

Beslenmenin Önemi ve Temel Besin Öğeleri

Ayla Ünsal 1

ÖZ

Her canlının yaşamını sürdürebilmesi için beslenme zorunludur. Beslenme, fizyolojik olduğu kadar psikolojik, sosyolojik ve ekonomik bir olaydır. Sağlıklı beslenme; büyüme ve gelişme, yaşamın sürdürülmesi, sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması için besin öğelerinin yeterli ve dengeli miktarlarda tüketilmesidir. Besin öğelerinin her hangi birisi alınmadığında veya gereğinden az ya da çok alındığında, büyüme ve gelişmenin engellendiği, sağlığın bozulduğu bilinmektedir. Sağlık profesyonelleri içerisinde sağlıklı ve hasta bireyle en fazla iletişime geçenler hemşirelerdir. Hemşirenin, sağlığın iyileştirilmesinde, akut hastalıklarda, kronik hastalıklarda ve evde bakımda beslenmeyle ilgili önemli sorumlulukları vardır. Buradan yola çıkılarak hazırlanan bu derlemede beslenmenin önemi ve temel besin öğeleri hakkında bilgilerden söz edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Beslenme, Besin, Protein, Karbonhidrat, Lipid, Vitamin, Hemşirelik

Nutrition and Basic Food Items

ABSTRACT

Nutrition is essential for every living being to survive. Nutrition is a psychological, sociological and economic event as well as physiological. Healthy eating; growth and development, maintenance of life, protection, improvement and protection of health, making nutrients for the improvement of quality of life and consuming them in required amounts. If any of the nutrients are not taken or taken more or less than necessary, the disabilities of growth and development are impaired by health. Among the health professionals, nurses are the most communicating with healthy and sick individuals. The nurse has important responsibilities in nutrition, health care, contractual diseases, chronic diseases and home care. In this review, which is prepared without **starting from here, we talk about the importance of nutrition and information about basic nutrients.**

Keywords: Nutrition, Food, Protein, Carbohydrate, Lipid, Vitamin, Hemşirelik

GİRİŞ

Bireyin yaşamını devam ettirebilmesi için beslenmesi gerekir. Beslenme, bireyin büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan besin öğelerini alıp vücudunda kullanmasıdır. Vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli besin öğelerinden yeterli miktarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması durumuna **yeterli ve dengeli beslenme** denir. Bu besin öğeleri vücudun gereksinimi düzeyinde alınamazsa yeterli enerji oluşmadığı ve vücut dokuları yapılmadığından **yetersiz beslenme** durumu oluşur. İnsan gereğinden çok yerse, bu besin öğelerini gereğinden çok alır. Çok alınan bu öğeler vücutta yağ olarak biriktiğinden sağlık için zararlıdır. Bu durum **dengesiz beslenme** olarak bilinir. İnsan yeterince yemesine

¹ Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu ,Hemşirelik Bölümü ay_unsal@hotmail.com

karşın, uygun seçim yapmadığı ya da yanlış pişirme yöntemi uyguladığı için bu besin öğelerinin bazılarını alamayabilir. Bu durumda o besin öğesinin vücut çalışmasındaki işlevi yerine getirilemediğinden yine sağlık sorunları oluşur. Bu durumda da dengesiz beslenme yaşanır (Baysal 2010; Ardle ve ark. 2007; Çakırcalı, 1998).

Bir çocuğun doğumunu izleyen ilk 1000 günde yetersiz beslenmesinin, o çocuğun daha sonraki yaşamında da beslenme ve aldığı besinlerden yararlanma kapasitesini düşürdüğü, bunun da bu çocukların daha sonraki yaşamlarındaki başarı ve sağlık kapasitelerini azalttığı bilimsel olarak saptanmış bulunmaktadır (<https://www.ankaratb.org.tr>, 2019).

Vücuda alınan besin öğeleri kalp, beyin, karaciğer gibi organlar ve nefes alma gibi hayatı destekleyici fonksiyonların korunması için gerekli olan enerjinin sağlanmasında temel rol oynamaktadır. Besin öğelerinin büyüme-gelişmeyi desteklemek, enerji sağlamak, metabolizmayı düzenlemek gibi üç ana fonksiyonu vardır (Ardle ve ark. 2007).

Besinlerin içerdiği besin öğelerinin bilinmemesi insanların beslenmesini olumsuz yönde etkilemektedir (Baysal 2010). Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH), günümüzde dünyadaki en büyük salgınlardan biridir. 2012’de meydana gelen 56 milyon ölümün, 38 milyonuna (%68) BOH’ler neden olmuştur. BOH’nin altında yaygın, önlenbilir risk faktörleri yatmaktadır. Bu faktörler tütün kullanımı, hareketsizlik, sağlıksız beslenme ve alkolün zararlı kullanımınıdır. Bu davranışlar dört önemli metabolik/fizyolojik değişikliğe yol açar. Bunlar yüksek tansiyon, fazla kiloluluk/obezite, hiperglisemi ve hiperlipidemidir. Bunların hepsi yeterli ve dengeli beslenme ile direkt alakalı durumlardır (<https://hsgm.saglik.gov.tr>, 2019).

Sağlık profesyonelleri içerisinde sağlıklı ve hasta bireyle en fazla iletişime geçenler hemşirelerdir. Hemşirenin, sağlığın iyileştirilmesinde, akut hastalıklarda, kronik hastalıklarda ve evde bakımda beslenmeyle ilgili önemli sorumlulukları vardır (Aştı ve Karadağ, 2013). Hemşire lider, Florence Nightingale 1850’li yıllarda hemşirenin eylemlerinin odak noktasının sağlıklı çevreyle birlikte diyetin uygun seçimi ve beslenmenin sağlanması olduğunu vurgulamıştır. Günümüzde ise hemşirenin beslenmedeki rolü giderek gelişmiş ve değişmiştir. Hemşirenin, sağlığın iyileştirilmesinde, akut hastalıklarda, kronik hastalıklarda ve evde bakımda beslenmeyle ilgili önemli sorumlulukları vardır. Özellikle diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıklarda beslenme tedavinin önemli bir parçasını oluşturmakta ve bu hastalıklarda hemşireler hastaların beslenme aktivitelerinin sağlanıp sürdürülmesinde önemli rol almaktadır (Potter ve Perry, 2009). Bu doğrultuda; hemşire ve hemşire adaylarının beslenmenin önemi, besin öğeleri, yeterli ve dengeli beslenme konularında bilgi sahibi olmaları gerekir. Bu derlemede sözü edilen konulara yer verilmiştir.

TEMEL BESİN ÖĞELERİ

Besinler, organik ve makro olarak adlandırılan karbonhidrat, lipid ve protein, mikro ve inorganik olarak da adlandırılan su, mineraller ve vitamin gibi besin öğelerinden oluşmaktadır.

KARBONHİDRATLAR

Karbon, H₂ ve O₂ atomlarından oluşmuş organik bileşiklerdir (Çakırcalı, 1998). Vücudumunu en önemli enerji kaynaklarıdır. Günlük enerjinin %55-60’ı karbonhidratlardan sağlanır (Akşit, 1991). Vücudun su ve elektrolit dengesinin sağlanmasına yardımcı olurlar. Sindirim enzimlerini etkilemediği bazı karbonhidratlar (polisakkaritler ve lignin) kalın bağırsakların çalışmasını arttırarak zararlı artık maddelerin bağırsaklarda uzun süre kalmasını önler (Çakırcalı, 1998). Sodyumun bağırsaklardan kana emilmesine yardımcı olur. Karbonhidratların bir işlevi de “keto”u (yağların yakılması) önlemektir (Fuerst, Wolf, and Weitzel, 1974). Bu nedenle kanda keton cisimciklerinin birikmesi önlenmiş olur (Sencer, 1991). Açlıkta ağız kokmasının nedeni budur.

Karbonhidratlar üç grupta toplanır. Bunlar;

1. Monosakkaritler

a-Glikoz (üzüm şekeri): Serbest halde kanda bulunur. 100 ml. Kanda 80-120 mgr (son araştırmalara göre en yüksek sınır 135 mgr’a kadar çıkmaktadır) oranında bulunmaktadır (Akşit, 1991). Beyin ve eritrositler enerji yakıtı olarak sadece glikozu kullanabilirler. En çok üzüm ve üzümünden yapılan yiyecekler ve içeceklerde, bal da bulunur. Saf olarak eczanelerden temin edilebilir. Ev şekerinden daha az tatlıdır ama onun kadar hızlı emilir (Sencer, 1991).

b-Fruktoz (meyve şekeri): Serbest halde meyvelerde (üzüm, incir, dut), pekmez ve bal da bulunmaktadır. Baldaki şekerin yarısı glikoz, yarısı fruktozdur. Glikozdan daha tatlıdır ve glikoza çevrilerek kullanılır.

c-Galaktoz: Glikoza bağlı bir halde süt şekeri denen disakkarit içinde bulunur. Süt şekeri (laktoz), glikoz ve galaktozun bileşimidir. Galaktoz, laktozun hidrolizi ile elde edilir.

2. Disakkaritler

a-Sakkaroz (çay şekeri): En çok şeker pancarı ve şeker kamışında bulunur. Günlük olarak daima kullandığımız ve sadece şeker diye isimlendirdiğimiz karbonhidrattır.

b-Laktöz (süt şekeri): İnsanların ve memeli hayvanların sütünde bulunur. Sütte başka karbonhidrat türü bulunmaz.

c-Maltöz: Tahıl (arpa) ve baklagillerde az miktarda bulunur. Bugün çimlenmiş arpa ile tahıllardaki nişastayı hidrolize etmek suretiyle elde edilmektedir.

3. Polisakkaritler

a-Nişasta: Birçok glikoz molekülünün birleşmesinden meydana gelmiştir. Bitkilerin tanelerinde, tohumlarında ve yumrularında depo edilmiş halde bulunan bir karbonhidrattır. Bitkilerin enerji deposudur. Sindirimi ağız ve ince bağırsaklarda olmak üzere kademeli olduğu için daha uzun sürer. Bağırsaklarda glikoza çevrilerek kullanılır.

b-Glikojen: İnsan ve hayvan vücudundaki karbonhidratın depolanmış şeklidir. Gerektiğinde hemen kullanılabilir yedek enerjidir. Birçok glikozdan oluşmuştur. Sıcak suda erir. Enzimler aracılığı ile kolayca glikoza dönüşmektedirler. En çok karaciğer, adale kasları ve diğer dokularda bulunur. Kuru mayada ve mantarda da bulunduğu bilinmektedir.

c-Selüloz: Bitkisel yapıda yer alırlar. Yiyeceklerin sindirilemeyen posa kısmıdır. Günlük diyetin 10-15 gr. kalorisi selülozdan oluşmaktadır. Ağızdan alınan selülozun %43'ü dışkı ile atılmaktadır. Bağırsak hareketlerini arttırarak, bağırsağın düzenli çalışmasını sağlar. Kabızlığın önlenmesinde ve mide ile bağırsaklarda dolgunluk hissi sağladığından zayıflama rejimlerinde önerilir. Çiğ ve kabuğu ile yenen meyve ve sebzeler ile kepekli tahıl ürünleri selüloz yönünden zengin yiyeceklerdir (Applegate, 2011).

Bir günde 100-125 gram karbonhidrat yani 400-500 kalori alınması gerekir. Bir gram karbonhidrat ortalama 4 kalori verir (Akşit, 1991). Karbonhidratlı yiyecekler esas kalorinin sağlandığı ve çoğu kimse için en ucuz besindir. Düşünülenin aksine, karbonhidrat birçok yönden kaloriden daha önemlidir. Örneğin, bitkilerin sap ve yapraklarını oluşturan selüloz sindirime yardımcı olan gerekli işlevi sağlar. Çoğu bitkiler aslında karbonhidrattır (Fuerst, Wolf, and Weitzel, 1974). Patates, sebzeler ki; özellikle tanecikli taze bezelye, taze fasulye gibi sebzeler, muz, üzüm, incir, greyfurt, fındık, fıstık, ceviz gibi meyveler, coca cola, gazoz, meyve suyu gibi içecekler, reçel, çikolata, pasta vs. gibi şeker ve içine şeker katılarak yapılan besinler karbonhidratlardan zengindir (Sencer, 1991).

LİPIDLER

Karbon, H₂, O₂ atomlarından oluşur. İnsan vücudunun %18'i yağdır ki, bu değer kişiden kişiye de değişir. Vücudun enerji deposudur. Karbonhidratlardan farkı, onların 1 gramı 4 kalori verirken yağların 1 gramı 9 kalori verir (Çakırcalı, 1998). Yağların enerjiye dönüşümünde karbonhidratlara kıyasıyla daha çok oksijene ihtiyaç duyulur. Bu nedenle, yağlar daha fazla enerji sağlasalar da karbonhidratlar kadar elverişli enerji kaynağı değildir.

Lipitlerin bileşiminde yer alan vücut tarafından yapılamayan bazı yağ asitleri büyüme ve derinin sağlığı için gereklidir. Yağda eriyen vitaminlerin (A,D,E,K) vücuda alınabilmesi için yağlar gereklidir. Ayrıca organların etrafını kapatarak vücudun dış etkilerden zarar görmesini önler (Çakırcalı, 1998). Deri altı yağ tabakası vücut ısısının kaybını önler. Midenin boşaltılmasını geciktirirler, tokluk hissi verirler (Akşit, 1991).

En önemli lipitler;

-Yağlar: Gliserol molekülü ile yağ asitlerini yapmış olduğu esterlerdir. Yağ asitleri de ikiye ayrılır (Akşit, 1991);

* *Doymuş yağ asitleri;* besinlerde bulunan yağların çoğu ve hayvanların depo ettiği yağlar trigliserid halindedir. Bu yağ asitlerinden oluşan trigliseridler katıdır. Örnek; Margariner

* *Doymamış yağ asitleri;* Oda ısısında sıvıdırlar. Örnek; Zeytinyağı, balık yağı, bitkisel yağlar (Çakırcalı, 1998).

-Fosfolipitler: Vücutta trigliseridlerden sonra en çok bulunan lipidlerdir. Vücutta yağların taşınmasında proteinlerle birlikte rol alırlar. Günlük beslenme açısından fazla önem taşımazlar (Sencer, 1991). Lesitin yiyeceklerimizde en çok bulunan fosfolipittir. Yumurta sarısı, beyin, karaciğer, akciğer, böbrek, yürek, sütte en çok bulunur.

-Kolesterol (Steroller): Vücutta sentezlendiği gibi yiyeceklerle de alınır. Hücrelerde ve vücut sıvısında bulunur (Akşit, 1991). Kanda lipidlerin taşınması sırasında kolesterol önemli görev alır (Sencer, 1991). Doymuş yağ asitleri kandaki kolesterolü arttırırlar. Doymamış yağ asitleri azalmasına neden olabilirler. Normalde 100 ml insan kanında 180-220 mg kolesterol vardır. Kolesterolün kandaki seviyesinin yükselmesi kalp damar hastalıklarının nedeni olabilir. Kolesterolün en çok bulunduğu kaynaklar; yumurta sarısı, beyin, böbrek, dil, yürek, hayvansal yağlardır. Bitkisel yağlarda kolesterol yoktur (Akşit, 1991).

-Mumlar: Yaprakların ve meyvelerin kabuklarında, bazı böceklerin salgılarında, kabuklu deniz hayvanlarında bulunur (Sencer, 1991). Yani bazı bitkiler ve böcekler tarafından salgılanırlar. Örneğin; Balmumu (Akşit, 1991).

Yağ yönünden zengin besinler genellikle karbonhidratlı yiyeceklerden pahalı, fakat proteinli yiyeceklerden daha ucuzdur (Fuerst, Wolf, and Weitzel, 1974). En çok yağ bulunan bitkisel yiyecekler; zeytin, ayçiçeği, susam, pamuk çekirdeği, ceviz, fındık, fıstık, soya fasulyesi ve mısırdır (Çakırcalı, 1998).

PROTEİNLER

Vücudumuzu oluşturan hücrelerimizin temel yapı malzemesi proteinlerdir. Proteinler aminoasitlerin birleşmesinden oluşurlar. Aminoasitler de azot kapsayan organik moleküllerdir. Karbonhidrat ve lipidler gibi karbon, hidrojen ve oksijenden oluşmaktadır. Farklılığı azot kapsamalarıdır (Akşit, 1991).

Büyüme ve dokuların onarımı proteinsiz mümkün olamaz. Ayrıca proteinlerden enerjide sağlanır (Sencer, 1991). Bu durum karbonhidrat ve lipidlerin az alınması sonucunda görülür. Bir gram protein 4 kalori verir (Çakırcalı, 1998). Aminoasitlerden glikozun yapıldığı yer karaciğerdir (Sencer, 1991). Dokuların yapı taşları proteinlerdir ve hücre sitoplazmasının yapısını proteinler oluşturur. Aminoasitlerden kan plazması proteinleri üretilir (Solomon, 1997). Kandaki ilaçlar, birçok hormonlar ve lipidler dokulara kan proteinleriyle taşınır (Sencer, 1991).

