denendiği görülmekle birlikte, yaşanan sorunla baş edebilmek için bölümler arası fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4). Hadımlı ve arkadaşlarının (2019) yaptıkları çalışmada ebelik öğrencilerinin mülteci/sığınmacı hastalarla iletişim sorunu yaşadığı ve bu sorunu çözmek için en çok beden dilini kullanmaya çalıştıkları (%76.8), sağlık profesyonellerinden destek istedikleri (40.6) ve telefondan çeviri programı kullandıkları (%23.6) görülmüştür (Hadımlı, Çakır Koçak, Şener, ve Üredi, 2019). Akkoç ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında da iletişimde sorun yaşamının %61 oranında olduğu, tercümandan yardım almanın en sık kullanılan yöntem olduğu, sözlük ve beden dilini kullanmanın ise diğer çözüm yolları olduğu saptanmıştır (Akkoç, Tok, ve Hasırıpı, 2017). Gürbüz ve Duğan'ın (2017), çalışması ise mülteciler/sığınmacılar ile gerçekleştirilmiş ve kendilerine sağlık profesyonelleri ile iletişimde sorunu nasıl çözdükleri sorulduğunda tercümandan yardım almanın en sık kullanılan çözüm yolu olduğu bulunmuştur (Gürbüz ve Duğan, 2017).

Mülteci/sığınmacı hastalar yaşadıkları travmatik olaylar, göç ederken geldikleri sağlıksız yaşam koşulları, dil problemi nedeniyle bütüncül bir sağlık hizmeti alamamaları nedeniyle önemli sağlık riskleriyle karşı karşıya kalmaktadır. Özellikle bağışıklama programlarının ve hastalıklardan korunmaya yönelik çalışmaların aksaması ile bulaşıcı hastalık ihtimali artmaktadır (Korkmaz, 2014). Çalışmamızda öğrencilere mülteci/sığınmacı hastalar hakkında klinikteki gözlemleri sorulduğunda, öğrencilerin büyük çoğunluğu mülteci/sığınmacı hastaların genellikle dil sorunu yaşadığından dolayı daha fazla anksiyete ve korku içinde olduklarını, taburculuk eğitiminin etkili yapılamamasından dolayı komplikasyon gelişme riskinin mülteci/sığınmacı hastalarda daha yüksek olduğunu, iyileşme ve hastanede kalma sürelerinin diğer hastalara oranla daha uzun olduğunu, bulaşıcı hastalık oranının mülteci/sığınmacı hastalarda daha yüksek olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir (Tablo 3). Bu

sonuçlardan da anlaşılacağı üzere mültecilerin/sığınmacıların yaşadıkları dil sorunu sağlık problemlerinin aslında temelini oluşturmaktadır. Dil sorunu nedeniyle taburculuk eğitimi yapılamamakta, hastanede kalış ve iyileşme süreci uzamaktadır, bu da ekonomik anlamda devlete bir yük oluşturmaktadır. Ayrıca iyileşme süreci uzayacağı için sağlık profesyonellerine de bir yük getirecektir. Bulaşıcı hastalık oranına bakıldığında ülkemizde yapılan bir çalışmada, mülteci/sığınmacılar arasında sifiliz, HIV/AIDS, hepatit B ve C prevalansı yüksek saptanmıştır ve bu nedenle mülteci/sığınmacılar için uygun sağlık yaklaşım politikaları oluşturmak zorunluluk haline geldiği bildirilmektedir (Aygün, Gökdemir, Bulut, Yaprak, ve Güldal, 2016). Ayrıca Paksoy ve arkadaşları da (2015) yaptıkları çalışmada mülteci/sığınmacı hastaların sağlık hizmetlerini yeterli alamadıklarını ifade ettiklerini belirlemişlerdir (Paksoy, Koçarlan, Kılınc, ve Tunç, 2015). Sığınmacı ve mülteciler, dil sorunu, maddi durum, olumsuz yaşam koşulları, barınma, beslenme ile ilgili sorunlar, sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere ulaşımında güçlükler, korku, şiddet gibi pek çok nedenle sağlık açısından en savunmasız gruplar arasındadır (Önal ve Keklik, 2016). Sağlık hizmeti alma sürecinde yaşanan dil sıkıntısı insanların kendi kendini ifade edememelerine neden olmaktadır. Mülteciler/sığınmacılar sağlık hizmetine etkin olarak ulaşamazken bakım veren sağlık profesyonelleri de kendilerini yetersiz hissetmektedirler. Yaşanan iletişimsizlik süreci sağlık profesyonellerini duyarsızlaştırmakta ve mülteci/sığınmacı hastalara bakım verme konusunda isteksiz hale getirmektedir (Korkmaz, 2014; Akkoç, Tok ve Hasripi, 2017). Çalışmamızda öğrencilerin klinikte çalışan sağlık profesyonellerinin mülteci/sığınmacı hastalara bakım verme konusunda kısmen duyarsız olduğunu düşündükleri ve stajyer öğrencilerin de mülteci/sığınmacı hastalara bakım verme konusunda kısmen istekli olmadıkları görülmüştür (Tablo 3). Sağlık profesyonellerinin ve geleceğin sağlık profesyoneli olan öğrencilerin mülteci/sığınmacı hastalar konusunda duyarsız ve isteksiz olmaları, iletişimi olumsuz etkileyerek mülteci/sığınmacıların hak ettikleri sağlık bakımını alamamalarına neden olabilir. Hizmet içi eğitimlerle sağlık profesyonellerine zaman zaman hastalara karşı davranışları konusunda bilgilendirmeler yapılmalıdır.

Etkin sözlü veya sözsüz iletişim becerileri; her türlü insan ilişkisinde ve her türlü meslek alanında ilişkileri kolaylaştırıcı olabilmektedir. Yapılan çalışmalar sağlık profesyonellerinin iletişim düzeyinin hastaların tedaviye uyumu, memnuniyet düzeyi ve sağlık sonuçları üzerine etkilerinin yanı sıra, çalışanın mesleğinden ve profesyonel kimliğinden memnuniyetini de etkilediğini göstermiştir (Onay, Süslü ve Kılıcı, 2011; Parlayan ve Dökme 2016; Başol, 2018;). Hemşirelik ve ebelik insan ilişkileri üzerine temellenmiş bir meslektir. Hemşire ve ebe sözel ve sözel olmayan iletişim yoluyla bireyin yaşadıklarını anlamaya çalışmalı ve kendini doğru ifade edebilmeli, bir bakım verici olarak bakımı alan kişi ile

etkili iletişim kurabilmelidir (Onay, Süslü, ve Kılıcı, 2011). Çalışmamızda öğrencilerin sözsüz iletişime yatkınlık düzeylerine bakıldığında hemşirelik öğrencilerinin ebelik bölümü öğrencilerine oranla sözsüz iletişime daha yatkın oldukları görülmüştür (Tablo 4). Bu durum doğum eylemi ve doğum sonrası gibi hastanın en çok desteğe ve iletişime ihtiyacı olduğu alanda bakım veren ebeler için ne yazık ki endişe vericidir. Mülteci/sığınmacı hastayı rahatlatmada, cesaretlendirmede, uyumunu ve öz yeterliliğini artırmada sözsüz iletişim tekniklerinin kullanılması bakımın kalitesi açısından temel gerekliliktir. Çalışma sonucumuz ebelik öğrencilerinin iletişim teknikleri konusunda daha fazla eğitime ihtiyacı olduklarını düşündürmektedir.

Çalışmanın sınırlılıkları

Çalışma Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri ile sınırlıdır, topluma genellenemez. Türkiye'nin diğer bölgelerinde bulunan üniversitelerde yapılacak çalışmalar farklı sonuçlar verebilir. Veri toplama formu literatürden faydalanılarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Bu nedenle çalışma, klinik bakıma yönelik geçerli ve güvenilir ölçeklerin kullanılmasıyla güçlendirilebilir.

SONUÇ

Çalışma sonucunda öğrencilerin mülteci/sığınmacı hastalara bakım verirken iletişimde sorun yaşadıkları ve sorunu çözmek için bireysel çaba gösterdikleri belirlenmiştir. Mülteci/sığınmacıların sağlık hizmeti almasını engelleyen en önemli faktör olan dil problemini ortadan kaldırmak için hem sağlık profesyoneli hem de mülteci/sığınmacılara iletişim ve dil ile ilgili eğitimler verilmesi önerilebilir. Öğrencilerin mesleğe özgü bilgi, beceri ve uygulamaları öğrenmesinin yanında etkili kişilerarası ilişkiler ve sözsüz iletişim teknikleri, danışmanlık becerileri ve kültürel hemşirelik/ebelik sağlık bakımı gibi temel konu ve becerileri de benimsemesi gerekmektedir. Özellikle insana hizmet eden meslek gruplarının eğitimini alan öğrencilerin sözsüz iletişim becerilerinin belirlenmesi ve bu becerileri geliştirmeye yönelik derslerin etkinliğinin artırılması önemlidir. Bu etkinliği artırmaya yönelik öğrencilere; psikodrama, sanat, yaratıcılık, iletişim vb. gibi konularda müfredat programına eklenecek seçmeli derslerin sunulması yararlı olabilir.

Teşekkür

Araştırmada gönüllü olarak yer alan hemşirelik ve ebelik bölümü öğrencilerine teşekkür ederiz.

Çıkar çatışması beyanı

Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Yazar katkıları

Yazının ortaya çıkması ve sürdürülmesine katkıda bulunma: YB, KÖ, ŞB, BT
Plan, tasarım: YB, KÖ, ŞB
Finansman: YB, KÖ, ŞB, BT
Materyal: YB, KÖ, ŞB, BT

Veri toplanması / toplanan verilerin analize hazırlanması için işleme: YB, ŞB, BT
 Veri analizi: YB, KÖ
 Literatürün gözden geçirilmesi: YB, KÖ, ŞB
 Kaleme alma ve düzeltmeler: YB, KÖ, ŞB, BT
 Kontrol etme ve gözden geçirme: YB, KÖ, ŞB, BT

Kurumsal ve finansal destek beyanı

Kurumsal ve finansal destek yoktur.

KAYNAKLAR

- Akkoç, S., Tok, M., & Hasripi, A. (2017). Mülteci ve sığınmacı hastalara sağlık hizmeti sunulurken sağlık çalışanlarının yaşadığı sorunlar. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4 (1), 23–27.
- Ayar Kocatürk, A. (2019). Göç ve Ebelik Öğrencilerinin Yaşadığı Güçlükler. In 6. Uluslararası 10. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi Tam Bildiri Kitabı (pp. 77–83).
- Aygün, O., Gökdemir, Ö., Bulut, Ü., Yaprak, S., & Güldal, D. (2016). Evaluation of primary health care services which is provided to refugees within a public health center. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10, 6–12. <https://doi.org/10.5455/tjfm.199143>
- Barın, H. (2015). Türkiye'deki Suriyeli kadınların toplumsal bağlamda yaşadıkları sorunlar ve çözüm önerileri. *Göç Araştırmaları Dergisi*, 2, 10–56.
- Başol, E. (2018). Hasta ile Sağlık Çalışanları (Doktor ve Hemşire) Arasındaki İletişim Sorunları ve Çözüm Önerileri. *International Anatolia Academic Online Journal/Social Science Journal*, 4 (1), 76–93.
- Başterzi, A. D. (2017). Mülteci, sığınmacı ve göçmen kadınların ruh sağlığı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9 (4), 379–387. <https://doi.org/10.18863/pgy.280392>
- Ceylan Polat, D., & Akcan, E. (2016). Hemşirelik Öğrencilerinin Yabancı Uyruklu Hastalara Bakım Vermede Yaşadığı Güçlükler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19, 9–13.
- Domingo Puiggros, M., Figaro Volta, C., Loverdos Eserverri, I., Costa Colomer, J., & Badia Barnusell, J. (2008). Immigrant pregnancy and neonatal morbidity. *An Pediatr (Barc)*, 68 (6), 596–601.
- Dotevall, C., Winberg, E., & Rosengren, K. (2018). Nursing students' experiences with refugees with mental health problems in Jordan: A qualitative content analysis. *Nurse Education Today*, 61, 155–161. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.025>
- Erkuş, A., & Günlü, E. (2009). İletişim tarzının ve sözsüz iletişim düzeyinin çalışanların iş performansına etkisi: Beş yıldızlı otel işletmelerinde bir araştırma. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 20 (1), 7–24.
- Fassaert, T., Hesselink, A. E., & Verhoeff, A. P. (2009). Acculturation and use of health care services by Turkish and Moroccan migrants: a cross-sectional population-based study. *BMC Public Health*, 9 (1), 332.
- Gümüş, G., Kaya, A., Yılmaz, S. G., Özdemir, S., Başbüyük, M., & A.M., C. (2017). Suriyeli mülteci kadınların üreme sağlığı sorunları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 3 (1), 1–17.
- Gürbüz, S., & Duğan, Ö. (2017). Sığınmacılarda sağlık iletişimi: Suriyeli öğretmenler üzerine bir çalışma. *Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi*, 64, 476–490.
- Hadımlı, A., Çakır Koçak, Y., Şener, A., & Üredi, N. (2019). Ebelik Öğrencilerinin Klinik Uygulamaları Sırasında Mülteci/Sığınmacı Kadınlarla İletişimde Yaşadıkları Güçlükler. In 6. Uluslararası 10. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi Tam Bildiri Kitabı (pp. 571–575).
- Kartal, B., & Başçı, A. G. E. (2014). Türkiye'ye yönelik mülteci ve sığınmacı hareketleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12 (2), 275–299.
- Korkmaz, A. Ç. (2014). Sığınmacıların sağlık ve hemşirelik hizmetlerine yarattığı sorunlar. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1 (1), 37–42.
- Kördeve, M. K. (2017). Suriyeli Mültecilerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi: Bir Alan Araştırması. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1 (2), 1–12.
- Önal, A., & Keklik, B. (2016). Mülteci ve Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimde Yaşadığı Sorunlar: Isparta İlinde Bir Uygulama. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 7 (15), 32–148.
- Onay, M., Süslü, Z. H., & Kılıcı, S. (2011). İletişim tarzının ve sözsüz iletişimin çalışanların iş performansına etkisi: Posta dağıtıcıları ve hemşireler üzerine bir araştırma. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 3 (1), 57–66.
- Paksöy, H. M., Koçarslan, H., Kılınç, E., & Tunç, A. (2015). Suriyelilerin Ekonomik Etkisi: Kilis İli Örneği. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 5 (1), 143–174.
- Parlayan, M. A., & Dökme, S. (2016). Özel hastanelerdeki hemşire ve hastaların iletişim seviyelerinin değerlendirilmesi: Bir hastane örneği. *KSÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 13 (2), 265–283.
- Penpece, D., & İnan, H. (2012). Hizmet Sektöründe Sözsüz İletişim Algısı Üzerine Ampirik Bir Çalışma. *Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9 (1), 66–83.
- Richmond, V. P., McCroskey, J. C., & Johnson, A. D. (2003). Development of the Nonverbal Immediacy Scale (NIS): Measures Of Self- And Other-Perceived Nonverbal Immediacy. *Communication Quarterly*, 51, 502–515.
- Sever, H. (2012). Sosyal Öğrenme Teorileri Işığında Yasadışı Göç ve Etkileri. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 32, 53.
- Şimşek, Z., Doğan, F., Hilali, N. G., & Özek, B. (2015). Bir il merkezinde yaşayan 15-49 yaş evli Suriyeli kadınlarda üreme sağlığı göstergeleri ve hizmet ihtiyacı. In 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Kongre Kitabı) (pp. 998–999).
- Topçu, S., & Başer, A. (2006). Göç ve sağlık. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (3), 37–41.
- Tosun, B., & Sinan, Ö. (2020). Knowledge, attitudes and prejudices of nursing students about the provision of transcultural nursing care to refugees: A comparative descriptive study. *Nurse Education Today*, 85, 1042942. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104294>



Endoskopik Retrograd Kolanjio-Pankreatografi İşleminde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Zeynep KIZILCIK ÖZKAN ¹

¹ Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bölümü

Geliş Tarihi / Received: 29.07.2020, Kabul Tarihi / Accepted: 22.02.2021

ÖZ

Endoskopik retrograd kolanjio pankreatografi, pankreatobiliyer sisteme ilişkin hastalıkların tanınmasında özellikle de tedavisinde yaygın olarak kullanılan tanı koydurucu ve tedavi edici, invaziv bir işlemdir. İşlem sırasında endoskopi ve floroskopi ile safra kesesi, karaciğer ve pankreası drene eden kanallara ait görüntüler elde edilir. Endoskopik retrograd kolanjio pankreatografi ile kanülasyon, sfinkterotomi, taş ekstraksiyonu, dilatasyon, drenaj, stent yerleştirme ve çekme gibi müdahaleler yapılabilmektedir. Endoskopik retrograd kolanjio pankreatografi işlemi bir ekip işidir ve endoskopi ekibinde hemşireler önemli bir yer tutmaktadır. Endoskopik retrograd kolanjio pankreatografi öncesinde, sırasında ve sonrasında hemşirelerin hasta hazırlığında, bakımında, hastanın güvenliğini sağlamada ve hastanın bilgilendirilmesinde önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Hasta eğitimi ve bakım girişimlerinin ERKP hastalarında işlem süresini kısalttığı, hasta memnuniyetini artırdığı, komplikasyon gelişimini azalttığı ve prosedürü güvenli bir şekilde gerçekleştirebilmeyi sağladığı belirtilmektedir. Literatürde endoskopik retrograd kolanjio pankreatografi işleminin endikasyonları, kontrendikasyonları, uygulama teknikleri ve komplikasyonlarına yönelik güncel çalışmalar mevcut olmakla birlikte işlemde hemşirenin rol ve sorumluluklarını konu alan çalışmaların az olduğu görülmektedir. Bu nedenle bu çalışma endoskopik retrograd kolanjio pankreatografi işlemi ve endoskopik retrograd kolanjio pankreatografi işleminde hemşirenin rol ve sorumluluklarını ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Endoskopik Retrograd Kolanjio-Pankreatografi, Hemşire, Sorumluluklar.

Nurses' Roles and Responsibilities in Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography

ABSTRACT

Endoscopic retrograde cholangio-pancreatography is an invasive diagnostic and therapeutic procedure, that is widely used in the diagnosis, especially in the treatment of diseases related to the pancreaticobiliary system. During the procedure, images of the channels that drain the gallbladder, liver and pancreas are obtained by endoscopy and fluoroscopy. Interventions such as cannulation, sphincterotomy, stone extraction, dilation, drainage, stent placement and withdrawal can be performed with endoscopic retrograde cholangio-pancreatography. The endoscopic retrograde cholangio-pancreatography procedure is a team effort and nurses have an important place in the endoscopy team. Before, during and after endoscopic retrograde cholangio-pancreatography, nurses have important roles and responsibilities in patient preparation, care, and informing the patient, ensuring patient safety. It is stated that patient education and care interventions shorten the procedure time in the endoscopic retrograde cholangio-pancreatography patients, increase patient satisfaction, reduce the development of complications and enable the procedure to be performed safely. Although there are current studies on the indications, contraindications, application techniques and complications of endoscopic retrograde cholangio-pancreatography, there are few studies on the roles and responsibilities of the nurse in the procedure. Therefore, this study aims to reveal endoscopic retrograde cholangio-pancreatography and the roles and responsibilities of nurses in endoscopic retrograde cholangio-pancreatography.

Keywords: Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography, Nurse, Responsibilities

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Zeynep KIZILCIK ÖZKAN, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Edirne, Türkiye

E-mail: zeynepkizilcik26@hotmail.com

Bu makaleye atıf yapmak için / Cite this article: Kızılçık Özkan, Z. (2021). Hemşirelik Sınıflama Sistemlerine Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Hemşirelik Süreci. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2),194-198. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.775483>

©Copyright 2021 by the Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.



BAUN Sağ Bil Derg 2021 OPEN ACCESS <https://dergipark.org.tr/tr/pub/balikesirsbd>
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

GİRİŞ

Endoskopik retrograd kolanjiyo pankreatografi (ERKP), pankreatobiliyer sisteme ilişkin hastalıkların tanılanmasında özellikle de tedavisinde yaygın olarak kullanılan invaziv bir işlemdir (Mesihovic ve Mehmedovic, 2019). İşlem sırasında endoskopi ve floroskopi ile safra kesesi, karaciğer ve pankreası drene eden kanallara ait görüntüler elde edilir (Karahan ve Cingi, 2016). ERKP işleminin endikasyonları arasında kolanjit, akut/kronik pankreatit, koledok striktürü, koledokolitiazis koledok ve pankreas başı tümörleri, postoperatif safra kaçağı, koledok ve pankreatik kanal travmaları, karaciğer kist hidatikleri, pankreas kist ve fistülleri, sebebi açıklanamayan kolestaz, oddi sfinkteri manometrisi yer almaktadır (Karahan ve Cingi, 2016; Kıraç ve ark., 2016; Lai, 2018).

ERKP'de öncelikle oblik görüşlü duodenoskop ile orofarinks, özefagus ve mide geçilerek duodenumun ikinci kısmındaki ampulla vateri dilate edilerek kılavuz tel kullanılarak ya da kullanılmadan direkt olarak majör duodenal papilla kanüle edilir (kanülasyon) (Meseha ve Atia, 2020; National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2016). Başarılı bir ERKP işlemi için majör duodenal papilla kanülasyonu şart kabul edilmektedir (Karahan ve Cingi, 2016). Standart direkt kanülasyon uygulanamayan hastalarda çeşitli tekniklerle (iğne uçlu sfinkterotom, suprapapiller fistülotomi vb.) sfinkter kesisi yapılmasına ön kesi denilmekte ve ön kesi sonrası kanülasyon sağlanmaktadır (Kıraç ve ark., 2016). Kanülasyon sonrası kontrast madde enjeksiyonuyla biliyer ve/veya pankreatik kanalının floroskopi altında ekrandan görüntülenmesi ve hekimin incelemeleri doğrultusunda direkt grafiler çekilerek (kolanjiyografi ve/veya pankreatografi) teşhis konulması sağlanmaktadır. Anormal bir durumla karşılaşmadığı takdirde endoskop geri çekilmekte ve işlem sonlandırılmaktadır (Tringali ve Loperfido, 2020). Safra yollarında taş varsa; ucunda tel bulunan farklı bir kanül ile safranin bağırsağa aktığı papil, elektrokoter aracılığı ile kesilip genişletilmektedir. Bu işleme sfinkterotomi adı verilmektedir. Bu aşamada taşlar çıkartılabileceği gibi bu taşların zarar vermeksizin duodenuma geçişine de imkan tanınabilmektedir. Taş ekstraksiyonu basket veya balon kateter kullanılarak yapılabilmektedir (Belviranlı ve Karahanlı, 2016; Tringali ve Loperfido, 2020). Konvansiyel yöntemlerin yetersiz kaldığı zor vakalarda büyük taşlar için elektrohidrolik litotripsi, lazer ve ekstrakorporeal şok dalgası gibi teknikleri kullanılarak taşların kırılması gerekmektedir (Jorgensen ve ark., 2016). Striktür durumunda ise balon kateterler kullanılarak bölgenin dilatasyonu sağlanmaktadır (Tringali ve Loperfido, 2020). Benign veya malign kaynaklı striktür varlığında cerrahi öncesi önlem veya palyatif amaçlı bölgeye stent konularak safra drenajının sağlanması önerilmektedir (Tringali ve Loperfido, 2020). Taş nedeniyle kanalın temizliğinin etkin yapılamadığı durumlarda veya safra drenajının sürekliliğini sağlamak amacıyla nazobiliyer drenden yararlanılmaktadır (Ergün ve ark., 2014). Ek olarak ERKP, kontrolde sorun saptanmayan vakalarda stentin çekilmesi (Okana ve ark., 2021), tıkanmış olan stentin yenisi ile değiştirilmesi (Karahan ve Cingi, 2016), fırça ile sitolojik

değerlendirme ve forsepsle biyopsi materyali alınarak inceleme yapılması için de tercih edilmektedir (Karahan ve Cingi, 2016). Literatürde ERKP endikasyonları, kontrendikasyonları, uygulama teknikleri ve komplikasyonlarına yönelik güncel çalışmalar mevcut olmakla birlikte işlemden hemşirenin rol ve sorumluluklarını konu alan çalışmaların az olduğu görülmektedir. Bu nedenle bu çalışma endoskopik retrograd kolanjiyo pankreatografi işleminde hemşirenin rol ve sorumluluklarını ortaya koymayı amaçlamaktadır.

İŞLEM ÖNCESİ HASTA HAZIRLIĞI VE HEMŞİRENİN ROL VE SORUMLULUKLARI

Hastanın işlem öncesi hazırlığında hemşireye önemli görevler düşmektedir (Hasalla ve ark., 2018). İşlem öncesi hasta eğitiminin ERKP hastalarında işlem süresini kısalttığı, hasta memnuniyetini arttırdığı ve hastanın baş etme kapasitesini güçlendirdiği ve komplikasyon gelişimini azalttığı belirlenmiştir (Ratanalert ve ark., 2003). Güvenli bir prosedür için hasta hazırlığı dikkatli yapılmalıdır (Chandrasekhara ve ark., 2018).

- Randevu gününde hasta öyküsü alınmalı, hastanın kronik hastalıkları, kullandığı ilaçlar ve alerjileri öğrenilmelidir (Adler ve ark., 2015; Tringali ve Loperfido, 2020). Amerikan Gastrointestinal Endoskopi Derneği (ASGE) besin veya intravenöz kontrast madde alerjisi olanlarda rutin işlem öncesi premedikasyon uygulanmasını önermemektedir (Chandrasekhara ve ark., 2017).
- İntrakardiyak cihazı bulan hastalarda ERKP işleminde eğer elektrokoter kullanılacaksa işlem öncesinde kardiyoji konsültasyonu gerekmektedir (Lai, 2018). Komorbiditesi olan hastalar da gerektiğinde ilgili branşlara konsülte edilebilmektedirler (Karahan ve Cingi, 2016).
- İşlem sırasında kontrast madde verileceğinden kadın hastalarda hamilelik şüphesi dışlanmalıdır (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2016; Tringali ve Loperfido, 2020).
- Sedasyon kaynaklı bilişsel becerilerdeki değişiklik olasılığına karşı hastalara işleme refakatçisiyle birlikte gelmesi söylenmelidir. Ayrıca günlük yaşamına dönüş, zaman alabileceğinden (ilk 24 saat) tüm gününü işlem için ayırması ve ev iş yaşamında gerekli düzenlemeleri yapması konusunda hasta uyarılmalıdır (Tringali ve Loperfido, 2020). Ayrıca varsa önceki ERKP ve diğer tanısız işlemlere ait evrak ve tetkik sonuçlarını işlem gününde yanında getirmesi gerektiği konusunda hasta bilgilendirilmelidir (Karahan ve Cingi, 2016).
- Endoskopun rahat geçişine izin veren bir sindirim yolu oluşturmak ve aspirasyon riskini önlemek için hastalar işlem öncesi 6-8 saat öncesinde oral alımlarını durdurmaları konusunda bilgilendirilmelidir (Tringali ve Loperfido, 2020).
- ASGE ve Avrupa Gastrointestinal Endoskopi Derneği (ESGE) rutin antibiyotik profilaksisini önermemektedir (Dumonceau ve ark. 2020 ve Chandrasekhara ve ark., 2017). İmmünyüpresif (karaciğer transplantasyonu olan) veya yeterli safra drenajı sağlanamayan vakalarda biliyer floraya etki eden antibiyotiklerin kullanılmasını önermektedir

(Chandrasekhara ve ark., 2017). Ayrıca gerektiğinde hekim bazı ilaçların (antikoagülan) kullanımını geçici olarak durdurulabilir (Karahana ve Cingi, 2016).

- Kolestaz enzimleri, karaciğer enzimleri, bilirubin vb. değerleri içeren kan örnekleri işlem öncesinde istenebilmektedir (Suna ve ark., 2018). ESGE, sarılığı olmayan ve antikoagülan kullanmayan hastalarda rutin koagülasyon testlerinin yapılmasını önermemektedir (Dumonceau ve ark., 2020). Kronik hastalığı olan veya geçmişte anormal kan değerleri saptanan bireylerde hekim istemi ile kan örneği alınabilmektedir (Chandrasekhara ve ark., 2018).
- İşlem gününde hastaların bilgilendirilmiş olur formunda yer alan imzaları hemşireler tarafından kontrol edilmelidir (Adler ve ark., 2015; Chandrasekhara ve ark. 2018; Tringali ve Loperfido, 2020).
- Hastaya işlem için özel giysisi giydirilmeli ve bone verilmelidir. Hasta işlem için masaya alınmalı ve sağ koldan damar yolu açılmalıdır (Karahana ve Cingi, 2016).
- Hastaların işlem sırasında konforu sağlanmalıdır (Tierney ve ark., 2016).
- Sarıtaş ve ark. (2021) ERKP işlemi öncesinde hastaların kaygı yaşadığını ve hemşirelik girişimleri ile kaygının azaltılabildiğini belirlemişlerdir. Hemşireler hastaların korku ve kaygılarını azaltmak için hastaları psikolojik açıdan desteklemeli ve bilgilendirmelidir (Chen ve ark., 2018; Özkan ve Fındık, 2020).

İŞLEM SIRASINDA HEMŞİRENİN ROL VE SORUMLULUKLARI

- Hasta ve ekip arasında işleme başlamadan önce hasta güvenliğini sağlamak adına iletişim sağlanmalıdır. Hastanın kimliği kontrol edilerek ve sözel olarak teyit edilerek doğru hastaya doğru endoskopik prosedür yapılacağından emin olunmalıdır (Calderwood ve ark., 2014).
- Hemşire endokopist ile birlikte hasta ve personel için radyasyon güvenliğini sağlayacak şekilde önlemleri almalı ve radyasyon dozunu ve floroskopi süresini kayıt altına almalıdır (Adler ve ark., 2015; Jorgensen ve ark., 2016; Lai, 2018 ve Resmi Gazete, 2011). Özellikle hamile ve genç hastalarda üreme organlarını koruyucu ek tedbirler alınmalıdır (Lai, 2018).
- Hemşireler işlem öncesinde acil müdahale için gerekli olabilecek malzemeleri (defibrilatör, laringoskop vb.) ve ilaçların, işlem için gerekli endoskopik aletler ve yardımcı aksesuarlarının (duedosonkop, sfinkterotom, kılavuz tel, basket ve balon katater, dilatatör, biliyer ve pankreatik stent, nazobilyer ve pankreatik dren, litotriptör, polipektomi snare'i, manometri katateri, sitoloji fırçası, elektrokoter, US probu vb.) tam, çalışır ve ulaşılabilir olduğunun kontrolünü sağlamalıdır (Calderwood ve ark., 2014; Karahana ve Cingi, 2016; Lai, 2018; Resmi Gazete, 2011).

- Hastanın takma diş, gözlük ve metal eşyalarını çıkartması sağlanmalıdır (Tringali ve Loperfido, 2020).
- Hastaya işlem başlamadan önce farenks anestezisini sağlayan lokal anestetik sprey uygulanmalıdır (Karahana ve Cingi, 2016; Tringali ve Loperfido, 2020).
- Endoskopun ve hastanın dişlerinin zarar görmesini önlemek adına hastanın ağzına ağızlık yerleştirilmelidir (Tringali ve Loperfido, 2020).
- Hastayı monitörize edip kan basıncı, nabız, kardiyak ritim ve oksijen saturasyonu monitörden takip edilmeli ve kaydedilmelidir (Adler ve ark., 2015; Calderwood ve ark., 2014).
- Monitorize edilen hasta sol tarafına veya prone pozisyonuna getirilmelidir (Tringali ve Loperfido, 2020).
- Hastanın sağ baldırı üzerine işlemde kullanılan koter plağı takılmalıdır (Karahana ve Cingi, 2016).
- ERKP işleminde genellikle hastalara bilinçli sedasyon uygulanmaktadır (Tringali ve Loperfido, 2020). Hemşireler diğer endoskopik işlemlere göre ERKP işleminde daha fazla sedasyon dozu gerektiğinden sedasyon kaynaklı sekresyon artışı, hipoksi, bradikardi gibi yan etkileri de değerlendirilmelidirler (Burtea ve ark., 2018). Sedatif ilaçların yanında bazı durumlarda ağrı kesici ve peristaltizmi baskılayıcı ilaçlar da kullanılabilir (Karahana ve Cingi, 2016). Hemşire işlem süresince kullanılan tüm ilaçlara ait dozaj ve uygulama yolu bilgilerini kayıt altına almalıdır (Adler ve ark., 2015).
- Hemşire hasta güvenliğini sağlayacak önlemleri almalıdır (Resmi Gazete, 2011). Sedatize hastaların düşmesini engellemek amacıyla hasta yalnız bırakılmamalı ve göğüs veya bel kısmından vücut tespit kemerleri ile masaya sabitlenmelidir (Correa ve ark., 2021). İşlem süresince hekim gerekli durumlarda ikinci bir hemşire tarafından asiste edilmektedir (Calderwood ve ark., 2014).
- İşlem sırasında hekim direktifiyle gerekli durumlarda oksijen nazal yolla verilmelidir (Calderwood ve ark., 2014).

İŞLEM SONRASINDA HEMŞİRENİN ROL VE SORUMLULUKLARI

- İşlem tamamlandıktan sonra hastanın ağızlığı çıkartılmalıdır. Hasta supine pozisyonuna getirilerek, anestezi sonrası bakım ünitesine alınmalıdır (Burtea ve ark., 2018).
- İşlem sonrası aletlerin sterilizasyonunu ve dezenfeksiyonu sağlayacak işlemler üretici firma önerilerine uygun olarak yapılmalıdır (Resmi Gazete, 2011).
- Hasta sedasyonun etkisinden kurtulana ve bulguları stabil olana dek yarım saatte bir yaşam bulguları takip edilmelidir. Sedasyon nedeniyle solunum depresyonu riskine karşı bilinç düzeyi izlenmelidir. Ayrıca sedasyona yönelik baş dönmesi, uyuşukluk, aritmi, bulantı gibi tepkileri de dikkatli değerlendirilmelidir (Burtea ve ark., 2018).

- İnsüflasyona bağlı distansiyonu azaltmak adına hastalara oral veya rektal yolla gaz çıkartarak rahatlayabilecekleri söylenmelidir (Tringali ve Loperfido, 2020).
- Tanısal ERKP prosedürü uygulanan hastalarda yutma refleksi geri dönünce oral alıma başlanılmalıdır (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2016).
- Hekim direktifi ile işlem sonrasında kontrol amaçlı kan örnekleri alınabilmektedir (Tringali ve Loperfido, 2020).
- Hemşireler hastaların ve yakınlarının taburculuk sırasında evde bakımına yönelik bilgilendirmede aktif rol oynamaktadır (Adler ve ark., 2015; Hasalla ve ark., 2018; Resmi Gazete, 2011). Hastalar işlem sonrası ilk 24 saat alkol almaması, araç kullanmaması ve yasal bir belgeye imza atmaması konusunda uyarılmalıdır (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2016).
- Olası komplikasyonlar ve erken tanınması konusunda hastalara bilgi verilmelidir (Hasalla ve ark., 2018). Vücut sıcaklığında yükselme, hipotansiyon, abdominal ağrı veya distansiyon, bulantı, kusma, kanlı veya siyah renkli dışkılama gibi belirtileri olduğunda hastaların sağlık kuruluşuna başvurmaları gerektiği belirtilmeli ve hastalara 24 saat telefonla ulaşabilecekleri irtibat numarası verilmelidir (Shehab ve Soultan, 2021).
- Eğer biyopsi için materyal alındı ise biyopsi materyalinin patoloji laboratuvarına teslimi ve takip süreci konusunda hasta bilgilendirilmelidir (Tringali ve Loperfido, 2020 ve Adler ve ark. 2015).
- Tanısal ERKP uygulanan hastalar 4-6 saatlik takip ardından durum stabilse aynı gün taburcu edilebilmekte iken, terapötik ERKP uygulanan hastalar en az 1 gün gözlem amaçlı yatarak tedavi edilmektedir (Aslan ve Atamanalp, 2011 ve Berivanlı ve Karahan 2016).
- Hastanın yatışını gerektiren veya müdahale gerektiren bir yan etki veya komplikasyon söz konusu olduğunda duruma ilişkin veriler kaydedilmelidir (Adler ve ark. 2015). Hastaların taburculuk kriterlerini içeren kurumun yazılı prosedürlerine göre taburculuğunun sağlanması hasta güvenliği açısından önemlidir (Calderwood ve ark. 2014).
- ERKP işlemi sonrasında hemşirenin hastaları komplikasyon belirtileri açısından gözlemlenmede ve erken müdahalede bulunmada da önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Burtea ve ark. 2018). ERKP'nin olası komplikasyonları; sindirim sistemi organlarında travma (perforasyon vb.), akut pankreatit, kolanjit, kanama, işleme bağlı mortalite, ilaç alerjileri ve kardiyopulmoner (disritmi, hipoksi vb.) komplikasyonlardır (Kıraç ve ark., 2016; National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2016). Enfeksiyon bulaşını engellemek adına hemşireler endoskop ve yardımcı aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonunda gerekli talimatlara uymalıdır (Chandrashkhara ve ark. 2017).

SONUÇ

Hemşirelerin ERKP işlemlerinde hastaları işleme hazırlama, süreç boyunca hasta güvenliğini sağlama, hasta bakımını sürdürmede ve hasta eğitiminde önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Genel olarak hasta öyküsü alma, oral alımı durdurma, kan örneği alma, psikososyal destek sağlama ile başlayan işlem öncesi hazırlığı takiben hemşireler işlem sırasında radyasyon güvenliğini de kapsayan hasta güvenliği önlemlerini alma, monitorizasyon ve izlem, pozisyon verme gibi girişimlerle hastaları işleme hazırlamakta ve işlemin konforlu ve güvenli bir şekilde gerçekleşmesine katkı sunmaktadırlar. İşlem sonrasında ise sedatize hastanın izlemi, taburculuk eğitimi verme, komplikasyon takibi ve cihazların dezenfeksiyon ve sterilizasyonundan sorumludurlar. Hemşireler bu görevlerini yerine getirirken hastaya bütüncül yaklaşarak bakımı her hasta için bireyselleştirerek sunmaktadırlar.

Teşekkür

Çıkar çatışması beyanı

Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Yazar katkıları

Yazının ortaya çıkması ve sürdürülmesine katkıda

bulunma: ZKÖ

Plan, tasarım: ZKÖ

Finansman: ZKÖ

Materyal: ZKÖ

Veri toplanması / toplanan verilerin analize

hazırlanması için işlemesi: ZKÖ

Veri analizi: ZKÖ

Literatürün gözden geçirilmesi: ZKÖ

Kaleme alma ve düzeltmeler: ZKÖ

Kontrol etme ve gözden geçirme: ZKÖ

Kurumsal ve finansal destek beyanı

Kurumsal ve finansal destek yoktur.

KAYNAKLAR

- Adler D., Lieb, J., Cohen, J., Pike, I., Park, W., Rizk, M., Sawhney, M., Scheiman, J., Shaheen, N., Sherman, S., & Wani, S. (2015). Quality Indicators for ERCP. *American Journal of Gastroenterology*, *110*, 91–101. <https://doi.org/10.1038/ajg.2014.386>.
- Burtea, E., Dimitriu, A., Maloş, A., & Saftou, A. (2018). Periprocedural role of nurses during interventional endoscopic procedures under deep sedation. *Current Health Sciences Journal*, *44(1)*, 14-18. <https://doi.org/10.12865/CHSJ.44.01.02>.
- Calderwood, A., Chapman, F., Cohen, J., Cohen, L., Collins, J., Day, L., & Early, D. (2014). Guidelines for safety in the gastrointestinal endoscopy unit. *Gastrointestinal Endoscopy*, *79(3)*, 363-372. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2013.12.015>
- Chandrashkhara, V., Khashab, M., Muthusamy, R., Acosta, R., Agrawal, D., Bruining, D., Eloubeidi, M., Fanelli, R., Faulx, A., Gurudu, A., Kothari, S., Lightdale, J., Qumsey, B., Shaukat, A., Wang, A., Wani, S., Yang, J., & DeWitt J. (2017). Adverse events associated with ERCP. *Gastrointestinal Endoscopy*, *85(1)*, 32-47. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2016.06.051>.

- Chandrasekhara, V., Elmunzer, J., Khashab, M., & Muthusamy, R. (2018). Clinical Gastrointestinal Endoscopy E-Book. *Elsevier Health Sciences*. 3.Edition.
- Chen, C., Sun, B., Wang, S., Wang, S., Wang, K., Hu, B., & Ye, Z. (2018). Nursing care of patients undergoing endoscopic ultrasonography guided biliary drainage in the treatment of malignant obstructive jaundice. *Chinese Journal of Nursing*, *53*(3), 310-313.
- Correa, C.S.M., Bagatini, A., Prates, C.G., Sander, G.B. (2021). Patient safety in an endoscopy unit: an observational retrospective analysis of reported incidents. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, *71*(2), 137-141. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.02.023>
- Dumonceau, J.M., Kapral, C., Aabakken, L., Papanikolaou, I., Tringali, A., Vanbiervliet, G., Beyna, T., Dinis-Ribeiro, M., Hritz, I., Mariani, A., Paspatis, G., Radaelli, F., Lakhtakia, S., Veitch, A., & van Hoft, J (2020). ERCP related adverse events: ESGE Clinical Guidelines. *Endoscopy*, *52*, 127-149. <https://doi.org/10.1055/a-1075-4080>.
- Ergün, M., Köksal, A., Boğa, S., Bayram, M., Altinkaya, E., Özdoğan, O., Alkım, H., & Alkım, C. (2014). Nazobilyer drenaj halen etkin ve güvenilir bir yöntemdir: Şişli Etfal Hastanesi deneyimi. *Gastrointestinal Endoskopi*, *22*(1), 8-10. <https://doi.org/10.17940/endoskopi.74788>
- Hasalla, E., Taka, I., Hasalla, B., Baha, S., & Dybeli, E. (2018). Nursing care during ERCP. *International Journal of Medicine & Healthcare*, *3*(1), 17-21.
- Jorgensen, J., Kubiliun, N., Law, J, Al-Haddad, M., Bingener-Casey, J, Christie, J, Davila, R., Kwon, R, Obstein, K, Qureshi, W., Sedlack, R., Wagh, M, Zanchetti, D., Coyle, W., & Cohen, J. (2016). Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP): core curriculum. *Gastrointestinal Endoscopy*, *83*(2), 279-289. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2015.11.006>.
- Karahan, Ö., & Cingi, A. (2016). Gastrointestinal Sistem Endoskopisi. *BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Sti.* Ankara.
- Lai, K.H. (2018). Fundamentals of ERCP: indications, equipment, and preparation. Lai, K., Mo, L., Wang, H. (eds.). İçinde: Biliopancreatic Endoscopy: Practical Application. *Springer*, Almanya.1-12.
- Meseeha, M., & Atia, M. (2020). Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493160/> Erişim tarihi: 27.07.2020. *StatPearls Yayınları*.
- Mesihović, R., & Mehmedović, A. (2019). Better non-invasive endoscopic procedure: endoscopic ultrasound or magnetic resonance cholangiopancreatography? *Medicinski Glasnik*, *16*(1), 40-44. <https://doi.org/10.17392/955-19>.
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (2016). Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP). Erişim adresi: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/diagnostic-tests/endoscopic-retrograde-cholangiopancreatography>. Erişim tarihi: 24.07.2020.
- Okana N, Ito K, Takuma, K, Hara S, Igarashi, Y. (2021). Prevention and management of ERCP-related complications. *Mini-invasive Surgery*, *5*(29), 1-9. <https://doi.org/10.20517/2574-1225.2021.15>
- Özkan, Z.K., Fındık, U.Y. (2020). Determination of the effectiveness of informing with the guidance of an education booklet in patients undergoing colonoscopy: A randomized controlled trial. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, *35*(5), 502-507. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.12.009>
- Ratanalert, S., Soontrapornchai, P., & Ovarlarnporn, B. (2003). Preoperative education improves quality of patient care for endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Gastroenterology Nursing*, *26*(1), 21-25. <https://doi.org/10.1097/00001610-200301000-00005>
- Resmi Gazete. (19 Nisan 2011). Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> Erişim tarihi: 24.07.2020.
- Sarıtaş, S.Ç., Büyükbayram, Z., Serin, E.K., Bilgiç, Y. (2021). Effects of lavender oil intervention before endoscopic retrograde cholangiopancreatography on patients' vital signs, pain and anxiety: A randomized controlled study. *Explore*, *17*(5), 446-450. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.07.011>
- Shehab, M.S., Soutan, A.A.A. (2021). Impact of application of nursing guidelines on healthoutcomes for patients undergoing gastrointestinal endoscopes. *Egyptian Journal of Health Care*, *12*(2), 195-208. <https://doi.org/10.21608/EJHC.2021.150259>
- Suna, N., Ödemiş, B., Dişibeyaz, S, Öztaş, E., Kuzu, U., Yıldız, H., Akpınar, Y., Etik D., & Parlak E. (2018). Endoskopik sfinkterotomi sonrası kanama: Tek merkezli retrospektif çalışma. *Gastrointestinal Endoscopy*, *26*(1), 1-5. <https://doi.org/10.17940/endoskopi.370682>
- Tierney, M., Bevan, R., Rees, C.J., Trebble, T.M. (2016). What do patients want from their endoscopy experience? The importance of measuring and understanding patient attitudes to their care. *Frontline Gastroenterology*, *7*, 191–198. <https://doi.org/10.1136/flgastro-2015-100574>
- Tringali, A., & Loperfido, S. (2020). Patient education: ERCP (endoscopic retrograde cholangiopancreatography) (Beyond the Basics). Erişim adresi: [https://www.uptodate.com/contents/ercp-endoscopic-retrograde-cholangiopancreatography-beyond-the-basics/print?topicRef=1997&source=see_link#:~:text=A%20small%20plastic%20tube%20\(cannula,bile%20ducts%20and%20pancreatic%20duct](https://www.uptodate.com/contents/ercp-endoscopic-retrograde-cholangiopancreatography-beyond-the-basics/print?topicRef=1997&source=see_link#:~:text=A%20small%20plastic%20tube%20(cannula,bile%20ducts%20and%20pancreatic%20duct). Erişim tarihi: 12.02.2020.



DERLEME / REVIEW

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi / BAUN Sağlık Bil Derg
Balıkesir Health Sciences Journal / BAUN Health Sci J
ISSN: 2146-9601- e ISSN: 2147-2238
Available online at: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/balikesirsbd>
Doi: <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.777829>



Aşı Tereddütü ve Ebeveynlerin Tutumları

Yavuz TANRIKULU¹, Gözdenur TANRIKULU¹

¹Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Programı

Geliş Tarihi / Received: 07.07.2020, Kabul Tarihi / Accepted: 18.02.2021

ÖZ

Aşı kavramı geçtiğimiz yüzyıldan beri insan hayatının önemli bir parçası olarak görülmektedir. Hastalıklardan korunma ve tedavi aşamalarında insan sağlığında etkin bir şekilde rol oynamaktadır. Aşıların içeriği ve oluşumunda kullanılan maddeler bazı bireyler tarafından onaylanmamakta ve hayati önem taşıyan aşılar dahi tercih edilmemektedir. Aşı tereddütü çeşitli toplumlarda günden güne yaygınlaşmaktadır. Özellikle ebeveynler hastalıklar konusunda oldukça savunmasız olan çocukları için aşılamaı reddetmektedirler. Ebeveynlerin bu tutumları aşıların içeriklerine, bireyler tercihlere, eğitim durumuna, yaşanan coğrafyaya, toplum algısına ve sosyal etkilere göre değişmektedir. Bu sebeple bazı kişi veya topluluklar aşılamanın yanlış bir uygulama olduğunu savunmaktadır. Bu kişi ve topluluklar arasında özellikle dikkat çeken bireyler ebeveynlerdir. Ebeveynler çocuklarının sağlıkları için uygulanabilecek girişimleri değerlendirmekte ve karar verme aşamasını kendileri gerçekleştirmektedir. Bu duruma göre aşı tereddütü yaşayan ebeveynlerin çocukları hayati öneme sahip olsa dahi aşı uygulamasından mahrum kalmaktadır. Ebeveynlerin aşı tereddütü yaşaması sonucunda aşı olmayan çocuklarda ciddi hastalıklar görülmektedir. Bu hastalıklar sadece bireysel değil toplumsal sağlık sorunlarına da neden olabilmektedir. Bu konuda sağlık sektöründe çalışan bireylerin aşılama konusunda oldukça dikkatli ve bilgilendirici olmaları gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Aşılama, Aşı Tereddütü, Çocuk, Ebeveyn.

Vaccine Hesitancy and Parents Attitudes

ABSTRACT

The concept of vaccine has been seen as an important part of human life since the last century. It plays an active role in human health in the prevention and treatment stages of diseases. The contents and substances used in the formation of vaccines are not approved by some individuals, and even vital vaccines are not preferred. Vaccine hesitancy is becoming more and more common in various societies. In particular, parents refuse to vaccinate their children, who are very vulnerable to diseases. These attitudes of parents vary according to the contents of vaccines, individuals' preferences, educational status, geography, perception of society and social effects. For this reason, some people or communities argue that vaccination is a wrong practice. Of particular note among these individuals and communities are the parents. Parents evaluate the initiatives that can be applied for the health of their children and make the decision themselves. According to this situation, the children of parents who are hesitant about vaccination are deprived of vaccination even if it is of vital importance. As a result of parents' hesitance about vaccination, serious diseases are seen in children who are not vaccinated. These diseases can cause not only individual but also social health problems. In this regard, individuals working in the health sector should be very careful and informative about vaccination.

Keywords: Vaccination, Vaccination Hesitation, Child, Parent.

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Yavuz TANRIKULU, Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Programı Söğütözü Mahallesi 2179 Caddesi No:6 Çankaya, Ankara, Türkiye.

E-mail: yavuz.tanrikulu@lokmanhekim.edu.tr

Bu makaleye atıf yapmak için / Cite this article: Tanrikulu, Y., Tanrikulu G. (2021). Aşı Tereddütü ve Ebeveynlerin Tutumu. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10 (2), 199-204. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.777829>

©Copyright 2021 by the Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.



BAUN Sağlık Bil Derg 2021 OPEN ACCESS <https://dergipark.org.tr/tr/pub/balikesirsbd>

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

GİRİŞ

Aşılanma, küresel düzeyde sağlığın korunması ve geliştirilmesinde yıllardır en başarılı ve en uygun maliyetli halk sağlığı girişimlerinden biri olmuştur (Bozkurt, 2018; Yüksel ve Topuzoğlu, 2019). Bu sebeple Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), aşılanmayı bir insan hakkı olarak tanımlamıştır. Bununla birlikte Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), aşılanmayı tüm çocuklar için bir hak olarak göstermiştir. Küresel ve bölgesel aşı planlamaları, ülkeleri özellikle bir yaşın altındaki çocukların aşılanması konusunda teşvik ederek ve bu doğrultuda yaptırımlar uygulamaya yönlendirmiştir (Özer ve ark., 2018; Çetin ve Anuk, 2019). Bu nedenle birçok ülke, özellikle bir yaşın altındaki çocuklar, sürekli olarak aşı üretimi ve/veya ithalatı yapmışlardır. Aşı konusundaki bu girişimlerle de bu çocukların en az %80'inin aşılanması amaçlanmıştır. Amaç ve hedeflerin uygulamaya geçirilebilmesi için de ülkeler aşı üretimi ve/veya alımı dışında toplumsal anlamda eğitimsel, bilgi verici ve finansal düzenlemeler yapmışlardır (Yüksel ve Topuzoğlu, 2019). Örneğin Avustralya, aşı konusunda yapılan düzenlemeler ışığında finansal destek sağlamaktadır. Bütün bu planlanan ve uygulanan girişimlere rağmen bazı ebeveynler aşılanma konusunda çeşitli endişelere ve tereddütlere sahiptirler (Attwell ve ark., 2019). Aşı hizmetlerinin kullanılabilirliğine rağmen aşıların reddedilmesi veya geciktirilmesi olarak tanımlanan aşı reddi son yıllarda artış göstermeye başlamıştır. TNSA 2013'ten itibaren aşı takviminin değişmesi, TNSA 2013 verileri aşı kapsamalarının 15-26 aylık çocukları kapsamından dolayı 2018 TNSA verileri ile doğrudan kıyaslama yapmak doğru olmasa da 2013 TNSA raporuna göre çocukların aşılanması %74 olan aşılanma durumu %67'ye gerilemiştir. TNSA 2018 raporuna göre 24-35 ayda yaşa uygun tüm aşılarını olmuş kız çocuklarının oranı oğlan çocuklarına göre daha yüksektir. Çocukların doğum sıralaması aşılanma oranını etkilediği görülmüştür. 12-23 aylık çocukların doğum sırası artıkça tüm aşıları olma olasılığı düştüğü görülmüştür. Hane halkının refah düzeyi en yüksek olan ailelerde aşılanma oranı da yüksektir. Annenin eğitim düzeyi azaldıkça tüm aşıları yaptıran yüzdeleri azalmaktadır. Eğitim durumu ilkökul mezunu olan annelerin çocuklarının %4'ü hiç aşı olmamışken eğitim düzeyi lise ve üzeri olan annelerin çocuklarının yalnızca %2 'si hiç aşı olmamıştır (TNSA 2013; 2018).

Aşı tereddütüne bağlı aşıların yapılmaması hem potansiyel bir halk sağlığı sorunu hem de sağlık profesyonelleri için zor ve riskli bir durumdur. Sağlık profesyonelleri için her ebeveyn çocuğunun sağlığından sorumludur. Bu nedenle sağlık çalışanlarına göre aşı reddinin sorumlusu ebeveynlerdir (Özceylan ve ark., 2020). Aşı tereddütü yaşayan ebeveynlerin verilen eğitimlere katılmadığı ya da kayıtsız kaldığı, psikolojik sorunlar veya zor dönemler yaşadığı, çok yoğun bir hayat yaşadığı ve bağımsız bir şekilde yaşayan bireyler olduğu öne sürülmüştür (Rozbroj ve ark. 2018). Bu derleme; aşı tereddütüne neden olan faktörleri belirlemek, bireylerin aşı tereddütündeki davranışlarını

ve gerekçelerini incelemek ve ebeveynlerin çocukluk aşılarına ilişkin kararlarında onlara öneriler sunmak amacıyla yapılmıştır.

Aşı tereddütü ve reddi

Son on yılda, halk sağlığı uzmanlarının birçoğu aşı konusundaki hoşnutsuzluğun arttığını bildirmiştir (Black ve Rapuolin, 2010). Bu doğrultudan hareketle araştırmacılar ebeveynlerin sergiledikleri bu tutum için çalışmalar yapmıştır. Çalışmaların sonucunda "Aşı tereddütü" ya da "Aşı Reddi" terimlerini ortaya koymuşlardır (Gür, 2019). Bu kavramların ortaya çıkışının ardından DSÖ çeşitli tanımlamalar yapmıştır. Aşı Tereddütü terimi, "aşı hizmetlerinin kullanılabilirliğine rağmen aşıların reddedilmesi veya geciktirilmesi" anlamına gelmektedir (WHO, 2016). Aşı tereddütü yaşayan bireyler sadece aşılanmayı geciktiren ve reddeden bireyler olarak değerlendirilmemektedir. Özellikle ebeveynler aşılanmayı kabul etseler bile yaşadıkları endişe ve tereddütler de "aşı tereddütü" kavramına girmektedir (ttb.org). Bu endişe ve tereddütler içerisinde isteksizlik, şüphe ve güvensizlik gibi kavramlar yer almaktadır (Paretti – Watel ve ark. 2015).

Aşı tereddütü bireylerin kişisel durumlarına özgü, karışık; ortam, zaman, yer ve aşı türüne göre değişen bir durumdur (Hausman ve ark. 2014). Ebeveynlerin aşılanma ile ilgili yaşadıkları bu durum "tereddüt" kelimesinin literatürde sıkça kullanılmasına yol açmıştır. Ancak burada anlatılmak istenen sadece kelimenin anlamı değil, altında yatan gerekçe ve nedenlerdir (WHO, 2014). Ebeveynlerin aşılanma tereddütü olarak değerlendirilen durumun altında öncelikli olarak psikolojik bir durum yatmakta ve bu durumun davranışsal olarak yansımaları gözlenmektedir (Yaqub ve ark., 2014). Ebeveynin yaşadığı psikolojik sorunlar, aşıya güvenmeme, politik nedenler ve toplumsal kararlar nedeniyle aşılanmayı reddetmektedir (Berry ve ark., 2017). Nedenlerin inanılabilirlik ve kanıtlanabilirlik derecesi tartışılmakta ama aşı tereddütü yaşayan ebeveynler de günden güne artış göstermektedir (Gesser-Edelsburg ve ark., 2017).

DSÖ Mayıs 2012'de Küresel Aşı Eylem Planı (GVAP) oluşturmuştur (WHO, 2020). Aşılanmanın reddi veya aşı tereddütü bu eylem planını tehdit eden bir durumdur (Dubé ve ark., 2018). Ebeveynlerin sayıları artıkça sosyal etkileşim nedeniyle yeni bireyler de aşılanmayı geciktirmekte veya tamamen reddetmektedir (Costa-Pinto ve ark., 2018). Bu doğrultuda bireylerin neden aşılanmayı kabul etmediği veya geciktirdiği belirlenmeye çalışılmaktadır (Leib ve ark., 2011). Sadaf ve ark. (2013) ebeveynlerin aşı tereddütünü azaltmaya yönelik müdahalelerin etkisini incelemiştir. Bu çalışmaya göre ebeveynlerin aşı tereddütünü azaltmaya yönelik yapılan girişimler hakkında yüksek kaliteli kanıt bulunmadığını tespit etmişlerdir. Ebeveynlerin aşı tereddütünü azaltmaya yönelik yapılan girişimlerin öncelikle bireylerin kişisel inanlarının, değerlerinin ve endişelerinin incelenmesi gerektiği savunulmuştur. Leask ve ark. (2012), çocukluk dönemi aşılarının yüksek

oranda uygulanabilmesi için öncelikle ebeveynlerle etkili bir iletişim kurulması gerektiğini belirtmişlerdir. Aşı tereddütü çeşitli çalışmalarda ele alınmış ve değişik sonuçlar ortaya konmuştur. Bu çalışmalardan birisinde, aşı tereddütü yaşayan bireylerin verilen eğitimlere katılmadığı ya da kayıtsız kaldığı, psikolojik sorunlar veya zor dönemler yaşadığı, çok yoğun bir hayat yaşadığı ve bağımsız bir şekilde yaşayan bireyler olduğu öne sürülmüştür (Rozbroj ve ark. 2018). Bazı bireyler, sağlık sistemine körü körüne bağlanmanın yanlış olduğunu ve çocuklar konusunda özgür ve özgün kararlar almak gerektiğini savunmaktadır (Pretti – Watel ve ark. 2019). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da erkeklerin aşılama konusunda istatistiksel olarak daha fazla tereddüt yaşadığı belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada kadınların aşı tereddütü konusunda çevrelerindeki bireylerden daha fazla etkilendikleri ortaya konmuştur (Gür, 2019). Başka bir çalışmada ise aşı reddi ve aşı tereddütleri konusunda cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (Luyten, Bruyneel ve van Hoek, 2019). Erkekler, aşılama konusunda daha fazla tereddüt yaşarken; aynı zamanda fazla miktarda aşılamanın ekstra hastalık oluşturabileceğine ve bağışıklık sistemi için zararlı olabileceğine inanmaktadırlar (Aziz, Kew ve Moy, 2017).

Bir çalışmada, hastalıkları önlemek için aşıların gerekli olmadığını düşünen toplam kişi sayısının çok yüksek olmadığı ortaya konmuştur. Kararsız katılımcılar da toplam katılımcıların %55'ini oluşturmaktadır (Gür, 2019). Fakat yine aynı çalışmada aşı tereddütü yaşayan ebeveynlerin sayısının da potansiyel halk sağlığı tehdidi olduğu ve çocukların aşılama gereksinimlerinin aksamaması adına ciddiye alınması gerektiği vurgulanmıştır (Smith ve ark., 2011). Çünkü bireylerin aşılama ile ilgili görüşleri çeşitli nedenlerden dolayı değişmektedir (Luyten ve ark., 2019). Sandhofer (2017) ise ebeveynlerin eğitim düzeylerinin aşılama tereddütüne etkisini incelemiş ve eğitim düzeyi arttıkça yaygın olmayan hastalıkları için bile ebeveynlerin aşı gereksinimini savunduklarını belirtmiştir. Fakat başka bir çalışmada ise eğitim düzeyinin artmasıyla aşı tereddüt oranının arttığı tespit edilmiştir (Gür, 2019). Başka bir çalışmada da bireylerin gelir durumlarının aşılama durumuna etkisi incelenmiştir. Çalışmaya göre gelir durumunun artmasıyla birlikte aşılama tereddütünün azalma eğiliminde olduğu belirtilmiştir (Gilbert ve ark., 2017). Bu çalışmanın sonuçlarını destekleyen bir diğer çalışmaya göre de sosyoekonomik düzeyi düşük olan ebeveynlerde aşılama tereddütü daha fazla olmaktadır (Larson, 2014). Sonuçlara göre de sosyoekonomik düzeyin aşılama müdahaleleri kapsamında etkili olduğu sonucuna varılmaktadır (Larson, 2016).