Hücrelerin çoğalması, işlev yapması, kısacası tüm fonksiyonları için enzimler gereklidir. Enzimlerde proteinlerden yapılırlar (Akşit, 1991). Sindirim işlemiyle proteinler aminoasitlere dönüşürler (Solomon, 1997). Aminoasitler depo edilmezler. Ancak protein olarak oluştuğundan sonra, yapı malzemesi olarak kalırlar. Eğer aminoasitlere ihtiyaç duyulur ve alınmazsa vücut kendi hücrelerini kullanır (Akşit, 1991).

Yetişkin bir bireyin vücudunun %16'sını protein oluşturmaktadır. Bu depo şeklinde değil, çalışan ve belirli görevler yapan hücreler şeklindedir. Çalışan hücreler zamanla yıpranmaktadır. Yıpranan hücrelerin devamlı yenilenmesi gerekmektedir. Bu da proteininin yerine konması ile sağlanabilir. Protein hücre içi ve hücre dışı sıvıların ozmotik dengede tutulması için de gereklidir (Baysal, 2010).

İnsan vücudu aminoasitleri yapamadığı gibi aminoasitleri birinden diğerine çevirebilmekte sınırlı bir yeteneğe sahip bulunmaktadır. Bu değişim karaciğerde olur, bunlar dışarıdan almak zorunda olduğumuz aminoasitlerdir. İnsan kendi vücut proteinleri için gereksindiği bazı aminoasitleri diğerlerinden yapamaz. Vücudun diğer aminoasitleri kullanarak yapamadığı bu aminoasitlerin yiyeceklerle aynen ve gereksindiği kadar alınması zorunludur: Bunlar Leucine (Lösin), Lysine (Lizin), Isoleucine (İzolösin), Valine (Valin), Methionine (Metionin), Phenylalanine (Fenilalanin), Threonine (Treonin) ve Tryptophane (Triptofan) olmak üzere sekiz tane olup **esansiyel aminoasitler** diye adlandırılır (Applegate, 2011; Baysal 2010).

En kolay araştırılabilecek ve tayin edilebilecek olan proteinler, plazma proteinleridir. Plazma proteinleri beslenme durumunu belirlemede yararlı olabileceği gibi karaciğer hastalıklarında ve daha başka hastalıklarda da tanıya götürücü değişiklikler gösterebilir. Plazma proteinleri albumin (%4-5.5 gr), globulin (%1.5-3.5 gr) ve fibrinojendir (%0.3 gr). Toplam ortalama plazma protein değeri 7 gr.'dır. serum albuminin miktarı, protein beslenmesi durumunu araştırmak için özel önem taşır. Albumin sentezi karaciğerde yapılır. Protein beslenmesi yetersizliğinde serumdaki düzeyi düşüğü gibi, karaciğer sirozunda, nefrotik sendromda, albumin miktarı düşer. Fibrinojenler de pıhtılaşmada etkilidir (Sencer, 1991).

Protein, bütün hayvansal ve bitkisel besinlerde bulunur (Çakırcalı, 1998). Genellikle hayvansal kaynaklı proteinlerin aminoasitleri insan vücudu için uygundur. Bu nedenle bunlar sindirimde fazla kayba uğramazlar ve vücutta büyük oranda kullanılırlar. Bitkisel kaynaklı proteinler sindirimde kayba uğrarlar ve bitkilerin kapsadıkları aminoasitlerin oranı, insan protein yapısındaki miktarlardan farklıdır. Örneğin; yumurta, süt, et vb. hayvan kaynaklı proteinler %98 düzeyinde sindirilirken tahıllar %78-85 düzeyinde, kuru baklagiller %78 düzeyinde sindirilir. Vücutta kullanılma durumlarına göre proteinleri şöyle sıralayabiliriz;

-*Örnek protein*; yumurtadır. Anne sütü de yeni doğan bebek için böyledir. Çünkü anne sütü ile alınan proteini bebek tam olarak kendi dokularına çevirebilmektedir.

-*İyi kalite protein*; et, süt ve süt ürünleri, balıktır. Bunların %75-80'ini vücut proteinine dönüştürebilmektedir.

-*Düşük kalite protein*; bitkisel kaynaklı proteinlerdir (Akşit, 1991).

En çok protein bulunan besinler

100 gr.daki protein miktarı (gr.)

Soya fasulyesi	30-35
Kuru baklagiller	20-25
Peynirler	15-25
Et, tavuk, balık	15-22
Yumurta	12-13
Tahıllar	8-12
Süt	3-4

Protein, özellikle taze fasulye, bakla, bezelye gibi tanecikli sebzelerde fazladır. Ayrıca ıspanak ve karnabahar proteinden oldukça zengindir. Havuçta da oldukça boldur (Sencer, 1991). Proteinli yiyeceklerin çoğu pahalı olduğundan, kötü beslenmede protein eksikliği görülür. Eğer kişinin yaşadığı çevrede et bulabilme zorluğu var ise veya maddi durumu iyi değilse, daha fazla et yemesini önermek faydasızdır (Fuerst, Wolf, and Weitzel, 1974). Bu yüzden aminoasitlerin çeşitlendirilmesi ve zenginleştirilmesi için yiyecekleri karıştırıp

pişirmek gerekir. Bu yöntem yemeğin besin değerini artırır. Terbiyeli çorba, kıymalı, salçalı makarna, yoğurtlu, salçalı mantı gibi uygulamalar bu zenginleştirmenin birer örnekleridir. Tahıllarla kuru baklagilleri karıştırıp pişirmek besin değerini oldukça artırır. Yahni, aşure, nohutlu pilav gibi.

Yiyeceklerle alınan protein ile atılan arasında bir denge vardır. Günlük protein gereksinimleri hesaplanırken, büyüme, cinsiyet ve aktivite göz önüne alınmalıdır. Örneğin, 1 yaş için kg başına 2.1 gram, 10 yaş için kg başına 1.35 gram, yetişkinler için kg başına 1 gram protein yeterlidir. Gebelik ve emzilikte (6-15 gram eklenir), hastalıklarda özellikle yanıklarda, enerji dengesinin iyi olmadığı durumlarda, yemeklerin pişirilmesi ve yenmesi sırasındaki kayıplar düşünüldüğünde protein gereksiniminin arttığı görülür (Akşit, 1991).

SU

İnsanın alması gereken en önemli öğedir. İnsanın su olmadan yaşaması mümkün değildir. İnsan besin almadan haftalarca yaşayabilir, ancak su olmadan birkaç gün yaşayabilir. Vücuttaki suyun %3 kaybında kan hacmi ve fiziksel performans azalır; %5 kayıpta birey konsantre olamaz; %8 kayıpta baş dönmesi, aşırı yorgunluk, solunum güçlüğü ve %10 kayıpta kas spazmı, aşırı yorgunluk, dolaşım ve böbrek yetmezliği görülür. İnsan vücudundaki su düzeyi yaş ve cinsiyete göre değişmekle birlikte %42-%71'dir. Çocukların vücudundaki su düzeyi yetişkinlere göre daha fazladır, yaş ilerledikçe su düzeyi azalmaktadır. İnsan su ihtiyacını besinler ve içeceklerden karşılar (Applegate, 2001; Baysal, 2010).

MİNERALLER

Mineraller, vücutta biyokimyasal reaksiyonlarda katalizör görevi yapan yaşamsal önem taşıyan inorganik elzem elementleridir. Günlük gereksinim 250 mg'ın üzerinde olan mineraller makro minerallerdir. Sodyum, potasyum ve klor elektrolitleri ile kalsiyum, magnezyum ve fosfor bu gruptadırlar. Günlük gereksinim 20 mg'ın altında olan mineraller eser elementlerdir. Bu gruptakiler ise krom, bakır, flor, iyot, demir, manganez, molibden, selenyum ve çinkodur. Bunlardan demir, çinko, iyot ve selenyum dışındakilerin günlük alım düzeyleri belirlenmemiştir (Samur, 2008). Mineraller, vücut için ve bedenin çalışması sırasında önemli roller üstlenirler. Örneğin; kas ve sinirlerin çalışmasında kalsiyum ve magnezyum; diş ve kemik oluşumunda kalsiyum, fosfor, flor; kan yapımı ve oksijen taşınmasında demir; tiroit bezi hormonlarının yapımında iyot; dolaşım bozukluklarında sodyum, potasyum ve klor gibi mineraller gereklidir. Mineraller çeşitli besinlerden alınır; idrar, ter, dışkı ve gözyaşı ile atılır. Ağlayınca yorgun düşmenin bir nedeni de budur. Atılan minerallerin mutlaka yeniden alınması gerekir; çünkü bunlar vücut tarafından üretilemezler (Applegate, 2011; Baysal, 2010; Samur, 2008; Ünsün, 2003).

Bazı önemli mineraller şunlardır;

-Kalsiyum: İnsan vücudunda en fazla bulunan mineraldir. Fosforla birlikte kemik ve dişlerin ana maddesini oluşturur. Ayrıca kas ve sinir sisteminin çalışmasında da önemli rol oynar. Süt, peynir, tereyağı ve yoğurt gibi sütlü besinlerde, yumurta, un, fındık, fıstık, susam, soya fasulyesi, şalgam, yeşil sebzeler, küçük balıklar ve konserve kutu balıklarda bulunur (Applegate, 2011; Baysal, 2010; Ünsün, 2003).

-Fosfor: Vücuda enerji veren bir maddedir. Kepekte et, balık, süt ve süt ürünleri ile yumurtada bulunur (Ünsün, 2003).

-Demir: Yaşam için gerekli olan oksijenin kandan dokulara taşınabilmesi için demirle bağlanması gerekir. Kanın alyuvarlarında bulunur. Karaciğer, böbrek, yumurta, badem, kuru üzüm, et, tavuk, balık, patates, lahana gibi sebzelerde bulunur. Ispanaktaki demir bazı maddelere bağlı olduğundan suda erimez, sindirilmez ve atılır (Applegate, 2011; Ünsün, 2003).

-Sodyum: Tuzda bulunur. Bedenin çeşitli işlevleri için gereklidir. Tütsülenmiş balık, konserve yiyecekler, bira, ekmek, kek ve bisküviler, süt tozu, domates salçası, peynir ve hardalda bulunur (Applegate, 2011; Ünsün, 2003).

-İyot: Yetişkin bir kimsenin vücudunda 25 mg kadar iyot bulunur. Bunun 10 mg kadarı tiroid bezindedir. Kalanı kan ve diğer dokulardadır. Troid bezinin çalışması iyot sağlanmasına bağlıdır (Applegate, 2011; Baysal, 2010).

-Çinko: Çinko, protein ve nükleik asit metabolizmasında enzimlere yardımcıdır. Bu nedenle büyümede, cinsiyet organlarının gelişiminde, hücresel bağışıklığın oluşumunda etkindir. Yetersizliğinde cücelik, cinsiyet organlarının gelişmesinde gerilik, hastalıklara dirençsizlik, yaraların iyileşmesinde gecikme gibi belirtiler görülebilir. Çinkonun en iyi kaynakları; karaciğer, etler, peynirler, balıklar, süt ve yumurta, yağlı tohumlar ve kuru baklagillerdir. Tahıllarda da yeterince çinko vardır (Applegate, 2011; Baysal, 2010).

-Krom: Kromun yağ ve karbonhidrat metabolizmasında rol aldığı sanılıyor. Kromun kaynakları; organ etleri, etler ve tahıllardır. Tahıllar öz ve kepek kısmı ayrılarak iyice beyazlatıldığında krom büyük ölçüde kaybolur. Vücuda sulardan da bir miktar krom alınır (Baysal, 2010).

-Selenyum: Özellikle kanser hastaları için selenyum çok önemli bir elementtir. Selenyum, vitamin E ile birlikte enzimlerde yer alarak serbest radikalleri yakalar. Bu hücre koruyucu özelliğinden dolayı sadece kanserden korunmada değil, gelişmiş tümörler de etkilidir. Selenyumun bir başka özelliği de bedenimizi koruyan yutucu ve öldürücü fagosit ve Killer lenfositleri güçlendirmesidir. Yutucu gözeler, akyuvarlardır. Bunlar bütün

dokuların içine girer ve yabancı ya da zararlı maddeleri yutup yok ederler. Öldürücü gözeler de akyuvarların bir türüdür. Bunlar da kanser gözeleri gibi zararlı gözeleri antikor dediğimiz maddelerin de yardımıyla yok ederler. (Ünsün, 2003).

VİTAMİNLER

Sağlıklı yaşam için mutlaka dışarıdan alınması gerekli, enerji verici ya da yapı taşı olmamakla birlikte biyolojik olayların normal olabilmesi için etkinliklerine gereksinim duyulan maddelerdir. Bunların az miktarda alınması yeterlidir (Çakırcalı, 1998). İnsan vücudu vitaminleri yapamaz, dışarıdan almak zorundadır (Akşit, 1991). Günümüzde 14 vitamin belirlenmiş durumdadır (Çakırcalı, 1998).

Vitaminler iki grupta incelenir;

• Yağda Eriyen Vitaminler

1. A vitamini
2. D vitamini
3. E vitamini
4. K vitamini

• Suda Eriyen Vitaminler

1. B₁ vitamini
2. B₂ vitamini
3. Niasin
4. B₆ vitamini
5. Folik asit
6. B₁₂ vitamini
7. Pantotenik asit
8. Biotin
9. Kolin
10. C vitamini

A vitamini

En çok karaciğer, süt, süt yağı, peynir, yumurta sarısı, balık yağı, yeşil ve sarı renkli sebze ve meyveler (havuç, domates, kayısı, portakal, ıspanak vb) gibi besin maddelerinde bulunur. A vitamini görevleri şöyledir;

1. Gözün değişik ışık durumlarına özellikle karanlıkta görmesine yardımcıdır.
2. Epitelyum dokusu için gereklidir.
3. Karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasına etkilidir.
4. Serum ve kan proteinlerinin sentezini etkiler (Akşit, 1991).

D vitamini

Balık yağı dışındaki yiyeceklerde çok bulunur (Akşit, 1991). Karaciğer, balık, karaciğer yağları, süt, tereyağı, margarinde az miktarlardadır (Solomon, 1997). Güneş ışınları, asıl D vitamini kaynağıdır (Fuerst, Wolf, and Weitzel, 1974).

D vitamini, vücuttaki kalsiyum mekanizmasında kalsiyumun taşınmasına yardımcı olarak görev yapar (Akşit, 1991). Yani kalsiyumun sindirim kanalından emilmesini sağlar. Kemiklerin normal gelişimi ve korunması için gereklidir (Solomon, 1997).

E vitamini

En çok, yeşil yapraklı bitkiler, yağlı tohumlar ve bunlardan elde edilen yağlar, tahıl taneleri, kuru baklagillerde bulunur (Akşit, 1991). Kuruyemişlerden antep fıstığı, ceviz ve fındık E vitamini içerir.

Vücutta bütün dokularda bulunur. En çok kas dokusunda, kalpte, testislerde ve adrenalde bulunur. En önemli görevi, antioksidan özelliği ile eritrositleri korumaktır. A vitamini etkisini artırır (Akşit, 1991). Son yıllarda, E vitamini yetersizliğinin insanlarda anemiye neden olduğu bildirilmiştir (Çakırcalı, 1998). Araştırmalara göre, E vitamini alınımlı kanser hastalığının oluşma riskini azaltmaktadır.

K vitamini

Normalde bağırsak bakterileri tarafından üretilir (Solomon, 1997). Yeşil yapraklı sebzeler mesela ıspanak, kuru baklagiller, balıklar K vitamini içeren besin maddeleridir (Akşit, 1991).

K vitamini karaciğerde bazı pıhtılaşma faktörlerinin yapımını sağlar (Çakırcalı, 1998). Protrombin yapımında görevlidir.

B₁ vitamini

En çok maya, patates, karaciğer, tahıllar, yumurta, et, sebzelerde bulunur (Fuerst, Wolf, and Weitzel, 1974). En bol depo edildiği yer, bitki tohumlarıdır. Süt, fındık, ceviz, fasulye, nohut, mercimek B₁ vitamini bakımından zengin kaynaklardır (Çakırcalı, 1998).

Karbonhidrat metabolizmasında önemli rolü olan bir vitamindir (Çakırcalı, 1998). Büyümeyi sağlar, karbonhidrat metabolizması sebebiyle sinirlerin düzenli çalışması için önemlidir (Fuerst, Wolf, and Weitzel, 1974).

B₂ vitamini

En çok yumurta, süt, karaciğer, et, peynir, soya fasulyesi, bezelye, mercimek, buğday ve yeşil sebzelerde bulunur (Fuerst, Wolf, and Weitzel, 1974).

Vücuttaki görevleri, elektron transferi zincirinde ve metabolizmadaki birçok reaksiyonda yardımcı enzimdir (Akşit, 1991). Büyümei geliştirir (Fuerst, Wolf, and Weitzel, 1974).

Niasin

En çok karaciğer, buğday, maya, et, yeşil sebze, balık, kuru baklagiller, kepekli ekmekler, süt ve yumurtada bulunur (Fuerst, Wolf, and Weitzel, 1974).