Başka bir çalışmada, aşılama oranlarının ebeveynlerin sahip oldukları çocuk sayısı ile doğru orantılı olduğunu belirtmiştir (Gülgün ve ark., 2014). Bu çalışma doğrultusunda aşılama oranı kardeşi olmayan çocuklar için %6.2 iken, iki veya daha fazla kardeşi olan çocuklar için %23.3 olarak belirtilmiştir. Bu sonuçlar

ebeveynlerin sahip oldukları çocuk sayısının artmasına bağlı olarak aşılama oranının da arttığını göstermektedir (Gür, 2019).

Aşı tereddütü ve ebeveyn tutumu

Sağlık sektörü çalışanları, ailelerin aşılama eğitimi konusunda çok önemli bir rol oynamaktadır (Dube ve ark., 2018). Fakat aşılama çalışmalarının artması ve aşıya gereksinim duymayan bireylerin ortaya çıkmasıyla birlikte sağlık çalışanlarına olan güven de azalmaya başlamıştır (Yüksel ve Topuzoğlu, 2019). Bu güvenin azalmasıyla birlikte sağlık çalışanları tarafından verilen eğitimler de toplum için değer kaybetmiştir. Ebeveynler de bu kulaktan dolma görüş ve bilgilere güvenerek, çocuklarına aşı uygulanmasını reddetmektedir (Çetin ve Anuk, 2019). Bu görüş ve bilgiler şu şekildedir:

- Aşıların içinde çeşitli kimyasallar, antibiyotikler, alüminyum ve cıva gibi maddeler bulunur ve bu maddeler çocuklarda ciddi hastalıklara neden olabilir (healthlinkbc.ca).
- Aşılama işlemi yerine vücudun hastalıkla tanışması daha iyi bir bağışıklama işlemidir (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).
- Aşıları üreten firmalar bu uygulamayı ciddi bir gelir kaynağı olarak görmekte ve insan sağlığını göz ardı etmektedir (Smith, 2017).
- Aşıların ciddi yan etkileri mevcuttur ve bu yan etkiler çalışmalarla da desteklenmektedir (healthychildren.org).
- Bireyler dini ve felsefi açıdan önemli kimselerin söylediklerini dikkate almalıdır (Crescitelli ve ark., 2020).
- Çocuklar büyüme çağına oldukları için bağışıklık sistemleri henüz tam olarak gelişmemiştir ve aşılar da bu gelişimi engellemektedir (Signorelli ve ark., 2018).
- Tamamlayıcı ve alternatif tıp aşıdan daha etkili ve yan etki yönünden daha az zararlıdır (Saada ve ark., 2015).

Aşı tereddütü özellikle anneler tarafından oldukça fazla desteklenmektedir (Smith, 2018). Yapılan çalışmalar erkeklerin daha fazla tereddüt yaşadığını belirtse de, kadınlar çevresel baskı ve yönlendirmeden daha fazla etkilendiği için yanlış bilgilere daha çabuk inanmaktadırlar (Özceylan ve ark., 2020). Türk toplumunun kültür ve mirasları gereği çocuklar ve sağlıklarıyla anneler daha fazla ilgilenmektedir. Bu sebeple de aşı tereddütü yaşayan bireyler genel anlamda anneler olmaktadır (<https://www.pri.org>). Günümüzde anneleri bu duruma iten değişik etkenler vardır. Sosyal medya platformlarında oluşturulan grup ve paylaşımlar bu durumun en büyük sebeplerindedir. Propagandalar anneler için büyük tehdit oluşturmaktadır. Hatta 2017'de Avustralya'da yapılan bir çalışma da aşı tereddütü yaşayan ve aşılama reddeden ebeveynler, aşılama çocukları "Sağlıksızlar" olarak adlandırmıştır (Atwell ve ark., 2018). Ülkemizde yaşanan bir olayda ise 2015 yılında Ordu'da bir savcı ikiz çocuklarına aşı yaptırmayı reddetmiş ve hakkında aile sağlık ve sosyal il müdürlüğü tarafından dava açılmıştır. Davaya göre baba çocuklarının sağlıklarında ihmal yapmış ve

yaşamlarını tehlikeye atmıştır. Fakat baba da bu suçlamaya karşı bireysel hak ihlali ve onam olma zorunluluğu nedeniyle dava açtı. Davayı savcı baba kazandı ve bu durum medya da çok geniş yer buldu. Gazeteler ve televizyonlar aşı reddi için oldukça ciddi iddia ve söylemlerde bulundu. Ebeveynler de hem yaşanan olaydan hem de medya da geniş yer bulan aşı tereddütünü desteklemeye başlamıştır (Bozkurt, 2018). Geçmiş yüzyılda başlayan aşılama günümüz koşullarında her geçen gün daha da yayılmaktadır. Ancak bazı kişi, topluluk ve kurumlar aşılama hareketinin yanlış olduğunu veya doğru yönetilemediğini savunmaktadır (Hendrix ve ark., 2016). Bu durum da bazı toplumlarda ve bölgelerde aşı tereddütünü ortaya çıkarmaktadır. Aşı tereddütünü etkileyen diğer bir etken de dini ve felsefi kişiler, gruplar ve söylemlerdir. Geçtiğimiz yüzyılda aşı uygulamaları dini liderler tarafından onaylanmış ve özellikle çocukların aşılama desteklenmiştir. Bu durum hala devam etmesine rağmen bazı bölgelerde aşılama, dini liderler tarafından desteklenmemektedir. Dini liderlerin aşılama reddetmelerinin nedenleri olarak fetüs dokusundan ve hayvan deneylerinden elde edilen jelatin kullanımı olduğu belirtilmiştir. Özellikle Amerika ve Avustralya gibi gelişmiş ülkelerde dini liderlerin veya toplulukların aşılama karşıtı söylemleri bulunmaktadır (Wombwell ve ark., 2015). Hatta bu bölgelerde aşılama muafiyeti denen bir durum söz konusudur. Anaokullarından başlayan bu durum her geçen gün daha büyük bir çevreye yayılmıştır. Örneğin Amerikan anaokullarında aşılama muafiyetinden bahsedilmekte ve anaokullarıyla birlikte 46 eyalette aşı muafiyetinin elde edilmesi “kolay” olarak kabul edilmektedir (Hendrix ve ark., 2016). Williams ve ark. (2019) yaptıkları bir çalışmada dini liderlerin %50’si aşı muafiyet yasalarının olması gerektiğini savunmuştur. Yine aynı çalışmada dini liderlerin %29’u fetal hücre kökenli aşılama doğru bulurken, %48’i bu duruma karşı çıkmaktadır. McDuffie (2020) yaptığı çalışmada Amerika’da bulunan dini liderlerin aşı tereddütü ve reddi için geçerli gerekçeler öne sürmediklerini, sadece aşı reddi için propaganda yaptıklarını belirtmiştir. Buttenheim ve ark. (2018) Amerika’da yaptığı bir çalışmada Kaliforniya’da eyalet çapında aşı tereddüt oranı 2013’te %3.1 olarak belirtilmiştir. Çalışmanın devamında çalışma politikasında yapılan bir değişiklik ile bu oranın 2014’te %2.5’e ve ardından da 2015’te %2.3’e düştüğü belirtilmiştir. Wombwell ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada Amerika Birleşik Devletleri’nde 2000 yılından sonra Kızamık aktivitesinde artış gözlemlendiğini belirtmiştir. Bunun sebebinin ise aşılama yapılmayan bireylerde Kızamık görülmesi olarak açıklanmıştır. Bu kişiler genel anlamda dini ve felsefi güdülere dayanarak aşılama reddetmiştir. Krok-Schoen ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada Amerika Birleşik Devletleri’nin Ohio eyaletinde yaşayan ebeveynlerin aşı davranışlarını incelemişlerdir. Çalışmaya göre katılımcıların %47’si ebeveynlerin çocuklarının aşılama kararlarında söz sahibi olmak istediklerini belirtmişlerdir. Azizi ve ark.

(2017) yaptıkları çalışmada Malezya’da farklı dinlere mensup bireylerin aşı tereddüt durumlarını incelemişlerdir. Çalışma sonuçlarına göre aşı tereddütü için çeşitli etkenler olduğu belirtilmiştir. Müslüman ebeveynlerin ise %7.9’u çocuklarının aşılama konusunda tereddüt yaşarken, %3.2’si de çocukları için aşılama reddetmişlerdir.

SONUÇ

Aşı geçen yüzyıldan itibaren çok güçlü bir halk sağlığı gelişmesidir. Çeşitli hastalıklar ve belirtiler aşılama ile kontrol altına alınabilmektedir. Günümüzde yaşamış olduğumuz COVID-19 pandemisi de aşılama önemini bir kez daha bütün insanlığa hatırlatmıştır. Bu duruma rağmen çeşitli nedenlerden dolayı ebeveynler çocuklarının aşılama konusunda tereddütler yaşamaktadır. Ülke politikaları ve aşılama uygulanma yolları ve koşullarının iyileştirilmesi ebeveynlerin aşı tereddütünün azalmasına yardımcı olacaktır. Sağlık çalışanlarının ebeveynlere danışmanlık yapması aşı tereddütünün azalmasına veya ortadan kalkmasına katkı sağlayacaktır. Aşı tereddütü yaşayan aileler ile toplumsal olarak mücadele verilmeli ve ebeveynlerin farkındalıkları artırılmalıdır. Aşı ve etkileri ile ilgili bilimsel çalışmalar artırılmalı ve bu sonuçlar kitle iletişim araçları ile toplumun eğitim seviyesine uygun olacak şekilde sunulmalıdır. Aşı tereddütü yaşayan ebeveynler ile nitel ve nicel çalışmalar yapılmalıdır. Çalışma sonuçları ile çözüm önerileri geliştirilmeli ve sağlık çalışanları tarafından grup eğitimleri planlanması önerilmektedir.

Teşekkür

Çıkar çatışması beyanı

Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Yazar katkıları

Yazının ortaya çıkması ve sürdürülmesine katkıda

bulunma: YT, GT

Plan, tasarım: GT

Finansman: Bulunmamaktadır.

Materyal: -

Literatürün gözden geçirilmesi: GT, YT

Kaleme alma ve düzeltmeler: GT, YT

Kontrol etme ve gözden geçirme: GT, YT

Kurumsal ve finansal destek beyanı

Kurumsal ve finansal destek yoktur.

KAYNAKLAR

- Anuk, Ö. & Çetin, C. (2019). Sosyal Politika Bakış Açısı İle Sürdürülebilir Toplum Sağlığı İçin Ebeveynlerin Aşı Kararları. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(1),74-96.
- Aşı Konusunda Yaşanan Tereddütler, Aşı Reddi ve Aşı Karşıtlığı Konusunda Etik Kurul Görüşü. (2018). Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/makale_goster.php?Guid=c21adfbce1e4-11e8-b159-336a7b2d6c99 Erişim Tarihi: 28.07.2020.

- Attwell, K., Smith, D. T., & Ward, P. R. (2018). 'The Unhealthy Other': How vaccine rejecting parents construct the vaccinating mainstream. *Vaccine*, 36(12), 1621–1626. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.01.076>
- Berry, N. J., Henry, A., Danchin, M., Trevena, L. J., Willaby, H. W., & Leask, J. (2017). When parents won't vaccinate their children: a qualitative investigation of Australian primary care providers' experiences. *BMC Pediatrics*, 17(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0783-2>
- Black, S., & Rappuoli, R. (2010). A crisis of public confidence in vaccines. In *Science Translational Medicine* (Vol. 2). <https://doi.org/10.1126/scitranslmed.3001738>
- Bozkurt, H. B. (2018). Aşı Reddine Genel Bir Bakış ve Literatürün Gözden Geçirilmesi. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 8(1), 71-76. <https://doi.org/10.5505/kjms.2018.12754>
- Buttenheim, A. M., Jones, M., Mckown, C., Salmon, D., & Omer, S. B. (2018). Conditional admission, religious exemption type, and nonmedical vaccine exemptions in California before and after a state policy change. *Vaccine*, 36(26), 3789–3793. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.05.050>
- Costa-Pinto, J. C., Willaby, H. W., Leask, J., Hoq, M., Schuster, T., Ghazarian, A., O'Keefe, J., & Danchin, M. H. (2018). Parental Immunisation Needs and Attitudes Survey in paediatric hospital clinics and community maternal and child health centres in Melbourne, Australia. *Journal of Paediatrics And Child Health*, 54(5), 522–529. <https://doi.org/10.1111/jpc.13790>
- Diaz Crescitelli, M. E., Ghirotto, L., Sisson, H., Sarli, L., Artioli, G., Bassi, M. C., Appicciutoli, G., & Hayter, M. (2020). A meta-synthesis study of the key elements involved in childhood vaccine hesitancy. *Public Health*, 180, 38–45. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.10.027>
- Dubé, E., Gagnon, D., Ouakki, M., Bettinger, J. A., Wittman, H. O., MacDonald, S., Fisher, W., Saini, V., Greyson, D., & Canadian Immunization Research Network (2018). Measuring vaccine acceptance among Canadian parents: A survey of the Canadian Immunization Research Network. *Vaccine*, 36(4), 545–552. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.12.005>
- From measles to the flu, more Turkish parents are saying no to vaccines. (2019). Erişim adresi: <https://www.pri.org/stories/2019-07-26/measles-flu-more-turkish-parents-are-saying-no-vaccines> Erişim Tarihi: 28.07.2020.
- Gesser-Edelsburg, A., Walter, N., Shir-Raz, Y., Sassoni Bar-Lev, O., & Rosenblat, S. (2017). The behind-the-scenes activity of parental decision-making discourse regarding childhood vaccination. *American Journal Of Infection Control*, 45(3), 267–271. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2016.10.009>
- Gilbert, N. L., Gilmour, H., Wilson, S. E., & Cantin, L. (2017). Determinants of non-vaccination and incomplete vaccination in Canadian toddlers. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 13(6), 1–7. <https://doi.org/10.1080/21645515.2016.1277847>
- Global Vaccine Action Plan. (2014). Erişim adresi: https://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/gvap_secretariat_report_2014.pdf?ua=1 (Erişim Tarihi: 28.07.2020).
- Gulgun, M., Fidanci, K., Karaoglu, A., Gunes, O., Kesik, V., Altun, S. ve Saldır, M. (2014). Investigation of 0-24 months vaccination status in children applied to pediatric outpatient clinic in a Military Hospital. *Gulhane Medical Journal*, 56(1), 13. <https://doi.org/10.5455/gulhane.34179>
- Gür E. (2019). Vaccine hesitancy - vaccine refusal. *Türk pediatri arsivi*, 54(1), 1–2. <https://doi.org/10.14744/TurkPediatriArs.2019.79990>
- Hausman, B. L., Ghebremichael, M., Hayek, P., & Mack, E. (2014). 'Poisonous, filthy, loathsome, damnable stuff': the rhetorical ecology of vaccination concern. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 87(4), 403–416.
- Hendrix, K. S., Sturm, L. A., Zimet, G. D., & Meslin, E. M. (2016). Ethics and Childhood Vaccination Policy in the United States. *American Journal Of Public Health*, 106(2), 273–278. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302952>
- Immunization coverage. (2020). Erişim adresi: <https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/immunization-coverage> (Erişim Tarihi: 28.07.2020).
- Immunizations. (2019). Erişim adresi: <https://www.healthlinkbc.ca/health-topics/immun> (Erişim Tarihi: 28.07.2020).
- Improving vaccination demand and addressing hesitancy. (2020). Erişim adresi: https://www.who.int/immunization/programmes_systems/vaccine_hesitancy/en/ (Erişim Tarihi: 28.07.2020).
- Krok-Schoen, J. L., Bernardo, B. M., Weier, R. C., Peng, J., Katz, M. L., Reiter, P. L., Richardson, M. S., Pennell, M. L., Tatum, C. M., & Paskett, E. D. (2018). Belief About Mandatory School Vaccinations and Vaccination Refusal Among Ohio Appalachian Parents: Do Demographic and Religious Factors, General Health, and Political Affiliation Play a Role?. *The Journal of rural health: official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*, 34(3), 283–292. <https://doi.org/10.1111/jrh.12285>
- Larson, H. J., de Figueiredo, A., Xiahong, Z., Schulz, W. S., Verger, P., Johnston, I. G., Cook, A. R., & Jones, N. S. (2016). The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. *EBioMedicine*, 12, 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2016.08.042>
- Larson, H. J., Jarrett, C., Eckersberger, E., Smith, D. M., & Paterson, P. (2014). Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007-2012. *Vaccine*, 32(19), 2150–2159. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.01.081>
- Leask, J., Kinnersley, P., Jackson, C., Cheater, F., Bedford, H., & Rowles, G. (2012, September 21). Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. *BMC Pediatrics*. BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-12-154>

- Leib, S., Liberatos, P., & Edwards, K. (2011). Pediatricians' experience with and response to parental vaccine safety concerns and vaccine refusals: a survey of Connecticut pediatricians. *Public Health Reports* (Washington, D.C.: 1974), 126 Suppl 2, 13–23. <https://doi.org/10.1177/00333549111260S203>
- Luyten, J., Bruyneel, L., & van Hoek, A. J. (2019). Assessing vaccine hesitancy in the UK population using a generalized vaccine hesitancy survey instrument. *Vaccine*, 37(18), 2494–2501. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.03.041>
- McDuffie, D. C. (2020). Sacred immunity: religion, vaccines, and the protection of public health in America. *Journal of Public Health (Germany)*. <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01254-7>
- Mohd Azizi, F. S., Kew, Y., & Moy, F. M. (2017). Vaccine hesitancy among parents in a multi-ethnic country, Malaysia. *Vaccine*, 35(22), 2955–2961. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.04.010>
- Mohd Azizi, F. S., Kew, Y., & Moy, F. M. (2017). Vaccine hesitancy among parents in a multi-ethnic country, Malaysia. *Vaccine*, 35(22), 2955–2961. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.04.010>
- Özceylan, G., Toprak, D., & Esen, E. S. (2020). Vaccine rejection and hesitation in Turkey. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 16(5), 1034–1039. <https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1717182>
- Özer, M., Fidrmuc, J., & Eryurt, M. A. (2018). Maternal education and childhood immunization in Turkey. *Health Economics*, 27(8), 1218–1229. <https://doi.org/10.1002/hec.3770>
- Peretti-Watel, P., Larson, H. J., Ward, J. K., Schulz, W. S., & Verger, P. (2015). Vaccine hesitancy: clarifying a theoretical framework for an ambiguous notion. *Plos Currents*, 7. <https://doi.org/10.1371/currents.outbreaks.6844c80f9f5b273f34c91f71b7fc289>
- Peretti-Watel, P., Ward, J. K., Vergelys, C., Bocquier, A., Raude, J., & Verger, P. (2019). 'I Think I Made The Right Decision ... I Hope I'm Not Wrong'. Vaccine hesitancy, commitment and trust among parents of young children. *Sociology Of Health & Illness*, 41(6), 1192–1206. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12902>
- Rozbroj, T., Lyons, A., & Lucke, J. (2019). Psychosocial and demographic characteristics relating to vaccine attitudes in Australia. *Patient education and counseling*, 102(1), 172–179. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.027>
- Saada, A., Lieu, T. A., Morain, S. R., Zikmund-Fisher, B. J., & Wittenberg, E. (2015). Parents' choices and rationales for alternative vaccination schedules: a qualitative study. *Clinical Pediatrics*, 54(3), 236–243. <https://doi.org/10.1177/0009922814548838>
- Sadaf, A., Richards, J. L., Glanz, J., Salmon, D. A., & Omer, S. B. (2013). A systematic review of interventions for reducing parental vaccine refusal and vaccine hesitancy. *Vaccine*, 31(40), 4293–4304. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2013.07.013>
- Sandhofer, M. J., Robak, O., Frank, H., & Kulnig, J. (2017). Vaccine hesitancy in Austria: A cross-sectional survey. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 129(1-2), 59–64. <https://doi.org/10.1007/s00508-016-1062-1>
- Signorelli, C., Odone, A., Cella, P., & Iannazzo, S. (2018). Childhood vaccine coverage in Italy after the new law on mandatory immunization. *Annali Di Igiene : Medicina Preventiva E Di Comunita*, 30(4 Supple 1), 1–10. <https://doi.org/10.7416/ai.2018.2227>
- Smith T. C. (2017). Vaccine Rejection and Hesitancy: A Review and Call to Action. *Open Forum Infectious Diseases*, 4(3), ofx146. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofx146>
- Smith, P. J., Humiston, S. G., Marcuse, E. K., Zhao, Z., Dorell, C. G., Howes, C., & Hibbs, B. (2011). Parental delay or refusal of vaccine doses, childhood vaccination coverage at 24 months of age, and the Health Belief Model. *Public Health Reports* (Washington, D.C. : 1974), 126 Suppl 2, 135–146. <https://doi.org/10.1177/00333549111260S215>
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2018). Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf Erişim Tarihi: 28.07.2020.
- Vaccine hesitancy determining the scale of the challenge. (2016). Erişim adresi: https://www.who.int/immunization/research/forums_and_initiatives/2_SGoldstein_VH_Determining_Scale_challenge_gvirf16.pdf?ua=1 Erişim Tarihi: 28.07.2020.
- Vaccine Safety: Examine the Evidence. (2018). Erişim adresi: <https://www.healthychildren.org/English/safety-prevention/immunizations/Pages/Vaccine-Studies-Examine-the-Evidence.aspx> Erişim Tarihi: 28.07.2020.
- What's in Vaccines?. (2019). Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/vaccines/vac-gen/additives.htm> (Erişim Tarihi: 28.07.2020)
- Williams, J., Rice, J., Cox-Martin, M., Bayliss, E. A., & O'Leary, S. T. (2019). Religious Vaccine Exemptions in Kindergartners: 2011-2018. *Pediatrics*, 144(6), e20192710. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2710>
- Wombwell, E., Fangman, M. T., Yoder, A. K., & Spero, D. L. (2015). Religious barriers to measles vaccination. *Journal of community health*, 40(3), 597–604. <https://doi.org/10.1007/s10900-014-9956-1>
- Yaqub, O., Castle-Clarke, S., Sevdalis, N., & Chataway, J. (2014). Attitudes to vaccination: a critical review. *Social Science & Medicine*, 112, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.04.018>
- Yüksel, G. H., & Topuzoğlu, A. (2019). Aşı redlerinin artmasına bağlı aşılanma oranlarındaki düşme ve aşı karşıtlığını etkileyen faktörler – güncel bir gözden geçirme. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 4(2), 244–258. <https://doi.org/10.35232/estudamhsd.525983>



Hormonlar ya da Hormon Benzeri Maddeler ve Kalıntılarının Veteriner Hekimliğindeki Önemi

Hasan SUSAR ¹, Çağla ÇELEBİ ¹, Murat ÇELEBİ ¹, İzzet KARAHAN ¹

¹ Balıkesir Üniversitesi, Veteriner Fakültesi, Farmakoloji ve Toksikoloji Anabilim Dalı

Geliş Tarihi / Received: 08.07.2021, Kabul Tarihi / Accepted: 13.08.2021

ÖZ

Dünya’da insan popülasyonunun günden güne artış göstermesiyle birlikte hayvansal gıdalara duyulan talep bununla doğru orantılı olarak artmaktadır. Bilhassa sığır üretiminde hayvanlarda canlı ağırlık artışı, yemden en yüksek düzeyde faydalanabilme ve vücut kas doku oranının artırılıp, yağ doku miktarının en az düzeyde olmasını sağlamak için anabolik etkili ilaçların (maddelerin) kullanımı gündeme gelmiştir. 17β-östradiol, progesteron ve testosteron gibi doğal steroidler ile bunların sentetik türevleri olan zeranol, melengestrol asetat, trenbolon asetat gibi hormonal maddeler ve β2-adrenerjik reseptör uyarıcıları olarak bilinen klenbuterol, salbutamol, simetarol gibi maddeler, vitamin ve mineral maddeler, arsenik gibi bileşikler tek başına ya da kombine bir şekilde hayvanlarda gelişmeyi artırıcı/hızlandırıcı amaçla kullanılmaktadır. Doğal veya sentetik hormonlar ve hormonal etkili ilaçların tüketici sağlığına olan potansiyel zararları dikkate alındığında, hayvanlarda ve hayvansal kaynaklı gıdalarda, hayvanların tükettikleri yemlerde kalıntılarının güvenilir biçimde analiz edilmesi gereklidir. Bu amaçla; öncelikle analiz için uygun analitik metotların bulunması ve optimize edilmesiyle validasyonunun yapılması şarttır. Bu derlemede hormon veya hormonal etkiye sahip maddelerin gıda üretimi için yetiştirilen çiftlik hayvanlarının gelişimlerini arttırmak amacıyla kullanımları, hayvanlardan elde edilen ürünlerdeki kalıntılarının tüketici açısından potansiyel zararlı etkileri ve kalıntı miktarlarıyla, kalıntılarının tespit edilmesinde kullanılan analiz metotlarıyla ilgili bilgiler yer almaktadır.

Anahtar kelimeler: Hormon, Kalıntı, Steroid.

The Importance of Hormones or Hormon-Like Materials and Their Residues in Veterinary Medicine

ABSTRACT

The need for animal food is increasing day by day with the rapid increase in the world population. Especially in cattle breeding, the use of anabolic substances to raise the body weight, increase the weight of the muscle tissue and the body weight. 17β-eustradiol, natural steroids such as progesterone and testosterone, as well as their synthetic derivatives such as zeranol, melengestrol acetate, trenbolon acetate, and substances such as clenbuterol, salbutamol, cimetarole, known as β2-adrenergic receptor stimulants, vitamins and mineral substances, and compounds such as arsenic are used alone or in combination to increase development/accelerator in animals. Considering the potential harms of natural or synthetic hormones and hormonally effective drugs to consumer health, it is necessary to reliably analyze their residues in animals and foods of animal origin and in the feed consumed by animals. In this review, the use of hormone and hormone-like substances in order to increase the growth of the food obtained from the animals, the main effects of the residues in the food obtained from the animals used in the hormone and the amounts of the human health and the interest in the analysis methods used to determine the residues are presented.

Keywords: Hormone, Residue, Steroid.

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Hasan SUSAR, Balıkesir Üniversitesi, Veteriner Fakültesi, Farmakoloji ve Toksikoloji Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

E-mail: hasan.susar@balikesir.edu.tr

Bu makaleye atıf yapmak için / Cite this article: Susar, H, Çelebi, H, Çelebi, M, Karahan İ. (2021). Hormonlar ya da Hormon Benzeri Maddeler ve Kalıntılarının Veteriner Hekimliğindeki Önemi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2),205-213. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.966408>

©Copyright 2021 by the Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.



BAUN Sağ Bil Derg 2021 OPEN ACCESS <https://dergipark.org.tr/pub/balikesirsbd>

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

GİRİŞ

Dünya nüfusunun artması, yaşam tarzlarının değişmesi ve standartların günden güne artması ile birlikte yüksek miktarda ve kalitede, hayvansal besinlerin üretilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu ihtiyacı karşılamak için, yem katkı maddelerinin, hormon etkisine sahip maddelerin, antibiyotiklerin ve iyonoforların kullanılması, hayvanların genetik özelliklerinin artırılması bakım ve beslenme şartlarının iyileştirilmesi gibi yöntemler önem kazanmaktadır (Kaya ve ark., 1997). Organizmada oluşan yıkım olaylarına katabolizma, yapım olaylarına anabolizma, her ikisinin toplamına ise metabolizma adı verilmektedir. Anabolizmayı diğer bir deyişle vücuttaki sentez olaylarını arttıran maddeler de “anabolik etkili” veya “anabolizan maddeler” olarak adlandırılmaktadır. Bunlar içerisinde hormonlar ve hormon benzeri etki yapan maddeler önemli bir yer tutmaktadır. Anabolizan maddeler, yemlerle alınan proteinlerin, vücutta kalma oranına katkıda bulunarak canlı ağırlık artışı sağlamaktadır. Bunlar hayvanların yemleri ve sularına katılabilen veya implante edilebilen farmasötik şekillerde kullanılmaktadırlar (Coşkun ve ark., 1998). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde hayvanlarda canlı ağırlık artışı sağlamak ve yemden yararlanmayı arttırmak amacıyla, 1947’de kanatlı yetiştiriciliğinde dietilstilbestrolle (DES) başlayan anabolik etkili maddelerin kullanımı ekonomik faydaları sebebiyle yaygınlaşmıştır (Şener, 1994).

Ülkemiz dahil olmak üzere dünyadaki diğer ülkelerde de büyük bir gider kalemi olan yemlerin maliyetini azaltmak ve yemlerden kalan artık ve fazla ürünleri değerlendirebilmek adına çeşitli araştırmalar yapılmış ve hala yapılmaktadır. Yemlerin esasını oluşturan hammadde kaynaklarının yetersiz gelmesi ve buna bağlı olarak fiyatlarının yükselmesi et üretiminde çözülmesi gereken bir problem olarak görülmektedir (Aras ve ark., 2000; Vandenberg ve Moccia, 1998).

Özellikle Kanada, İsveç, Norveç gibi gelişmiş kuşak ülkelerindeki bilim insanları beslenme problemlerinin çözümü için düşük enerjili gıdaların üretilmesine yönelmişlerdir. Bunun sebebi insanların tükettikleri etlerin kalorisinin düşük, miktarının ise çok olmasını istemeleridir. Tüketicilerin isteklerine karşılık olarak daha çok sığır, domuz ve koyun rasyonlarında hormon ve hormon etkine sahip maddelerin kullanılması gündeme gelmiştir. Bu maddelerin kullanılmasıyla hayvansal gıda üretiminde daha az yemle, daha fazla ürüne sahip olma olanağı sağlanmış ve bu hayvansal gıda üretiminde devrim sayılabilecek bir durum olarak değerlendirilmiştir (Dehaan ve ark., 1990; Dransfield, 1990; Keeton, 1994).

Hormon benzeri maddelerin doğal olarak temini çok zor olmaktadır. Örnek verilecek olursa bir gram tiroksin elde edebilmek için 700 tane koyun ve bir gram östrojen için 15-20 milyon adet domuz gerekmektedir. Bu açıdan düşünüldüğünde; temini güç olan maddelerin yem katkı maddesi olarak kullanılması çok pahalı olmaktadır. Dolayısıyla sentetik elde edilen benzeri maddeler kullanılmaktadır (Küçükersan, 1999).

ANABOLİK AJANLARIN SINIFLANDIRILMASI

Çiftlik hayvanlarında gelişmeyi artırıcı olarak kullanılan anabolikler kimyasal yapılarına göre; “Doğal endojen hormonlar, Anabolik steroidler ve Yapay (sentetik-nonsteroid) östrojenler” olmak üzere üç başlıkta incelenir. Doğal endojen hormonlar; östrojenler (östradiol ve türevleri), progesteron (progesteron vb.) ve androjenler (testosteron vb.)’dir. Anabolik-androjenik steroidler sentetik testosteron derivesi olup, bazıları anabolizan olarak uygulanır. Bunlar; 19- nortestosteron, 17- α alkiltestosteron, dihidrotestosteron ve androstenodion türevleri ile diğer türevlerdir. Sentetik nonsteroid östrojenler; DES, hekzestrol, dienestrol, etinilstandrol gibi maddelerdir. Ayrıca fitoöstrojenler (genistein gibi), mikoöstrojenler (zearelenon gibi) bulunmaktadır (Anonim (2), 1998; Liman, 1994; Kaya, 1991; Şener, 1994).

Doğal Hormonlar Androjenler

Testisin Leyding hücrelerinden salgılanan Testosteron başlıca androjenlerdir. Ergin insanlarda günlük T üretimi 7 mg, plazma düzeyi ise 5.6 ng/ml’dir. Testosterona ek olarak adrenal bezden Dihidroepiandrosteron (DHA) ve androstenedion; ovaryumdan yalnız androstenedion salgılanır. Androsteron, testosteronun aktivitesi az üriner eliminasyon formudur. Testosteronun görevleri iki grupta toplanabilir. Erkeklerde ikincil cinsiyet karakterlerin (penis, prostat ve seminal veziküllerin gelişmesi, seksüel içgüdü, ses değişikliği) oluşumu ve spermatogenezin aktivasyonu şeklinde özetlenebilen bu etkiler androjenik etki olarak bilinir. Diğer yandan, kanda protein olmayan azot artışı olmaksızın; protein biyosentezini ve pozitif azot dengesi oluşturarak dolaylı şekilde kas kütlelerini artırması da anabolizan etki olarak ifade edilir. Testosteron, bu etkilerini protein sentezini artırarak meydana getirir (Liman, 1994; Kaya, 1991; Şener, 1994).

Östrojenler

Başta ovaryum olmak üzere testis, plasenta ve böbrek üstünden salgılanan dişi cinsiyet hormonlarıdır. Kimyasal yapı yönünden 19 norandrosteron türevleri olan östrojenlerin memelilerde başlıca şekli östradioldür. Testosteronun metabolik derivesi olan östrojenlerin fizyolojik ve farmakolojik sınırları arasında kesin bir çizgi yoktur. Östrojenler dişi genital sistem ve sekonder cinsiyet karakterlerinin oluşumu ve sürekliliğinden sorumludur. Meme bezleri ve süt kanallarının gelişmesi, protein anabolizması uyarılması (anabolizan etki), hipotermi, osteoblastların uyarılması, hematopoezin inhibisyonu ve meduller aplazi diğer etkileridir (Şener, 1994; Webb ve ark., 2003).

Östrojen Benzeri Maddeler

Östrojen benzeri maddelerin bitkilerde bulunan şekilleri Fito-mikoöstrojenler olarak isimlendirilirler. Fito-mikoöstrojenler çeşitli alt sınıflara kaynaklarına göre ayrılırlar. Bunlar; lignanlar, koumestanlar, izoflavonlar, stilbenler ve zearelenon olmak üzere beş başlık altında ele alınabilir (Cornwell ve ark., 2004; Magee ve Rowland, 2004; Wilson ve Temple, 2001).

İzoflavonlar

En fazla fitoöstrojenik etkisi bulunan izoflavonlar; genistein, glisitein, daidzein'dir. Genistein, vücutta östrojen reseptörü beta (ER β)'yla etkileşime geçtiğinde, normal östrojen gücünün 1/3'ü kadar etki gösterir ve endometriyum, ovaryum, göğüs, vasküler dokularda, kemik dokularda ve prostatta östrojen benzeri etkiler yapmaktadır. Birçok kuru baklagilde olmasına rağmen en çok soya fasulyesinde bulunmaktadır (Cornwell ve ark., 2004; Wilson ve Temple, 2001).

Stilbenler

Fitoöstrojenik etkili stilbenlerin ana kaynağı kırmızı şarap ve yer fıstığıdır. Kırmızı şaraptaki stilben resveratrol'dur. Bu madde üzümün et kısmından ziyade kabuk kısmında bulunur. Biyoyararlanımı yüksek olup; yararlı farmakolojik ve fizyolojik etkileri vardır. İnsan ve hayvan vücudunda antioksidan görevi görmektedir. Ayrıca nitrik asit üretimine katkıda bulunarak, platelet agregasyonunu önlemektedir. Kalp koruyucu etkisi ise; yüksek dansiteli lipoprotein (High Density Lipoprotein, HDL) seviyelerini arttırmasına bağlanmaktadır (Cornwell ve ark., 2004; Wilson ve Temple, 2001).

Lignanlar

Fitolignanlar keten tohumu, tam buğday tanesi, sebzeler, bazı meyveler ve çayda yüksek miktarlarda bulunur. Antioksidan, antitümorojenik, az östrojenik ve östrojenik olmayan etkileri vardır. Bitkisel lignanlar, bitkilerde buldukları halleri ile aktif östrojenler değildirler. Sadece bağırsak florasında metabolize olmalarıyla östrojenik etki sağlanmaktadır (Begum ve ark., 2004; Clavel ve ark., 2006; Kitts ve ark., 1999).

Koumestanlar

Koumestanlar sayıca çok olmasına karşın çok azı östrojenik aktivite gösterir. Bunlardan sadece koumestrol östrojenik aktivitelidir. Koumestrol bütün bitkisel östrojenler içerisinde en fazla östrojenik etkisi bulunanıdır. İzoflavonlardan 30-100 kat daha fazla östrojenik aktiviteli, endojen östrojen östradiolden 10-20 kat daha düşük düzeyde aktivite gösterebilir (Albertazzi ve Purdie, 2002; Boker ve ark., 2004; Konar ve ark., 2011).

Zearalenon

Zearalenonun tam olarak tanımlanması aflatoksinlerin bulunmasıyla mikotoksinler üzerine çok yönlü çalışmaların yoğunlaştığı 1960'lı yıllara rastlamaktadır. Önce F-2 olarak tanımlanan bu pseudoöstrojenin kimyasal yapısı belirlendikten sonra zearalenon olarak isimlendirilip sentezle çok sayıda türevi elde edilmiştir. Östrojenik özellikte bir mikotoksin olan zearalenon çeşitli *Fusarium* türleri tarafından oluşturulmaktadır. Zearalenon üreten mantar türleri içerisinde *Fusarium roseum*, *Fusarium tricinctum*, *Fusarium moniliforme*, *Fusarium oxysporum*, *Fusarium avenaceum*, *Fusarium nivale* ve *Fusarium sambucinum* bulunmaktadır. Bunlar içinde en iyi bilineni Gibberella adı verilen *Fusarium roseum*'dur. Zearanol ve zearalenon her ikisi de β -rezorsilik asit laktone (RAL) yapısındadırlar (Özkaya ve Aşkın, 1994; Sundlof ve Strickland, 1985).

Progestagenler

Fizyolojik progestagen olan progesteron sarı cisim, plasenta ve adrenal bezlerden sentezlenmektedir. Kimyasal yapısı prignan türevi bir steroiddir. Progesteron türüne göre antiandrojenik ve androjenik etki gösterir (Şener, 1994).

ANABOLİZAN STEROİDLER

Doğal androjenlerin sentetik türevleri bu bileşikler 19-nortestosteron ve türevleridir. Testosteron molekülüne farklı pozisyonlarda grupların çıkarılması-eklenmesiyle elde edilen bu bileşiklerin androjenik etkilerine göre anabolik etkileri daha belirgindir (Şener, 1994).

Erkeklerde steroid maddelerin kullanımı sonucu; testislerde atrofi, kellik, akne ve jinekomasti gibi olumsuz etkiler görülebilmektedir. Kadınlarda ise; seste kalınlaşma, yüzde kıllanma, kliteromegali gibi olumsuzluklar meydana gelebilmektedir. Hem erkek hem de kadınlarda kullanımı; kalp krizi, kardiyak aritmi infertilite, infarktüs, karaciğer yetmezliği gibi önemli istenmeyen durumlara sebep olur. Ayrıca, anabolik androjenik steroid alımına bağlı hipomani, psikoz, sinirlilik, depresyon, gibi durumlar görülebilmektedir (Kanayama ve ark., 2010; Wood, 2008).

Trenbolon Asetat (TBA)

TBA; sentetik bir maddedir ve 9-nortestosteron türevi androjenik-anabolik bir maddedir. Proteinlerin sentezini artırıp ve yıkılmasını azaltarak vücudun net kas protein depolanmasına katkıda bulunur. TBA yalnız ve östradiol-17 β 'yla kombine kullanınca, tiroksin hormonu salıverilmesi ve seviyesini azaltıcı etki göstermektedir. Bu durum, enerji kaybı oluşturan bir hormonun seviyesinin azalmasına yol açmakta ve gelişmenin hızlanmasıyla sonuçlanmaktadır (Apple ve ark., 1991; Hsu Sheckerlin ve Henion, 1988).

Melengosterol Asetat (MGA)

MGA, anabolik olarak iğdiş danelerde etkili değildir. Dövelerde daha yaygın kullanılmaktadır. Bunun sebebi yumurtalıkları gelişmiş dövelerde 2-3 haftada gelişen foliküllerden östrojen salıvermesiyle ilgili olduğu düşünülür. (Kaya ve ark., 2013; McLean ve ark., 1997).

YAPAY ÖSTROJENLER

Doğal östrojenlere benzer, fakat steroid olmayan bu sentetik türevlerin başlıca temsilcisi Dietilstilbestrol (DES)'dür. Doğal ve diğer sentetik östrojenlere oranla metabolizması çok yavaştır. Bir kez uygulamadan sonra bile organizmada varlığı tespit edilebilir. DES'in kullanım süresi arttıkça; meme tümörü, kız çocuklarında serviko-vajinal kanser görülme oranında artış olduğu tespit edilmiştir. Gebelikte kullanımında; doğan kız ve erkek çocuklarda bağışıklık sistemi yetersizlikleri, üreme problemleri ve psiko-seksüel etkiler olduğu bildirilmiştir. 1979'da İtalya'da dana etli bebek mamalarında DES kontaminasyonu tespit edilmiştir. Ette bulunan DES kontaminasyonu önemsiz olduğu öne sürülse de 1979'da Amerika, 1988'de Avrupa'da hayvanlarda DES kullanımı yasaklanmıştır (Şener, 1994; Sillence, 2004; Zhang ve ark., 2008).

GELİŞMEYİ HIZLANDIRICI DİĞER MADDELER

Hayvanlarda gelişmeyi hızlandırıcı, büyümeyi artırıcı kullanılan; β 2-adrenerjik reseptör uyarıcıları, arsenik, vitamin ve mineral maddeler ile enzimler ve probiyotikler gibi hormon yapıda olmayan maddelerdir (Kaya ve ark., 2013; Yıldırım ve ark., 2016).

β 2 - Adrenerjik Reseptör Uyarıcıları

β 2-adrenerjik reseptör uyarıcıları; simetamol, salbutamol ve klenbuterol'dür. Bazıları β 3 olarak da ifade edilen ve yağ dokusunda dağılım gösteren β 2-adrenerjik reseptörlere olan etkileriyle gelişimi artırıcı maddeler olarak kullanılırlar. Yağlar parçalandığında açığa çıkan enerji kas kitlesinin oluşturulmasında kullanılır. Ayrıca, vücutta azot tutulmasına katkıda bulunarak, protein sentezinin artmasını sağlarlar. Kan akımını artırmaları neticesinde vücut ısısının yükselmesiyle ısı gerilimine karşı dayanıklılığın artmasını da sağlarlar. Yağ dokusuna giden kan akımını da artırır. Klenbuterol hem veteriner hekimlik hem de beşeri hekimlikte kullanılmaktadır. İnsanlarda bronkodilatatör amaçla, veteriner hekimlikte bronkodilatatör ve tokolitik olarak kullanılır (Bostedt, 1988; Kaya ve ark., 2013; Weisbach ve ark., 1986).

Arsenik

Bazı organik arsenik bileşikleri (arsenik asit, p-aminofenil arsenik asit, sodyum arsenilat, 3-nitro-4-hidroksifenil arsenik asit vb) daha çok domuzlar ve kanatlılarda gelişmeyi hızlandırıcı amaçla kullanılmıştır. Arsenik bileşiklerinin etki şeklinin ne olduğu net olarak bilinmemekte, bağırsak florasına olan yararlı etkilerinden ileri geldiği düşünülmektedir (Kaya ve ark., 2013; Yıldırım ve ark., 2016).

Vitamin ve Mineral Maddeler

Hayvanların rasyonlarına az oranda eklenen vitamin A, kobalt, bakır gibi maddeler yemden yararlanmayı artırarak gelişimin hızlanmasına yardımcı olurlar. Özellikle vitamin A et sığırlarının rasyonlarına günlük olarak 20.000 IU katılması yemden yararlanmayı %10, canlı ağırlık kazancını ise %16-18 civarında artırdığı tespit edilmiştir (Kaya ve ark., 2013).

Enzimler ve Probiyotikler

Sindirilmesi zor olan yemlerden faydalanmayı artırmak için kullanılan maddelerdir. *Trichoderma reesei*, *Trichoderma viride* ve *Aspergillus niger* gibi mantarlar ya da *Bacillus subtilis*'den üretilen selüloz, proteazlar, amilaz, lipazlar, fitazlar, pektinaz gibi polisakkaridazların özellikle kanatlı hayvanlar tarafından sindirimi olmayan polisakkaritlerin bağırsak ortamında parçalanarak yemlerin enerji değerinin artırılması amacıyla kullanımı geniş bir uygulama oluşturmuştur (Kırkpınar, 2018).

HORMON ETKİSİNE SAHİP

BÜYÜME AJANLARININ ETKİ MEKANİZMASI

Hormon etkisine sahip büyüme ajanları, hücre sitoplazmasında bulunan reseptörleri doğrudan ya da dolaylı uyararak vücutta enzim gibi amaçlı veya vücudun büyümesi ve gelişmesine katkıda bulunan kas gibi amaçsız protein sentezini artırmaktadırlar. Bu

maddelerin protein sentezini artırmadaki etkilerinin mekanizması net bir şekilde bilinmemekle birlikte; mRNA miktarı, nitrojen tutum oranının artışı, aminoasit transportu ve α -amino nitrojen emilimini artırmak neticesinde olabileceği düşünülmektedir (Kaya ve ark., 1997; Squires ve ark., 1993). Büyümeyi artıran maddeler; vücutta insülin salınımını önleyerek ve cAMP reaksiyonlarını etkinleştirip yağ dokuda yağ asitlerinin ayrışmasını uyararak glikoz yerine yağların kullanılmasını sağlarlar. Diğer bir ifadeyle; kanda şeker miktarını artırıp, kasların glikoz kullanımını azaltarak etki yaparlar (Etherton ve Landeu, 1992; Yetim ve Aras, 1995). Bilhassa; hormonal aktivite gösteren büyüme ajanlarından olan androjenik-anabolik etkili ajanlar eritropoietin üretiminin artmasına ve kemik iliğindeki kan üretim merkezlerinin uyarılmasıyla kan yapımını da artırmaktadırlar (Farber, 1991).

FARMASOTİK ŞEKİLLERİ VE UYGULAMA YOLLARI

Hormon etkisine sahip büyüme ajanı kullanımından istenilen faydanın alınabilmesi için haftalarca veya aylarca, bu maddelerin kandaki yoğunluğunu belli bir eşik değer seviyesinde bulunması gerekmektedir. Büyüme ajanı aktifleştirdiği seçkin reseptör yoğunluğu ile orantılı olan bu eşik değer, çoğunlukla birbirine benzer etkiye sahip olan doğal hormonların fizyolojik kan değerinden biraz daha yüksek seviyededir. Bu eşik değeri sağlanan dozlardan daha yüksek miktarda verilen maddeler, sınırlı ölçülerde de olsa hayvansal dokularda birikim yaparak besinlerde kalıntıya neden olurlar (Kaya ve ark., 1997; Yetim ve Sağlam, 1999).

Tablo 1. Bazı implantlarda kullanılan steroid anabolik ajanlar (Squires, 2003).

Ticari İsim	Kimyasal İsim
Compudose®	Östradiol-17 β
Ralgro®	Zeranol
Synovex-S®	Östradiol-17 β benzoat + Progesteron
Synovex-H®	Östradiol-17 β benzoat + Testosteron propiyonat
Synovex-Plus®	Östradiol-17 β benzoat + Trenbolon asetat
Finaplix®	Trenbolon asetat
Revalor®	Östradiol-17 β benzoat + Trenbolon asetat
Forplix®	Zeranol + Trenbolon asetat
İmplix®	Östradiol-17 β benzoat + Progesteron
Equipoise®	Boldenon asetat

Anabolizan ajanlar sığırlara 3 yolla verilebilir:

1. Yemlere ilave ederek oral uygulama yapılabilir. Bu, oral olarak aktif bir hormon (örneğin MGA) gerektirmekle birlikte büyüme performansını uyarmak için daha yüksek seviyelere ihtiyaç duymaktadır.
2. Tekrarlanan kas içi enjeksiyonlar kullanılabilir. Ancak bu yoğun emek gerektirmekle birlikte enjeksiyon bölgesinde yüksek seviyelerde hormonların olmasına neden olur.
3. Steroidleri içeren implantlar, hormonun sürekli salımı için kullanılabilir.

İmplantlar normalde kulak arkasına yerleştirilir, bu da kesildikten sonra ortadan kalktığı için arzu edilen bir yöntemdir. Steroidler, 90-120 günlük bir ömrü olan sıkıştırılmış bir pelet halinde formüle edilebilirler. Silastik kauçuk implantlar ayrıca 200-400 gün boyunca yavaş ve sürekli bir salınım sağlamak için kullanılmaktadır (Tablo 1.) (Yetim ve Aras, 1995; Kaya ve ark., 1997; Squires ve ark., 1993).

GIDALARDA HORMON KALINTILARININ BELİRLENME YÖNTEMLERİ

Veteriner hekimlikte ilaç kalıntılarının güvenli analiz edilmesini sağlayabilmek için uygun analitik metodların geliştirilmesi, bu metodların optimize edilmesi ve validasyon sağlanmasının önemi büyüktür. Araştırma ve de doğrulama analizlerinde geliştirilmiş bazı yöntemler vardır (Zeleny ve ark., 2006). Kesim hayvanlarında steroid hormonların yasadışı uygulama belirlenmesinde yüksek hormon düzeyi ihtiva eden dışkı ve idrar örneklerinden, kesimden sonra ise; karaciğer, böbrek gibi organlar, kıl, yağ ve kas dokularından yararlanılır (De Brabander ve ark., 2009). Özellikle hayvansal ürünlerdeki kalıntıları belirlemek amacıyla pek çok araştırma prosedürü geliştirilmiştir. Gıdalarda bulunan kalıntıların belirlenmesinde başarılı bir şekilde kullanılan kromatografi teknikleri yüksek performanslı ince tabaka (HPTLC, High Performance Thin-Layer Chromatography) ve yüksek performanslı sıvı kromatografileri (HPLC, High Performance Liquid Chromatography) gibi analiz yöntemleridir (Toldra ve Reig, 2006). Avrupa Birliği Komisyonu'nca bildirilen 2002/657/EC nolu direktifte, hormonal kimyasalların kalıntı analizlerinde sıvı kromatografi-mass spektrometri (LC-MS, Liquid Chromatography-Mass Spektrometry) gaz kromatografi-mass spektrometri (GC/MS, Gas Chromatography-Mass Spektrometry) ile diğer sıvı ve gaz kromatografi tekniklerinin kullanılmasının gerekliliği belirtilmiştir. Yalnız yayınlanan direktif analiz laboratuvarları açısından zorunluluk içermemekte, sadece öneri niteliğindedir. Önceliği hassaslık ve seçicilik olan sıvı kromatografi-mass spektrometri analiz tekniği de bunlardan birisidir (Anonim (3), 2002; Kaufmann, 2009). Diğer taraftan gıdalarda hormonal kalıntıların belirlenebilmesi için kullanılan immunolojik yöntemler de vardır. Bunlar antijen-antikor arasındaki spesifik etkileşime bağlı ELISA (enzyme-linked immuno-sorbent assays) ve immunolojik kompleksteki radyoaktiviteyi ölçmeye

bağlı RIA (radio-immunoassay) teknikleridir (Toldra ve Reig, 2006). Özellikle et örneklerinde ilaç kalıntılarının tespitinde çeşitli tiplerde biosensörler geliştirilmiş ve bu biosensörler diğer yöntemlere alternatif bir yaklaşım olarak düşünülmüştür. Bu sensörler tespit edilmesi istenilen hormonla etkileşime girecek tanımlanmış bir antikor içerirler. Bilinen antikorla hedef arasındaki etkileşim oluşumu ve tipine bağlı olarak farklılık gösteren biosensörler Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA, Food and Drug Administration) tarafından, biyolojik süreçler, patojenik süreçler veya farmakolojik yanıtların göstergesi olarak ölçülen ve değerlendirilen, karakteristik bir parametre olarak ifade edilmiştir (Nebbia ve ark., 2011; Toldra ve Reig, 2006).

Hormon Kalıntısı Tespitine Yönelik Dünya'da ve Ülkemizde Yapılan Bazı Araştırmalar

Bartelt-Hunt ve ark. (2011); yaptıkları bir çalışmada sığır ve domuz çiftliklerine yakın yerlerden alınan yer altı suyu örneklerinde farmakolojik etken madde ve steroid hormon olup olmadığını araştırmışlardır. Tespit edilen steroid hormon oranı ile farmakolojik etken madde oranını kıyasladıklarında; steroid hormonların daha az olduğunu bildirmişlerdir. Östrojen, testosteron, 4-androstenedion ve androsteron 30 ile 3600 ng/L arasında değişen miktarlarda atıksu havuzlarında tespit edilirken, yeraltı su örneklerinde 390 ng/L'ye kadar değişen oranlarda sadece östron ve testosteron saptamışlardır. Araştırmacılar normalde yeraltı sularında steroid hormonların bulunmaması gerektiğinden, hayvan çiftliklerinde atık suyun tutulmasının, potansiyel yeraltı suyu kaynaklarına veteriner ilaçları ve steroid hormonu kirlenmesine neden olduğu görüşüne varmışlardır. Kolodziej ve ark. (2004); yaptıkları çalışmada yüzey sularında tespit edilen steroid hormonların, belediye atık sularından başka kaynaklara ulaştığı sonucuna varmışlardır. Steroid hormonların bu sulara nasıl ulaştığı belirsiz olsa da, belirgin bir belediye atık su kaynağı bulunmayan ve süt hayvancılığı yapılan alanlardan toplanan yüzey suyu numunelerinin, önemli düzeyde 17- β -östradiol, östron, testosteron ve medroksiprogesteron içerdiğini belirlemişlerdir. Oruç ve ark. (2007); Bursa'da tüketime sunulan sığır etlerinde zeranol, DES, klenbuterol, 17 β -östradiol ve testosteron gibi bazı anabolizan maddelerin kalıntılarını tespit için bir çalışma yapmışlardır. Bursa'da büyük market, kasaplar ve bazı askeri birliklerden 2006'da Mart-Eylül ayları arasında 50-150 g arasında, yağsız dana eti numunelerinde zeranolu, 81 sığır eti örneğinden 2'sinde tespit edip, miktarını 456.7 ng/kg ve 1501.3 ng/kg olarak saptamışlardır. Toplam 80 numunenin 11'inde DES tespit edip 51.2 ile 161.0 ng/kg arasında değiştiğini, ortalama 102.13 ng/kg olduğunu; 29 örneğin 3'ünde testosteron olduğunu 117.4 ile 452.9 ng/kg arasında değiştiğini ve ortalama 329.96 ng/kg olduğunu belirlemişlerdir. Numunelerin hiçbirinde klenbuterol ve 17 β -östradiol tespit edemedikleri için ülkemizde klenbuterolün besi hayvanlarında anabolizan amaçlı kullanılmadığı

görüşünü ileri sürmüşlerdir. Şevik ve Ayaz (2017); sığır etlerinde hormon kalıntısı varlığının araştırılması için yaptıkları çalışmada numune olarak Kocaeli'deki, kasap ve marketlerden topladıkları sığır etlerini kullanmışlardır. 200 tane numuneyi 250-400 gram aralığında ve özellikle yağsız olan kısımlardan almışlardır. Araştırmacılar 0,01-0,50 ppt düzeyinde DES, östradiol-17 β ve trenbolonu bütün numunelerde saptarken, zeranolü ise 49 örnekte tespit etmişlerdir. 0,51-1,00 ppt düzeyinde ise numunelerde DES, östradiol 17 β ve trenbolonu tespit edemezlerken, 151 örnekte zeranolü tespit etmişlerdir. Nazlı ve ark. (2005); İstanbul'da her biri 10 adet olacak şekilde; karaciğer, böbrek ve dalak numunesi olarak, toplamda 30 adet sığır sakatat örneğini incelemişlerdir. Bu örneklerde; zeranol, trenbolon, DES ve klenbuterol kalıntıları araştırmışlardır. Bu çalışmada, incelenen numunelerin hepsinde zeranol, 19'unda trenbolon bulunurken; örneklerin hiçbirinde dietilstilbestrol ile klenbuterole rastlamamışlardır.

HORMONAL KALINTILARIN SAĞLIĞA ETKİLERİ

Hayvan yetiştiriciliğinde hormonal etki gösteren büyüme ajanı kullanımı sonucu oluşan kalıntıların tespiti için birçok çalışma literatürde mevcuttur. Oral yoldan kullanılan hormon uygulamaları olarak kullanılan büyüme ajanı çeşitleri stilben türevleri, TBA ve MGA'dır. Bunlar ruminantlarda kullanılmaya yönelik bileşiklerdir. Bu amaç için ppm düzeylerde yemlere katılmak suretiyle devamlı halde hayvanların yemleri tüketmeleri sağlanır. Hormon uygulamasının yemle birlikte verilmesinin kesilmesinden sonra hayvan vücudunun hormon artıklarından tamamen arınması, kesim öncesi bekleme zamanına göre değişmektedir (McLean ve ark., 1997; Şener, 1994; Vandenberg ve Moccia, 1998; Şanlı, 1998). Kalıntı miktarının, kesim öncesi ilacın kullanılmasının sona erdirilmesiyle ilgili olarak, daha çok sakatat veya insan gıdası olarak tüketilmeyen dokularda olduğu, kullanılması ve bu bileşiklerin plazma yarı ömrünün daha uzun olduğu ve dolayısıyla da bu ürünleri tüketenler açısından bir risk taşıyabileceği bildirilmektedir (Stites ve ark., 1991; Yetim, 1996).

Kalıntı seviyesi ve bekleme zamanı dikkate alınmadan araştırıldığında, bu tür kalıntı içeren besinleri tüketen insanların, cinsiyet özelliklerinde değişiklikler, çeşitli organ ve dokularda tümör sıklıklarında artış olabileceği düşünülmektedir (Kaya ve ark., 1997). Hormon kalıntısı açısından düşünülünce; vücutta doğal olarak üretilen bu maddelerin haricen kullanılmasının, vücuttaki hormon yüküne ne kadar katkı yaptığı, maddenin kalıntı halinde ağızdan alındığında etkin olup olmadığı, diğer besin maddelerinde hormon miktarının ne kadar olduğu gibi hususlar da dikkate alınıp değerlendirilmelidir (Arıman ve Aras, 2002). Hayvansal besinlerde hormon kalıntı miktarı üzerine etkili diğer faktörler kullanıma yerine olan uzaklık ve atılım zamanıdır. Kalıntı seviyesi enjeksiyon ve implantasyon yerinden uzaklaşılıdıkça azalmaktadır.

Ayrıca, vücuttan atılım zamanı geçmiş olsa bile, uygulama bölgesinde çok yüksek düzeyde kalıntıya rastlanmaktadır (Erol, 2007; Doyle, 2000). Diğer yandan, kullanılan hormonun dozu ve yapısının da kalıntı seviyesine etkisi bulunmaktadır. Bu durum endojen ve eksojen anabolik bileşiklerin kalıntı bırakma özelliklerinin farklı olması yönüyle karşımıza çıkmaktadır. Steroidler vücutta daha hızlı bir şekilde parçalanmaya uğramasına rağmen, steroid olmayanlar daha yavaş parçalandıkları için vücutta kalmaları daha uzun süre olmaktadır (Erol, 2007; Doyle, 2000). Hormonal kalıntı açısından incelenecek olan örnek türü de çok önemlidir. Yağ doku, böbrek ve karaciğerde daha çok kalıntıya rastlanırken, enjeksiyon yeri dışında kalan kas dokusunda daha az miktarda kalıntıya rastlanmaktadır (Erol, 2007; Doyle, 2000).