Vücuttaki görevleri, protein, karbonhidrat ve lipit metabolizmasında etkileri vardır (Akşit, 1991). Büyümei sağlar, bağırsakların normal olarak çalışmasını sağlar (Fuerst, Wolf, and Weitzel, 1974). Son yıllarda niasin kolesterol düşürücü olarak kullanılmaktadır (Akşit, 1991).

B₆ vitamini

En çok karaciğer, tahıllar, balık, sebze, maya, böbrek, bulgur, pirinç, fıstıkta bulunur.

Aminoasit sentezi için kullanılır (Solomon, 1997). Düzenli protein metabolizması ve hücrelerin çalışması için gereklidir (Fuerst, Wolf, and Weitzel, 1974). Gebelikte, menopozda ve oral kontraseptif kullananlarda ihtiyaç artar (Akşit, 1991; Çakırcalı, 1998).

Folik asit

En çok karaciğer, maya, yeşil sebzeler, böbrek, tahıllar, turunçgiller, ceviz, domates, yumurta, balık gibi besinlerde bulunur (Fuerst, Wolf, and Weitzel, 1974; Akşit, 1991). Ayrıca bağırsak bakterileri tarafından üretilir (Solomon, 1997).

Vücutta nükleik asitlerin ve bazı aminoasitlerin birbirine dönüşmesini sağlar. Folik asit yardımcı enzimi kan hücrelerinin yapılması ve çoğalması için gereklidir (Akşit, 1991). Alyuvarların oluşmasında çok etkilidir (Fuerst, Wolf, and Weitzel, 1974). Gebelikte ihtiyaç çok artar (Çakırcalı, 1998).

B₁₂ vitamini

En çok karaciğer, et, balık, böbrek, yumurta ve sütte bulunur (Fuerst, Wolf, and Weitzel, 1974; Solomon, 1997; Çakırcalı, 1998).

Bu vitamin bütün hücreler için gereklidir. Özellikle mide bağırsak kanalının sık yenilenen hücreleri için çok gereklidir (Çakırcalı, 1998). Yağ ve glikoz metabolizması için gerekli ve kan yaparak büyümei sağlar (Fuerst, Wolf, and Weitzel, 1974).

Pantotenik asit

Bütün besinlerde yaygın görülür (Solomon, 1997). Karaciğer, böbrek, yumurta sarısı, mayalar, buğday, kepekte bulunur (Çakırcalı, 1998). Karbonhidrat, protein ve lipitlerin metabolizmasında gereklidir.

Biotin

Bağırsak bakterileri tarafından üretilir. Karaciğer, çikolata, yumurta sarısında bulunur (Solomon, 1997). Vücutumuzdaki çeşitli metabolik reaksiyonlarda yardımcı enzimdir (Akşit, 1991). Özellikle yağ metabolizması için gereklidir (Solomon, 1997).

Kolin

En çok yumurta sarısı, süt, sakatat, et, tahıl ve soya fasulyesinde bulunur (Akşit, 1991; Çakırcalı, 1998). Safradan elde edilmiş, lipitlerin taşınması ve metabolizması için gereklidir (Akşit, 1991). Karaciğeri yağlanmaktan koruyan faktördür (Çakırcalı, 1998).

C vitamini

En çok turunçgiller, domates ve patates de bulunur (Akşit, 1991; Çakırcalı, 1998; 4,5). Son yapılan araştırmalara göre ise yeşilbiber, kivi, asma yaprağı, şalgam yaprağı, karnabahar, çilek, şeftali, ıspanak, karaciğer, taze fasulyede bulunduğu saptanmıştır (Akşit, 1991; Çakırcalı, 1998).

Vücut çalışmasındaki görevleri şunlardır;

- Bağ dokularından olan kollajenin sentezinde görev alır.
- Kan damarlarının kuvvetli olmasını sağlar.
- Vücudu enfeksiyonlardan ve bakteri toksinlerinden korur.
- Steroid hormonların sentezinde görev alır.
- Bazı vitaminlerin, demir ve kalsiyumun vücutta kullanılmasında yardımcıdır.
- Aminoasitlerin metabolizmasında gereklidir.
- Kanser hastalığını önleyici etkisi vardır.

Enfeksiyon, yanık ve ameliyatlarda, gebe ve emziklielerde, sigara içenlerde gereksinim artar (Akşit, 1991).

BESİN ÖĞELERİNİN DENGESİZ ALIMINDA YAŞANAN SAĞLIK SORUNLARI

Besin öğelerinin dengesiz alımında pek çok sağlık sorunu yaşanmaktadır. Bu noktada hemşire, bireyin beslenme aktivitesini en iyi tanımlayacak ve uygulamayı gerçekleştirecek en önemli sağlık çalışanıdır. Hemşire, sağlıklı/hasta birey ve ailesi ile daha fazla iletişim içinde olması nedeniyle sağlıklı/hasta bireyin fiziksel durumu, gıda alımı, gıda tercihleri, kilo değişimleri ve tedaviye yanıtını daha iyi gözlemleyebilir (Aştı ve Karadağ, 2013). Buradan yola çıkarak karbonhidratlardan başlamak üzere besin öğelerinin az ya da fazla alımında yaşanan sağlık sorunları aşağıda belirtilmiştir;

Beslenmede yeteri kadar karbonhidrat tüketilmediği durumlarda; öncelikle B vitaminleri, bazı aminoasitler ve lif eksikliği görülür. Bunun yanında halsizlik, yorgunluk, depresyon, unutkanlık, sinir sistemi bozuklukları, sindirim sistemi rahatsızlıkları, proteinin vücut tarafından kullanılamaması sonucu yapım ve onarımda azalma, yetersiz lif alımından ötürü uzun vadede kanser ve kalp hastalıkları görülebilir (<http://gidabeslenme.org>). Ayrıca kalorisi yüksek olan karbonhidratların proteine göre daha kısıtlı alınması durumunda marasmus hastalığı yaşanabilir (Akşit, 1991). Gereksinimden fazla alınan karbonhidratlar yağa çevrilerek şişmanlığa neden olduklarından, şişmanlamaya meyilli olan bireyler nişasta, şeker ve tahıldan yapılan yiyecekleri fazla almamalıdır. Karbonhidratlar diş çürümesi ile de ilgilidirler. Özellikle çocukların kısa aralıklarla şeker yemeleri dişlerinin kolay çürümesinde önemli bir etken olmaktadır. Diş yapışan şekerler, bakterilerin üremesine neden olmaktadır. Diş üzerinde üreyen bakterilerin ürettikleri asit dişin çürümesini kolaylaştırmaktadır (Applegate, 2011; Baysal, 2010).

İç organların etrafında koruyucu bir tabaka, beyin dokusu, hormonlar ve pek çok metabolik işlev için yağa ihtiyaç vardır. Vücutta yağ miktarının fazla olması kadar, çok düşük olması da tehlikelidir. Çok fazla lipid tüketimi gerek şişmanlığa gerekse kanser ve kalp damar hastalıklar başta olmak üzere pek çok kronik hastalığa karşı duyarlılığı arttırmaktadır (Baysal, 2010).

Protein eksikliğinde büyüme durur. Halsizlik, anemi ve ödem oluşur. Yara iyileşmesi gecikir. Antikor yapımı azaldığı için enfeksiyonlara direnç kırılır. Lenfosit sayısı azalır (Çakırcalı, 1998). Protein kısıtlı alınmasına karşın, kalorisi yüksek olan şeker, nişasta ile beslenenlerde Kwashiorkor hastalığı belirir. 0-6 yaşta eksik protein alımı henüz beyin gelişiminin tamamlanmadığı devre olduğundan zekâ geriliğine yol açabilir (Akşit, 1991). Vücutta kullanılmayan proteinlerin fazlası yağa dönüşür ve istenmeyen kilolara neden olur. Dönüşüm esnasında da gereksiz enerji harcaması meydana gelir Aşırı proteinin zararlarını gösteren net ve açık bir delil yoktur fakat proteinden zengin beslenirken biraz dikkatli olmak gerekir. Örneğin, ürik asit yükünü arttırabilir ki bu da böbrekleri zorlayabilir. Ayrıca kazanılan protein arttıkça kemiklerden kalsiyum kaybı da hızlanır ki bu kemiklerin zayıflamasına, osteoporozu yol açabilir. Bu özellikle osteoporoz riski yüksek kadınlar için önemli bir ayrıntıdır. Kolesterol ve ketoz riski yükselebilir (Applegate, 2011).

İnsan vücudundan alınan ve vücuttan atılan sıvı miktarı eşit olmalıdır. Ortalama koşullarda bir erişkinin tükettiği her 1 kalori için 1 ml suya ihtiyaç vardır. Sıvı ihtiyacı vücut ağırlığına ve bazı metabolik olaylara göre belli olur. Günlük alınması gerek su miktarı erişkinlerde ortalama 30-35 ml/kg'dır. Vücuttaki suyun az olması dehidratasyona, fazla olması da ödeme yol açar. Dehidratasyon ve ödeme de pek çok sağlık sorunun oluşma nedenleridir (Aştı ve Karadağ, 2013; Applegate, 2011; Baysal, 2010).

Bütün minerallerin fazlası insan sağlığına zararlıdır, eksikliğinde de pek çok sağlık sorunu yaşanmaktadır. Kemiklerin normal gelişmemesi şeklinde görülen raşitizm ve kemiklerin yumuşaması anlamına gelen osteomalasia ve kırılabilir durumu ifade eden osteoporoz kalsiyum eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Demir eksikliğinde, demir eksikliği anemisi yaşanır (Baysal, 2010; Ünsün, 2003). İyodun tiroid bezindeki miktarı azaldığı zaman basit guatr denilen hastalık oluşur. Çinko yetersizliğinin daha çok kepekli mayalandırılmadan hazırlanan tahıl ürünleriyle beslenen topluluklarda görüldüğü bildirilmiştir. Kromdan yetersiz bir diyet glukozun kullanımında bozukluk, kolesterol düzeyinde artışa neden olur (Baysal, 2010).

A vitaminin eksikliğinde, başta **gece körlüğü** olmak üzere, keratoz denilen deri hastalığı, konjektif denilen göz hastalığı (Fuerst, Wolf, and Weitzel, 1974), epitel dokunun çalışmasında bozukluk dolayısıyla enfeksiyon riskinde artma gibi sorunlar görülebilir. Ayrıca büyüme durur, deri pul pul olur (Solomon, 1997). A vitaminin fazlası da zararlıdır. A vitamini ince bağırsaklarda safra yardımıyla emilir. Eğer safra ve yağ yokluğu söz konusuyla A vitamini emilemez (Çakırcalı, 1998; Applegate, 2011).

D vitamini eksikliğinde çocuklarda **raşitizm** (kemiklerin gelişme ve büyüme dönemlerinde görülür, kemikler kalsiyum azlığı nedeniyle yumuşar, dişler geç ve bozuk çıkar), büyüklerde **osteomalasi** (yaşlılarda görülen, raşitizmin erişkindeki gelişen tipidir. Dengesiz beslenenlerde, sık doğum yapanlarda daha çok görülür.) denilen hastalıklar görülür (Akşit, 1991). Fazla alınan D vitamini toksiktir (Applegate, 2011).

E vitamini günlük yiyeceklerde yeterince bulunduğundan E vitamini yetersizliği pek görülmez (Çakırcalı, 1998; Baysal, 2010).

K vitamini eksikliğine pek fazla rastlanmaz. Yeni doğanın hemorajik hastalığının başlıca nedeni olduğu için, doğumdan sonra K vitaminin tüm bebeklere verilmesi gerekmektedir. Aşırı kanama, doğum, yaralanmalarda, bağırsak florası bozulduğunda, uzun süreli antibiyotik kullananlarda, kronik ishallerde gereksinme artar (Akşit, 1991; Baysal, 2010).

B₁ eksikliğinde **beriberi** hastalığı görülür (Fuerst, Wolf, and Weitzel, 1974; Akşit, 1991; Solomon, 1997; Çakırcalı, 1998). İştah azalması, yorgunluk, kusma, sindirim sistemi bozuklukları, baş dönmesi bu hastalığın belirtileridir. Beyin ve sinir dokuları glikozluk nedeniyle hasara uğrar (Çakırcalı, 1998). Ayrıca, eklemlerde şişme, ağrı, kalp yetmezliği görülür (Akşit, 1991; Baysal, 2010).

B₂ eksikliğinde deride, dudak, burun ve göz kenarlarında yaralar oluşur (Akşit, 1991). Dil iltihabı (glosit), ışık fobisi (fotofobi) görülür (Fuerst, Wolf, and Weitzel, 1974). Zihinsel depresyon ortaya çıkar (Solomon, 1997). Göz kaşıntısı ve yanma, deride kepeklenme ile eksikliği hissedilir (Çakırcalı, 1998; Baysal, 2010; Applegate, 2011).

Niasin eksikliğinde **pellegra** hastalığı görülür (Fuerst, Wolf, and Weitzel, 1974; Akşit, 1991; Solomon, 1997; Çakırcalı, 1998; Baysal, 2010; Applegate, 2011). Dermatit, diyare ve demans bu hastalığın belirtileridir (Çakırcalı, 1998). Ayrıca sinir ve sindirim sisteminde bozukluklar görülür (Akşit, 1991).

B₆ eksikliğinde dermatit, sindirim sistemi bozukluğu, konvülsiyonlar ortaya çıkar (Solomon, 1997; Baysal, 2010). Sinir iltihabı, sebore gibi deri hastalığı görülebilir (Fuerst, Wolf, and Weitzel, 1974).

Folik asit eksikliğinde **megaloblastik anemi** görülür (Fuerst, Wolf, and Weitzel, 1974; Akşit, 1991; Solomon, 1997; Applegate, 2011). DNA sentezi bozulur (Çakırcalı, 1998).

B₁₂ eksikliğinde **pernisyöz anemi** görülür (Fuerst, Wolf, and Weitzel, 1974; Akşit, 1991; Solomon, 1997; Çakırcalı, 1998). Ayrıca sinir sistemi bozukluklarına yol açar (Fuerst, Wolf, and Weitzel, 1974; Akşit, 1991; Applegate, 2011).

Pantotenik asit, biotin, kolin eksikliğine pek rastlanmaz (Akşit, 1991; Çakırcalı, 1998).

C vitamini eksikliğinde **skorbüt hastalığı** oluşur (Fuerst, Wolf, and Weitzel, 1974; Akşit, 1991; Solomon, 1997; Çakırcalı, 1998; Baysal, 2010; Applegate, 2011). Skorbit belirtileri, deride peteşi ve ekimoz tarzında kanamalar, diş etlerinde şişme ve kanama, hematüri ve mide-bağırsak kanalında kanamadır (hematemez ve melena). Kemiklerin büyümesi durur ve kemik mineralini yitirir, osteoporoz ortaya çıkar (Çakırcalı, 1998).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak beslenme, temel insan gereksinimlerinden biridir ve vücut için önemi büyüktür. Bu nedenle sağlıklı olsun hasta olsun tüm bireylerin ve tüm sağlık profesyonellerinin beslenmenin önemi ve temel besin öğelerini bilmeleri gerekmektedir. Bu konularda edindikleri bilgiler doğrultusunda da beslenme aktivitelerini gerçekleştirmeleri önerilir. Farklı çalışmalarda besin öğelerinin dengesiz alımında yaşanan sağlık sorunları tek tek ve daha geniş olarak ele alınabilir. Bu doğrultuda bireyler daha geniş bilgilere ulaşabilecek ve sağlık sorunu yaşamamak adına gerekli önlemleri alabileceklerdir.

KAYNAKLAR

Akşit, M.A. (1991). Beslenmeye Giriş, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları No: 220, Eskişehir, 39-49.

Aştı, T.A., Karadağ, A. (2013). Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. Akademi Basın ve Yayıncılık, Esen Ofset, İstanbul, 902-943.

Applegate, L. (2011). Sağlık Yaşam ve Yüksek Performans için Beslenme ve Diyet Temel İlkeleri. (Çev.Editörü: Özpınar, H.), İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul.

Baysal, A. (2010). Genel Beslenme. 13. Baskı, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara.

Çakırcalı, E. (1998). Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar, II. Baskı, Ege Üniversitesi Matbaası, İzmir, 149-154.

Fuerst, V.E., Wolf, L., Weitzel, H.M. (1974). Fundamentals of Nursing, Fifth edition, Lippincott Company, Toronto, 350-352.

<http://gidabeslenme.org/karbonhidrat-eksikligi/618/>. Karbonhidrat Eksikliği, Erişim Tarihi: 28.06.2019.

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/diyabet/17-sa%C4%9Fl%C4%B1kl%C4%B1-beslenme-ve-hareketli-hayat-dairesi-ba%C5%9Fkanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.html>. Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat İşbirliği Platformu Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Erişim Tarihi: 28.06.2019.

https://www.ankaratb.org.tr/lib_upload/116_D%C3%9CNYADA%20VE%20T%C3%9CRK%C4%B0YE%E2%80%99DE%20BESLENME%20SORUNU_17_10_2011.pdf. Dünyada ve Türkiye’de Beslenme Sorunu, Erişim Tarihi: 28.06.2019.

Mc Ardle, W., Katch, F.I., Katch L,V. (2007). Exercise Physiology, Energy, Nutrition and Human Performance, Sixth Edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Potter, P.A., Perry, A.G. (2009). Fundamentals of Nursing, 7th Edition, Missouri; Mosby.