KALINTI MEVZUATI

1990 yılında Avrupa'da Avrupa Birliği Düzenleme Kurulu tarafından yayınlanan 2377/90/EC nolu direktifde, veteriner ilaçları kullanımına ve hayvansal kaynaklı gıdalardaki en yüksek kalıntı düzeylerine yönelik bazı düzenlemeler vardır. 1996'da ise Avrupa Birliği tarafından hormon ve β -agonistler benzeri gelişim arttırıcı ajanların hayvanlara uygulanmasını yasaklayan 96/22/EC nolu direktifi yayınlamış ve stilbenler, türevleri, esterleri, tuzları ve β -agonistlerin satılması, hayvanlarda kullanılmasını; gestajenik tirostatik androjenik, östrojenik preparatların ise veteriner hekim denetiminde terapötik uygulaması dışında kalan kullanımlarını yasaklayan kararlar yer almıştır (Anonim (1), 1996; Kinsella ark., 2009; Stolker ve ark., 2007; Zeleny ve ark., 2006). Türkiye'de bu durum 2003'te yayınlanan "Gıda Değeri Olan Hayvanlara Uygulanması Yasaklanan ve Belli Şartlara Bağlı Hormon ve Benzeri Maddeler Hakkında Tebliğ" kapsamında stilbenler, stilben türevleri, tuzları ve esterleri, antitiroidal ajanlar, anabolizan amaçlı kullanılan steroidler, zeranol da dahil olmak üzere RAL ve β -agonist etkili maddeleri içeren hayvansal kökenli gıdaların insan tüketimine sunulması yasaklanması olarak karşımıza çıkmaktadır. Yine bu tebliğde stilben ve türevleri, bunların tuzları ve esterlerinin üretilmesi, ithali, piyasaya sunulmaları, bulundurulmaları, tüm hayvan türlerine uygulanmaları yasaklanmış olup; gestajenik, androjenik, östrojenik etkiye sahip maddelerin veteriner hekim uygulamasıyla sadece tedavi amacıyla kullanılabilmesi; bu maddelerin uygulandığı hayvanların kesim öncesi bekleme sürelerine uyularak kesime sevk edilebilmesi gerektiği bildirilmiştir (Anonim (4), 2003).

SONUÇ

Ülkemiz dahil, birçok ülkede hayvansal protein açığı bulunmakta ve günden güne insan nüfusunun artışına bağlı olarak bu açık artmaktadır. Hayvan yetiştiriciliğinde gelişmenin hızlandırılması ve yemden yararlanma oranının artırılması, hastalıkların tedavisi ve önlenmesi, kontrolü ve beslenmenin desteklenmesi amacıyla çok sayıda ilaç, anabolik ajan, vitamin ve

mineral madde bulunmaktadır. Diğer yandan, hayvanlardan elde edilen et ve diğer ürünlerin tüketici sağlığına risk oluşturabilecek düzeyde kalıntı içermesi önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Halen tüm dünyada, hayvanlarda kullanılan hormonlar ve sonrasında hayvanlardan elde edilen etlerdeki kalıntı düzeyleri tartışma konusu olmaktadır. Bu tip kullanımlar ve kalıntılarının hayvanlar ve insanlarda olumsuz etkilere neden olduğu bilinmektedir. Bunlar; karsinojenik, teratojenik, mutajenik, genotoksik etkiler gibi özel toksik etkiler; menstrüal siklus bozukluğu, ovaryum kistleri, ergenliğe erken ulaşma, her iki cinsiyetteki çocuklarda göğüs büyümesi gibi hormonal sağlık sorunlarıdır. Günümüzde hayvansal gıda sektöründe anabolik maddelerin ve kimyasalların kullanılması yasaklanmış olmasına rağmen yasadışı olarak kullanımları devam etmektedir. Birçok ülkenin de yaptığı gibi kalıntıları insan sağlığına yönelik zararı olmayan ilaçların, hassas bir kontrol mekanizmasına uyarak takip edilmesi en güvenli seçenektir. Bu şekilde etkin bir denetimle toplum sağlığı güvenliği sağlanmış olur. Böylelikle canlı hayvan ve et ithal ederek çıkmaza düşüp ve bitme durumuyla karşı karşıya kalan hayvancılık işletmeleri diğer ülkelerle aynı koşullarda rekabet etme imkanına sahip olabilir. Ülkemizde bu konuya yönelen araştırma ve çalışmaların sınırlı sayıda olması düşündürücüdür.

Teşekkür

Bu derlemenin ortaya konulmasında katkısı olan tüm yazarlara ve çalışmanın yayım aşamasındaki tüm basamaklarda emeği geçen Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi editör ve hakemlerine teşekkür ederiz.

Çıkar çatışması beyanı

Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Yazar katkıları

Yazının ortaya çıkması ve sürdürülmesine katkıda bulunma: İK, HS, ÇÇ, MÇ.

Plan, tasarım: İK, HS, ÇÇ, MÇ.

Finansman: Kurumsal ve finansal destek yoktur.

Materyal: -

Veri toplanması / toplanan verilerin analize

hazırlanması için işlemesi: -

Veri analizi: -

Literatürün gözden geçirilmesi: İK, HS, ÇÇ, MÇ.

Kaleme alma ve düzeltmeler: İK, HS.

Kontrol etme ve gözden geçirme: İK, HS, ÇÇ, MÇ.

Kurumsal ve finansal destek beyanı

Kurumsal ve finansal destek yoktur.

KAYNAKLAR

Albertazzi, P. ve Purdie, W. D. (2002). The nature and utility of the phytoestrogens: a review of the evidence. *Maturitas*, 25; 42 (3), 173–185.
https://doi.org/10.1016/s0378-5122(02)00024-5

Anonim, (1). (1996). Avrupa Birliği Konsey Direktifi 96/22/EC.

Anonim, (2). (1998). Growth Promotants. *Merck Veterinary Manual Merck&Co. In Cooperation with Merial Eighth Edition, Whitehouse Station*, 1858-1861.

Anonim, (3). (2002). Avrupa Birliği Konsey Direktifi 96/23/EC. Concerning the performance of analytical methods and the interpretation of results. *Official Journal of the European Communities*. 2002/657/EC:2002, 221 8-36.

Anonim, (4). (2003). Gıda Değeri Olan Hayvanlara Uygulanması Yasaklanan ve Belli Şartlara Bağlanan Hormon ve Benzeri Maddeler Hakkında Tebliğ. 19.06.2003 tarih ve 25143 sayılı resmî gazete.

Apple, J. K., Dikeman, M. E., ve Simms, D. D. (1991). Effects of synthetic hormone implants, singularly or in combinations, on performance carcass traits, and longissimus muscle palatability of Holstein steers. *Journal of Animal Science*, 69, 4437-4448.
https://doi.org/10.2527/1991.69114437x

Aras, N.M., Kocaman, E. M., ve Aras, M. S. (2000). General fisheries and fundamental, a potent analog of recombinant bovine somatotropin accelerates growth in juvenile Coho salmon. *Canadian Journal of Fisheries Aquatic Science*, 46, 178-183.
https://doi.org/10.1139/f89-024

Arıman, H., ve Aras, N. M. (2002). Hormon veya hormon etkisine sahip yem katkı maddelerinin balık yetiştiriciliğindeki kullanımı. *Ege Üniversitesi Su Ürünleri Dergisi*, 19 (3-4), 545–553.

Bartelt-Hunt, S., Snow, D. D., Damon-Powell, T., Miesbach, D. (2011). Occurrence of steroid hormones and antibiotics in shallow groundwater impacted by livestock waste control facilities. *Journal of Contaminant Hydrology*, 123, 94–103.
https://doi.org/10.1016/j.jconhyd.2010.12.010

Begum, A. N., Nicolle, C., Mila, I., Lapierre, C., Nagano, K., et al. (2004). Dietary lignins are precursors of mammalian lignans in rats. *Journal of Nutrition*, 134, 120-127.
https://doi.org/10.1093/jn/134.1.120

Boker, K. L., Schouw, D. T., Grabbee, E. D., Reeters, HMP. (2004). Dietary phytoestrogens and breast cancer risk. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 79, 282–288. https://doi.org/10.1093/ajcn/79.2.282

Bostedt, H. (1988). The use of beta-2 mimetic agent (clenbuterol) in equine pregnancy disorders and obstetrics. *Tierärztliche Praxis*, 16, 57-59.

Clavel, T., Borrmann, D., Braune, A., Dore, J., Blaut, M. (2006). Occurrence and activity of human intestinal bacteria involved in the conversion of dietary lignans. *Anaerobe*, 12, 140-147.
https://doi.org/10.1016/j.anaerobe.2005.11.002

Cornwell, T., Cohick, W., Raskin, I. (2004). Dietary phytoestrogens and health. *Phytochem*, 65, 995–1016.
https://doi.org/10.1016/j.phytochem.2004.03.005

Coşkun, B., Seker, E., İnal, F. (1998). Yemler ve teknolojisi. *Selçuk Üniversitesi Veteriner Fakültesi Yayın Ünitesi*.

De Brabander, H. F., Noppe, H., Verheyden, K., Vanden Bussche, J., Wille, K., et al. (2009). Residue analysis: future trends from a historical perspective. *Journal of Chromatography A*, 1216, 7964-7976.
https://doi.org/10.1016/j.chroma.2009.02.027

Dehaan, K. C., Berger, L. L., Bechtel, P. J., Krsler, D. J., McKeith, F. K. (1990). Crine status of ewe lambs. *Journal of Animal Science*, 68, 41-50.
https://doi.org/10.2527/1990.68124100x

- Doyle, M. E. (2000). Human safety of hormone implants used to growth promotor in cattle. A review of scientific literatüre FRI Briefings. *Food Research Institute, UWMadison*.
- Dransfield, E. (1990). Use of β -agonists in meat production. in principles of meat. *Science Lecture Notes, The Ohio State University. Department of Animal Science Columbus, 1990, 6-21*.
- Erol, İ. (2007). Gıda hijyeni ve mikrobiyolojisi. *Pozitif Matbaacılık, Ankara*.
- Etherton, T. D., ve Landeu, I. (1992). Manipulation adiposity by somatotropin and β -adrenergic agonists a comparison of their mechanism of action. *Proceedings of The Nutrition Science, 51, 419-431*. <https://doi.org/10.1079/pns19920055>
- Farber, T. M. (1991). Anabolics: the approach taken in the United States of America. *Ann Resh Vet, 22, 295-298*.
- Yetim, H., ve Aras, N. M. (1995). The evaluation of growth promotors (β - agonists) for in point of fish farm. *Doğu Anadolu Bölgesi II. Su Ürünleri Sempozyumu, Erzurum, 724- 734*.
- Hsu Sheckerlin, R. H., ve Henion, J. D. (1988). Identification and quantitation of trenbolone in bovine tissue by gas chromatography-mass spectrometry. *Journal of Chromatography A, 424, 219-229*. [https://doi.org/10.1016/S0378-4347\(00\)81099-3](https://doi.org/10.1016/S0378-4347(00)81099-3)
- Kanayama, G., Hudson, J. L., Pope, G. P. (2010). Illicit anabolic-androgenic steroid use. *Hormones and Behavior, 58, 111-121*. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2009.09.006>
- Kaufmann, A. (2009). Validation of multiresidue methods for veteriner drug residues; related problems and possible solutions. *Analytica Chimica Acta, 637, 144-155*. <https://doi.org/10.1016/j.aca.2008.09.033>
- Kaya, S., Pirinçci, İ., Bilgili, A. (1997). Veteriner Uygulamalı Farmakoloji. *Ankara, Medisan Yayınevi, 28 (2), 259-267*.
- Keeton, J. T. (1994). Low-fat meat products; technological problems with processing. *Meat Science, 36, 261-276*. [https://doi.org/10.1016/0309-1740\(94\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0309-1740(94)90045-0)
- Kırkpınar, F. (2018). Yemlerde kullanılan katkı maddeleri. Retrieved from <http://www.turkchem.net/>
- Kinsella, B., O'Mahony, J., Malone, E., Moloney, M., Cantwell, H., Furey, A., Danaher, M. (2009). Current trends in sample preparation for growth promoter and veteriner drug residue analysis. *Journal of Chromatography A, 1216, 7977-8015*. <https://doi.org/10.1016/j.chroma.2009.09.005>
- Kitts, D. D., Yuan, Y. V., Wijewickreme, A. N., Thompson, L. U. (1999). Antioxidant activity of the flaxseed lignan secoisolariciresinol diglycoside and its mammalian lignan metabolites enterodiol and enterolactone. *Molecular and Cellular Biochemistry, 202, 91-100*. <https://doi.org/10.1023/a:1007022329660>
- Kolodziej, E. P., Harter, T., Sedlak, D. L. (2004). Dairy wastewater, aquaculture, and spawning fish as sources of steroid hormones in the aquatic environment. *Environmental Science Technology, 38, 6377-6384*. <https://doi.org/10.1021/es049585d>
- Konar, N., Poyrazoğlu, E. S., Demir, K., Haspolat, I., Artık, N. (2011). Fitoöstrojenler: bitkisel kaynaklı östrojenik bileşikler. *Karaelmas Fen ve Mühendislik Dergisi, 1 (2), 69-75*.
- Küçükersan, K. (1999). Yem katkı maddeleri. Ders Notları, *Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi*.
- Liman, B. L. (1994). Anabolik ilaçlar. *Türk Veteriner Hekimleri Derneği Dergisi, 65 (4), 53-61*.
- Magee, J. P., ve Rowland, R. (2004). Phytoestrogens, their mechanism of action; current evidence for e role in breast and prostate cancer. *British Journal of Nutrition, 91, 513-531*. <https://doi.org/10.1079/BJN20031075>
- McLean, E., Devin, R. H., Byatt, J. C., Clarke, W. C., Donaldson, E. M. (1997). Impact of a controlled release formulation of recombinant bovine growth hormone upon growth and seawater adaptation in coho (oncorhynchus kisutch) and chinook salmon. *Aquaculture Research, 15, 113-128*. [https://doi.org/10.1016/S0044-8486\(97\)00071-9](https://doi.org/10.1016/S0044-8486(97)00071-9)
- Nazlı, B., Çolak, H., Hampikyan, H. (2005). İstanbul piyasasında satışa sunulan sakatatlarda bazı anabolizan kalıntılarının mevcudiyeti üzerine bir çalışma. *İstanbul Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi, 131 (1), 83-92*.
- Nebbia, C., Urbani, A., Carletti, M., Gardini, G., Balbo, A., Bertarelli, D., Girolami, F. (2011). Novel strategies for tracing the exposure of meat cattle to illegal growth-promoters. *The Veterinary Journal, 189 (1), 34-42*. <https://doi.org/10.1016/j.tvjl.2010.06.016>
- Oruç, H. H., Cengiz, M., Bağdaş, D., Uzunoğlu, İ. (2007). Sığır etlerinde zeranol, dietilstilbestrol, klenbuterol, 17 β -östradiol ve testosteron kalıntıları. *Uludağ Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi, 26 (1-2), 11-15*.
- Özkaya, Ş., ve Aşkın, O. (1994). Mısırdada zearelenon üzerine araştırmalar. *Gıda., 19 (5), 339-344*.
- Sillence, M. N. (2004). Technologies for he control of fat and lean deposition in livestock. *Journal of Veterinary Science, 167, 242-257*. <https://doi.org/10.1016/j.tvjl.2003.10.020>
- Squires, E. J. (2003). Applied Animal Endocrinology. *Cambridge, CABI Publishing, 72-73*.
- Squires, E. J., Adeola, O., Young, LG., Hacker, L. L. (1993). The role of growth hormones, beta- adrenergic agent and intact males in pork production. *Canadian Journal of Animal Science, 73, 1-23*. <https://doi.org/10.4141/cjas93-001>
- Stites, C. R., McKeith, F. K., Singh, S. D., Bechtel, P. J., Mowrey, D. H., Jones, D. J. (1991). The Effect of ractopamine hydrochloride on the carcass cutting yields of finishing swine. *Journal of Animal Science, 69, 3094-3101*. <https://doi.org/10.2527/1991.6983094x>
- Stolker, A. M. M., Zuidema, T., Nielen, M. W. F. (2007). Residue analysis of veteriner drugs and growth promoting agents. *Trends in Analytical Chemistry, 26, 10*. <https://doi.org/10.1016/j.trac.2007.09.008>
- Sundlof, SF., ve Strickland, C. (1985). Zeralenon and zeranol: potential residue problem in livestock. *Veterinary and Human and Toxicology, 28 (3), 242-250*.
- Şanlı, Y. (1998). Veteriner hekimliği ve tıpta bilinçli kullanım hakkında el rehberi, *Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi, 941-960*.
- Şener, S.. (1994). Anabolik ajanlar. *Türkiye'de veteriner ilaçların üretimi, pazarlanması, güvenli kullanımı ve kalıntı sorunları sempozyumu. Ankara., 62-65*.

- Şevik, S. E., ve Ayaz, N. D. (2017). Sığır etlerinde hormon kalıntısı varlığının araştırılması. *Veteriner Hekimleri Derneği Dergisi*, 88 (1), 13-20.
- Toldra, F., ve Reig, M. (2006). Methods for rapid detection of chemical and veterinary drug residues in animal foods. *Trends in Food Science Technology*, 17, 482-489.
<https://doi.org/10.1016/j.tifs.2006.02.002>
- Tsutsui, T., Komine, A., Huff, J., Barrett, J.C. (1995). Effects of testosterone, testosterone propionate, 17 beta-trenbolone and progesterone on cell transformation and mutagenesis in Syrian hamster embryo cells. *Carcinogenesis*, 16 (6), 1329-1333.
<https://doi.org/10.1093/carcin/16.6.1329>
- Vandenberg, G. W., ve Moccia, R. D. (1998). Growth performance and carcass composition of rainbow trout *Oncorhynchus mykiss* (Walbaum), fed the beta agonist ractopamine. *Aquaculture Research*, 29, 469-479.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2109.1998.00225.x>
- Webb, S., Ternes, T., Gibert, M., Olejniczak, K. (2003). Indirect human exposure to pharmaceuticals via drinking. *Water Toxicology Letters*, 142, 157-167.
[https://doi.org/10.1016/S0378-4274\(03\)00071-7](https://doi.org/10.1016/S0378-4274(03)00071-7)
- Weisbach, W., Wagner, F., Jager, K. H. (1986). Oral long-term tocolysis of threatened premature labor using clenbuterol. A placebo-controlled double blind method. *Zentralbl Gynacol*, 108, 419-423.
- Wilson, T., Temple, N. J. (2001). Health benefits of soy isoflavones. nutritional health strategies for disease prevention. *Totowa, Humana Press*, 75-85.
- Wood, R. I. (2008). Anabolic-androgenic steroid dependence? insights from animals and humans. *Front Neuroendocrin*, 29, 490-506.
<https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2007.12.002>
- Yetim, H. (1996). Et üretimi ve hormonlar. *Hasat*, 11 (130)(45), 13-19.
- Yıldırım, Y., Gönülalan, Z., Onmaz, N. E., Hızlısoy, H., Al, S., Pamuk, Ş. (2016). Kayseri’de satışa sunulan tavuk eti ve iç organlarında arsenik düzeylerinin belirlenmesi. *Erciyes Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi*, 3 (3), 209-214.
- Zeleny, R., Ulberth, F., Gowik, P., Polzer, J., Ginkel, L. A., Emons, H. (2006). Developing new reference materials for effective veterinary drugresidue testing in food-producing animals. *Trends in Analytical Chemistry*, 25, 9.
<https://doi.org/10.1016/j.trac.2006.04.011>
- Zhang, Q. L., Li, J., Ma, T. T., Zhong-Tang, Z. (2008). Chemiluminescence screening assay for diethylstilbestrol in meat. *Food Chemistry*, 111, 498-502.
<https://doi.org/10.1016/j.foodchem.2008.04.010>



DERLEME / REVIEW

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi / BAUN Sağlık Bil Derg
Balıkesir Health Sciences Journal / BAUN Health Sci J
ISSN: 2146-9601- e ISSN: 2147-2238
doi: <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.804250>



Hemşirelik Sınıflama Sistemlerine Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Hemşirelik Süreci

Reva BALCI AKPINAR¹, Elif KANT²

¹ Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

² Atatürk Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

Geliş Tarihi / Received: 02.10.2020, **Kabul Tarihi / Accepted:** 04.11.2020

*Bu makale 14-16 Kasım 2019 tarihleri arasında 1. Uluslararası 4. Geleneksel Sağlık Çalışanları Meslek Günleri Sempozyumunda Sözel Bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZ

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri, toplum sağlığının korunup geliştirilmesi hedefinin gerçekleştirilmesinde, bireylerin ağız ve diş sağlığını korumaya ve tedavi etmeye yönelik hizmetlerdir. Ağız bakımı, ağız ve diş sağlığının korunmasına yönelik sağlık eğitiminden, iyi bir oral değerlendirme ve tedaviye kadar önemli hemşirelik bakım aktivitelerinden biri iken, hemşirelerin bu alandaki rolleri büyük ölçüde ihmal edilmiştir. Hemşireler; gerek ağız ve diş sağlığının korunmasında, gerekse tedavi sürecinde hemşirelik süreci ile bireyi değerlendirip, hemşirelik tanısı doğrultusunda bakım planını oluşturarak uygun girişimleri yapabilir. Bu makalenin amacı; Hemşirelik Sınıflama Sistemlerine uygun olarak ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda sık karşılaşılan hemşirelik tanıları, hemşirelik girişimleri ve hemşirelik sonuçları hakkında yazılı kaynak oluşturmaktır. Bu makale ağız diş sağlığı biriminde çalışan hemşirelere, hasta bakım sürecinde sistematik ve bütüncül bir yaklaşım sergilemelerine rehber olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ağız Diş Sağlığı, Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Tanıları, Hemşirelik Girişimleri, Hemşirelik Sonuçları, Hemşirelik Sınıflama Sistemleri.

Nursing Process in Oral and Dental Health Services According to Nursing Classification Systems

ABSTRACT

Oral and dental health services are the services aimed at protecting and treating the oral and dental health of individuals in the realization of the aim of protecting and improving public health. Oral care is one of the important nursing care activities, from health education to oral and dental health to good oral evaluation and treatment, while the role of nurses in this area has been largely neglected. Nurses: evaluate the individual through the nursing process both in the protection of oral and dental health and in the treatment process and make appropriate interventions by creating a care plan in line with the diagnosis of nursing. The purpose of this article to provide written resources about nursing diagnoses, nursing interventions and nursing outcomes frequently encountered in the provision of oral and dental health services in accordance with Nursing Classification Systems. This article will guide the nurses working in oral and dental health unit to take a systematic and holistic approach in patient care process.

Keywords: Oral Dental Health, Nursing Process, Nursing Diagnosis, Nursing Interventions, Nursing Outcomes, Nursing Classification Systems.

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Reva BALCI AKPINAR, Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye.

E-mail: reva@atauni.edu.tr

Bu makaleye atıf yapmak için / Cite this article: Balcı Akpınar, R, Kant, E. (2021). Hemşirelik Sınıflama Sistemlerine Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Hemşirelik Süreci. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2),214-226. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.804250>

©Copyright 2021 by the Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.



BAUN Sağlık Bil Derg 2021 OPEN ACCESS <https://dergipark.org.tr/tr/pub/balikesirsbd>
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

GİRİŞ

Genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olan ağız ve diş sağlığı, yalnızca dişlerle ilgili değil, diş etleri, bunları destekleyen dokular, ağız mukozal yapılar, dil ve dudakları da kapsayan bir kavramdır. Geniş bir hedef kitleyi kapsayan ağız ve diş sağlığı hizmetleri ülkemizde büyük oranda tedavi edici hizmetler olarak sunulmaktadır (Akar, 2014). Bu hizmetler genel olarak kamuda, üniversitelerde ve özel merkezlerde verilmektedir (Tatar ve ark., 2011). Ağız sağlığı insanları fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden etkiler (Çolak, Dülgergil & Serdaroğlu, 2010). Ağız fonksiyonlarının bozulması ve sağlıklı dişler, ağrı ve enfeksiyon başta olmak üzere birçok yakınmaya yol açabilmektedir (Kozier, Berman, Snyder & Erb, 2008; Potter & Perry, 2009; Taylor, Lillis, LeMone & Lynn, 2008). Bireyin yemesini, içmesini, konuşmasını, sosyal hayatını sürdürebilmesini, olumlu beden algısı oluşturmasını, yaşam kalitesini ve genel sağlık durumunu yakından etkileyen ağız ve diş sağlığı, sağlıklı olmanın da önemli göstergelerindedir (Naito ve ark., 2006; Slade, 2002). Ağız ve diş sağlığının geliştirilmesinde diş hekimleri önemli ve primer roller üstlenmişlerdir. Ancak ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin doğası, geniş bir hedef kitleye sunulan başta koruyucu olmak üzere tedavi edici sağlık hizmetlerinin iyi yönetilmesini gerektirmektedir. Bu hizmetlerin başarısı ancak rolleri net olarak tanımlanmış ekip çalışması ile mümkündür (Kılınç & Günay 2010). Hemşireler; bireyin, ailenin ve toplumun gereksinim duyduğu koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde görev alan profesyonellerdir. Ağız bakımı, ağız ve diş sağlığının korunmasına yönelik sağlık eğitiminden, iyi bir oral değerlendirme ve tedaviye kadar önemli hemşirelik bakım aktivitelerinden biri iken (Karamanoğlu & Yavuz, 2015) hemşirelerin bu alandaki rolleri büyük ölçüde ihmal edilmiştir. Ağız ve diş sağlığı merkezinde çalışan hemşirelere; hastanın tedavi sürecinde diş hekimine yardım sağlaması, gerekli malzemeleri hazırlaması, kullanılmış aletleri temizlemesi ve sterilize etmesi, hastanın ağız sağlığı ile ilgili bilgilerini kaydetmesi, radyografileri işlemesi ve stok kontrolü gibi görevler verilmiştir. Oysaki profesyonel hemşirelik, üstlendiği çağdaş rolleri ile bireyin tüm bakım ortamlarında, en iyi hemşirelik bakımını almasını sağlayacak şekilde, hemşirelik bakımını organize etme ve sağlamada sistematik yaklaşımı benimsemektedir. Bu yaklaşım, hemşirelik sürecidir. Hemşirelik süreci, sağlıklı/hasta bireyin sağlık bakım gereksinimlerinin tanımlanması ve bireye özgü bakımın verilmesinde kullanılan sistematik bir yöntemdir (Sabuncu, 2008). Hemşirelik uygulamalarına bilimsel bir kimlik kazandıran hemşirelik süreci bir plan doğrultusunda bakım verilmesini ve zamanın daha etkin kullanılmasını sağlar. Ekip üyeleri arasında iletişimi geliştirir, hemşirelik eğitimi ve araştırmaları için yazılı kaynakları ve kanıtları oluşturarak hemşirelik hizmetlerini görünür kılar (Birol, 2011). Ancak geleneksel hemşirelik süreci kanıta dayalı uygulama ve hemşirelik sınıflandırma sistemlerinden uzaktır. Modern hemşirelik sürecinde ise hemşirelik sınıflandırma

sistemlerinde tanımlanmış, kanıta dayalı, geçerli ve standardize kavramlar kullanılır (Rabelo Silva ve ark., 2017). Hemşirelik sınıflandırma sistemleri hemşirelerin ele aldığı hasta sorunlarını, bu sorunların çözümüne yönelik uyguladıkları kanıta dayalı hemşirelik girişimlerini ve bu girişimlerin hasta sonuçları üzerindeki etkisini adlandırmayı ve sınıflandırmayı sağlar (Birol, 2011). Dünya genelinde hemşireler tarafından; 12 farklı "hemşirelik sınıflama sistemi" kullanılmaktadır. Bu sınıflama sistemlerinden Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği-Uluslararası (The North American Nursing Diagnosis Association-International NANDA-I) Sınıflama Sistemi, Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması (Nursing Outcomes Classification- NOC), Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (Nursing Intervention Classification-NIC) en iyi bilinen hemşirelik sınıflama sistemleridir (Herdman & Kamitsuru, 2018; Park, 2014; Tastan ve ark., 2014). Hemşirelik tanıları, hemşirenin bağımsız olarak uygun hemşirelik yaklaşımları ile önlemek, hafifletmek ya da çözümlenmek için yasal olarak ele almaya yetkili olduğu birey/aile/grupların var olan ya da olası sağlık sorunlarıdır. Hemşirelik tanıları, bireyin sağlık sorununa yönelik ne yapılması gerektiği konusunda hemşirelik girişimlerinin seçimine rehberlik eder ve ulaşılabilecek sonuçlar için bir temel oluşturur. Her hemşirelik tanısı, tanı ismi, tanım, tanımlayıcı faktör, risk faktörü ve etyolojik faktör birleşenlerinden oluşur (Birol, 2011). NANDA-I 2018-2020 listesinde toplam 244 hemşirelik tanısı yer almaktadır (Herdman & Kamitsuru, 2018). Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC), her alanda ve her ortamda hemşirelerin yerine getirdiği işlemleri/girişimleri tanımlamak üzere standardize edilmiş, kapsamlı bir sınıflama sistemidir. Hemşirelik girişimi, sağlıklı/hasta bireyde istenilen bakım sonuçlarını elde etmek için hemşirenin klinik kararına, bilgisine ve becerisine dayalı hemşirelik aktivitelerinden oluşmuş uygulamalardır. Hemşirelik girişimlerinin herbirinin adı, dört basamaklı sayıdan oluşan kodu, tanımı ve girişime ait aktiviteleri bulunmaktadır. Bir girişim, hemşirelik tanısının özellikleri, hasta sonuçları (NOC), girişimin araştırma temeli, girişimi yapmanın uygunluğu, hasta için kabul edilebilirliği ve hemşirenin girişimi uygulayabilme kapasitesi gözönünde bulundurularak seçilir. 2018 yılında yayımlanan 7. Baskıda NIC'te 565 hemşirelik girişimi yer almıştır (Ackley, 2019; Butcher ve ark., 2018). Bireyin mevcut sorununun ve hemşirelik girişimlerinin etkinliğinin değerlendirilmesinde ise Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması (Nursing Outcomes Classification- NOC) sistemi kullanılmaktadır. Her bir sonucun, sınıflama içinde adı, tanımı, kod numarası ve göstergeleri bulunmaktadır (Ackley, 2019; Carpenito-Moyet, 2012; Butcher ve ark., 2018; Törnvall & Jansson 2017; Nanda Nursing Diagnosis List, 2020; Royal College of Nursing-RCN, 2011). Göstergelerin puanlanması ile hemşirelik girişimlerinin sonuçları hakkında ölçülebilir nitel ve nicel veri elde edilmektedir. NOC sonuçları, sadece fonksiyonel ve fizyolojik durum ile sınırlı olmayıp aynı zamanda psikososyal, bilgi ve

davranışsal durumun ölçümlerini de içermektedir. Her bir NOC sonucu, farklı sayıda göstergeye sahiptir ve göstergeler en olumsuzdan (negatiften) en olumluya doğru beşli likert ifadelerden oluşmaktadır. Göstergelerin hepsinde en az istenen durum '1', en çok istenen durum '5' sayıları ile belirtilmiştir. Hemşire bireyin hemşirelik tanısını belirledikten sonra, tanı ile ilgili durumu/ciddiyeti belirlemek için uygun NOC göstergesi seçimi yapılmalıdır. NOC göstergesi seçimi yapılırken, belirlenen hemşirelik tanısının tipi, hemşirelik tanısına ilişkin tanımlayıcı özellikler, etiyolojik veya risk faktörleri, sonuca ulaşmayı etkileyebilecek hasta özellikleri, hastanın tercihleri, hemşirelik girişimine tepki verebilme olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. 2018 yılında yayımlanan 6. Baskıda NOC'ta 540 sonuç yer almıştır (Moorhead ve ark.,2018). Hemşirelik tanılarının, hemşirelik sonuçlarının ve hemşirelik girişimlerinin kodları, hemşirelik bakımına ilişkin verilerin bilgisayar ortamına aktarılmasında kullanılmaktadır. NANDA-I tarafından belirlenmiş hemşirelik tanılarına yönelik, NIC'te yer alan girişimlerin hemşirelik sürecinde kullanılması hemşirenin hastasına bütüncül bir bakış açısıyla bakım vermesini kolaylaştırır, hemşirelerin klinik karar verme ve eleştirel düşünme becerilerini destekleyerek hemşirelik bakım kalitesini artırır, hemşirelik araştırmalarına uluslararası düzeyde veri tabanı sağlar ve ortak bir dil oluşturur (Johnson ve ark., 2012; Törnvall & Jansson 2017). Hemşirelik sonuçlarının nitel ve nicel olarak ortaya konulması bakımın değerlendirilmesini sağlamakla birlikte, hemşirenin çalışma ortamındaki varlığını görünür kılar (Carpenito-Moyet, 2012; Moorhead ve ark., 2018; Wilkinson &

Barcus 2018; Ackley, 2019; Butcher ve ark., 2018; Nanda Nursing Diagnosis List, 2020).

Geleneksel derleme olarak hazırlanan bu makalede araştırmacıların gözlem ve deneyimlerinden yola çıkılarak belirlenen ve NANDA 2018-2020 hemşirelik tanıları listesinde yer alan ağız ve diş sağlığı sorunu olan hastalar için muhtemel hemşirelik tanıları, hemşirelik tanılarının etiyolojik faktörleri ve tanımlayıcı özellikleri (PES formatında), hasta durumunun değerlendirilmesinde yararlanılan NOC sonuçları ve göstergeleri, hemşirelik girişimleri ve bu girişimlere uygun hemşirelik aktiviteleri ilgili literatür incelenerek ele alınmıştır (Herdman & Kamitsuru, 2018; Moorhead ve ark., 2018; Wilkinson & Barcus 2018; Ackley, 2019; Butcher ve ark., 2018; Carpenito-Moyet, 2012; Nanda Nursing Diagnosis List, 2020), (Tablo1). Tabloda her hemşirelik tanısı için uygun olabilecek en az bir hemşirelik sonucuna, bu sonuçlardan birine ilişkin göstergelere (bilgi eksikliği tanısı için iki NOC sonucuna ait göstergeler verilmiştir), en az bir hemşirelik girişimine ve bu hemşirelik girişimlerinden birinin aktivitelerine yer verilmiştir. Aktivitelerin ve göstergelerin kodları tablo görselliğini bozmaması için yazılmamıştır. Hemşireler tabloda yer almayan ancak hastaları için uygun olan diğer hemşirelik tanılarını, hemşirelik sonuçlarını ve hemşirelik girişimlerini son yayınlanan listeden seçerek bakım alanlarında kullanabilirler.

Bu makalenin amacı; ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda sık karşılaşılan hemşirelik tanıları, hemşirelik sonuçları ve hemşirelik girişimleri hakkında yazılı kaynak oluşturmaktır.

Tablo 1. Ağız ve diş sağlığı sorunu olan hastaların hemşirelik bakımında ele alınması gereken hemşirelik tanıları (pes formatında), hemşirelik sonuçları ve hemşirelik girişimleri.

Hemşirelik Tanısı	Etiyolojik faktörler	Tanımlayıcı özellikler	NOC sonuçları	NIC girişimleri
Akut ağrı Altı aydan kısa bir süre, bir rahatsızlık duygusu ya da şiddetli rahatsızlığı olduğunu bildiren ve bunu yaşayan bireydeki durumdur.	<ul style="list-style-type: none"> • Çene cerrahisi • Ağız ve diş enfeksiyonu • Diş çürükleri 	<ul style="list-style-type: none"> • Çeneyi ovma ya da tutma • Sızlanma • Ağrısının olduğunu ifade etme 	<p>2102- Ağrı düzeyi 0004-Uyku</p> <p><i>Ağrı Düzeyi İçin Bazı Göstergeler (1-5 arası puanlanır)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ağrı bildirimi • Ağrı süresi • Ajitasyon • Bölgeyi ovalama 	<p>1400-Ağrı yönetimi 2210-Analjezik uygulaması</p> <p><i>Ağrı Yönetimi İçin Hemşirelik Aktiviteleri</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ağrının özelliği, başlangıcı/süresi, sıklığı, niteliği, yoğunluğu, şiddeti, ağrıyı arttıran ve azaltan durumları içeren kapsamlı değerlendirme yapılır. • Etkili iletişim kuramayan bireylerde sözel olmayan rahatsızlık belirtileri gözlemlenir. • Hastanın ağrı hakkındaki bilgi ve inançları incelenir. • Ağrıya tepkide kültürel etkiler göz önünde bulundurulur. • Ağrı deneyiminin yaşam kalitesi üzerine etkileri (uyku, iştah, aktivite, bilişsel durum, ruh hali, ilişkileri, ruh hali, iş performansı, rol sorumlulukları) tanımlanır. • Ağrının nedeni, ne kadar süreceği ve işlemden dolayı beklenen rahatsızlık miktarı gibi ağrı hakkında bilgi sağlanır. • Hastanın rahatsızlığa tepkilerini etkileyebilecek çevresel faktörler kontrol edilir. • Ağrının şiddeti artmadan önce ağrı kontrol yöntemleri kullanılır. • Ağrılı işlem öncesi analjezi ve / veya non farmakolojik strateji sağlanır. • Ağrıyı gidermede önerilen analjezikleri kullanması için bilgilendirilir. • Uygun sıklıkta ağrı değerlendirmesi yapılır.

Tablo 1. (Devam). Ağız ve diş sağlığı sorunu olan hastaların hemşirelik bakımında ele alınması gereken hemşirelik tanıları (pes formatında), hemşirelik sonuçları ve hemşirelik girişimleri.

Hemşirelik Tanısı	Etiyolojik faktörler	Tanımlayıcı özellikler	NOC sonuçları	NIC girişimleri
<p>Alerjik yanıt riski</p> <p>Vücudun bağışıklık sisteminin yabancı bir maddeye (antijen) yanıt verme riski bulunma durumudur.</p>	<p>Risk Faktörleri</p> <ul style="list-style-type: none"> Oral hijyen ürünleri (Ağız gargaraları, diş ipi ve diş macunları) Dental restoratif materyaller (Altın, akril, ortodontik teller, ölçü maddeleri ve amalgam) Lateks içeren malzemeler 	-	<p>0706-Alerjik tepki 0802-Vital bulgular 1902-Risk kontrolü</p> <p><i>Alerjik tepki İçin Bazı Göstergeler</i></p> <p>(1-5 arası puanlanır)</p> <ul style="list-style-type: none"> Larinks ödemi İstirahatte dispne Taşikardi Düşük kan basıncı Fasial ödem Bulanıt Kusma Karın ağrısı Anafilaktik şok 	<p>6410-Alerji yönetimi 6610-Risk tanılama 3350-Solunum izlemi 6680-Vital bulguları izleme 6140-Kod yönetimi</p> <p><i>Alerji Yönetimi İçin Hemşirelik Aktiviteleri</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Bilinen ilaç, besin, böcek, boya, kimyasal, toz, polen, küf, tüy vb. alerjileri ve genel reaksiyonları belirlenir. Hastaya ve yakınlarına nöral tüp defekti (örneğin, spinal bifida) veya konjenital üriner durum (örneğin, ekstrofik mesane) ve doğal kauçuk latekse sistemik reaksiyon öyküsünün olup olmadığını sorulur. Hasta ve yakınlarına muz kivi, avokado, mango ve kestane gibi yiyeceklere alerjisi olup olmadığı sorulur. Gerektiğinde test için alerji uzmanına yönlendirilir. Hastanın tıbbi kayıtlarına varsa alerji veya riski kaydedilir. Hastanın alerjisini olduğunu gösteren kol bandı takılır. Anti alerjik ilaçlar hazır bulundurulur. Alerji oluşturma riski olan bir maddenin uygulanmasından sonra hasta en az 30 dk izlenir Lateks önlemlerini belirten bir işaret koyulur. Lateks içermeyen çevre sağlanır. Hasta ve ailesi lateks alerji risk faktörleri yönünden bilgilendirilir. Enjeksiyon alerjisi uygun şekilde yönetilir Kan basıncı, kalp hızı ve solunum hızı izlenir.
<p>Anksiyete</p> <p>Belirsiz spesifik olmayan bir tehdide karşı otonom sinir sistemi aktive olan ve huzursuzluk yaşayan birey ya da grubun durumudur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Diş çekimi Çene operasyonları Diş restorasyonu (dolgu,kanal tedavisi) 	<ul style="list-style-type: none"> Ağlama (çocuk hastalar) Tansiyon yükselmesi Öfke patlamaları 	<p>1211- Anksiyete düzeyi 1402-Anksiyetenin öz kontrolü</p> <p><i>Anksiyete Düzeyi İçin Bazı Göstergeler</i></p> <p>(1-5 arası puanlanır)</p> <ul style="list-style-type: none"> Huzursuzluk Volta atma Elleri ovuşturma Sıkıntı Tedirginlik Hızlı nabız Yüksek kan basıncı 	<p>5820-Anksiyetenin azaltılması 6040-Gevseme terapisi 5880-Sakinleştirme tekniği 6680-Vital bulguları izleme</p> <p><i>Anksiyetenin Azaltılması İçin Hemşirelik Aktiviteleri</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Sakin ve güven verici bir yaklaşım kullanılır. Hastadan beklenen davranış açık olarak ifade edilir. Tüm işlemler, işlemler sırasında neler hissedebileceği (soğukluk, batma, ağrı) açıklanır. Stresli durum için empati yapılır. Korkuyu azaltmak ve güvenliği geliştirmek için hastanın yanında kalınır. Tedavi malzemeleri görüş alanının dışında tutulur. Dikkat ve ilgiyle dinlenir. Duyguları, algılamaları ve korkuları sözcüklerle ifade için cesaretlendirilir. Anksiyete düzeyindeki değişimler izlenir. Gerilimi azaltmaya yönelik eğlence aktiviteleri sağlanır. Tansiyon takibi yapılır.

Tablo 1 (Devam). Ağız ve dış sağlığı sorunu olan hastaların hemşirelik bakımında ele alınması gereken hemşirelik tanıları (pes formatında), hemşirelik sonuçları ve hemşirelik girişimleri.

Hemşirelik Tanısı	Etiyolojik faktörler	Tanımlayıcı özellikler	NOC sonuçları	NIC girişimleri
<p>Aspirasyon riski</p> <p>Trakeobronşial pasaja sekresyonların katı besinlerin ve sıvıların kaçması riski bulunan bir kişideki durumdur.</p>	<p>Risk Faktörleri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oral cerrahi ya da travma • Çene ateli, tel takılması • Ağız içi tedavisi • Dentisyonun /dişlerin uygun olmaması 	-	<p>1918-Aspirasyonu önleme 1012-Yutma durumu 1902-Risk kontrolü</p> <p><i>Aspirasyonu Önleme İçin Bazı Göstergeler (1-5 arası puanlanır)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Risk faktörlerini tanımlar • Risk faktörlerinden kaçınır • Yiyip içerken dik konuma geçebilir • Yutma becerisine göre yiyecek seçer 	<p>3200-Aspirasyon önlemleri 3160-Hava yolu aspirasyonu 3140-Hava yolu yönetimi 6610-Risk tanılama <i>Aspirasyon Önlemleri İçin Hemşirelik Aktiviteleri</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • İşlem öncesi hastanın oral kavitesi, öksürme ve öğürme refleksi değerlendirilir. • Yutma gücünü izlenir. • Sedatif ve narkotik kullanma durumu değerlendirilir. • Havayolu açıklığı sürdürülür. • Diş ünitesi sakşın setinin çalışıp çalışmadığı kontrol edilerek hazır hale getirilir. • Sakşın kullanımı öğretilir. • Tedavi sırasında kullanılmak üzere sözsüz iletişim şekli belirlenir. • Tedavi öncesi hastaya uygun pozisyon verilir. • Ağız içi işlem sırasında ağızda biriken sıvı aspire edilir. • Ağız içi anestezi uygulamasından sonra yeterli süre oral alım kısıtlanır • Yiyecekleri küçük parçalar halinde yemesi gerektiği açıklanır. • Reflü şikayetleri varsa yemekten sonra hemen yatmaması gerektiği açıklanır. • Kontrendike değilse yatak başını yükselterek yatması gerektiği açıklanır.
<p>Bilgi Eksikliği</p> <p>Tedavi planı ya da durumla ilgili bilişsel bilgi ve veya psikomotor beceri eksikliği olan bir birey ya da gruptaki durumdur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tedavi ve bakım planının günlük aktivitelere entegre edilememesi 	<ul style="list-style-type: none"> • Ağız kokusu • Bozuk ağız hijyeni • Erken diş kayıpları • Yetersiz protez bakımı 	<p>1823- Bilgi: sağlığı geliştirme <i>Bilgi: Sağlığı Geliştirme İçin Bazı Göstergeler (1-5 arası puanlanır)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sağlığı koruyucu davranışlar • Sağlığı geliştirme bilgisi için saygın kaynaklar <p>1100-Ağız sağlığı <i>Ağız Sağlığı İçin Bazı Göstergeler (1-5 arası puanlanır)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ağız temizliği • Diş temizliği • Dişeti temizliği • Dil Temizliği • Ağız kokusu • Ağız içi aparatların temizliği 	<p>5606-Öğretim: bireysel <i>Öğretim İçin Hemşirelik Aktiviteleri</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hastanın ağız (dudaklar, dil, mukozalar, dişler ve diş etleri) değerlendirilir. • Hastanın genel ağız hijyeni alışkanlığı belirlenir. • Hastanın gelişim düzeyine ve öz bakım becerisine göre diş ipi kullanma, diş fırçalama, ağız çalkalama, yeterli beslenme, fluroid içeren su kullanma, diğer koruyucu veya ek ürünler kullanma konusunda öğretim yapılır • Protezi olan hastaya protezi çıkarma, temizleme yeniden takma; diş etlerini, kalan dişlerini ve dilini fırçalama, parmakları veya fırça ile diş etlerine masaj yapma konusunda öğretim yapılır • Hasta ve hasta yakınlarına uygun ağız bakım ürünlerini tanıtılır ve temin etmelerine yardım edilir. • Şekerin diş çürümüne etkisi açıklanır, sınırlı miktarda doğal şeker tüketmeye teşvik edilir. • Tütün kullanımının etkileri, tütün kullanmayı önlemeye yönelik tedbirler konusunda bilgi verilir. Tütün kullanımını bırakmaya yönelik yardım sağlanır. • Düzenli diş kontrolü yaptırmanın önemini açıklanır.

Tablo 1 (Devam). Ağız ve dış sağlığı sorunu olan hastaların hemşirelik bakımında ele alınması gereken hemşirelik tanıları (pes formatında), hemşirelik sonuçları ve hemşirelik girişimleri.

Hemşirelik Tanısı	Etiyolojik faktörler	Tanımlayıcı özellikler	NOC sonuçları	NIC girişimleri
<p>Beden imajında bozulma</p> <p>Fiziksel olarak kendini (fiziksel görünümünü) algılayış şeklinde bir kargaşa yaşayan ya da bu riski taşıyan bir bireydeki durumdur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diş kayıpları • Yüzde şekil bozukluğu • Uygun olmayan protezler 	<ul style="list-style-type: none"> • Bireyin algılanan durumunu sözel veya sözel olmayan olumsuz tepkilerle göstermesi • Yüzüne bakamaması • Yüzünü gizlemeye çalışması 	<p>1200-Beden imajı 1300-Kabullenme 1302-Başa çıkma</p> <p><i>Beden İmajı İçin Bazı Göstergeler (1-5 arası puanlanır)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Görünümü geliştirmek için stratejiler kullanmaya yönelik tutum • Fiziksel görünümündeki değişikliğe alışma • Sağlık durumundaki değişikliğe alışma • Yaşlanma nedeniyle vücut değişikliğine uyum 	<p>5220-Beden imgesini güçlendirme 4920-Aktif dinleme 5230-Baş etmeyi güçlendirme 5240-Danışmanlık 5250-Karar vermeyi destekleme</p> <p><i>Beden İmgesini Güçlendirme İçin Hemşirelik Aktiviteleri</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Duygularını, düşüncelerini, kendine bakış açısını ifade etmesi için cesaretlendirilir. • Tedavi ve gelişmeler konusunda soru sorması için cesaretlendirilir. • Güvenli bilgi verilir ve pekiştirilir. • Uygun olmayan protezlerle ilgili hastanın şaşkınlık, öfke, içe kapanma şeklindeki tepkilerine hazır olunur • Olanaklar, alternatifler ve güçlü yönler birey ile birlikte ortaya çıkarılır.
<p>Beden gereksiniminden az beslenme</p> <p>Ağızdan beslenmesinde bir engel olmayan (oral almama durumu olmayan), kilo kaybı ile birlikte ya da kilo kaybı olmaksızın, metabolik gereksinimlerine göre besin alımı ya da metabolizması yetersiz kalan bir bireydeki durumdur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Çene ateli • Ağızda cerrahi rekonstrüksiyonları • Diş kaybı • Protez kullanımına bağlı stomatitler • Ağrı 	<ul style="list-style-type: none"> • Önerilen günlük miktardan daha az / yetersiz besin alması 	<p>1009- Beslenme durumu:Besin alımı</p> <p>1006-Kilo: Beden kitlesi</p> <p><i>Beslenme durumu:Besin alımı İçin Bazı Göstergeler (1-5 arası puanlanır)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kalori alımı • Protein alımı • Yağ alımı • Karbonhidrat alımı • Lif alımı • Vitamin alımı • Mineral alımı • Demir alımı • Kalsiyum alımı 	<p>5246-Beslenme danışmanlığı 5606-Öğretim: Bireysel 1400-Ağrı yönetimi 2210-Analjezik uygulaması</p> <p><i>Beslenme Danışmanlığı Hemşirelik Aktiviteleri</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Uygun bir şekilde beslenme değerlendirmesi yapılır. • Hastanın besin tercihleri belirlenir. • Hastanın beslenme planlaması hazırlanırken yaş, büyüme gelişme dönemi, yeme sonrası deneyimleri, kültür ve ekonomik durum gibi faktörler göz önünde bulundurulur. • Beslenme gereksinimlerini karşılayacak besin tipleri ve kalori miktarları tanımlanır. • Yemeklerden önce ağız hijyeni sağlanır. • Gerekirse yemeklerden önce hastanın ağrı kesici alması sağlanır. • Hastanın hafif, yumuşak ve asidik olmayan gıdaları seçebilmesine yardımcı olunur. • Uygunsa hastanın protezlerini takması sağlanır. • Protez kullanan hastalara protez bakımı hakkında bilgi verilir. • Protez ihtiyacı olan hastalar uygun birimlere gitmesi yönünde bilgilendirilir.

Tablo 1 (Devam). Ağız ve diş sağlığı sorunu olan hastaların hemşirelik bakımında ele alınması gereken hemşirelik tanıları (pes formatında), hemşirelik sonuçları ve hemşirelik girişimleri.

Hemşirelik Tanısı	Etiyolojik faktörler	Tanımlayıcı özellikler	NOC sonuçları	NIC girişimleri
<p>Bulantı</p> <p>Boğazın arkasında, epigastriumda veya tüm abdomende tatsız dalgalanma halinde ortaya çıkan, kusma ile sonuçlanan ya da kusma olmaksızın kusacağı duygusu yaşayan bir bireydeki durumdur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ağız içi tedavi esnasında ağızda sıvı birikmesi İlaçlar, anestezi ve dolgu materyalleri 	<ul style="list-style-type: none"> Solgunluk ve soğukluk Hasta bireyin bulantısı olduğunu söylemesi ve sonrasında kusma yaşanması 	<p>1618- Bulantı-kusma kontrolü</p> <p>2010- Rahatlık durumu: Fiziksel</p> <p><i>Bulantı-kusma kontrolü İçin Bazı Göstergeler (1-5 arası puanlanır)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Bulantı başlangıcını tanıır Neden olan faktörleri tanımlar Tetikleyici uyaranları tanımlar Antiemetik ilaçları önerildiği şekilde kullanır 	<p>1570-Kusma yönetimi</p> <p>3200-Aspirasyon önlemleri</p> <p>5900-Dikkati başka yöne çekme</p> <p>2380-İlaç tedavisinin uygulanması</p> <p><i>Kusma Yönetimi Hemşirelik Aktiviteleri</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Tedavi öncesi tam öykü alınır. Bulantıya eşlik eden ve artıran bireysel faktörler (anksiyete, korku) azaltılır ya da ortadan kaldırılır. Bulantıya neden olabilecek ya da katkıda bulunabilecek faktörler (ilaçlar ve işlemler) belirlenir. Bulantıyı önlemek için non-farmakolojik yöntemlerin (dikkati başka yöne çekme, gevşeme) kullanımı öğretilir. Tedavi esnasında ağızda biriken sıvı sık sık aspire edilir. İşlem esnasında ara ara dinlenmesi ve rahatlaması sağlanır. Bulantının sebebi ve ne kadar sürede geçeceği gibi konularda bilgi sağlanır. Bulantıyı önlemek için hekim önerisi doğrultusunda antiemetik ilaç verilir. Ortam havalandırılır.
<p>Dentisyonda (dişlenmede) bozukluk</p> <p>Diş gelişiminde/dişlerin çıkma örüntülerinde ya da dişlerin yapısal bütünlüğünde bozulma olan bir bireydeki durumdur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Genetik faktörlerle dişlerin yapısının zayıf olması. Bebeklikte oluşan diş bozuklukları Fazla şekerli ve asitli yiyeceklerin tüketilmesi Diş muayenelerini aksatmak ya da hiç gitmemek. Ağız içerisinde eksik diş olması Diş gıcırdatma Öz bakım engelleri Kötü beslenme Kronik kusma Bazı ilaçlar 	<ul style="list-style-type: none"> Dişlerde çürük oluşması Plak oluşumu Ağız içerisinde koku oluşması Dişlerin eksik olması ya da tam yokluğu Dişlerin renginin sararması Diş eti şişlikleri Diş tartarı (diş taşı) oluşumu Asimetrik yüz görünümü Süt dişlerinin erken kaybı Diş minesinde aşınma Diş kırıkları Alt ve üst çene arasında temas bozukluğu, dişin kötü yerleşimi Beden imajında bozulma 	<p>1100-Ağız sağlığı</p> <p>1009- Beslenme durumu:Besin alınımlı</p> <p><i>Ağız Sağlığı İçin Bazı Göstergeler (1-5 arası puanlanır)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Diş eksikliği Diş ağrısı Oral mukoza bütünlüğü Dil bütünlüğü Dişeti bütünlüğü Diş minesini aşınması Diş eti iltihabı Kanama Ağrı Ağız kokusu 	<p>1720-Ağız sağlığını geliştirme</p> <p>1710-Ağız sağlığını sürdürme</p> <p><i>Ağız Sağlığını Geliştirme İçin Hemşirelik Aktiviteleri</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Hastanın dudakları, dili, ağız mukozaları, dişleri, diş etleri, ağız içi aparatları ve onların uygunluğu gözlemlenir. Ağız sağlığı taraması ve risk değerlendirmesi yapılır. Belirli aralıklarla diş muayenesi yaptırmasının önemi açıklanır. Diş şekillerinde kayma ya da yamulma gibi durumlar varsa diş teli takılması için diş hekimine yönlendirilir. Çürük dişlerin tedavisinin, diş tartarlarının temizliğinin önemi açıklanır ve diş hekimine yönlendirilir. Eksik dişlerin yaşam kalitesi ve sağlık üzerine etkileri açıklanır ve hasta diş hekimine yönlendirilir. Dişleri ve dili düzenli olarak yemeklerden önce ve sonra fırçalaması sağlanır, fırçalama tekniği öğretilir. Asitli ve şekerli yiyeceklerin tüketiminden kaçınması gerektiği açıklanır. Florid içeren diş macunu ve uygun diş fırçası seçmesi için yardım edilir. Diş fırçasını 3 ayda bir değiştirmesi gerektiği ve diş ipi kullanımı hakkında öğretim yapılır. Ağız gargaralarını ağız içinde oluşan kokuların önlenmesi ve ağız hijyeninin tamamlanması amacı ile hekim önerisi doğrultusunda tercih etmesi gerektiği açıklanır. Uygulamalar bireyin yaşına, gelişimine, öğrenme düzeyine uygun olacak şekilde özelleştirilir.

Tablo 1 (Devam). Ağız ve dış sağlığı sorunu olan hastaların hemşirelik bakımında ele alınması gereken hemşirelik tanıları (pes formatında), hemşirelik sonuçları ve hemşirelik girişimleri.

Hemşirelik Tanısı	Etiyolojik faktörler	Tanımlayıcı özellikler	NOC sonuçları	NIC girişimleri
<p>Düşük benlik saygısı</p> <p>Önceden olumlu bir benlik saygısına sahip iken, bir olaya / duruma tepki olarak kendisi hakkında negatif duygular yaşayan bir bireydeki durumdur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dış kayıpları • Uygun olmayan protezler • Uygun olmayan ağız hijyeni • Olumsuz geri bildirim 	<ul style="list-style-type: none"> • Daha önce kendisini olumlu değerlendiren kişinin yaşanan duruma karşı olumsuz değerlendirme yapması • Kendi duygularını olumsuz olacak şekilde ifade etmesi • Sosyal izolasyon • Hastanın kendine önem vermemesi, kendini sürekli ihmal etmesi 	<p>1205-Benlik saygısı</p> <p><i>Benlik Saygısı İçin Bazı Göstergeler (1-5 arası puanlanır)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Öz kabulün sözel ifadesi • Öz sınırlılıkların kabulü • Göz temasını sürdürme • Açık iletişim • Yapıcı eleştirinin kabulü • Güven düzeyi 	<p>5400-Benlik saygısını güçlendirme 4920-Aktif dinleme 5230-Baş etmeyi güçlendirme 5240-Danışmanlık 5330-Duygu durum yönetimi 5250-Karar vermeyi destekleme</p> <p><i>Benlik Saygısını Güçlendirme İçin Hemşirelik Aktiviteleri</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hastanın kendine verdiği değere ilişkin ifadeleri gözlemlenir. • Olumsuz eleştiriden kaçınılır. • Olumsuz otomatik düşünceleri tanınmasına yardım edinir. • Başkalarından gelen olumlu tepkileri tanınmasına yardımcı olunur. • Güçlü yönlerini tanınmasında bireye yardım edilir. • Kendini kabullenmesi için hastaya yardım edilir. • Daha yüksek benlik saygısı oluşturabilmek için ulaşılabilir gerçekçi hedefler belirlemesine yardım edilir. • Hastanın otonomisini artıracak uygun deneyimler sağlanır.
<p>Enfeksiyon riski</p> <p>Endojen ve ekzojen kaynaklı, fırsatçı yada potojen bir ajanın (virüs, fungus, bakteri protozoa ya da diğer parazitler) hücumuna uğrama riski taşıyan bir bireydeki durumdur.</p>	<p>Risk Faktörleri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ağız dış çene operasyonları • Tedaviyle ilgili invaziv girişimler 	-	<p>1924-Risk kontrolü: Enfeksiyon süreci</p> <p><i>Risk kontrolü: Enfeksiyon süreci İçin Bazı Göstergeler (1-5 arası puanlanır)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfeksiyon için güncel bilgi arar • Enfeksiyon için kişisel risklerini bilir • Enfeksiyon riski ile ilişkili davranışları bilir 	<p>6550-Enfeksiyondan koruma</p> <p>6610-Risk tanılama</p> <p><i>Enfeksiyondan Koruma İçin Hemşirelik Aktiviteleri</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfeksiyonun lokal ve sistemik belirtileri izlenir. • Riskli hastada asepsi sürdürülür • Enfeksiyona yatkınlık izlenir • Küresel seyahat öyküsü izlenir • Granülosit sayısı, lökosit sayısı, periferik yayma sonuçları izlenir • Nötropenik önlemler alınır. • Bağışıklık durumu değerlendirilir. • Gerektiğinde kültür alınır • Yeterli besin alımı sağlanır. • Sıvı alımı teşvik edilir • Gerektiğinde özel oda sağlanır • İçme suyu güvenliği sağlanır. • İstem edilen antibiyotikler uygun şekilde verilir • İlaç kullanımı hakkında öğretim yapılır.

Tablo 1 (Devam). Ağız ve diş sağlığı sorunu olan hastaların hemşirelik bakımında ele alınması gereken hemşirelik tanıları (pes formatında), hemşirelik sonuçları ve hemşirelik girişimleri.