Samur, G. (2008). Vitaminler, mineraller ve sağlığımız. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 727, Klasmat Matbaacılık, Ankara.

Sencer, E. (1991). Beslenme ve Diyet, Güven Matbaası, İstanbul, 21-69.

Solomon, E.P. (2013). İnsan Anatomisi ve Fizyolojisine Giriş, (Çev.L.B.Süzen), Antalya, 224-225.

Ünsün, G. (2003). Kanserde Beslenme, İnkılap Kitabevi, İstanbul, 33-35.

Sigara Bağımlılığı Sağlığa Etkileri ve Sigara Bıraktırmada Kullanılan Transteoretik Model

Erdal AKDENİZ*

ÖZ

Sigara içerisinde nikotin bulunmasından dolayı bağımlılığa neden olan bir maddedir. Sigara içimi genellikle genç yaşta başlar ve alışkanlık şeklinde devam eder. Ergenlik çağında başlayan ve uzun süredir sigara içicisi olan kişilerin yarısı sigaradan ölmektedir. Sigara başta kardiyovasküler ve solunum sistemini olumsuz etkilemekte, immün sistemi zayıflatmakta, diyabet, depresyon gibi rahatsızlıklara yakalanma riskini artırmaktadır. Sigara için risk gruplarını adölesanlar, gebeler ve yetişkinler oluşturmaktadır. Sigara bırakmada birçok yöntem kullanılmakta olup Transteoretik model bunlardan biridir. Transteoretik Model (TTM), bilinçli bir davranış değişim modeli olup, davranış değişiminin bir süreç olduğunu ve bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun olarak yapılan girişimlerin değişimi kolaylaştırdığını, aksi halde davranış değişimine karşı direnç geliştirildiğini savunur. Modelin temel amacı, herhangi bir tıbbi destek almadan, değişim aşamalarını uygulayarak bağımlılığı engellemektir. Transteoretik model sigara bıraktırmada değişim aşamalarına göre uygulandığında etkisi kanıtlanmış bir modeldir. Sağlık profesyonellerinin bir üyesi olan ve toplum sağlığını korumada önemli görevler üstlenen hemşireler, sigara bıraktırma da etkin rol oynayarak davranış değişimine katkı sağlayabilirler.

Anahtar Kelimeler: Sigara, bağımlılık, transteoretik model

The Effects to Health of Smoking Addiction and Transtheoretical Model Used in Quit Smoking

ABSTRACT

It is a substance that causes addiction due to the presence of nicotine in cigarettes. Smoking usually starts at a young age and continues as a habit. Half of people who start in adolescence and have a long-time smoker die from smoking. Smoking affects the cardiovascular and respiratory system adversely, weakens the immune system, increases the risk of diseases such as diabetes, depression. The risk groups for smoking are adolescents, pregnant women and adults. Many methods are used in smoking cessation and the Transteoretic model is one of them. The Transteoretic Model (TTM) is a model of behavioral change and argues that the behavior change is a process and that the interventions carried out in accordance with the change phase of the individual facilitate change, otherwise resistance to behavior change is developed. The main aim of the model is to prevent addiction by applying the stages of change without any medical support. Transteoretic model is a proven model when applied according to change stages in smoking cessation. Nurses who are a member of health professionals and who play an important role in the protection of public health can contribute to behavior change by playing an effective role in smoking cessation.

Key words: Cigarette, addiction, transtheoretical model

* Öğr. Gör. Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü/
erdalakdeniz@ahievran.edu.tr

1. GİRİŞ

Dünyada yetişkin nüfusun ¼'ü tütün ürünleri kullanmakta olup; tütün kullanımı her yıl beş milyondan fazla insanın ölümüne sebep olmakta ve kullanımı yasal olan tek madde olarak karşımıza çıkmaktadır (WHO 2016). Amerikalı yetişkinlerde 2016 yılında sigara içme oranı %15.5 olup; erkeklerde %17.5, kadınlarda %13.5 (Jamal ve ark 2018), Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise sigara içme oranı %25.7; erkeklerde %39.2, kadınlarda %12.6 olarak bulunmuştur (Kostova ve ark 2014).

Amerika'da ölümlerin %20'si sigaranın sebep olduğu sağlık sorunları kanser, solunum ve kalp damar hastalıkları nedeniyle olmaktadır (CDC 2018). Amerikan hastalık önleme ve kontrol merkezinin tahminlerine göre her yıl ortalama 430,700 kişi hayatını kaybetmektedir. Alkol için aylarca, eroin için günlerce kullanımdan sonra ortaya çıkan bağımlılık nikotinde saatler içinde oluşmaktadır. Sigara yanında puro ya da yaprak sigaralar dudak, ağız ve tiroid kanser riskini artırmaktadır (CDC , Mathre 2004). Dünyada tütün kullanımına bağlı olarak her altı saniyede bir kişi hayatını kaybetmektedir. Sigaraya bağlı ölümlerin artarak, 2030 yılında 8,4 milyona ulaşacağı öngörülmektedir (Mathers ve Loncar 2006).

Dünyada sigara içme oranları erkekler arasında %50-80 arasında değişmekte ve bu oranlar kadınlar arasında da giderek artma eğilimi göstermektedir. Amerika, İngiltere, Kanada, Finlandiya gibi ülkelerde sigara kullanma yüzdeleri, hem erkeklerde hem de kadınlarda azalma eğilimindedir. Bu ülkelerde, sigara içme konusunda uzun bir geçmişe sahip olup kadın ve erkekler arasındaki sigara içme yüzdeleri oldukça birbirine yakındır (Amos ve Mackay 2004). Bu ülkelerde alan sigara içme yüzdelerinin genç kızlar arasında daha yüksek olduğu ve bırakma yüzdelerinin de erkeklerden daha düşük olduğu belirtilmektedir. Yine bu ülkelerde sigara tüketimi özellikle toplumun yoksul ve dezavantajlı kesimleri arasında daha yüksektir (Wold ve ark 2000).

Türkiye'de 14,8 milyon kişi sigara içmekte ve her yıl yaklaşık 100.000 kişi tütün kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (TCSB). Ülkemizde sigara kullanımı politik kararlılık, sivil toplum ve medyanın desteği ile bir miktar azalmıştır ancak halen istenilen düzeyde değildir. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 sonuçlarına göre; sigara içme sıklığı erkeklerde %41,4, kadınlarda %13,1 olarak tespit edilmiştir. 15 yaş ve üzeri yetişkinlerin %27'si her gün veya daha az sıklıkla sigara kullanmaktadır (TCSB). Türkiye'de sigara kullanma oranı öğrenim durumu ve yaşla birlikte artmaktadır. Okuryazar olmayan yetişkinler en düşük sigara kullanma oranına sahipken; lise ve üzerinde en yüksek orana sahiptir (Yürekli ve ark 2010). Mevcut mevzuata göre sigara satın alabilmek için en küçük yaş sınırı 18 olmasına karşın, her gün sigara içenlerin yarısından fazlası (%58,9) sigara içmeye 18 yaşından önce başlamıştır. Sigaraya başlamanın ortalama yaşı erkeklerde 16,6; kadınlarda 17,8'dir (TCSB). Sigara tüketiminin yaşla birlikte artarak devam ettiği gözlenmektedir (Yürekli ve ark 2010). Yapılan bir çalışmada sigara içme oranı %25,6'dır. Sigara içmeye başlama ortalama yaşı 17,7±2,8 iken; Sigara içenlerin %51,6'sının (94) çok az, %19,2'sinin (35) az, %8,8'inin (16) orta, %14,3'ünün (26) yüksek ve %6'sının (11) da çok yüksek düzeyde nikotin bağımlısı oldukları belirlenmiştir (Yengil 2014).

Sigara bıraktırmada kullanılan Transteoretik model (TTM) ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; İngiltere'de gebelerde sigara bıraktırma ile ilgili yapılan bir çalışmada, müdahale grubundaki kadınlar, kontrol grubundaki kadınlara kıyasla, yaklaşık % 60 daha olumlu değişim hareketi göstermişlerdir. Çalışmada TTM'nin gebelikte sigara bıraktırma için geçerli bir model olduğu; ancak gebelerde TTM'nin hazırlık aşamasında, düşünmeme ve düşünme aşamasından daha etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Aveyard ve ark 2006), Hollanda'da yapılan bir çalışmada poliklinik ortamında kardiyovasküler hastalık riski taşıyan hastalar için transteoretik model temelli motivasyonel görüşme yapılarak gerçekleştirilen sigara bırakma programının yararlı olduğu sonucuna varılmış, müdahale grubundan 12 kişi sigarayı bırakmıştır (% 26) (Bredie ve ark 2011). Sigara kullanan hemşireler ile yapılan TTM temelli motivasyonel görüşmelerin sonucunda 15 kişiden 6'sı sigarayı bırakmış ve motivasyonel görüşmenin sigara bıraktırmada etkili olduğu görülmüştür (Mujika ve ark 2014).

Bu gerçeklerden yola çıkarak derlemenin amacı insan sağlığını son derece etkileyen sigaranın bağımlılığı, sağlığa etkileri ve sigara bırakmada kullanılan Transteoretik modelin ele alınmasıdır.

2. BAĞIMLILIK

Maddenin sürekli alınması ile beyin hücrelerinin işlevlerinde zamanla değişimler meydana gelir ve bu değişimler kişinin tekrarlayan madde alımından sorumludur. Kullanılan madde ile karşılaşma ve değişim sonucu bağımlılık gelişir (Akvardarlar ve ark 2011).

2.1. Fiziksel Bağımlılık: Maddeler kullanıldıkları zaman pekiştirici etkide bulunurlar ve beyindeki ödül sistemi üzerindeki etkileri maddenin keyif verici özelliğine ve kişinin tekrarlı kullanımına bağlı olarak bağımlı olmasına neden olur. Maddenin varlığına karşı fizyolojik olarak istek duyar ve vücut uyuşturucu maddeye karşı adaptasyon geliştirir. Madde alınmadığı zaman, ortaya bazı belirti/bulgular çıkar. Çünkü bedenin bulunduğu fizyolojik adaptasyon bozulur ve beden kendini yeni duruma göre ayarlamak zorunda kalır (Ögel 2010).

2.2. Psikolojik Bağımlılık: Bir madde/ilacın kullanılmasıyla zevk alma duygusunun ortaya çıkarılması veya huzursuzluktan kaçınmak için madde alımına karşı konulmaz bir istek ortaya çıkmasıdır (Topal ve ark 2014, Townsend 2015). Psikolojik Bağımlılık; özenti, mutsuzluk, mutluluk, kendini ispat etme, büyüdüğünü gösterme vs. gibi sebeplerden dolayı bireylerin sigara kullanmaya başlamasıyla gerçekleşen bir bağımlılık şeklidir. Yemekten sonra içilen sigaralar, çay veya kahve tüketirken içilen sigaralar veya arkadaşlarla sohbet ederken içilen sigaralar, psikolojik bağımlılık grubuna girer. Bu tip bağımlılıktan kurtulmak için çözüm yolu sigara içilen ortamlardan uzaklaşmak, başka işlerle meşgul olmak gibi hareketler olabilir (Bilir 2008b).

Sigara bağımlılığı sınıflandırılırken günde 20 adetten az sigara tüketenlerin psikolojik, 20 adetten fazla tüketenlerin fizyolojik bağımlılıkları olduğu kabul edilmektedir. Bağımlılık fiziksel ve psikolojik bağımlılık olarak ikiye ayrılmaktadır (Townsend 2015).

3. SİGARA BAĞIMLILIĞI

Sigara içerisinde nikotin bulunmasından dolayı bağımlılığa neden olan bir maddedir. Dünya Sağlık Örgütü sigara bağımlılığını “düzenli olarak günde bir sigara içmek” şeklinde tanımlamıştır (WHO). Sigara içimi tüm dünyada önlenemez, bulaşıcı olmayan hastalıkların ve ölümlerin başlıca nedeni olup, önemli mortalite ve morbidite nedenleri arasında yer almaktadır (Mathers ve Loncar 2006, WHO 2017). Sigara içimi genellikle genç yaşta başlar ve alışkanlık şeklinde devam eder. Sigara içen insanların yaklaşık %80'i sigaraya 18 yaşın altında başlamaktadır. Sigarayı ilk kez çocukluğunda içenler sigara tiryakiliği açısından yüksek risk taşımaktadır (Doğan ve Ulukol 2010).

Ergenlik çağında başlayan ve uzun süredir sigara içicisi olan kişilerin yarısı sigaradan ölmektedir. Sigaranın içinde mutajenik, sitotoksik, karsinojenik ve antijenik maddelerin, ayrıca kâğıdında da yanmış katkı maddelerinin olduğu bilinmektedir. Sigaranın içinde bulunan maddeler; solunum, immun, endokrin, kardiyovasküler, gastrointestinal, sinir, genito-üriner, kas iskelet sistemleri gibi vücut sistemlerini etkilemektedir (Selekoğlu 2016).

Sigara şirketleri, sigara kullanımını artırmak için sigaranın içeriğiyle ilgili bazı müdahalelerde de bulunmaktadır. Sigara paketleri insanların bilinçaltını etkileyecek şekilde tasarlanmakta ve böylece zararlı olmadığı yanılgısı oluşturulmaya çalışılmaktadır. Örneğin, “**slim**” ismiyle üretilen sigaralar kilo kontrolünde etkili olduğu, mavi beyaz renklerle ürünün zararlı olmadığı, kırmızı renk ile güç kattığı hissi yaratılmaya çalışılmaktadır (Fowles ve Shusterman 2004).

4. SİGARANIN SAĞLIĞA ZARARLARI

Sigara içmek ve ikincil sigara dumanı maruziyeti, kardiyovasküler sistem hastalıkları etyolojisinde yer alan önlenemez bir faktördür (Başar 2000, Al Husain ve Bruce 2010). Sigara dumanındaki karbon monoksit hemoglobine doğrudan bağlanarak kanın oksijen taşıma kapasitesini düşürür. Nikotin kardiyovasküler sistemi doğrudan etkiler (WHO 2000). Sigara içenlerde kardiyovasküler hastalıklardan mortalite riski 2-4 kat daha fazladır. Sigaranın kardiyovasküler etkileri bireylerin günlük içtiği sigara miktarına, sigaraya başlama yaşına, sigara içme süresine bağlıdır (Karlıkaya ve ark 2006). Sigarayı bıraktıktan bir yıl sonra kalp krizi geçirme riskinde keskin bir düşüş görülür (CDC 2010b).

Sigara içme ve sigara bağımlılığı kadın ve erkeklerde cinsel işlevlerde bozulmalara sebep olabilir. Overler ve testis üzerinde toksik etki bıraktığı için infertilite sebebidir. Sigara bağımlılığı olan bireylerde infertilite

gelişme riski, içmeyenlere göre çok daha fazla olduğu belirtilmektedir (Öztoprak ve Günay 2013). Sigara içme; gebe kadınlarda spontan abortus, placentaya problemleri, ektopik gebelik gibi üreme sağlığını etkilerken, gebe olmayan kadınlarda da menstrual siklus sorunları, osteoporoz, erken menopoza ve jinekolojik kanserler gibi problemlerle kadın sağlığını etkilemektedir (Terzioğlu ve ark 2008).

Sigara içmek, immün sistem hücrelerinin fazla çalışmasına sebep olur. Sigara içen bireylerin kan lökosit sayıları diğerlerine göre daha yüksek düzeydedir. Bu değerler immün sistemin sigaranın verdiği biyolojik zararlara karşı sürekli savaşmakta olduğunu gösterir (CDC 2010b). Sigara ile ilişkilendirilen hastalıkların başında akciğer kanseri, KOAH ve astım gibi solunum sistemi hastalıkları gelmektedir (Okutan ve Çalışkan 2011). Sigara içmek ve ikincil sigara dumanı maruziyeti öncelikle akciğer kanseri ile ilişkilendirilmektedir. Sigara içen bir bireyin kanser ile ilişkili mortalite riski yedi kat, akciğer kanseri ile ilişkili mortalite riski 12-24 kat artmaktadır (Bilir 2008a).

Bir akciğer hastalığı olan astımın etiyolojisinde de sigara içme ve ikincil sigara dumanından etkilenme vardır. Sigara içen astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalarında yapılan solunum fonksiyon testlerinde solunum kapasitesinin azaldığı ve bu durumun bireylerin yaşam kalitelerini ciddi oranda etkilediği görülmüştür. Sigaranın bırakılması akciğer fonksiyonlarında düzelmeye sağlamaktadır (Çapan 2011). Sigara içme süresi ne kadar uzarsa solunum fonksiyonlarındaki bozukluk da o kadar artar (Zerin ve ark 2010). Sigaranın günlük kullanılan miktarı solunum fonksiyonlarına etki edip, KOAH riskini %8,2 oranında arttırmaktadır. Sigara içen bireyler, içmeyenlere göre akciğer hastalıkları ile ilgili ciddi risk altındadır (Budak 2010). Sigarayı bıraktıktan sonra bireyler daha az öksürürler ve sekresyonları azalır, solunum sesleri düzelmeye başlar. Birkaç ay sonra bu şikayetlerde ciddi oranda azalma olur (CDC 2010b).

Sigara kullanımının ağız içi mukozası ve dişler üzerine de zararlı etkileri bulunmaktadır. Ağızda oluşan zararlı etkiler sigara içerken ağız içinde oluşan yüksek ısı ve içinde bulundurduğu zararlı maddelerden kaynaklanmaktadır. Şeker ve çikolatanın çocuklarda ağız ve diş sağlığı üzerine olumsuz etkilerine yetişkinlerde sigara sebep olur. Sigaranın dişlerde lekelenmeler, damakta enfeksiyon, diş eti hastalıkları ve çekilmesi, ağız kokusu, oral lezyonlar, ağız kanseri gibi zararlı etkileri vardır (Tuncer 2008).

Sigara; hem diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalığı bireylerde hem de sağlıklı bireylerde böbrek fonksiyonlarında olumsuz etkilere yol açabilir. Sigara içmek ya da ikincil sigara dumanının solunması ile vücuda alınan nikotin metabolize olduktan sonra kotinine dönüşür. Metabolik bir atık olan kotinin idrar yoluyla dışarı atılana kadar tüm renal sistemden geçer ve bu geçiş sırasında sistem için olumsuz etkiler oluşturur. Böbrek hastalığı ve hipertansiyonu olan bireylerde sigara içme ile sempatik sinir sistemi aktive olarak kan basıncını artırır ve bu şekilde böbreklere ciddi zararlar verdiği ve böbrek yetmezliği üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (Dönder ve ark 2014).

Sigara içmek, tip 2 diyabet riskini artırır. Geçmişte sigara içen bireylerde tip 2 diyabet gelişme riski %28 daha fazla olduğu görülmektedir. Yaşamları boyunca sigara dumanına aktif ya da pasif maruz kalmayan bireylerde tip 2 diyabet gelişme riski, sigara içen ya da ikincil sigara dumanına maruz kalan bireylere göre daha düşük olduğu görülmüştür. Sigara bırakıldıktan sonra bu risk azalmaktadır (Zhang ve ark 2011).

Sigara içme ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki söz konusudur. Sigara içen kişilerde depresif belirtiler daha fazla görülmektedir (Gümüş 2015). Yapılan araştırmalarda sigara bağımlısı olan kişilerde olmayanlara göre depresyon geçirme olasılığı ve yaşamdan doyum sağlayamama daha yüksek bulunmuştur (Kamışlı ve ark 2008, Atak 2011). Her gün sigara içen öğrencilerin neredeyse tamamı günde beş taneden fazla sigara içmektedir (Atak 2011). Günlük içilen sigara miktarına bağlı olarak depresif belirtilerde farklılıklar görülmektedir. Beck Depresyon Envanteri kullanılarak yapılan bir çalışmada günlük içilen sigara miktarı arttıkça envanter toplam puanının da artmakta olduğu görülmüştür (Gümüş 2015).

5. BAZI RİSKLİ GRUPLARDA VE GELİŞİM DÖNEMLERİNE GÖRE SİGARA KULLANIMI

5.1. Gebelerde Sigara Kullanımı

Sigara dünya üzerinde görülen en yaygın madde bağımlılığıdır. Bağımlılık yapan diğer maddelerden farklı olarak sigara dumanı ortamda bulunan canlıları da etkileyebilmektedir. Bu tehdidin çok özel bir şekli, anne

karnındaki bebeğin plasenta aracılığı ile annenin içtiği sigara kaynaklı zararlı maddelere maruz kalmasıdır (Toyran 2005). Gebelikte sigara kullanımı gebelikte ilişkili mortalite ve morbidite için önlenemez bir risk faktörüdür (Marakoğlu ve Sezer 2003, Semiz ve ark 2006). Annenin sigara içmesinin doğum ağırlığının beklenenden yaklaşık 100-377 gram daha az olmasına neden olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Marakoğlu ve Sezer 2003, Aktaş 2006, Durualp ve ark 2011).

Maternal sigara kullanımı veya sigara dumanına maruz kalmanın fetusta; intrauterin gelişme geriliğine, konjenital anomalilere hatta düşüğe neden olduğu belirtilmektedir. Yenidoğan döneminde ise; ani bebek ölümü sendromuna, çocukluk dönemlerinde anne sütü alımının olumsuz yönde etkilenmesine, sık enfeksiyonlara ve büyüme ve gelişme geriliğine neden olabildiği belirtilmektedir (Çınar ve ark 2015). Gebelikte sigara içimiyle düşük, ektopik gebelik, fetal gelişme geriliği, ablasyo plasenta, preterm doğum, membranların erken rüptürü ve düşük doğum ağırlığı arasında ilişki vardır. Ayrıca sigara içen gebelerde perinatal mortalite hızı üç kat artmıştır (Kahyaoğlu ve ark 2018).

Gebeler üzerinde yapılan bir çalışmada; gebelikte sigara içen annelerin bebeklerinin daha düşük ağırlıkta doğdukları fetal gelişimlerinin geri kaldığı (Meghea ve ark 2014), yapılan 18 çalışmayı içeren bir sistematik derlemede; gebelik boyunca sigaraya aktif ya da pasif maruz kalan annelerin bebeklerinde görsel bozukluklar ortaya çıktığı (Fernandes ve ark 2015), gebelik süresince sigara kullanan annelerin çocuklarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu benzeri semptomlar görülebileceği (Latimer ve ark 2012, Behnke ve ark 2013) ayrıca bu annelerin çocuklarında depresyon, anksiyete gibi semptomların da görüldüğü belirtilmiştir (Ashford ve ark 2008).

5.2. Adölesanlarda Sigara Kullanımı

Adölesan “gelişerek olgunlaşma” anlamına gelen latince bir terim olup; çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemini ifade eder. Ergenlik de denilen bu dönem, fiziksel, bilişsel, psikolojik ve sosyal açıdan pek çok değişimin iç içe yaşandığı, birey ve çevresi için çalkantılı ve sıkıntılı bir dönemdir (Pekcan 2012). Olgunlaşma süreçlerinin birinde oluşabilecek sorunlar, diğer süreçleri de etkileyerek, ergenin sağlıklı gelişimini engelleyebilir ve erişkin çağa da taşınan hastalıklara neden olabilir (Anthony 2011, Pekcan 2012).

Adölesan dönemde; sigara, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddelere başlama sık görülen bir durumdur. Adölesanların bu maddelere başlamasında aile, arkadaş ve sosyokültürel çevre önemli etkindir. Sigara kullanma nedenlerinin bulunması ve bunun önüne geçilmesi bağımlılık riskinin azaltılmasında önemlidir. Burada toplumun eğitimi, aile içi ilişkilerin desteklenerek sigara kullanımına neden olan faktörler tespit edilmesi ve engellenmesi oldukça önemlidir (Simkin 2002). Gençler sigaraya en fazla merak ve arkadaş etkisi ile başlamaktadır. Bunları sırasıyla yalnızlık, özentî, aile sorunları, okul sorunları ve büyüdüğünü ispatlama izlemektedir (Kurupınar 2014).

Lise öğrencileri arasında sigara alkol kullanım sıklığı ve etkileyen faktörlerin araştırıldığı çalışmada hayatında en az bir kere sigara içen öğrencilerin oranı % 35, hemen her gün sigara içenlerin oranı % 20,1 olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmada meslek lisesinde okuyan; erkek, akademik başarısını düşük algılayan ve disiplin cezası alan öğrencilerin tütün kullanım oranı yüksek bulunmuştur (Akkuş ve ark 2017). Fiziksel aktivite ve sigara kullanımının duygu durumu ve anksiyete ile ilişkisinin incelendiği çalışmada; Sigara içme ile anksiyete arasında ilişki bulunmuş ve gençleri anksiyeteden uzaklaştırmak için fiziksel egzersiz yapmaları gerektiği önerisinde bulunulmuştur (Fidancı ve ark 2016). Başka bir çalışmada adölesanların sigara kullanma sıklığı % 12 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada sigara tüketim oranlarının yüksek olması, evin içinde bir ortamda tüketilmesi önemli ölçüde azalmış ve sigara tüketen annelerin daha titiz davrandığı saptanmıştır (Ayçiçek 2014).

5.3. Yetişkinlerde Sigara Kullanımı

Genel olarak sigara içimi öteden beri erkek davranışı olarak algılanmıştır. 2012’de dünya çapında 1.1 milyon sigara içicisi bulunmakta iken sigara kullanan her 10 kişiden sekizi de günlük içici olarak kaydedilmiştir. Dünya genelinde kullanım oranı %22 idi. En yüksek bölgesel ortalama %30’la Avrupa’da, en düşük oran da %12 ile Afrika’daydı. Yüksek gelirli ülkelerdeki oran %25, orta gelirli ülkelerde %22, düşük gelir grubunun oranı ise %18 idi. Sigara içme oranı erkeklerde kadınların beş katıydı. Erkeklerde %37, kadınlarda %7 oranındaydı (WHO 2014b). Sigara özellikle genç kızlar ve kadınlar arasında giderek yaygınlaşmaktadır. Bu durumun nedeni olarak, zaman içinde kadınların daha fazla eğitim olanağına ve ekonomik güce kavuşmasının, dolayısıyla sigaraya ulaşma olanaklarının artması gösterilmektedir (Bilir 2005). Özellikle 1980’lerden itibaren az gelişmiş ülkelerde özellikle kadınlara yönelik sigara reklam faaliyetleri artmıştır (Amos ve Mackay 2004).

Ülkemizde yapılan “Yetişkin Tütün Araştırması 2012” sonuçlarına göre; sigara içme sıklığı erkeklerde %41,4, kadınlarda %13,1 olarak tespit edilmiştir. 15 yaş ve üzeri yetişkinlerin %27’si her gün veya daha az sıklıkla sigara kullanmaktadır (TCSB).

6. SİGARAYI BIRAKMANIN SAĞLIK AÇISINDAN FAYDALARI

Sigarayı herhangi bir zamanda ve herhangi bir yaşta bırakmak faydalıdır. Bırakmak için hiçbir zaman geç değildir ve ne kadar erken olursa kişi için o kadar iyidir. Bütün sigaralar zararlıdır, bütün tütün dumanlarına maruziyet vücuda zarar verir. Sigarayı bırakmak, vücuda sigaranın verdiği hasarlardan iyileşmesi için gereken fırsatı tanır. Günde birkaç adet sigara içmek veya arada sırada sigara içmek bile kanser gibi ciddi hastalıkların riskini artırır (CDC 2010a).

Sigarayı bırakanlar içmeye devam edenlerden daha uzun yaşarlar. Sigarayı bırakan bir kişinin erken ölüm riskinin ne dereceye kadar azalacağı; sigara içtiği yıl sayısı, günlük içtiği sigara sayısı, sigarayı bıraktığı anda mevcut olan veya olmayan hastalıkları gibi faktörlere bağlıdır. Örneğin; sigarayı 50 yaşından önce bırakan bir kişi, gelecek 15 yıl içinde, sigara içmeye devam eden biriyle karşılaştırıldığında yarısı kadar ölüm riskine sahiptir. Yaşam beklentisi uzar çünkü sigarayla ilişkili olan hastalıklardan ölme riski azalır. Bunlardan biri olan akciğer kanserinden ölme riski sigara içen erkeklerde 22 kat daha yüksek, kadınlarda 12 kat daha yüksektir. Sigara ilişkili kanser riskini azaltmak için kanıtlanmış olan tek strateji sigarayı bırakmaktır (General 1990, CDC 2010a, Health ve Services 2014). İnfluenza, pnömoni, bronşit gibi akciğer enfeksiyonlarının gelişim riski azalır. Periferik arter hastalığı riski azalır. Abdominal aort anevrizmasından ölme riski beş kat fazlayken, sigara bırakıldıktan sonra bu fazla risk farkı yarıya düşer ve ülser gelişim riski de azalır (CDC 2010a).

7. SİGARA BIRAKTIRMADA HEMŞİRENİN ROLLERİ

Hemşireliğin temel amacı, sağlığı geliştirmek ve iyilik halini özendirme. Sağlıklı bir toplum yaratmaya yönelik olarak sigara içmeyen nesillerin yetişmesinde, sigara içen bireylere bırakma konusunda destek vermede hemşireliğe önemli görevler düşmektedir. Hemşirelerin sigara bırakma müdahalelerinde etkili kişiler arası iletişim becerilerini ve sigara bırakma bilgilerini kullanmaları önemlidir (Froelicher ve Kozuki 2002, Efraimsson ve ark 2012).

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 2005 yılı Dünya Sigarasız Günü teması “**Sağlık Profesyonelleri Sigaraya Karşı**” olarak belirlenmiştir. DSÖ bu tema ile sağlık çalışanlarının bu konudaki rollerini tanımlamıştır. Bu raporda hemşirelerin sigarayla mücadele konusunda özel bir pozisyona sahip oldukları belirtilmektedir. Hemşireler, sigaranın etkilerine bağlı sağlığı bozulmuş kişilere hizmet verirken, yargılamadan sigara içme durumunu değerlendirme, hastalıklarla ilişkisini kurma, sigarayı bırakmaları için destekleme yeterliği gösterebileceği belirtilmektedir (WHO 2005).

Hemşireler ve hemşirelik örgütleri sigarayla mücadelede kendi stratejilerini kendileri belirlemektedirler. Uluslararası Hemşirelik Örgütü’nün (International Council of Nurses - ICN) yayınladığı “Tütünsüz Bir Yaşam İçin Hemşireler” başlıklı yayınında, sigarayla mücadele konusunda hemşirenin rollerine şöyle dikkat çekilmektedir (Bilir ve Telatar 2005) “*Hemşireler her gün çeşitli ortamlarda milyonlarca insanla karşılaştıkları için sigaradan korunma ve sigarayı bırakma konularındaki etkinlikler bakımından özel bir konuma sahiptirler. Bu ilişkiler sırasında hemşireler bireylerin sigara kullanma durumunu saptayabilir, sigara kullanımının sağlık üzerindeki etkileri konusunda bilgi verebilir, sigarayı bırakma konusunda yardımcı olabilirler.*”

Dünyada ve ülkemizde sigara tüketimi en çok öldüren, en çok sakat bırakan ve en çok ekonomik kayıplara neden olan hastalıklara yol açmaktadır. Bu nedenle sigara kullanımı öncelikli ele alınması gereken önemli sorundur. Bu doğrultuda hemşireler sigarayla ilgili mortalitenin ve morbiditenin azaltılmasında, sigarayı bırakma danışmanlık hizmetlerinde kritik öneme sahiptir. Hemşirelerin gerek kliniklerde, gerekse toplumun değişik kesimlerinde verdikleri sigara bırakturma müdahalelerinin etkili olduğu görülmektedir (Rice ve Stead 2008).

Sigara kontrolünde bireysel, toplumsal ve yönetsel düzeyde hemşireler şu görevleri alabilirler: **Bireysel düzeyde**, toplumu sigaranın neden olduğu sağlık sorunları konusunda eğitebilir ve sigara kullananların da bu bağımlılığı yenmelerine yardımcı olabilirler. **Toplumsal düzeyde**, sigarasız işyerleri çabalarına destek olarak veya sigarayı bırakma araç gereç ve kaynaklarının topluma ulaşmasını kolaylaştırarak bazı yasal yaptırımlara öncü olabilir ve onların savunuculuğunu yapabilirler. **Yönetsel düzeyde**, vergilerin artırılması gibi kampanyalarla seslerini ulusal ve küresel sigara kontrolü çabalarında duyurabilirler ve Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin desteklenmesi çabalarına katılabilirler. Bunlara ek olarak, sağlık

kuruluşları Tütün Kontrolü Yasalarını destekleyerek diğer meslek kuruluşları için öncülük edebilir ve rol modeli olabilirler (Bilir ve Telatar 2005).

Sigarayı bırakmada hemşireler tarafından uygulanan danışmanlığın sigarayı bırakmada önemli etkisi olabilir. Hemşirelik müdahaleleri hastanede uygulandığı zaman genel nüfusa uygulan müdahalelere göre daha etkili olduğu belirlenmiştir. Hemşire tarafından sigarayı bırakma konusunda uygulanan danışmanlık, genel sağlık taramasının bir parçası olarak verilirse, faydasız olduğu gösterilmiştir. Bu yüzden, müdahaleler hastanın yaşam tarzından ya da sağlık taraması hizmetinin bir parçası olmasından ziyade yalnızca sigara bırakma üzerine olmalıdır (Elliott ve ark 2004).

Tütün gibi bağımlılık yapıcı maddelerden korunmada hemşirenin 1, 2, 3. rolleri vardır.

7.1. Birincil koruma: sağlıklı yaşam teşvik edilmeli (sigaraya yönelimin nedenini belirleme, stresle etkin baş etme, uyku bozukluğunu önleme vb), bağımlılık yapıcı maddeler ile ilgili eğitimler verilmelidir.