Hemşirelik Tanısı	Etiyolojik faktörler	Tanımlayıcı özellikler	NOC sonuçları	NIC girişimleri
<p>Enfeksiyon bulaştırma riski</p> <p>Patojen ya da fırsatçı bir ajanı başkalarına geçirme / bulaştırma riski taşıyan bir bireydeki durumdur.</p>	<p>Risk Faktörleri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontamine drenajdaki ve tedavi sırasında kullanılan diğer araçlara bağlı (Örneğin, aspirasyon aleti) • Hijyenik olmayan tedavi ortamı • Bulaşıcı hastalık varlığı 	-	<p>1924-Risk kontrolü: Enfeksiyon süreci</p> <p><i>Risk kontrolü:</i> <i>Enfeksiyon süreci İçin Bazı Göstergeler (1-5 arası puanlanır)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Temiz bir çevre sürdürür • El hijyeni uygular • Evrensel önlemleri alır • Enfeksiyon kontrolü stratejilerini uygular 	<p>6540-Enfeksiyon kontrolü 6610-Risk tanılama</p> <p><i>Enfeksiyon Kontrolü İçin Hemşirelik Aktiviteleri</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hastadan tam öykü alınır. • Bulaşıcı hastalığı olan hastalara yönelik koruyucu önlemler alınır. • Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (The Centers for Disease Control and Prevention- CDC) tarafından belirtildiği gibi hasta başına uygun metre kare alan ayrılır. • Her hasta kullanımından sonra çevre uygun biçimde temizlenir. • Hasta takım araçları kurum protokolüne göre değiştirilir. • İnvaziv işlemler aseptik yöntemle yapılır. • Sağlık çalışanına, öğrencilere ve hastaya el yıkama ve hijyeni hakkında öğretim yapılır. • Her hasta bakım aktivitesinden önce ve sonra eller yıkanır. • Evrensel önlemler uygulanır ve evrensel önlemler politikasına uygun olarak eldiven giyilir • Steril eldiven gerekli durumlarda ve uygun şekilde giyilir. • Hastaya ve ailesine enfeksiyon belirti ve bulguları öğretilir.
<p>Etkisiz Cinsellik</p> <p>Cinsel sağlığında bir değişim yaşayan ya da bu riski taşıyan bir bireydeki durumdur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Yetersiz ağız hijyeni • Ağızda kötü koku olması • Beden imajında bozulma • Hastalık ya da tıbbi tedavi 	<ul style="list-style-type: none"> • Eş ile ilişkilerinde değişiklik • Cinsel aktivite ve davranışlarında değişiklik bildirmesi 	<p>0119- Cinsel işlev 1100-Ağız sağlığı</p> <p><i>Cinsel işlev İçin Bazı Göstergeler (1-5 arası puanlanır)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Benlik saygısını ifade eder • Partneri ile rahat iletişim kurar • Partnerine saygılıdır 	<p>5248-Cinsel danışmanlık 1710-Ağız sağlığını sürdürme 5400-Benlik saygısını güçlendirme <i>Cinsel Danışmanlık İçin Hemşirelik Aktiviteleri</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hastayla güven ve saygıya dayalı bir iletişim kurulur. • Danışmanlık ilişkisinin süresi belirlenir. • Hasta mahremiyetine özen gösterilerek elde edilen bilgilerin gizli tutulacağına dair güven verilir • Hastanın genel olarak cinsellikle ilgili bilgi düzeyi belirlenir. • Eşlerin ayrı ayrı fikir ve görüşlerini ifade etmesi sağlanır. • Cinsellik ve cinsel fonksiyonlarla ilgili rahatsız eden konularda soru sorması için hasta cesaretlendirilir. • Konuşmaya en az hassas ola konulardan başlanılır. • Endişelerin ifade edilmesini kolaylaştırmak için yansıtma ve açığa kavuşturma teknikleri kullanılır. • Ağız kokusuna neden olan faktör belirlenerek uygun tedavi yapılması sağlanır. • Her yemekten önce ve sonra dişlerini fırçalamasının önemi açıklanır. • Protez kullanıyorsa protez bakımı ve kontrolleri öğretilir. • Çürük ve eksik dişlerin tedavisi için diş hekimine yönlendirilir. • Hekim önerisi ile ağız içinde oluşan kokuların önlenmesi için ağız gargaraları verilir.

Tablo 1 (Devam). Ağız ve dış sağlığı sorunu olan hastaların hemşirelik bakımında ele alınması gereken hemşirelik tanıları (pes formatında), hemşirelik sonuçları ve hemşirelik girişimleri.

Hemşirelik Tanısı	Etiyolojik faktörler	Tanımlayıcı özellikler	NOC sonuçları	NIC girişimleri
<p>Kanama riski</p> <p>Cerrahi bir işlem ya da invaziv bir girişim sonucunda damar bütünlüğünün bozulma riski taşıyan bir bireydeki durumdur.</p>	<p>Risk Faktörleri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antikoagülan ilaç kullanımı, • Kullanılan ağrı kesici ilaçlar • Alkol ve uyuşturucu madde kullanımı • Kan hastalıkları • Kalp rahatsızlığı ve tansiyon varlığı • Travma ve tedaviye bağlı yan etkiler 	-	<p>0413-Ciddi kan kaybı 1902-Risk kontrolü</p> <p><i>Ciddi Kan Kaybı İçin Bazı Göstergeler (1-5 arası puanlanır)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Görünür kan kaybı • Ameliyat sonrası kanama • Deri ve müköz membranlarda solukluk • Düşük hemoglobin 	<p>4020-Kanamayı azaltma 6610-Risk tanılama 5616- Öğretim: tanımlanmış ilaç tedavisi, işlem /tedavi</p> <p><i>Kanamayı Azaltma İçin Hemşirelik Aktiviteleri</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Yapılacak işlem öncesi ve sonrası hemoglobin/hemotokrit düzeyleri kontrol edilir. • Koagülasyon/ pıhtılaşma çalışmalarını; protrombin zamanı (PT), parsiyel tromboplastin zamanı (PTZ), fibronejen fibrinin azalması , trombosit sayımı sonuçları izlenir. • Hasta kanama yönünden yakından izlenir. • İşlem öncesi aspirin, antikoagülan vb. ilaçlardan kaçınması gerektiği açıklanır. • Yaşam bulguları takip edilir. • Etkilenen bölgeye uygun şekilde buz paketi uygulanır. • Ağız bakımı için yumuşak diş fırçası ve diş bakım ürünlerini kullanması gerektiği açıklanır. • Gerekirse tranfüzyon için uygun kan ürünleri hazır bulundurulur.
<p>Korku</p> <p>Tehlikeli olarak algılanan, tanınabilen bir kaynağa ilişkin olarak fizyolojik yada emosyonel olarak bir rahatsızlık duygusu yaşayan bir birey ya da bir gruptaki durumdur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diş çekimi • Ağız dış-çene operasyonu 	<ul style="list-style-type: none"> • Ağlama, kaçma, terleme • Huzursuzluk • Öfke • Bulantı • Vital bulgularda değişim • Sık sık soru sorma 	<p>1210-Korku düzeyi</p> <p><i>Korku düzeyi İçin Bazı Göstergeler (1-5 arası puanlanır)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sıkıntı • Sinirlilik • Baygınlık hissetmek • Huzursuzluk • Ağlama • Başkalarını suçlama eğilimi • Öfke dışı vurumu 	<p>5880-Sakileştirme tekniği 5270-Emosyonel destek 6040-Gevşeme terapisi</p> <p><i>Sakinleştirme Tekniği İçin Hemşirelik Aktiviteleri</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Basit açıklamalar yaparak çevreye uyumu sağlanır. • Hastayla oturulur ve konuşulur. • Hasta ile göz teması sürdürülür. • Yavaş sakin, basit kısa ifadeler kullanılır. • Duyularını ifade etmesi için cesaretlendirilir. • Hasta yalnız bırakılmaz, • Varlığı ile hastaya yardımcı olabilecek yakınları belirlenir. • Gevşeme teknikleri (derin soluk alıp verme, progresif kas gevşetme gibi), dikkati başka yöne çekme teknikleri (müzik dinleme, hayal kurma gibi) uygulanır. • Hastanın soru sormasına fırsat verilir.

Tablo 1 (Devam). Ağız ve diş sağlığı sorunu olan hastaların hemşirelik bakımında ele alınması gereken hemşirelik tanıları (pes formatında), hemşirelik sonuçları ve hemşirelik girişimleri.

Hemşirelik Tanısı	Etiyolojik faktörler	Tanımlayıcı özellikler	NOC sonuçları	NIC girişimleri
<p>Oral müköz membranlarda bozukluk</p> <p>Oral kavitede bir değişim /hasar bulunan ya da bu riski taşıyan bir bireydeki durumdur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Yetersiz ağız hijyeni • Bilgi eksikliği • Sigara, alkol kullanımı, asitli içecekler • İlaçlar • Salivasyonda azalma • Kırılmış ya da çentikli- sivri uçlu dişler • Uyumsuz protezler 	<ul style="list-style-type: none"> • Ağız kokusu • Stomatit • Kilo kaybı • Kanama 	<p>1100- Ağız sağlığı</p> <p>1101- Doku bütünlüğü: Deri ve müköz membranlar</p> <p><i>Ağız Sağlığı İçin Bazı Göstergeler</i></p> <p>(1-5 arası puanlanır)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oral mukoza ve dilin nemliliği • Müköz membranların rengi • Oral mukoza bütünlüğü • Oral mukoza lezyonları • Dilin bütünlüğü • Dişetlerinin bütünlüğü • Kanama • Ağız kokusu 	<p>1730-Ağız sağlığını iyileştirme</p> <p>1720-Ağız sağlığını geliştirme</p> <p>1710-Ağız sağlığını sürdürme</p> <p><i>Ağız Sağlığını İyileştirme İçin Hemşirelik Aktiviteleri</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hastanın ağız renk, koku, lezyon, inflamasyon ve enfeksiyon belirtileri yönünden gözlenir. • Tat alma, yutma, ses kalitesi değerlendirilir. • İhtiyaç duyulan ağız bakımı sıklığı belirlenir • Yemeklerden önce ve sonra dişlerini fırçalanması (yumuşak kıllı fırça ile) ve her 24 saatte bir diş ipi kullanması gerektiği açıklanır. Kanama riski varsa diş ipi kullanımı önerilmez. • Gerektiğinde hekim istemine göre analjezik, anestezi, antiinflamatuvar ilaç kullanılır. • Protezleri ve köprüleri günlük olarak çıkarması ve temizlemesi gerektiği açıklanır. • Protez kontrolleri hakkında bilgi verilir. • Günlük oral hijyenin ve periyodik diş muayenesinin önemi anlatılır. • Hekim istemine göre uygun solüsyonlarla gargara yapması sağlanır. • Mukoz membranı tahriş eden baharatlı, tuzlu, asitli, sert gıdalardan uzak durması anlatılır. • Aşırı sıcak yiyecek ve içeceklerden kaçınması açıklanır. • Dudaklara her iki saatte bir ve gerektiğince nemlendirici sürülür. • Sıvı alımı artırılır. • Ağız sebze veya zeytinyağı içeren tükürük jellerini kullanması sağlanır. • Folik asit, çinko, demir, vitamin C, protein gibi besin, mineral ve vitamin kaynaklarını yeterince alması için teşvik edilir.

Tablo 1 (Devam). Ağız ve diş sağlığı sorunu olan hastaların hemşirelik bakımında ele alınması gereken hemşirelik tanıları (pes formatında), hemşirelik sonuçları ve hemşirelik girişimleri.

Hemşirelik Tanısı	Etiyolojik faktörler	Tanımlayıcı özellikler	NOC sonuçları	NIC girişimleri
<p>Lateks alerji riski</p> <p>Latekse karşı immünglobulin E- aracılı alerjik bir tepki yaşama riski taşıyan bir bireydeki durumudur.</p>	<p>Risk Faktörleri</p> <ul style="list-style-type: none"> Tropikal meyve alerjisi Çiçek alerjisi Astım öyküsü Hergün ya da sık sık latekse maruz kalma (Üriner kateterler, lateks eldivenler, amalgam taşıyıcıları, matrix bantları ve matrixler, anestezi karpüller, enjektörler, damlalıklar, endodontik dolgu materyalleri, ölçü materyalleri, maskeler/yüz koruyucular, ortodontik rubber bantlar ve elastikler, ısırma plağı, polisaj diskleri, suction başlığı vb.) 	-	<p>0706-Alerjik tepki 0802-Vital bulgular 1902-Risk kontrolü</p> <p><i>Alerjik tepki İçin Bazı Göstergeler</i></p> <p>(1-5 arası puanlanır)</p> <ul style="list-style-type: none"> Larinks ödemi İstirahatte dispne Taşikardi Düşük kan basıncı Fasial ödem Bulantı Kusma Karın ağrısı Anafilaktik şok 	<p>6610-Risk tanılama 6140-Kod yönetimi 6410-Alerji yönetimi 6680-Vital bulguları izleme</p> <p><i>Risk Tanılama İçin Hemşirelik Aktiviteleri</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Geçmiş sağlık öyküsünü, var olan/önceki tıbbi ve hemşirelik tanıları ile tedavilerini kanıtlayan belgeler gözden geçirilir. Rutin risk değerlendirme ölçütlerinden elde edilen veriler gözden geçirilir. Risk faktörlerini azaltmaya yardımcı olacak kurumsal kaynaklar belirlenir. Örneğin lateks içermeyen malzemelerin tercih edilmesi gibi Biyolojik, çevresel ve davranışsal riskler ve bunlar arasındaki ilişkiler belirlenir. Tipik baş etme stratejileri belirlenir. Örneğin latekse teması nasıl önleniyor? Temel yaşam gereksinimlerinin durumu belirlenir. Tıbbi ve hemşirelik tedavilerine uyumu belirlenir. Risk faktörleri hakkında bilgilendirilir ve riski azaltmak için plan yapılır. <p>Riskin azaltılmasına yönelik öncelikli alanlardaki faydalı kriterler (örn; farkındalık ve motivasyon düzeyi, etkililik, maliyet, uygulanabilirlik, tercihler, eşitlik, etiketlenme/damgalanma ve riskler belirlenmeden kalırsa sonuçların ciddiyeti) göz önünde bulundurulur.</p> <p>Bireyle ya da grupla işbirliği içinde riskin azaltılmasına yönelik aktiviteler planlanır.</p> <p>Risk azaltma stratejileri ve aktivitelerinin uzun dönem izlemine yönelik plan yapılır</p>
<p>Şok riski</p> <p>Vücut doku ve organlarına giden kan akımının yetersizleşerek dokulardaki oksijenlenmenin azalması ve bunun sonucunda yaşamı tehlikeye sokabilecek şekilde bozulma riski taşıyan bir bireydeki durumudur.</p>	<p>Risk Faktörleri</p> <ul style="list-style-type: none"> Alerjik reaksiyon Kanama 		<p>0802-Vital bulgular 0706-Alerjik tepki 1902- Risk kontrolü 0413-Ciddi kan kaybı</p> <p><i>Vital Bulgular İçin Bazı Göstergeler</i></p> <p>(1-5 arası puanlanır)</p> <ul style="list-style-type: none"> Sistolik kan basıncı Diastolik kan basıncı Nabız hızı Solunum hızı Vücut sıcaklığı 	<p>4260-Şokun önlenmesi 4250- Şok yönetimi 6410-Alerji yönetimi 4010-Kanama önlemleri 6680-Vital bulguları izleme</p> <p><i>Şokun Önlenmesi İçin Hemşirelik Aktiviteleri</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Hipotansiyon, yetersiz organ perfüzyonu gibi şoku hızlandıran durumlar belirlenir Kloaritromisin, eritromisin, kalsiyum kanal blokerleri gibi ilaçların ciddi hipotansiyona ve şoka yol açabileceği bilinmelidir. Hastada rinit, hırıltılı solunum, dispne, kaşıntı, ürtiker, diyare, anksiyete, huzursuzluk gibi alerjik reaksiyonların erken belirtileri izlenir. Sıvı kaybının olası nedenleri izlenir. Dolaşım durumu (kan basıncı, cilt rengi, cilt ısısı, kalp sesleri, kalp hızı ve ritmi, periferel nabızların alınması ve kalitesi, kapiller dolun) izlenir. Endişe, ajitasyon, siyanoz gibi yetersiz oksijenleme belirtileri ve pulseoksimetre değeri ile oksijenizasyon durumu izlenir. Mukoz membranların durumu, peteşi ve morarma izlenir. Oksijen tedavisi başlanır. Uygun pozisyon verilir: bacaklar eleve ya da sırtüstü (vazojenik şokta), baş ve omuzlar eleve sırtüstü pozisyon (kardiyojenik şokta). İntravenöz sıvı tedavisi için damar yolu açılır. İdrar miktarı izlenir Şoku tetikleyen faktörlere karşı hasta ve ailesi bilgilendirilir Hekim önerisi ile uygun ilaç tedavisi başlanır.

SONUÇ

Bakım sürecinde sistematik ve bütüncül bir yaklaşıma rehber olması için yazılan bu makalede ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden yararlanan hastalara uygun olacağı düşünülen, NANDA 2018-2020 hemşirelik tanıları listesinde yer alan 18 hemşirelik tanısına yer verilmiştir. Hemşirelik tanıları PES (Problem-Etiyoloji-Semptom/Tanımlayıcı Özellik) formatına göre ele alınmıştır. Hasta durumunun değerlendirilmesinde yararlanılan 24 NOC ölçeği ve ölçeklere uygun NOC göstergeleri, 37 NIC girişimi ve bu girişimlere uygun hemşirelik aktiviteleri tablo olarak sunulmuştur.

Çıkar çatışması beyanı

Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Yazar katkıları

Yazının ortaya çıkması ve sürdürülmesine katkıda bulunma: BAR, KE
Plan, tasarım: BAR, KE
Literatürün gözden geçirilmesi: BAR, KE
Kaleme alma ve düzeltmeler: BAR, KE
Kontrol etme ve gözden geçirme: BAR, KE

Kurumsal ve finansal destek beyanı

Kurumsal ve finansal destek yoktur.

KAYNAKLAR

- Ackley, B.J., Ladwig, G.B., Makic, M.B.F (2019). *Hemşirelik tanıları el kitabı*. (N.Gürhan, Ü. Görgülü-Polat, B.Eren-Fidancı, Çev.) Ankara: Ankara Nobel Kitabevleri
- Akar, Ç. (2014). *Türkiye’de ağız-diş sağlığı hizmetlerinin strateji değerlendirmesi*. Ankara: Türk Diş Hekimleri Birliği Yayınları.
- Biol, L. (2011). *Hemşirelik süreci: Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım*. İzmir: Etki Yayınları.
- Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M., & Wagner, C.M. (Ed.). (2018). *Nursing interventions classification (NIC)* (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Çolak, H., Dülgergil, T.Ç., & Serdaroğlu, İ. (2010). Ağız ve diş hastalıklarının medikal, psikososyal ve ekonomik etkilerinin değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2(2), 63-89.
- Carpenito-Moyet, L.J. (2012). *Hemşirelik tanıları el kitabı*. (F. Erdemir, Çev.) İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi
- Herdman, H., & Kamitsuru, S. (2018). *Nursing diagnoses definitions and classification 2018-2020* (11th ed.) New York: Wiley Blackwell.
- Johnson, M., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M.M., Maas, M.L., Moorhead, S., Swanson, E.,... & Butcher, H.K. (2012). *NOC and NIC linkages to NANDA-I and clinical conditions. Supporting clinical reasoning and quality care*. E-Book (3th ed.). United States of America: Mosby.
- Kılınç, G., & Günay, T. (2010). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin ağız diş sağlığı konusunda bilgi düzeyleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24(3), 131-7.
- Karamanoğlu, A.Y., & Yavuz, M. (2015). Ağız sağlığı hemşirelik değerlendirmesinde kanıtlar ve uygulama önerileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(1), 131-143.
- Kozier, B., Berman, A., Snyder, S., & Erb, G. (2008). *Fundamentals of nursing concepts, process and practice*. New Jersey: Prentice Hall. Upper Saddle River.

- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (2018). *Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of health outcomes* (6th ed.). St. Louis: MO: Elsevier.
- Nanda Nursing Diagnosis List. (2020). Retrieved May 03. 2020 from <http://www.nandanursingdiagnosislist.org/>
- Naito, M., Yuasa, H., Nomura, Y., Nakayama, T., Hamajima, N., & Hanada, N. (2006). Oral health status and health related quality of life: A systematic review. *Journal of Oral Science*, 48(1),1-7. <https://doi.org/10.2334/josnusd.48.1>
- Potter, P., & Perry, A. (2009). *Fundamentals of Nursing*. USA: Mosby Company. St. Louis: Elsevier.
- Park, H. (2014). Identifying core NANDA-I nursing diagnoses, NIC interventions, NOC outcomes, and NNN linkages for heart failure. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(1), 30-38. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12010>
- Rabelo-Silva, E.R., Dantas Cavalcanti, A.C., Ramos Goulart Caldas, M.C., Lucena, AdF., Almeida, MdA., Linch, GFdC.,... & Müller-Staub, M. (2017). Advanced nursing process quality: Comparing the International Classification for Nursing Practice (ICNP) with the NANDA-International (NANDA-I) and Nursing Interventions Classification (NIC). *Journal of Clinical Nursing*, 26(3-4) 379-387. <https://doi.org/10.1111/jocn.13387>
- Royal College of Nursing- RCN. (2011). Essential guide. promoting older people’s oral health. Retrieved June 10, 2014 from. <http://rcnpublishing.com/userimages/contenteditor/promoting-older-peoples-oral-health.pdf>.
- Slade, G.D. (2002). Assesment of oral health-related quality of life. Inglehart, M.R, Bangramian, R.A.(Ed) *Oral health realted quality of life* (pp.29-46) Chicago: Quintessence Publishing Co Inc.
- Sabuncu, N. (2008). Hemşirelik süreci. N. Sabuncu, (Ed), *Hemşirelik bakımında ilke ve uygulamalar* (ss. 137-141) Ankara: Alter Yayıncılık.
- Tatar, M., Mollahaliloğlu, S., Şahin, B., Aydın, S., Maresso, A., & Hernandez-Quevedo C. (2011). Turkey: Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(6), 1–186.
- Taylor, C., Lillis, C., Lemone, P., & Lynn, P. (2008). *Fundamentals of nursing the art and science of nursing care*. New York: Philadelphia: Wolter Kluwer. Lippincot Williams&Wilkins.
- Tastan, S., Linch, G.C., Keenan, G.M., Stifter, J., McKinney, D., Fahey, L.,... & Wilkie, D.J. (2014). Evidence for the existing American Nurses Association recognized standardized nursing terminologies: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(8), 1160-1170. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.004>
- Törnvall, E., & Jansson, I. (2017). Preliminary evidence for the usefulness of standardized nursing terminologies in different fields of application: A literature review. *International Journal of Nursing Knowledge*, 28(2), 109-119. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12123>
- Wilkinson, J.M., Barcus, L. (2018). *Hemşirelik tanıları el kitabı*. (S. Kapucu, İ. Akyar, F. Korkmaz, Çev.) Ankara: Pelikan Yayınevi.



OLGU SUNUMU / CASE REPORT

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi / BAUN Sağ Bil Derg
Balıkesir Health Sciences Journal / BAUN Health Sci J
ISSN: 2146-9601- e ISSN: 2147-2238
doi: <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.877775>



İnsan Bakım Modeli'nin Hemşirelik Bakımında Kullanımı: Covid 19

N. Hazal DÖNER ¹ Yasemin YILDIRIM ² Fisun ŞENUZUN AYKAR ³
Çiçek FADİLOĞLU ⁴

¹ İzmir Ekonomi Üniversitesi, İzmir

² Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

³ İzmir Tınaztepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İzmir

⁴ Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Emekli Öğretim Üyesi, İzmir

Geliş Tarihi / Received: 09.02.2021, **Kabul Tarihi / Accepted:** 28.02.2021

ÖZ

Koronavirüsler tek zincirli, zarflı RNA virüsleridir. Yakın zamanda saptanan koronavirüsler ciddi akut solunum yolu enfeksiyonu ve salgına sebep olması nedeniyle bu virüs grubuna karşı bilinen tüm yaklaşımları değiştirmiştir. 2019'un sonlarında SARS-CoV-2 (2019) olarak bilinen koronavirüs Çin'de ortaya çıkmış ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından 31 Ocak 2020'de tüm dünyayı etkilemesi nedeniyle uluslararası endişe duyulan bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmıştır. Bu makalede covid pozitif tanısı ile yoğun bakım yatışı yapılan bir olgunun Watson'ın İnsan Bakım Modeli'ne göre hemşirelik yönetimi ele alınmış ve literatüre katkı sağlaması amaçlanmıştır. Tüm dünyayı etkisi altına alan komplike bir hastalık olan COVID 19, etyolojisi ve prognozuna dair yeterli bilginin olmaması ayrıca bireyin sosyal destek sistemleri dahil motive edici bütün uyarılardan uzakta kalması nedeniyle bakımı zorlaştırmakta ve karmaşıklaştırmaktadır. Burada amaç bireyi bütün yönleriyle ele almak, bakımı bireyselleştirmek, geleneksel tıbbi bakımdan uzaklaşıp bireyin değerli olduğunu hissettirmektir. Bu nedenle bu olguda bireyi tüm yönleri ile alan iyileştirici faktörlere odaklanan İnsan Bakım Modelinden yararlanılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Covid 19, İnsan Bakım Modeli.

Use of the Human Care Model in Nursing Care: Covid 19

ABSTRACT

Coronaviruses are single-stranded, enveloped RNA viruses. Recently detected coronaviruses have changed all known approaches against this virus group due to serious acute respiratory tract infections and epidemics. In late 2019, the coronavirus known as SARS-CoV-2 (2019) emerged in China and was defined by the World Health Organization as a public health problem of international concern as it affected the whole world on January 31, 2020. In this article, nursing management is handled according to Watson's Human Care Model of a patient who was hospitalized with intensive care hospitalization with covid positive diagnosis and aimed to contribute to the literature. COVID 19, which is a complicated disease that affects the whole world, complicates and complicates care because of the lack of sufficient information about its etiology and prognosis, as well as the individual's stay away from all motivating stimuli including social support systems. The aim is to handle the individual in all aspects, to individualize care, to move away from traditional medical care and to make the patient feel valuable. Therefore, in this case, the Human Care Model, which focuses on the healing factors that take the individual in all aspects, was used.

Keywords: Nurse, Corona, Human Care Model.

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: N. Hazal DÖNER, İzmir Ekonomi Üniversitesi, İzmir, Türkiye

E-mail: nedimehazalerikli@icloud.com

Bu makaleye atf yapmak için / Cite this article: Döner, N H, Yıldırım, Y, Şenuzun Aykar, F, Fadiloğlu, Ç. İnsan Bakım Modeli'nin Hemşirelik Bakımında Kullanımı: Covid 19. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2),228-235. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.877775>

©Copyright 2021 by the Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.



BAUN Sağ Bil Derg 2021 OPEN ACCESS <https://dergipark.org.tr/tr/pub/balikesirsbd>

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

GİRİŞ

Koronavirüsler tek zincirli, zarflı RNA virüsleridir. Yüzeylerinde çubuksu uzantıların bulunması nedeniyle Latince'deki "corona", yani "taç" anlamından yola çıkılarak bu virüslere Coronavirus (taçlı virüs) ismi verilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı,2020). Coronavirusler (CoV), soğuk algınlığından Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS-CoV) ve Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS-CoV) gibi daha ciddi hastalıklara kadar çeşitli hastalıklara neden olan büyük bir virüs ailesidir (T.C. Sağlık Bakanlığı,2020). Koronavirüslerin uzun yıllar boyunca hafif ve orta solunum yolları enfeksiyonlarının kaynağı olduğu bildirilmiştir. Korona virüsler birçok hayvanda görülmüş olsa da ana kaynağının yarasalar olduğu düşünülmektedir (Bulut ve Kato,2020; Özdemir, 2020). İnsanlarda dört tip koronavirüsün 229E, HKU1, NL63 ve OC43 hastalığına neden olduğu saptanmıştır. Yakın zamanda saptanan koronavirüsler ciddi akut solunum yolu enfeksiyonu ve salgına sebep olması nedeniyle bu virüs grubuna karşı bilinen tüm yaklaşımları değiştirmiştir. 2019'un sonlarında SARS-CoV-2 (2019) olarak bilinen koronavirüs Çin'de ortaya çıkmış ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından 31 Ocak 2020'de tüm dünyayı etkilemesi nedeniyle uluslararası endişe duyulan bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmıştır (Bulut ve Kato, 2020; Wang C, et.al., 2020). SARS-CoV-2'nin kökeni hala araştırılmaktadır. Eldeki veriler, Huanan Deniz Ürünleri Toptan Satış Pazarında yasadışı olarak satılan vahşi hayvanları işaret etmektedir. Tespit edilen vakalarda ateş, nefes darlığı ve radyolojik olarak pnömonik infiltrasyon dikkat çekmektedir. 31 Aralık 2019 tarihinde tespit edilen pnömoni kümelenmesinin etkeni, daha önce insanlarda tespit edilmemiş yeni bir koronavirüs olarak tanımlanmıştır. Bu tarihten sonra hasta sayısı hızla artmış, sağlık çalışanlarında da hastalık görülmüştür. Hastalık, insandan insana bulaşma özelliği nedeniyle hızla yayılmıştır. Ülkemizde ilk COVID-19 vakası 11 Mart 2020 de saptanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2020). Zaman içinde onaylanan vakalar incelendiğinde 16 Şubat 2021 tarihi itibarıyla 108.822.960 kişinin bu hastalığa yakalandığı 2.403.641 kişinin ise yaşamını yitirdiği ve 223 ülkenin bu hastalıktan etkilendiği bildirilmiştir (WHO, 2021). Ülkemizdeki güncel verilere baktığımızda ise toplam vaka sayısının 2.602.034 olduğu ve 27.652 kişinin bu hastalıktan dolayı yaşamını yitirdiği saptanmıştır. (T.C. Sağlık Bakanlığı,2021).COVID 19 kısa sürede tüm dünyayı etkileyen agresif bir klinik seyre sahip olan ve prognoz olarak birçok bilinmeyeneye sahip olması nedeniyle gerek sağlık çalışanları gerekse toplumun genelinde bir endişe kaynağı haline gelmiştir. Hastalığa karşı aşı geliştirilmiş olmasına rağmen farklı mutasyonların görülmesi hastalığın seyri ile ilgili olan endişeleri arttırmaktadır. Birçok bilinmeyenle savaşılan ve neredeyse tüm insanlığı etkileyen bu hastalık sürecinde hemşirelik mesleği geçmişte olduğu gibi bugün de dünya genelinde sağlığı tehdit eden salgınlarla mücadelede ön saflarda yer almaktadır (Karasu ve Çopur, 2020). Bu makalede COVID 19 pozitif tanısı ile

hastane yatışı yapılan bir olgunun Watson'ın İnsan Bakım Modeli'ne göre hemşirelik yönetimi ele alınmış ve literatüre katkı sağlaması amaçlanmıştır. Tüm dünyayı etkisi altına alan komplike bir hastalık olan COVID 19, etyolojisi ve prognozuna dair yeterli bilginin olmaması ayrıca bireyin gerek klinik ortamda gerekse ev izolasyonunda sosyal destek sistemleri dahil motive edici bütün uyaranlardan uzakta kalması bakımı zorlaştırmakta ve karmaşıklarıdır. Burada amaç bireyi bütün yönleriyle ele almak, bakımı bireyselleştirmek, hastanın değerli olduğunu hissettirmektir. Bu nedenle bu olguda bireyi tüm yönleri ile alan iyileştirici faktörlere odaklanan İnsan Bakım Modelinden yararlanılmıştır.