7.2. İkincil koruma: sigara bağımlılığını belirlemek ve uygun müdahaleleri planlamak için, hemşireler her bir kişiyi risk gruplarına göre ayrı ayrı (adölesanlar, yetişkinler, hamileler) değerlendirmelidir. Bağımlılık belirlendiğinde hemşireler bağımlılara; madde kullanımının onların aileleri ve bağlı buldukları toplum üzerindeki olumsuz sonuçlarını anlamalarına yardım etmelidir.

7.3. Üçüncül koruma: Hemşire bağımlıya ve bağımlının ailesine yardımcı olmada anahtar bir role sahiptir. Hemşireler; bağımlılığa karşı toplumu nasıl harekete geçireceklerini iyi bilirler ve bağımlılara verilecek bakımın kalitesini önemli ölçüde etkilerler. Örneğin sigara bıraktırma programları, sosyal destek grupları, bağımlılık tedavisinde etkin rol alabilirler (Mathre 2004).

8. SİGARA BIRAKTIRMADA KULLANILAN TRANSTEORETİK MODEL (DEĞİŞİM AŞAMALARI MODELİ)

James Prochaska ve Carlo DiClemente tarafından 1982 yılında geliştirilmiş olan Transteoretik Model (TTM), bilinçli bir davranış değişim modeli olup, davranış değişiminin bir süreç olduğunu ve bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun olarak yapılan girişimlerin değişimi kolaylaştırdığını aksi halde davranış değişimine karşı direnç geliştirildiğini savunur (Prochaska ve Velicer 1997). TTM psikoterapi ve davranış değişikliği teorilerinin prensip ve süreçlerini entegre ederek tasarlanmıştır. Modelin temel amacı, herhangi bir tıbbi destek almadan, değişim aşamalarını uygulayarak bağımlılığı engellemektir (Prochaska 2008).

Model'in yapısı üç aşamadan oluşmaktadır;

1. Değişim Aşamaları (Zamanla İlgili Boyut)

2. Değişim Süreci (Bağımsız Değişken Boyutu)

3. Değişim Düzeyleri (Öz-etkililik, Teşvik Eden Faktörler, Karar Alma) (Erol ve Erdoğan 2007, Prochaska 2008). TTM modeli, başta sigarayı bırakmak olmak üzere, ilaç bağımlılığı, obezite, egzersiz ve birçok problemli davranışlar üzerinde değişik disiplinlerdeki araştırmacılar tarafından kullanılmıştır (Xiao ve ark 2004, Erol ve Erdoğan 2007).

8.1. Değişim Aşamaları (Zamanla İlgili Boyut)

Değişim aşamaları bireylerin niyet, tutum ve davranış değişikliklerinin zamanını açıklar. Bireyin davranış değiştirmeye olan ilgisini ve motivasyonunu yansıtır. Davranış değişikliği aniden değil aşama aşama ilerleme sonucunda olur. Aşamalar arasındaki geçiş çoğunlukla ileriye doğru olsa da bazen bir önceki aşamaya geri dönüş olabilir. Beş aşaması vardır (Prochaska 1992, Miller ve Heather 1998).

8.1.1. Düşünme/Niyet Öncesi (Precontemplation)

Bu aşamadaki bireyler gelecek altı ay içinde davranış değişikliği yapma niyetinde değildirler ve problemlerinin ya farkında değil ya da az farkındadırlar. Ancak aileleri, arkadaşları ve komşuları problem davranışın farkındadırlar (Prochaska 1992, Erol ve Erdoğan 2007). Bireyler daha önce davranış değişikliğini denemiş ancak başarı sağlayamamışlardır, bu nedenle demoralize olmuşlardır. Yüksek riskli davranışları hakkında düşünme ya da konuşmadan kaçınma eğilimindedirler ve kendilerine olan güvenlerini kaybetmişlerdir. Bu özelliklerinden ötürü değişime dirençlidirler. Yaygın olarak sürdürülen sağlıklı geliştirme programları, bu aşamadaki bireylerin gereksinimlerini karşılayamaz.

Bireyler, bu aşamada “Bence, değiştirmem gereken hiçbir problem davranışım yok” ve “Sanırım hatalarım var, fakat gerçekten değiştirmem gereken şeyler yok” gibi ifadeler kullanır (Prochaska 1992, Prochaska ve Velicer 1997, Erol ve Erdoğan 2007, Prochaska 2008). Sigarayı bırakmayı düşünmeyen bu bireyler, “Sigara içmenin sağlığa zararı olduğunu düşünmüyorum”, “Yıllardır içiyorum bir şey olmadı” ve

“Sigara içmeyi sevdiğim için bırakmıyorum istesem bırakırım zaten” gibi açıklamalarda bulunurlar. Bu aşamadaki bireylere, sigaranın içerdiği toksik ve kanserojen maddeler, sigara kullanımının neden olduğu sağlık sorunları ve sigara kullanma nedenleri hakkında bilinç düzeyini artırmaya yönelik yaklaşımlar yardımcı olabilir.

8.1.2. Düşünme / Niyet (Contemplation)

Bu aşamadaki bireyler gelecek altı ay içinde davranış değişikliği yapma niyetindedirler. Problem davranışın, zararlarının ve değişimin sağlayacağı faydaların farkındadırlar. Değişim yöntemlerini düşünürler ancak eyleme geçme konusunda kararsızdırlar. Ambivalan duygular yaşanmasına yol açan, değişimin kazanımları ve kayıpları arasındaki kararsızlık, bireylerin uzun süre bu aşamada kalmalarına neden olur. Bu dönem sıklıkla, kronik düşünme, davranışı geciktirme ya da ağırdan alma olarak nitelendirilir. Bireyler problemin çözümünü düşünürler ancak daha çok problemlili davranışı sürdürmenin kazanımları ile ilgilenirler. Davranış değişimi için harekete geçme çabaları ve enerjileri yetersizdir, bu nedenle eyleme dayalı programlar için hazır değillerdir, motivasyonu artırıcı görüşmelerle teşvik edilmelidirler.

Bu aşamada bireyler “Ben bu probleme sahibim ve bunun üzerinde gerçekten düşünüyorum veya çalışıyorum” ve “Ben kendimle ilgili bir şeyleri değiştirmek isteyebilirim diye düşünüyorum” ifadelerini kullanırlar (Erol ve Erdoğan 2007, Prochaska 2008). Sigara bırakma niyetinde olan bu gruptaki kişiler, “Sağlığımı biraz zarar verecek kadar sigara kullanıyorum”, “Aslında bırakmak istiyorum ama şimdi değil” ve “Durum kontrolüm altında, istediğim an bırakabilirim” ifadelerini kullanırlar. Sigara kullanmanın neden olduğu olumsuz etkilerle ilgili düşünce ve bilgiler, bireye hissettirdiği olumlu etkilere ağır basmaktadır. Ancak sigara bırakmayla ilgili engeller bireyi kararsızlığa iterek, bırakma günü belirlemesini geciktirir. Bu durum bireyin düşünme aşamasında sıkışıp kalmasına neden olur.

8.1.3. Hazırlık (Preparation)

Bu aşamada bireyler takip eden ay içinde harekete geçmeye niyetlidirler. Daha önce davranış değiştirme girişiminde bulunmuş ancak başarılı olamamışlardır. Grup terapisine katılma, danışmanla görüşme, konu ile ilgili kitap satın alarak kendi kendine çözüm üretme gibi planları vardır ancak eylemleri düzenli ve etkili değildir. Bu bireyler davranış değişimini gerçekleştirmede daha etkindirler ve harekete yönelik programlara dahil edilebilirler. Bu aşama, eyleme geçişin tetikleyicisi olarak tanımlanmaktadır (Prochaska 1992, Erol ve Erdoğan 2007).

Bu aşamadaki bireyler, sigara kullanımının yol açtığı sağlık risklerinin bilincindedirler. Sigarayı bırakmak için plan yapmışlardır ve bir ay sonra sigarayı bırakmayı denerler ve “Sigarayı bırakmam lazım, bunu nasıl yapabilirim?” gibi ifadeler kullanırlar.

8.1.4. Hareket/Eylem (Action)

Bu aşamadaki bireyler, son altı ay içinde problemlili davranışlarında belirgin değişiklikler yapmışlardır. Bunu yapabilmek için, alışkanlıklarını ve çevrelerini değiştirme çabasındadırlar. Hareket gözlemlenebilir olduğu için, davranış değişikliği ile eş değer düşünülmektedir. Ancak, bu aşama TTM'nin beş aşamasından sadece biridir ve tek başına davranış değişimini tanımlamaz. Bu aşama davranışa yeniden dönmenin en sık yaşandığı kritik bir aşamadır. Özellikle ilk haftalarda eski davranışa dönüş oranı yüksektir. Bu nedenle, başlangıç desteği çok önemlidir. Davranışa yeniden dönmeyi önlemeye yönelik görüşmeler ve olumlu davranış ödüllendirme oldukça etkilidir.

Bu aşamada bireyler “Ben gerçekten değişmek için çaba sarf ediyorum” ve “Herkes değişim hakkında konuşabilir, ama ben aslında bu konuda bir şeyler yapıyorum” gibi ifadeleri kullanırlar (Prochaska ve ark 1993, Miller ve Heather 1998). Sigara bırakmayla ilgili ciddi bir adım atmış olan bu aşamadaki bireylere, yoksunluk semptomlarının görüldüğü ilk birkaç hafta destek verilmesi ve bireylerin gerçekleştirdiği bu davranış değişikliğinin oldukça zor ve takdire değer bir çaba olduğunun vurgulanması relaps riskini azaltır.

Bireyler, aile, arkadaş ve çevrelerinde bulunan diğer kişilere “Sigarayı bıraktım, bu konuda bana destek olun ve anlayış gösterin” ya da kendilerine sigara ikram edildiğinde “Sigarayı bıraktım, bir daha ikram etmeyin” gibi ifadeler kullanırlar.

8.1.5. Devam Ettirme (Maintenance)

Bu aşamadaki bireyler altı ay boyunca davranış değişikliğini sağlamışlardır. Problemlili davranışını teşvik eden uyarılardan daha az etkilenirler ve değişimi devam ettirebilecek güvene sahiptirler. Bireylerin geri dönüşü önlemek ve hareket evresinde kazandıkları başarıları pekiştirmek için çalıştıkları bir aşamadır. Bu aşamada,

değiştirilen davranışın yerine alternatif davranışlar kazanılması sağlanmalıdır. Bağımlı davranışlar için bu aşama değişimin başladığı ilk altı aydan sonra belirsiz bir zamana kadar uzanır. Bazı davranışlar için bu süre ömrün geri kalan süresi olarak kabul edilebilir. Geleneksel olarak sürdürülebilirlik durağan bir aşama olarak kabul edilse de, değişimin devamıdır. Davranış değişikliklerini dengelemek ve tekrar eski duruma dönmekten kaçınmak devam etme aşamasının ayırt edici özellikleridir.

Bu aşamada bireyler “Yapmış olduğum değişimleri sürdürebilmek için şimdi desteğe ihtiyacım olabilir” ve “Problemleri davranışına tekrar geri dönmek için kendimi engelliyorum” gibi ifadeleri kullanırlar (Prochaska 1992, Erol ve Erdoğan 2007). Bu aşamadaki bireylere, sigara bırakma davranışının relaps riskinin yüksek olduğu, bireyin altı aydan uzun süredir sigarayı bırakmış olmasının sağladığı güven duygusunun, onu riskli davranışlara sürükleyebileceği ve hayatı boyunca tekrar sigara kullanma riskinin bulunduğu hatırlatılmalıdır. Bireyin bu sebeple, tetikleyici faktörleri iyi tanımlaması ve bunlardan uzak durması, sigara içme yerine, spor yapma, bazı hobiler edinme (çiçek yetiştirme, puzzle, örgü, maket yapma) ve çeşitli kurslara (ebru, resim vb) gitme gibi bazı alternatif davranışlar edinmesi önerilmelidir. Mevcut problem davranışlarını değiştirme çabasında olan bireyler, değişim aşamaları arasında ileriye doğru hareket etseler de bir önceki aşamaya geri dönebilirler. Aşamalar arasında geriye doğru yapılan hareket, başarısızlık, utanç ve suçluluk hissettirdiği için birey demoralize olur ve davranış değişimine direnç gelişir. Sonuçta “düşünmeme” aşamasına geri dönüş gerçekleşir (Prochaska 1992).

Farklı aşamalardaki bireylerin gereksinimleri de birbirinden farklıdır. TTM'nin öngördüğü gibi bireyin bulunduğu değişim aşamasına uygun girişimler uygulanmadığında, davranış değişimine direnç gelişmektedir. Bireye, bulunduğu aşama gözetilmeksizin uygulanan girişimler istenilen etkiyi oluşturmadığı için değişimde başarı sağlanamamaktadır. Hazırlık ve hareket aşamasındakiler için etkili olan hareket temelli uygulamalar, düşünme ve düşünmeme aşamalarındaki bireyleri olumsuz etkileyebileceği gibi, etkisiz de kalabilmektedir (Erol ve Erdoğan 2007, Taş ve ark 2016).

8.2. Değişim Süreci (Bağımsız Değişken Boyutu)

Değişim süreci bireyin davranış değişikliğini gerçekleştirmede kullandığı teknik ve deneyimleri açıklar. Değişim süreci; beş tanesi, bireyin duyguları, değerleri ve farkındalığını yansıtan “bilişsel süreçleri”, beşi de, değişim için seçtiği davranışları kapsayan “davranışsal süreçleri” içeren on değişken tanımlamaktadır. Süreçler girişim programlarına önemli ölçüde rehberlik eder (Grimley ve ark 1997, Erol ve Erdoğan 2007, Efe 2009).

8.2.1. Bilişsel Süreçler

Bilinçlenme (Farkındalığın Artması): Kendisi ve problemi hakkında daha fazla bilgi sahibidir. Problem davranışın, nedenleri ve sonuçları ile çözümleri hakkında farkındalığın artmış olmasıdır. Gözlem, yüzleştirme, geri bildirim, eğitim, konferans, yorum, dini kitaplar ve medya kampanyaları farkındalığı arttıran uygulamalardır. Bu süreçte bireyler, “Sigaranın olumsuz etkileri ve nasıl bırakılacağı ile ilgili bilgileri, anlatılanlardan hatırlıyorum” ifadesini kullanırlar.

Duygusal Uyarılma: Bireyin problemleri ile ilişkili olaylar karşısında duygusal olarak etkilendiği zaman oluşan süreçtir. Birey problemiyle ilgili duygu ve deneyimlerini ifade edebilir. Bu evrede psikodrama, rol yapma, üzücü kayıplar, geri bildirimler bireylerin duygusal olarak uyarılmalarını sağlar. Bu süreçte “Sigaranın zararlarını gösteren uyarılar beni rahatsız ediyor” ifadesi kullanılır.

Çevreyi Yeniden Değerlendirme: Bireyin problem davranışının, çevresini nasıl etkilediğini bilişsel ve duygusal olarak değerlendirmesidir. Bu aşamada kullanılan tekniklerin bazıları; empati eğitimi ve belgeye dayalı uygulamalardır. Bireyler, “Sigara içmenin çevremdeki kişilere ve çevreye zarar verebileceğini düşünürüm” ifadesini kullanırlar.

Sosyal Özgürleşme-Çevresel Fırsatlar: Toplumda mevcut olan problemsiz davranışlar için artan alternatiflere karşı farkındalığın arttığı süreçtir. Sigara içmenin yasak olduğu alanlar, kondom veya diğer kontraseptifleri temin etmeyi kolaylaştırmak gibi, yardım için yaratılan fırsatları fark etme ve kullanma sürecini etkileyebilir. “Toplumda, sigara kullanımının sınırlandırıldığını ve sigara içmeyenlere kolaylıklar sağlanacak şekilde değişikliklerin olduğunu fark ediyorum” ifadesi bu süreçte yer almaktadır.

Kendini Yeniden Değerlendirme: Bireyin, problem davranışın kendinde oluşturduğu etkiyi değerlendirmesidir. Tasvir, sağlıklı rol modelleri, hayal gücünü kullanma, imaj bireyi harekete geçiren yöntemlerdir. Bireyler “Sigara kullanmak kötü hissetmeme neden oluyor” ifadesini kullanmaktadır.

8.2.2. Davranışsal Süreçler

Uyaranların Kontrolü: Problemlili davranışın ortaya çıkmasına zemin hazırlayan faktörlerin ortadan kaldırılması ya da yerine sağlıklı alternatiflerin seçilmesidir. Çevrenin yeniden düzenlenmesi, kendi kendine yardım grupları ve hatırlatıcı şeylerden kaçınmak, davranışa tekrar dönme riskini azaltmada yardımcı olabilir. Bu süreçteki bireyler, “Sigarayı hatırlatan şeyleri çevremden uzaklaştırım” ifadesini kullanır.

Destekleyici İlişkiler: Problemlili davranışın değişimi için, bireyin diğer kişilerle kurduğu güven veren, destek sağlayan ve kabul gören ilişkileri içerir. Danışman desteği, kendi kendine yardım grupları, tedavi ile ilgili birliktelik, sosyal destek grupları etkili olabilir. “Sigara içme davranışım ile ilgili konuşmak istediğimde, beni her zaman dinleyebilecek kişiler var” ifadesi kullanılır.

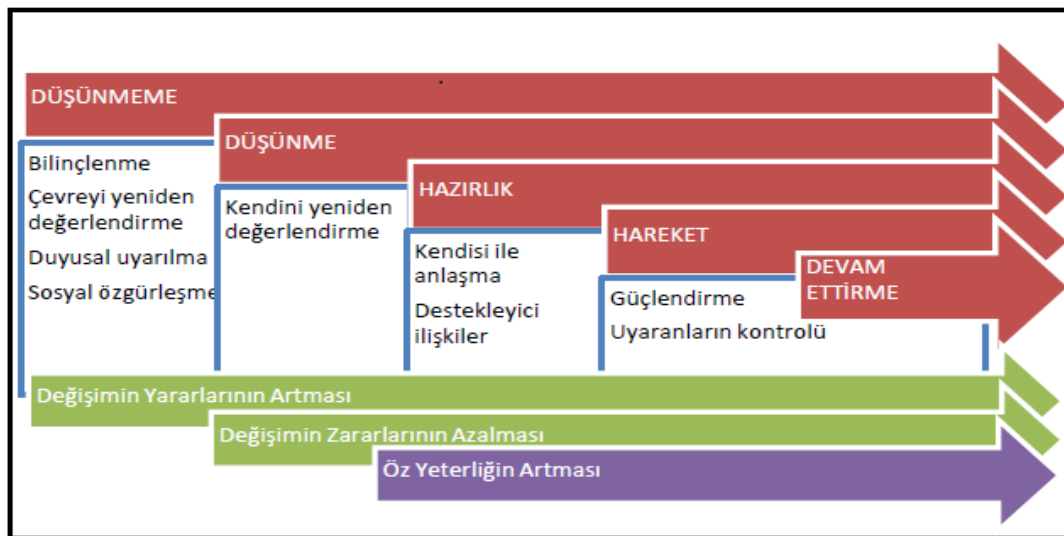
Karşıt Koşullama (Yerine Koyma): Problem davranışın yerine konulabilecek alternatif davranışları öğrenmeyi ve kullanmayı içerir. Stresi azaltmak için sigara yerine, gevşeme yöntemleri kullanılabilir. Sigara içmek yerine tespah çekilebilir veya yap bozla uğraşılabilir. Bu süreçte birey, “Sigara içmek yerine, yap boz yapıyorum” diyebilir.

Pekiştirme Yönetimi: Değişiklikler yapmak için kendini ödüllendirme ya da başkaları tarafından ödüllendirilmek, kendi kendine değişmeye çalışan bireyler için güven kaynağıdır. Bu aşamada bireye olumlu geri bildirim verme, kendisini ödüllendirmesi için teşvik etme, kendini olumlu yönde ifade etme fırsatı sağlama, açık ve gizli pekiştirme, duygusal destek sağlama etkili yaklaşımlardır. “Sigara içmediğim için kendime uzun süredir istediğim bir telefonu aldım” ya da “Bugün sigarayı bırakma günüm kendime yemek ısmarlayıp, sinemaya gideceğim” diyebilir.

Kendini Özgürleştirme: Bireyin kendini değiştirmeye olan inancını harekete geçirmesi ve kendi kendine söz vermesidir. Karar verme terapisi ve söz verme teknikleri geliştirme etkili uygulamalardır. Davranış değişiminde, birden fazla yöntem kullanılması uyumu ve başarıyı arttırabilir (Grimley ve ark 1997, Erol ve Erdoğan 2007, Efe 2009).

Birey tarafından, “.....tarihinden itibaren sigara içmeyeceğime dair kendime söz veriyorum” ifadesi bu süreçte kullanılır. Değişim aşamaları ile süreçler arasındaki ilişkinin gösterildiği tabloda (Tablo.1), düşünmeme ve düşünme aşamasında, sıklıkla “bilişsel süreçler” daha sonraki aşamalarda “davranışsal süreçler” kullanılır. Düşünmeme aşamasında değişim süreçleri çok az kullanılır. Düşünme ve hazırlık aşamalarında kullanım artar, hareket aşamasında artış diğerlerinden daha fazladır, devam ettirme aşamasında giderek azalır. Düşünme aşamasında; bilinçlenme, duygusal uyarılma ve çevreyi yeniden değerlendirme süreçleri, hazırlık aşamasında; kendini yeniden değerlendirme ve kendini özgürleştirme süreçleri, hareket aşamasında ise; pekiştirme yönetimi, destekleyici ilişkiler, karşıt koşullama ve uyaranların kontrolü süreçleri daha çok kullanılır (Prochaska ve Velicer 1997, Erol ve Erdoğan 2007).

Tablo.1. Değişim Aşamaları ve Değişim Süreçleri Arasındaki İlişki (Prochaska 1992)



Değişim Aşamaları Modelinde Davranış Değiştirme Yöntemleri, Karar Alma, Öz Yeterlik ve Değişim Aşamalarının İlişkisi.

8.3. Değişim Düzeyleri

TTM'nin bu boyutunu, teşvik eden faktörler, öz-etkililik ve karar denge ölçekleri oluşturmaktadır. Klasik değişim programları sadece sonucun başarısını ölçerken, bu ölçekler, bilişsel, duygusal ve davranışsal değişimlerin hassas sonuçlarını ölçer.

8.3.1. Öz Etkililik/ Teşvik Eden Faktörler Ölçeği

Öz etkililik, bireyin bir eylemi başarıyla gerçekleştirebileceğine ilişkin kendisi hakkındaki yargısı, inancı olarak tanımlanabilir. Sigara bırakmada ve yeniden başlamayı önlemede önemli bir etkisi olan öz etkililik, sigarayı bırakanlarda daha yüksektir (Taş ve ark 2016).

Öz etkililik ölçeği bireyin zor durumlarla karşılaştığı zaman, değiştirmiş olduğu riskli davranışına yeniden dönmek için sahip olduğu güveni yansıtır. Öz etkililik ölçeğinden alınan puanların yüksek olması, teşvik edici durumların yoğun baskısına rağmen eski davranışa karşı durabilme gücünü yansıtır. Bandura'nın öz etkililik teorisinden uyarlanan bu yapılar harekete geçme ve devam ettirme aşamalarında oldukça etkilidir.

8.3.2. Teşvik eden faktörler ölçeği

Bireyin riskli davranışına geri dönmesini teşvik eden faktörlerin yoğunluğunu yansıtır. Bu ölçekten yüksek puan alınması eski davranışına yeniden başlama ihtimalinin yüksek olduğunu gösterir (Erol ve Erdoğan 2007, Taş ve ark 2016). Örneğin; alışkanlığın baskısı altında çıkamamak, kilo kontrolü amaçlı sigara içmeye devam etmek gibi teşvik eden faktörlerin yoğun olması relaps riskini artırmaktadır (Redding ve ark 2000, Connors ve ark 2013).

8.3.3. Karar Denge Ölçeği

Karar alma, bireyin yeni duruma ilişkin kar ve zararları, değişim için bireysel nedenlerin etkisiyle değerlendirmesi sonucudur. Değişim aşamaları ile yarar ve zarar algıları arasında ilişki söz konusudur. Düşünme aşamasında değişimin kayıpları kazançlara ağır basarken, düşünme aşamasında birbirine yakın eşitliktedir ve hazırlık aşamasında kazanç düşüncesi artmaya başlar. Hareket ve sürdürme aşamalarında ise değişimin kazançları, kayıplarına üstün gelir. Son iki aşamada kazanç algısında düşüş olması davranışa geri dönmenin göstergesi olabilir.

Sigara bırakma sürecinde bireyin, sigara bırakmanın hayatına sağlayacağı olumlu etkilerle ilgili algısı azalır, tekrar sigara kullanmaya başlayabilir. Karar denge ölçeği davranış değiştirmenin yarar ve zarar algılarını ortaya koyar. Bireyin yarar algısı alt boyutundan yüksek puan alması davranış değiştirme konusundaki kararsızlığı gösterir. Zarar algıları alt boyutundan yüksek puan alması ise davranış değiştirme konusunda karar alma ve devam ettirme şansının daha yüksek olduğunu gösterir (Erol ve Erdoğan 2007, Taş ve ark 2016).

9. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık profesyonellerinin bir üyesi olan ve toplum sağlığını korumada önemli görevler üstlenen hemşireler, özellikle birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda, hastanelerde, transteoretik modele dayalı sigara bıraktırmada etkin rol oynayarak davranış değişimine katkı sağlayabilirler.

KAYNAKLAR

- Akkuş D, Karaca A, Şener DK, Ankaralı H, 2017. Lise Öğrencileri Arasında Sigara, Alkol Kullanım Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler.
- Aktaş S, 2006. Gebelik boyunca sigara içiminin perinatal dönemde anne ve bebek sağlığı üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Akvardarlar Y, Arıkan Z, Berkman K, Dilbaz N, Oral G, Uluğ B, Uzbay İ, Aknür Annette S, Bilici M, Tamar Gürol D, 2011. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Klavuzu El Kitabı. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara: Pozitif Matbaa.
- Al Husain A, Bruce IN, 2010. Risk factors for coronary heart disease in connective tissue diseases. *Therapeutic advances in musculoskeletal disease*, 2, 3, 145-53.
- Amos A, Mackay J, 2004. Tobacco and Women. In: *Tobacco Science, Policy and Public Health*. Eds: Boyle N, Gray J, Henningfield J, Seffrin W, Zatonski. New York: Oxford University Press, p. 329-51.
- Anthony D, 2011. *The State of the World's Children 2011: Adolescence-an Age of Opportunity*, New York, UNICEF, p.
- Ashford J, Van Lier PA, Timmermans M, Cuijpers P, Koot HM, 2008. Prenatal smoking and internalizing and externalizing problems in children studied from childhood to late adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 7, 779-87.
- Atak H, 2011. Yetişkinliğe Geçiş Yıllarında Sigara İçme Davranışının Psikososyal Belirleyicileri ve Sigara İçmenin Yaşam Doyumu ve Öznel İyi Oluşla İlişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 14, 1, 29-43.
- Aveyard P, Lawrence T, Cheng K, Griffin C, Croghan E, Johnson CJBjohp, 2006. A randomized controlled trial of smoking cessation for pregnant women to test the effect of a transtheoretical model-based intervention on movement in stage and interaction with baseline stage. *11, 2, 263-78*.
- Ayçiçek A, 2014. Eskişehir ilinde hastaneye başvuran adolesan ve anne-babalarının sigara kullanma alışkanlıkları. *Cocuk Sağliğı ve Hastalıkları Dergisi*, 57, 4.
- Başar E, 2000. Pasif sigara içiminin kardiyak etkileri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 28, 4, 239-44.
- Behnke M, Smith VC, Abuse CoS, 2013. Prenatal substance abuse: short-and long-term effects on the exposed fetus. *Pediatrics*, 131, 3, e1009-e24.
- Bilir N, 2008. Sigara ve kanser. Sağlık Bakanlığı Ankara: Klasmat Matbaacılık.
- Bilir N, Telatar G. (2005). *Tütün Kontrolünde Sağlık Profesyonellerinin Rolü*. Ankara, Tütünsüz Yaşam Derneği.
- Bredie SJ, Fouwels AJ, Wollersheim H, Schippers GM, 2011. Effectiveness of Nurse Based Motivational Interviewing for smoking cessation in high risk cardiovascular outpatients: a randomized trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 3, 174-9.
- Budak R, 2010. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı görülme sıklığına aktif ve pasif sigara içiciliğinin etkisi, Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Centers for Disease Control and Prevention Erişim tarihi 31.03.2018. Erişim adresi, https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/tobacco_related_mortality/index.htm.
- CDC, Tobacco Use Among Middle and High School Students- United States, 2011–2014, 2014. Erişim tarihi 31.03.2018. Erişim adresi, <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6414a3.htm>
- CDC, 2010a. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the surgeon general.
- CDC, 2010b. A Report of the Surgeon General; how tobacco smoke causes disease: what it means to you. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Connors GJ, DiClemente CC, Velasquez MM, Donovan DM, 2013. Substance abuse treatment and the stages of change: Selecting and planning interventions, Guilford Press, p.
- Çapan N, 2011. Astım ve Sigara İçimi. *Solunum Hastalıkları*, 22, 2, 73-5.

- Çınar N, Topal S, Altınkaynak S, 2015. Gebelikte sigara kullanımı ve pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığı üzerine etkileri. *Journal of Human Rhythm*, 1, 2.
- Doğan DG, Ulukol B, 2010. Ergenlerin sigara içmesini etkileyen faktörler ve sigara karşıtı iki eğitim modelinin etkinliği. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 17, 3.
- Dönder A, Balahoroğlu R, Dülger H, Sekeroğlu MR, 2014. Sigara ve Böbrek Fonksiyonları. *Eur J Basic Med Sci*, 4, 1, 16-21.
- Durualp E, Bektaş G, Ergin D, Karaca E, Topçu E, 2011. Annelerin Sigara Kullanımı ile Yenidoğanın Doğum Kilosu, Boyu ve Baş Çevresi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 64, 03, 119-26.
- Dünya Sağlık Örgütü Dünya Sigarasız Günü, 2005. Erişim tarihi 01.04.2018. Erişim adresi, <http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2005/awards/en/index4.html>
- Efe ŞY, 2009. Aile İçi Şiddete Uğrayan Kadınlara Yönelik Hemşirelik Hizmetlerinde “Değişim Modelinin” Kullanılması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2, 3, 130-5.
- Efrainsson EÖ, Fossum B, Ehrenberg A, Larsson K, Klang B, 2012. Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse-led chronic obstructive pulmonary disease clinics. *Journal of advanced nursing*, 68, 4, 767-82
- Elliott L, Crombie I, Irvine L, Cantrell J, Taylor J, 2004. The effectiveness of public health nursing: the problems and solutions in carrying out a review of systematic reviews. *Journal of advanced nursing*, 45, 2, 117-25.
- Erol S, Erdoğan S, 2007. Sağlık Davranışlarını Geliştirmek ve Değiştirmek için Transteoretik Modelin Kullanılması. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 10, 2.
- Fernandes M, Yang X, Li JY, Cheikh Ismail L, 2015. Smoking during pregnancy and vision difficulties in children: a systematic review. *Acta ophthalmologica*, 93, 3, 213-23.
- Fidancı İ, Arslan İ, Fidancı İ, Taci DY, İşcan G, Kıbrıslı E, Özenc S, Tekin O, 2016. Fiziksel Aktivite ve Sigara Kullanımının Duygu Durumu ve Anksiyete ile İlişkisi. *Ankara Medical Journal*, 16, 1.
- Fowles J, Shusterman D, 2004. Cigarette Science: Addiction By Design. In: *Tobacco Science, Policy and Public Health*. Eds: Boyle N, Gray J, Henningfield J, Seffrin W, Zatonski. New York: Oxford University Press, p. 176.
- Froelicher ES, Kozuki Y, 2002. Theoretical applications of smoking cessation interventions to individuals with medical conditions: women's initiative for nonsmoking (WINS)—Part III. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 1, 1-15.
- General US, 1990. The health benefits of smoking cessation. Washington: Department of Health and Human Services.
- Grimley DM, Prochaska GE, Prochaska JO, 1997. Condom use adoption and continuation: A transtheoretical approach. *Health Education Research*, 12, 1, 61-75.
- Gümüş A, 2015. Üniversite Öğrencilerinde Sigara ve Alkol Kullanımı: Depresif belirtiler ve Umutsuzluk Yönünden Bir Değerlendirme. *Bağımlılık Dergisi*, 16, 1, 9-17.
- Health UDo, Services H, 2014. The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 17.
- Jamal A, Phillips E, Gentzke AS, Homa DM, Babb SD, King BA, Neff LJ, 2018. Current Cigarette Smoking Among Adults—United States, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67, 2, 53.
- Kahyaoğlu S, Özel Ş, Üstün YE, Erdöl C, 2018. Gebelik Ve Sigara Bırakma. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 15, 1.
- Kamışlı AGS, Karatay AGG, Terzioğlu F, Kublay G, 2008. Sigara ve Ruh Sağlığı, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayını, Klasmat Matbaacılık, p.
- Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Örsel O, 2006. Tütün kontrolü. *Toraks dergisi*, 7, 1, 51-64.
- Kostova D, Andes L, Erguder T, Yurekli A, Keskinilic B, Polat S, Culha G, Kilinc EA, Tasti E, Ersahin Y, Ozmen M, San R, Ozcebe H, Bilir N, Asma S, 2014. Cigarette prices and smoking prevalence after a tobacco tax increase--Turkey, 2008 and 2012. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 63, 21, 457-61.