Kavramsal çerçeve: insan bakım modeli

İnsan bakım teorisi Watson tarafından 1975-1979 arasında geliştirilmiştir. Watson'un İnsan Bakımı teorisi, insan ve hemşirelik paradigmasına odaklanır. Watson Bir insanın bir nesne olarak iyileştirilemeyeceğini iddia eder. Aksine, kendisinin, çevresinin, doğasının ve daha geniş evreninin bir parçası olduğunu savunur (Fawcett, 2005). Watson (2012) hemşirelik eğitimi ve sağlık hizmetlerinin insani değerlere dayanması ve başkalarının refahına odaklanması gerektiğini savunmaktadır (Pashaepoor S, et.al.,2015).Bununla birlikte, hemşirelik bakımının artan karmaşıklığı göz önüne alındığında, Watson'un teorisi modern hemşireliğin karmaşıklığını birleştirme ve çağdaş hemşirelik uygulaması için temel sağlama kapasitesine sahiptir (Pajnikihar M, et.al., 2017) Watson bakımın tıbbi bakımla sınırlı olmadığını her bireyin tek ve eşsiz olduğunu bakımın bireye özgü olması gerektiğini savunmaktadır. Watson'un teorisi hemşirelik bakımının insancıl, bilinçli ve amaçlı olması gerektiğini belirtir. Teorik olarak hemşirelik, bireyin zihin, beden ve ruh içinde yüksek bir uyum sağlamasına yardımcı olmak olarak tanımlanır ve bu uyumun, kişilerarası bakım ilişkisini içeren bakım etkileşimleriyle elde edilebileceği ifade edilir. Teori üç bileşenden oluşur: (a) iyileştirme süreçleri, (b) kişilerarası bakım ilişkisi ve (c) bakım anı (Watson's Caring Science Institute,2020; Yangöz ve Özer, 2020). Watson'a göre hemşire, bireyin fiziksel ihtiyaçlarına, zihin ve ruhunun bütünlüğüne odaklanmalıdır. Hemşire, kişilerarası iletişim yoluyla bakım verirse ve bu iletişim hasta tarafından algılanırsa hayati bir bilinç oluşur (Watson,2012).

İyileştirici süreçler

İyileştirici süreçler; Watson tarafından 1979 yılında geliştirilmiş, 1985 ve 1988'de revize edilerek hemşireliğin özü olarak tanımlanmıştır. İyileştirici süreçler hemşirelere hasta bakımı konusunda rehberlik eder. Bu süreç; her hemşirenin kişisel ve mesleki pratiğine getirdiği temel, teknolojik ve klinik bilgilerle bağlantılı olarak gerçekleşmelidir. Süreçler değer, sevgi, takdir kavramlarını içerir. Hemşireler, bu kavramları bireye yaklaşım ve bakımlarında içselleştirmeli ve benimsemelidir. Süreçteki İşlemler birbiriyle ilişkilidir, tüm işlemler birlikte kullanılabilir veya ayrı olarak uygulanabilir (Özkan ve Okumuş, 2012; Brenol S,

et.al.,2015; Costello, 2018; Erbay ve ark, 2018) (Tablo 1).

Kişilerarası bakım ilişkisi

Kişilerarası bakım ilişkileri, çalışmanın temelini oluşturur. Kişilerarası bakım ilişkisi bakım ve iyileştirme sürecinde hemşire ve birey arasında özel bir iletişim kurması olarak tanımlanır (Watson's Caring Science Institute,2020). Kişilerarası bakım ilişkisinde bireyin iyileşme kaynaklarının araştırılması ve hastalık ve sorunların iyileşmesi üzerine odaklanılmaktadır. Geleneksel hemşirelik uygulamaları, iyileştirme süreçleriyle özgün ilişki kurulduğunda bilinçli ve profesyonel hemşirelik uygulamalarına dönüşür (Yangöz ve Özer, 2020; Uran ve ark, 2015). Kişiler arası bakım ilişkisinde hemşire ve hasta arasında samimi, güvenilir, doğal ve gerçek bir ilişki vardır. Watson'a göre bakımın başlaması için hemşirenin bireyin varoluşsal alanına girmesi gerekmektedir. Bireyin varoluşsal alanı ise düşünceleri, hedefleri, beklentileri, ihtiyaçları, duyguları ve manevi ihtiyaçlarından oluşur ve bireye özgüdür (Smith ve Parker, 2015; Özkan ve Okumuş,2012; Clark,2016).

Otantik ilişki

Watson, kuramını dört temel kavram ile açıklamasına rağmen kuramın anlaşılmasını sağlayan otantik ilişki ve

iyileştirici çevre kavramlarını da tanımlamıştır. Otantik ilişki, doğal, samimi ve güvenilir bir ilişki olarak ifade edilmektedir. Bu doğrultuda Watson, hemşire ve hasta arasındaki ilişkinin otantik olması gerektiğini savunmaktadır. Otantik ilişki bireyin duygu ve düşüncelerini kolay ifade etmesine olanak tanır (Ozan ve Okumuş, 2013).

İyileştirici çevre

Bireyin kendisini fiziksel ve psikolojik anlamda rahat hissettiği bir ortam olarak ifade edilebilir. Klinik ortam iyileştirici bir çevre olarak düzenlenmeli ve bireyin konforunu esas almalıdır. Çevre düzenlemeleri bireyin, fiziksel, duygusal ve manevi ihtiyaçlarına odaklanmalıdır (Ozan ve Okumuş, 2013).

Bakım durumu/ bakım anı

Bakım durumu hemşire ve bireyin, yaşam deneyimleri ve varoluşsal alanlarının bütünleşmesiyle oluşmaktadır. Bu bütünleşme; hemşire ve bireyin ortak hareket ederek bireyin iyileşmesine yardımcı olmasını sağlamaktadır. Kişilerarası bir bakım anı, hem hemşire hem de birey tarafından bir eylem ve seçim içerir. Bu süreç sonunda hemşire ve birey nasıl bir iletişim kuracaklarına karar verirler (Aktürk,2016; Bozkuş ve Olgun,2019).

Tablo 1. İyileşme süreçleri ve hemşirelik yaklaşımları (Özkan ve Okumuş, 2012).

İyileştirme süreçleri	Hemşirelik yaklaşımları
İnsani değerler	*Hastayı tanımlamak *Hastanın kişisel hikayesini değerlendirmek ve dinlemek * Hastanın kişisel değerlerinin açıklığa kavuşturulması
İnanç-umut	*Covid pozitif hastalar için bakım ilişkisinin anlamı *Neden olan sağlık sorununun tanımlanması *Öz değerlendirme ve empati kurma *Bireyin umutlarını ve inançlarını geliştirmek için güçlendirilmesi
Duyarlılık	*Bireyin manevi ihtiyaçlarına ve manevi bakımlarına katılmak *Hastayı anladığını ve ona yardım etmek istediğini belirtme *Bireyi yargılamadan
Yardım-güven ilişkisi	*Olumlu ve güven verici bir ilişki kurma *Bireyin kaygı ve korkularını ifade etmesini sağlama *Olumsuz durumlarla nasıl başa çıktığı sorulmalı ve bireyin yaşadığı süre boyunca deneyimleri sorgulanmalı
Duygu ve hislerin ifadesi	*Hastanın endişelerini ifade etmesini sağlamak *Hastanın yaşadığı duyguları ifade etmesini sağlamak *Hastalık ve izolasyon süresince yaşadığı korkuları ifade etmesi * Bu hastalık sosyal hayatınızı nasıl etkilediğini sorgulamak
Problem çözme	* Hastalığın günlük yaşam tarzını ve rollerini nasıl etkilediğini anlamak * İnsani Bakım Modelini hastanın durumuna uyarlamak ve hastanın sorunlarını çözmesine yardımcı olmak
Öğrenme- öğretme	*Hastalık hakkında bilgi ve deneyimlerini sormak *Hastalıkla ilgili gerekli bilgi ve becerileri kazandırmak ve geliştirmek
İyileşme çevresi	*Bireyin konforunu sağlamak ve sürdürmek * Empati kurarak olumlu gelişmeler yaratmak
Gereksinimlere yardım	*Bireyin yaşamındaki deneyimleri belirlemek *Birey için uygun bakım / terapi stillerini belirlemek.
Varoluşçu, fenomenolojik – manevi güçler	*Hastaların deneyimlerde bir anlam bulmasını sağlamak

OLGU SUNUMU

Çalışma kapsamında etik kurul izni alınmamış olup söz konusu bireyden sözlü ve yazılı izin (bilgilendirilmiş

olur formu) alındıktan sonra veri toplama aşamasına geçilmiştir. (Tablo 2 ve Tablo 3).

Tablo 2. Olgı sunumu.

Tanıttıcı özellikler	Özgeçmiş- soygeçmiş kullandığı ilaçlar	Laboratuvar bulguları		
Bayan B.K. 33 yaşında; evli ve bir çocuk annesidir.	<ul style="list-style-type: none"> Bilinen hiçbir kronik hastalık öyküsü yoktur. Sürekli kullandığı ilaç olmadığını belirtmektedir. 	CRP: 19.5 mg/L PCR: Pozitif		
Şikayetleri 33 yaşında kadın hasta bir üniversite hastanesinde görev yapan bir sağlık çalışanıdır. 30.04.20 tarihinde boğaz ağrısı, ateş, öksürük ve nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvuruyor. Başvuruda ateşi 38.7 °C, tansiyonu 152/65 mmHg, SpO ₂ : 95 olarak ölçülmüştür. Yapılan ileri tetkiklerde HRCT'si covid ile uyumlu bulunmuştur. Alınan PCR örneğinin pozitif çıkması üzerine Enfeksiyon Hastalıklarına yatışı yapılmıştır. 5 gün boyunca klinikte takip edilen B.K. sonrasında ev izolasyonuna alınmış bu süreçteki görüşmeler telefon yolu ile yapılmıştır.				
Fizyolojik	Psikolojik	Sosyokültürel	Gelişimsel	Ruhsal
Boy:1.63 cm Kilo 68 kg Yaş:33 *Solunum sistemi: İnterkostal çekilme yok, wheezing yok, bazalde raller mevcut *GKS: E4M6V5 *Uyku ve istirahat: Aldığı tedaviye ve hipertermiye bağlı kendini sürekli yorgun hissettiğini ve dinlenemediğini ifade ediyor.	*Sürekli yorgun ve üzgün olduğunu ifade ediyor. Hastalığının gerektirdiği izolasyon nedeni ile kızını görememenin üzüntüsünü sık sık dile getiriyor. * Evde devam edecek olan karantina ve izolasyon sürecini nasıl yürüteceğini bilmediğini ve endişe duyduğunu ifade ediyor.	*Hastalığı nedeni ile ailesi ve kızını görememenin hastalık sürecinden daha zor olduğunu ifade ediyor. *İzolasyon nedeni ile hiç kimse ile iletişim kuramadığını ve dışarı çıkmanın özlemini duyduğunu ifade ediyor. *Hastalığın gerektirdiği izolasyon durumundan dolayı kendini yalnız hissettiğini günlerin geçmek bilmediğini ve bu sürecin bir an önce son bulmasını istediğini ifade ediyor.	* Hastalığı nedeni ile hastanede ve taburculuk sonrası karantina sürecinin devam edecek olması nedeniyle uzun bir süre çalışamayacağını ve bu durumun maddi olarak kendisi ve ailesini zor durumda bırakacağını düşünüyor.	*Hastalığı ile beraber hayata bakış açısının değiştiğini ve zaman zaman ümitsizliğe kapıldığını ifade ediyor.

Tablo 3. Olgu bakım planı.

Modelin aşamaları	Hemşirelik girişimleri	Değerlendirme
İvileştirme süreçlerinin kullanılması 1. İnsani değerler sistemi	*İlk görüşmede hastaneye başvuru sebebi ve kendisini tanıtmayı istendi. (<i>Bana biraz kendinizden bahsedermisiniz?</i>) *Sağlık öyküsü ve geçmiş tıbbi öyküsü değerlendirildi. *Veriler toplanırken mahremiyete özen gösterildi. *Süreç ile ilgili kısa ve açıklayıcı bilgiler verildi	Hastaneye ilk başvurusunda oldukça endişeli ve stresli olduğu gözlenen Bayan B.K. ilk görüşme sonrası rahatladığını ve korkularının gelişine oranla azaldığını ifade etti.
İvileştirme süreçlerinin kullanılması 2. İnanç- umut	*Hastalık, süreç, uygulanacak testler ve klinik içi uygulanacak olan izolasyon ile ilgili bilgi verildi. *Göz teması kullanarak iletişim kurmaya dikkat edildi. *Tedaviye uyumun hastalık prognozunu etkileyeceği açıklandı. *Var olan korku ve endişelerini dile getirmesi konusunda cesaretlendirildi. (<i>Gelecekle ilgili beklentiniz nedir?</i>)	*Birey, aile üyeleri ile aynı evi paylaştığı için hastalığı onlara da bulaştırmış olabileceğini bu düşüncenin onu çok rahatsız ettiğini, izolasyon durumundan dolayı onlarla görüşemediği için bu korkularının katlandığını ifade etti. * Aile üyeleri ile telefon görüşmesi yapabildiği sağlandı. Bayan B.K. ailesi ile görüştüğünden sonra rahatladığını bir an önce iyileşip ailesinin yanına dönmek istediğini belirtti. Bu doğrultuda terapötik anlaşma sağlandı.
İvileştirme süreçlerinin kullanılması 3. Duyarlılık	*Açıklayamadığı endişe ve korkularını açığa çıkarmak için Bayan B.K.'ya sorular sorulmuş, cevap vermesi sabırla beklenmiştir (<i>İzolasyon sürecinin sizi zorladığını düşünüyor musunuz?</i>). *Bayan B.K. ile yapılan görüşmeler sonrası ihtiyaçları belirlendi. Yapılabilecek uygulamalara bireyle tartışarak karar verildi.	* Bayan B.K. izolasyon sürecinin kendisini zorladığını, yalnız hissettiğini ve bunu aşamadığını ifade etti. Böyle hissettiği zamanlarda güzel şeyler düşünmesi, müzik dinlemesi ve dikkatini başka yöne çekmesi önerildi.
İvileştirme süreçlerinin kullanılması 4. Yardım- güven ilişkisi	*Bakım verilen süre boyunca bireye karşı hoşgörülü ve anlayışlı davranılmış, kendisini ifade etmesine olanak sağlanmıştır. *Hastaneye yattığı ilk günler hipertermi ve nefes darlığı nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremediği gözlenmiş, bu doğrultuda gereksinimi olan bakım uygulamaları değerlendirilmiştir. (<i>Bu süreçte hangi konularda ve kimlerden yardım almanın sizi daha iyi hissettireceğini düşünüyorsunuz?</i>)	* Bayan B.K. oksijen desteğinde olduğu için mahremiyete özen gösterilerek silme banyo yapması sağlandı. *Kişisel eşyaları evinden getirildi ve kendi eşyalarını kullanması sağlandı. *Yapılan girişimler sonunda Bayan B.K.'nın bakıma katılması sağlandı; ilk günlerde gözlenen yorgunluk ve kaygı durumunun azaldığı gözlemlendi.
İvileştirme süreçlerinin kullanılması 5. Olumlu- olumsuz duyguların ifadesi	* İlk başvuru anından itibaren durgun olduğu gözlenen Bayan B.K.'nın duygularını ifade etmesi için zaman tanındı. *Olumsuz duyguları ile başa çıkabilmesi için rahatlatıcı müzikler dinlemesi; sinirlendiğinde ve öfke kontrolünü sağlayamadığında derin nefes alması ve başka yerde olduğunu hayal etmesi önerildi. *Sürece ilişkin belirsizliklerin olmasının onu korkuttuğunu ifade eden Bayan B.K.; tüm bu olaylar sona erdiğinde mesleğine karşı ilgisiz olmaktan korktuğunu ifade etti. *Burada bireyin olumsuz duygularını ifade etmesine olanak sağlandı yaşadığı korkularla yüzleşmesi ve çözüm yolu bulması amaçlandı. (<i>Hasta rolünde olmak size bu süreçte neler hissettiriyor?</i>)	*Kurulan destekleyici ve güven verici ilişki ile olumlu ve olumsuz duygularını rahatça ifade etmiştir. *Hastalık süreci ve izolasyon durumu sonlandığında en kısa sürede mesleğine dönmek istediğini ve bu süreçte edindiği deneyimleri başka hastalarla paylaşarak başkalarına ışık olmak istediğini açıkladı.

Tablo 3 (Devam). Olgu bakım planı.

Modelin aşamaları	Hemşirelik girişimleri	Değerlendirme
İvileştirme süreçlerinin kullanılması 6. Problem çözme	*Bireyin yaşadığı problemler göz önünde bulundurularak hemşirelik girişimleri planlanmış ve hemşirelik uygulamaları gerçekleştirilmiştir.	*Bireyin hastalığa ilişkin bilgi eksikliği olduğu belirlendi. Güncel veriler ışığında bu süreçte ne yapması gerektiği, izolasyonun ne zaman sonlanacağı, taburculuk sonrası nelere dikkat etmesi gerektiği anlatıldı. Hastaneye başvurması gereken durumlar açıklandı. *Yaşadığı yoğun stres ve sürecin belirsizliği nedeniyle uyuyamadığını ifade eden Bayan B.K. 'ya uykusuzluğa ve buna bağlı gelişen yorgunluğa yönelik nonfarmakolojik yöntemler anlatıldı (ılık duş alma, müzik dinleme, kitap okuma vb).
İvileştirme Süreçlerinin Kullanılması 7. Öğrenme- öğretme	*Solunum izolasyonu ile ilgili eğitim verildi. *Kişisel hijyen kuralları yeniden anlatıldı; doğru el yıkama teknikleri gözden geçirildi. *Taburculuk sonrası yapılacaklarla ilgili her güne bir eğitim konusu planlandı. *Aynı evi paylaştığı aile üyelerinin bu süreçte nasıl korunacağı ve izolasyon/karantina sürecinin nasıl işleyeceği konusunda bilgi alışverişinde bulunuldu. *Semptom takibinin önemi vurgulandı; başvurması gereken semptomlar anlatıldı.	Bayan B.K. dinlendiğini ve değer verildiğini hissettiğini, yalnızlık ve çaresizlik duygularından kurtulduğunu açıkladı.
İvileştirme süreçlerinin kullanılması 8. İyileşme çevresi	* Fiziksel, duygusal ve ruhsal açıdan konforlu ve sağlıklı bir çevre oluşturuldu. *Bireysel özellikleri göz önünde bulundurularak uygulanabilecek non farmakolojik girişimler belirlendi.	* Bayan B.K.'nın günün belirli saatlerinde telefonunu alarak ailesi ile görüşmesine fırsat tanındı. * Tedavi ve yaşamsal bulgularının saatleri bireyin uyku düzenine göre ayarlandı. * Bilgisayarını kliniğe getirmesi için izin istendi ve bu süreçte müzik dinlemesi ve sevdiği aktiviteleri yapması sağlandı. *İştahsızlık problemi olduğunu belirten Bayan B.K. 'ya sevdiği yiyecekler soruldu ve her öğünde en az sevdiği bir yiyeceğe yer verilmesine özen gösterildi.
İvileştirme süreçlerinin kullanılması İnsan yardımına gereksinim duyma	*İhtiyaç duyduğu, tek başına gerçekleştirmekte zorlandığı günlük yaşam aktivitelerinde destek olundu.	*Temizlik ve bakım gereksinimlerinin karşılanmasında yardım edilmiştir. *Emosyonel destek verilerek bu süreçte yalnız olmadığı konusunda cesaretlendirilmiştir.
İvileştirme süreçlerinin kullanılması 10. Varoluşsal-fenomenolojik manevi boyutlara izin verme	*Hastaneye yatışı sürecinde manevi desteğin sağlanması amaçlanmıştır.	*Yaşadığı sorunlara saygı duyulmuş birey anlamaya çalışılmıştır. *Yapılan her girişimden sonra bireyin daha iyiye gittiği ve moralinin yükseldiği görülmüştür.
Kişilerarası Bakım İlişkinin Kurulması	*Birey yargılanmadan, önyargısız ve sabırla dinlenmiştir. *Tıbbi ve kişisel öyküsü alınmış; soru sorularak korku ve endişelerini ifade etmesi sağlanmıştır.	*Sürecin en başından beri destekleyici bir tutum sergileyen hemşire ve hasta arasında güvene dayalı bir ilişki kurulmuş; hasta duygularını rahatça ifade etmiştir.
Bakım durumu/ Bakım Anı	*Bireyin durumuna göre öncelikleri belirlenmiş ve uygulanması gereken girişimler planlanmıştır.	*Bireyin kendi bakımına katılması sağlandı. *Gereken noktalarda seçim yapması ve prognozu ile ilgili doğru bilgi alması sağlandı. * Gevşeme tekniklerinden, müzik terapi ve tat alma yöntemlerinden yararlandı. Birey kendini ruhsal ve fiziksel olarak daha sağlıklı hissetmeye başladığını, iyi olacağına inandığını ifade etmiştir.

TARTIŞMA

Watson'un İnsan Bakım Modeli bireyin manevi yönlerine de odaklandığından bütün olarak değerlendirilmesini sağlar. Bu durum bireyin ihtiyaç duyduğu her alanda bakım almasına olanak tanır. Watson'ın iyileştirme süreçleri kullanılarak verilen bakım, hastalık modeline göre uygulama yapmaktan ya da tıbbın istemlerini yerine getirmekten farklı bir yaklaşım sunmaktadır. İnsan bakım modelinin temelinde holistik ve hümanistik bakış açısı yatmaktadır. Modele göre bireyin sağlıklı olması akıl, beden ve ruh alanlarının uyum içerisinde olmasına bağlıdır. Watson'a göre hemşirelik etkili bakım sunma sürecidir. Hemşire ve birey arasındaki ilişki ne kadar kuvvetli ise verilen hemşirelik bakımı da aynı oranda kaliteli ve etkili olur (Bozkuş ve Olgun,2019). Bu bilgiler ışığında, bireyin klinik ortamda izlemi boyunca yaşam bulguları değerlendirilmiş ve ateş yüksekliği olduğu tespit edilmiştir. Uygulanan farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler sonrası iki gün içerisinde ateşi kontrol altına alınmıştır. Klinik izlem boyunca birey izolasyon sürecinin kendisini zorladığını ifade etmiştir. Bu doğrultuda bireyin eşi ve kızı ile cep telefonu aracılığıyla görüşmesi sağlanmıştır. Taburculuk sonrası ev izolasyonu süreci ile ilgili endişeleri olduğunu ifade etmesi üzerine bakım sürecine bireyin eşi de dahil edilmiştir. Bu süreçte bireyin gerek klinik ortamda gerek ev ortamında konforlu ve rahat hissetmesi esas alınmıştır. Ev izolasyonu süresince telefon ile görüşme yoluyla hemşirelik bakımı devam ettirilmiştir. Bu doğrultuda birey, bu zorlu süreçte her aşamada profesyonel bir bakım hizmeti almıştır.

SONUÇ

İnsan bakım modeli "bakım" kavramına vurgu yapmakla beraber hemşireliği mekanik bir duruştan kurtararak kişilerarası bakımı uygulanabilir bir hale getirmektedir (Özkan ve Okumuş, 2012). Modelin farklı yaşam deneyimlerinde kullanılması, bireye özgü olması ve bireyin onurunu korumaya yönelik girişimlere yer vermesi klinik ortamda kullanılmasını kolaylaştırmaktadır (Korhan,2019). Literatür incelendiğinde insan bakım modelinin birçok alanda kullanıldığı ve bakıma yönelik olumlu sonuçlar elde edildiği bildirilmiştir (Demirhan ve ar, 2019; Buldum ve Yılmaz,2020; Bozkuş ve Olgun,2019; Erbay ve ark,2018). Ancak Covid 19 tanılı hastalarda modelin kullanımına ilişkin bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu makalede COVID 19 tanısı ile takip edilen bir kadın hastaya Watson'un modeline göre bakım verilmiş ve modelin başarılı olduğu belirlenmiştir. Modelin kapsamlı, sistematik, geniş ve bütüncül bakış açısına sahip olması klinik alanda kullanımı bakımın planlı ve etkili olmasını sağlamakla birlikte meslekte ortak dil kullanımına da yardımcı olmaktadır.

Teşekkür

Çalışmamızda emeği geçen/katkı sağlayan Bayan B.K'ya teşekkür ederiz.

Çıkar çatışması beyanı

Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Yazar katkıları

Yazının ortaya çıkması ve sürdürülmesine katkıda bulunma:

Plan, tasarım: NHD,YY,FŞA,ÇF

Finansman: -

Materyal:-

Veri toplanması / toplanan verilerin analize hazırlanması için işlemesi: NHD

Veri analizi: NHD,YY

Literatürün gözden geçirilmesi: NHD, YY

Kaleme alma ve düzeltmeler: NHD,YY,FŞA,ÇF

Kontrol etme ve gözden geçirme: NHD,YY,FŞA,ÇF

Kurumsal ve finansal destek beyanı

Kurumsal ve finansal destek yoktur.

KAYNAKLAR

- Aktürk,Ü. (2016). Kemoterapi Alan Hastalara Watson İnsan Bakım Modeline Göre Verilen Bakımın Yaşamın Anlamı Ve Semptom Yönetimine Etkisi. (Yayımlanmamış Yüksek lisans Tezi). İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Bozkuş, S& Olgun N. (2019). Diyabetik Ayak Enfeksiyonu Olan Bireylerde Watson'un İnsan Bakım Modelinin Uygulanması: Olgu Sunumu. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, 11(1),42-46. ISSN 1301-9880.
- Breneol, S& Goldberg, L& Watson, J. (2019). Caring for Children Who Are Technology-Dependent and Their Families The Application of Watson's Caring Science to Guide Nursing Practice, *Advances In Nursing Science*, 42(2),13-23. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000238>.
- Buldum A & Yılmaz D. (2020). Watson İnsan Bakım Kuramı'na Göre Postpartum Anneye Bütüncül Hemşirelik Yaklaşımı: Olgu Sunumu. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 2(2).121-128. E-ISSN: 2667-8357
- Bulut, C& Kato, Y. (2020). Epidemiology of COVID-19. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 50, 563-570. <https://doi.org/10.3906/sag-2004-172>.
- Clark, CS (2016). Watson's Human Caring Theory: Pertinent Transpersonal and Humanities Concepts for Educators, *Humanities*, 5, 21. <https://doi.org/10.3390/h5020021>
- Costello, M. (2018). Watson's Caritas Processes as a Framework for Spiritual End of Life Care for Oncology Patients. *International Journal of Caring Sciences*, 11:639-44.
- Demirhan İ, ve ark. (2019). Uterin Atoni Olgusunda Watson'ın İnsan Bakım Modeline Göre Hemşirelik Süreci. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(4): 510-517. ISSN: 2146-9954 / 2146-9954.

- Erbay, Ö & Yıldırım, Y & Fadiloğlu, Ç & Aykar, F. (2018). Hipertansif Atak Yaşayan Hastalara Watson'ın İnsan Bakım Modeli Kullanılarak Uygulanan Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 9(19), 82-88. <https://doi.org/10.5543/khd.2018.41275>
- Fawcett J. (2005). Watson's theory of human care. In *Contemporary Nursing Knowledge an Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. (2nd ed., p.553-599). Philadelphia: PA. F.A. Davis Company.
- Wang, C & Horby, PW & Hayden, FG & Gao, GF. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet Journals*, 395, 470-473. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9)
- Karasu, F & Çopur, E (2020). COVID-19 Vakaları Artarken Salgının Ön Safındaki Bir Yoğun Bakım Hemşiresi: "Cephede Duran Kahramanlar". *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(1), 11-14. e-ISSN 2667-7903.
- Korhan, EA. (2019). Watson'un İnsan Bakım Modeli: Bir Sistemik Derleme. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 2(2):46-68.
- Ozan Y & Okumuş H (2013). Tedavi Sonucu Başarısız Olan İnfertil Kadınların Watson'ın İnsan Bakım Kuramına Göre Hemşirelik Bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(3):190-198.
- Özdemir, Ö. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Diagnosis and Management. *Erciyes Medical Journal*, 42(3), 242-7. Doi: <https://doi.org/10.14744/etd.2020.99836>.
- Özkan, İ & Okumuş, H. (2012). Bakım ve İyileşmenin Kesiştiği Bir Model: Watson'ın İnsan Bakım Modeli. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 14-61-72.
- Pajnikhar M, et.al., (2017). Fit for Practice: Analysis and Evaluation of Watson's Theory of Human Caring. *Nursing Science Quarterly*, 30(3), 243-252. Doi: <https://doi.org/10.1177/0894318417708409>.
- Pashaeypoor S, et.al. (2019). Identifying and Overcoming Barriers for Implementing Watson's Human Caring Science. *Nursing Science Quarterly*, 32(3), 239-244. <https://doi.org/10.1177/0894318419845396>.
- Smith MC & Parker ME. (2015). *Nursing theories and nursing practice*. Fourth Edition ed. Philadelphia, America.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2021). 2019-nCoV Hastalığı Sağlık Çalışanları Rehberi. Erişim Tarihi: 16.02.2021 https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/haberler/ncov/2019-nCov_Hastal_Salk_alanlar_Rehberi.pdf
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2021). COVID-19 SARS-CoV-2 Enfeksiyonu Genel Bilgiler Epidemiyoloji ve Tanı. Erişim Tarihi: 16.02.2021, <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39548/0/covid-19rehberigenelbilgilerepidemiyolojiyetanipdf.pdf>
- Uran, B & Özer, S & Yıldırım, Y. (2015). Watson İnsan Bakım Modeli Uygulamasına Bir Örnek: Kalp Yetersizliği Olgusu. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 6(11), 183-198. <https://doi.org/10.5543/khd.2015.017>
- Watson J. (2012). *Human Caring science. A theory of Nursing* Second Edition ed. Burlington, MA: Jones & Barlett Learning.
- Watson's Caring Science Institute(2020). *Caring Science And Theory*. <https://www.watsoncaringscience.org/> Erişim Tarihi: 24.05.2020
- World Health Organization (2020). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Erişim Tarihi: 23.05.2020 <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Yangöz, Ş & Özer, Z (2020). Nursing Approach Based on Watson's Theory of Human Caring in Treatment Adherence in Hemodialysis Patients. *Bezmialem Science*, 8(2), 189-95. <https://doi.org/10.14235/bas.galenos.2019.3546>.