- Kurupınar A, 2014. Ortaöğretim öğrencilerinde görülen madde bağımlılığı alışkanlığı ve yaygınlığı: Bartın ili örneği. Sosyal Bilimler Dergisi, 16, 1, 65-84.
- Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye, 2012. Erişim tarihi 31.03.2018. Erişim adresi, http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr/KYTA_TR.pdf
- Latimer K, Wilson P, Kemp J, Thompson L, Sim F, Gillberg C, Puckering C, Minnis H, 2012. Disruptive behaviour disorders: a systematic review of environmental antenatal and early years risk factors. Child: care, health and development, 38, 5, 611-28.
- Marakoğlu K, Sezer RE, 2003. Sivas' ta gebelikte sigara kullanımı. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25, 4, 157-64.
- Mathers CD, Loncar D, 2006. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS medicine, 3, 11, e442.
- Mathre ML, 2004. Alcohol tobacco and other drug problems in the community. In: Community and Public Health Nursing. Eds: Stanhope M, Lancaster J, sixth. st. Louis: Mosby Elsevier, p. 848-74.
- Meghea CI, Rus IA, Chereches RM, Costin N, Caracostea G, Brinzaniuc A, 2014. Maternal smoking during pregnancy and birth outcomes in a sample of Romanian women. Central European journal of public health, 22, 3, 153.
- Miller R, Heather N, 1998. Treating addictive behaviors. New York: Plenum Press, 2, 25-38.
- Mujika A, Forbes A, Canga N, de Irala J, Serrano I, Gascó P, Edwards M, 2014. Motivational interviewing as a smoking cessation strategy with nurses: An exploratory randomised controlled trial. International journal of nursing studies, 51, 8, 1074-82.
- Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A, 2011. Worldwide from exposure to second-hand smoke: aretrospective analysis of data from 192 countries. The Lancet, 377, 9760, 8-14.
- Okutan O, Çalışkan T, 2011. Sigara ile İlişkili İnterstisyel Akciğer Hastalıkları. Solunum Dergisi, 13, 3, 131-9.
- Ögel K, 2010. Alkol ve madde kullanım bozuklukları: tanı, tedavi ve önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları, 7-9.
- Öztoprak SD, Günay T, 2013. Sağlık acisinden toplumsal cinsiyet ve tutun kontrolü. Turkish Journal of Public Health, 11, 3, 197.
- Pekcan H, 2012. Adolesan (Delikanlı) Sağlığı. In: Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Eds: Güler Ç, Akın L. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, p. 486-535.
- Prochaska J, 1992. In search of how people change: application to addictive behaviors. Am Psychol, 47, 112-4.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, Rossi JS, 1993. Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. Health Psychology, 12, 5, 399.
- Prochaska JO, Velicer WF, 1997. The transtheoretical model of health behavior change. American journal of health promotion, 12, 1, 38-48.
- Prochaska JO, 2008. Decision making in the transtheoretical model of behavior change. Medical decision making, 28, 6, 845-9.
- Redding CA, Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF, Prochaska JO, 2000. Health behavior models. International Electronic Journal of Health Education, 180-93.
- Rice VH, Stead LF, 2008. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev, 1.
- Selekoğlu Y, 2016. Ortaokul öğrencilerinin kontrol odağı ile problem çözme becerilerinin sigaraya yönelik algılarına etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Semiz O, Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Kılıçoğlu S, 2006. Sakarya'da bir sağlık kuruluşuna başvuran gebelerin sigara içme durumlarıyla ilgili bazı özellikler. Sted, 15, 8, 149-52.
- Simkin DR, 2002. Adolescent substance use disorders and comorbidity. Pediatric Clinics of North America, 49, 2, 463-77.
- Taş F, Seviğ EÜ, Güngörmüş Z, 2016. Sigara Bağımlılığında Davranış Değişimi için Transteoretik Model ile Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Kullanılması. Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry, 8, 4, 380-92.

- Terzioğlu F, Yücel AGÇ, Karatay AGG, 2008. Sigara ve İnfertilite. Klasmat Matbaacılık, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731, Şubat 2008, Ankara.
- Topal İO, Göncü EK, Duman H, Köklü N, 2014. Madde bağımlılığının dermatolojik ipuçları. Okmeydanı Tıp Dergisi, 30, 124-8.
- Townsend M, 2015. Substance-Related Disorders. Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing. Concepts of Care in Evidence-Based Practice.Fifth Edition, p. 267-271.
- Toyran M, 2005. Gebelikte sigara içiminin çocuk sağlığı üzerindeki etkileri. Klinik Pediatri, 4, 1, 17-23.
- Tuncer DD, 2008. Sigaranın ağız ve diş sağlığı üzerine etkileri, Ankara, Klasmat Matbaacılık, p.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Havamı Korumaya Dair Dumansız Hava Sahası. Erişim tarihi 01.04.2018. Erişim adresi, <http://www.havanikoru.org.tr/>
- Türkiye Tütünle Mücadele Süreci. Erişim tarihi 01.04.2018. Erişim adresi, <http://havanikoru.org.tr/surec>
- WHO, 2000. Air quality guidelines for Europe.
- WHO, Global status report on noncommunicable diseases, 2014. Erişim tarihi 28.05.2018. Erişim adresi, <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>.
- Wold B, Holstein BE, Griesbach D, Currie C, 2000. Control of Adolescent Smoking. National policies on restriction of smoking at school in eight European countries
- Xiao JJ, Newman BM, Prochaska JM, Leon B, Bassett RL, Johnson JL, 2004. Applying the transtheoretical model of change to consumer debt behavior.
- Yengil E, 2014. Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumu ve sigara ile ilgili tutumları. Konuralp Tıp Dergisi, 2014, 3, 1-7.
- Yürekli A, Önder Z, Elibol H, Erk N, Çabuk A, Fisunođlu M, Erk S, Chaloupka F, 2010. Türkiye’de Tütün Ekonomisi ve Tütün Ürünlerinin Vergilendirilmesi. Paris: Uluslararası Tüberküloz ve Akciğer Hastalıkları ile Mücadele Derneği.
- Zerin M, Karakılıç AZ, Cebeci B, İriadam M, 2010. Üniversite öğrencilerinde kısa ve uzun süre sigara içiminin bazı solunum parametreleri üzerine etkisi. Gaziantep Med J, 16, 3, 9-12.
- Zhang L, Curhan GC, Hu FB, Rimm EB, Forman JP, 2011. Association between passive and active smoking and incident type 2 diabetes in women. Diabetes care, 34, 4, 892-7.

İNSAN SAĞLIĞI VE BESLENME FİZYOLOJİSİ AÇISINDAN MAGNEZYUM

Fatma ERGÜN¹

ÖZ

Canlıların yaşamsal faaliyetlerinde önemli işlevlere sahip olan magnezyum, insan vücudunda, intrasellüler miktar olarak potasyumdan sonra ikinci, genel olarak vücutta (70 kg'lık bir insanda 2000 mEq) bulunan dördüncü iz elementtir. Bu derlemede; çok sayıda enzimin reaksiyonunda aktif olarak görev alan magnezyumun genel ve fizyolojik özellikleri, sağlık açısından önemi, eksikliğine ve fazlalığına bağlı metabolizma bozuklukları ve vücut magnezyum dengesinde ikinci derece etkili olan gastrointestinal emilimini etkileyen faktörler özetlenmeye çalışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Magnezyum, Beslenme, Sindirim, Hipomagnezemi, Hipermağnezemi,

ABSTRACT

Magnesium having important functions in the vital activities of living things; In the human body, it is the fourth trace element found in the second after potassium, in general in the body, generally in the body (2000 mEq in a 70 kg human). In this review; The general and physiological characteristics of Magnesium, which is active in the reaction of thousands of enzymes, the importance of health, metabolic disorders due to deficiency and excess, and factors affecting the gastrointestinal absorption of body magnesium balance are tried to be summarized briefly.

Key words: Magnesium, Nutrition, Digestion, Hypomagnesemia, Hypermagnesemia,

¹ Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü, coskunf25@yahoo.com

GİRİŞ

İnsan vücudunda organik maddelerin yanı sıra birçok inorganik madde de bulunmaktadır. Bu maddeler vücudun yapısına ve fonksiyonlarına eşlik ederken, eksiklikleri veya fazlalıkları da yapısal ve fonksiyonel bozukluklara sebep olur. Yaşamsal olaylar için bazı anorganik element ve iyonların vücutta bulunmaları gerekmektedir (Keskin, 1975). Canlıların yaşamsal faaliyetlerini sürdürebilmeleri için temel besin öğelerinin yanında minerallere de ihtiyaçları vardır.

Magnezyum 1808 yılında Sir Humphrey Davy tarafından bulunmuş, atom numarası 12, kütle numarası 24,312 g/mol, toprak alkali metaller sınıfında, kristal yapısı hekzagonal olan, hayati önem taşıyan 11 mineralden birisi (kalsiyum, fosfor, sodyum, potasyum, demir, çinko, bakır, krom, iyot, selenyum, magnezyum), belki de en önemlisidir (Elin, 1988). Magnezyumun temel özellikleri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Magnezyumun temel özellikleri.

Simgesi	Mg
Atom numarası	12
Grup	2A
Periyot	3
Orbital	S
Elektron dizilimi	[Ne] 3s ²
Element serisi	Alkalinler
Atom ağırlığı	24,312 g/mol
Yoğunluk/ Dansite	1.738 g/cm ³
Erime noktası	650 °C (923.15 °K, 1202 °F)
Kaynama noktası	1107 °C (1380.15 °K, 2024.6 °F)
Erime ısı	— kJ/mol
Buharlaşma ısı	128 kJ/mol
Isı kapasitesi	24.869 J/(mol*K)
İyonlaşma enerjisi	1.seviye enerji: 737.7, 2.enerji seviyesi 1450.7, 3.enerji seviyesi 7732.7 kJ/mol
Atom yarıçapı	150 pm
Kovalent yarıçapı	130 pm
Van der Waals yarıçapı	173 pm
Isı iletkenlik	38 kalori/cm ² /cm/sn/°C,
Spesifik ısı kapasitesi	25 kalori/g/°C
Ses hızı	4940 m/s
Mohs sertliği	2.5
Brinell sertliği	260 MPa

Magnezyumun İntrasellüler Fonksiyonları

Magnezyum vücutta birçok enzimi aktive eder. Hücrede solunum, glikoliz ve diğer katyonların transmembran transportunda kalsiyum ve sodyum gibi esansiyel kofaktör olarak rol oynar. Özellikle Na-K-ATPaz aktivitesi magnezyuma bağlıdır. Magnezyum enzim aktivitesini; enzimin aktif bölümüne bağlanarak (pirüvat kinaz, enolaz gibi), ligandlarına bağlanarak (ATP bağımlı enzim), katabolik süreçte değişikliklere neden olarak (Na-K-ATPaz) ve multienzim komplekslerinin agregasyonunu kolaylaştırarak yapar (Şahin, 2008). Magnezyum, hormonların (insülin, tiroid hormonları, östrojen, testosteron, DHEA), nörotransmitterlerin (dopamin, katekolamin, serotonin, GABA), minerallerin ve elektrolitlerin iletilmesinde rol oynar (Alvarez-Lefmans, Giraldez ve Gamino, 1987). Ayrıca hücreyi alüminyum, nikel, kadmiyum, civa ve kurşundan korur.

Magnezyumun Ekstrasellüler Fonksiyonları

Ekstrasellüler magnezyum, intasellüler magnezyum için kaynaklık eder. Magnezyum permabilite ve membranların elektriksel özelliklerini etkiler. Ekstrasellüler magnezyum konsantrasyonunun azalması, dokulardaki membran eksitabilitesini artırır ve presinaptik terminalde kalsiyum girişini kompetitif olarak inhibe ederek, nöromusküler kavşaktan nörotransmitter salınımını etkiler. Ayrıca ekstrasellüler magnezyum, sarkoplazmik retikulum tarafından kalsiyum sekestrasyonunu sitimüle ederek ve membrana bağlanma bölgesi için kalsiyum ile yarışarak intrasellüler kalsiyum iyonlarının istirahat konsantrasyonunu sürdürmede rol oynar (Alvarez-Lefmans, Giraldez ve Gamino, 1987).

Magnezyum kalsiyumun vasküler membrandaki özel bölgelere girişinde ve bu bölgelerden çıkışında rol oynar. Magnezyum, kan damarlarında kalsiyumun fizyolojik antogonisti gibi davranır. Hücrelere kalsiyum girişini bloke ederek venlerin ve arteriollerin duvarındaki çizgisiz kasların gevşemesine ve buna bağlı olarak damarların genişlemesine (vazodilatasyon) neden olur (Altura vd. 1986). Magnezyum eksikliğinin insülin direncini arttırdığı ve diyabetik hastalarda kardiyovasküler hastalık gelişimini kolaylaştırdığı gösterilmiştir (Barbagallo vd. 2003).

Magnezyumun diyetle eksikliği veya magnezyum eksikliğine bağlı olarak metabolizmasında oluşan bozukluklar ateroskleroz oluşumunda önemli rol oynamaktadır (Altura, Zhang ve Altura, 1993; Altura ve Altura, 1991). Magnezyum yumuşak dokularda özellikle vasküler düz kas hücrelerinde kalsiyum tutma yeteneğini etkiler.

Magnezyum, platelet fonksiyonunu ve koagülasyonu etkiler (Altura vd. 1990; Rayssiguer, 1984). İn vivo ve invitro magnezyum artışı, pıhtılaşma zamanını uzatır ve platelet agregasyonunu azaltır. Lenfositlerin sentezinde ve poliferasyonunda da önemli role sahiptir (Glasdam, Glasdam ve Peters 2016).

Magnezyumun iskelet sistemindeki en önemli görevi kemik gelişimini sağlamak ve kemikleri korumaktır. Magnezyum, kemiklerde iki farklı şekilde kullanılır. İlki, kemik yapımında kalsiyum ile birlikte kullanılan magnezyum, ikincisi ise kemik yapısıyla ilgili olmayan ancak kemik yüzeyinde bulunan, magnezyum eksikliği görülen durumlarda bir depo gibi kullanılan magnezyumdur.

Magnezyum sinir hücrelerinde “bekçi” görevi görür. Kalsiyumun sinir hücrelerine girmesini ve bu hücreleri aktive etmesini önler. Buna bağlı olarak aşırı sinir hücresi faaliyetini ve vücut kaslarına gerekenden fazla sinyal göndermesiyle oluşabilecek kas spazmları, ağrılar, kas krampları ve kas yorgunluğu gibi patolojik durumların oluşmasını engeller. Magnezyumun depresif semptomları azalttığı ve bir antidepresan ilaç olan imipramin ile kıyaslanabilecek bir etkiye sahip olduğu kanıtlanmıştır. Bu nedenle, oral magnezyum uygulamasının antidepresanların etkisini destekleyebileceği öne sürülmüştür (Lang vd. 2015).

Metabolizmada magnezyum; Adenozin trifosfat ihtiva eden fazla sayıda enzimin, özellikle de fosfat transferi yapan enzimlerin kofaktörü olarak görev alır (McLean, 1994). Magnezyum bağımlı enzim sistemlerinden bir tanesi, hücre membranları arasındaki elektriksel gradienti düzenleyen membran pompasıdır. Bu nedenle magnezyum, elektriksel olarak uyarılabilen dokuların aktivitesinde önemli rol oynar (Elin, 1988; Marino, 1995). Ayrıca, kardiyak kontraktile ve periferik vasküler tonusun devamlılığının sağlanmasında önemli rolü olan düz kas hücrelerindeki kalsiyum hareketini de regüle eder (White ve Hartzell, 1989). Sinirsel uyarıların iletiminde önemli rol oynayan tiamin pirofosfat kofaktör aktivitesi için magnezyum gereklidir ve bu da makromoleküler yapıyı stabilize eder.

Kandaki magnezyum konsantrasyonu ve uyku arasında ilişki olduğu, uyku kalitesi ve uykudan uyanma ritminin düzenlenmesi üzerinde B grubu vitaminlerinin ve magnezyum takviyesinin etkisine dair kanıtlar mevcuttur (Paukuri ve Sihlova, 2012). Bireylerin yaşlara göre günlük alması gereken magnezyum miktarı Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2: Bireylerin günlük alması gereken magnezyum miktarı

Yaş	Miktar
0-6 ay	50 mg
6-12 ay	70 mg
1-10 yaş	150-250 mg
11-18 yaş	300-400 mg
>18 yaş	300-400 mg
Hamilelikte	+150 mg

Vücuttaki magnezyum durumunu değerlendirmek için günümüzde, total serum magnezyum düzeyi, serum iyonize magnezyum düzeyi ve idrarda 24 saatlik magnezyum atım ölçüm testleri yapılmaktadır. magnezyum durumunun tam anlamıyla değerlendirilmesi için kullanılabilen bazı özel tarama testleri de mevcuttur. Bunlar; magnezyum yükleme testi, eritrosit magnezyum konsantrasyonu, kas biyopsi yöntemi ile magnezyum ölçümü, dokudaki (kemik ve diğer dokular) total magnezyum tayini için elektron prop yöntemi, nükleer manyetik rezonans (NMR) görüntüleme ile dokulardaki serbest magnezyum tayinidir.

Hipermagnezemi: Serumda magnezyum düzeyinin normalin üzerinde olması anlamına gelir. Serum magnezyum konsantrasyonu 2.1 mEq/L’nin (>2.5 mg/dl) üzerindedir (Whang ve Ryder, 1990). Hipermagnezemi, hipokalsemi nedenidir. Daha çok gebelik toksemisi ya da prematüre doğumlarda tedavi amaçlı yüksek doz magnezyum verilmesi ile olur (Sözen, 2013). Primer olarak renal fonksiyon yetersiz olduğunda

ve/veya büyük bir magnezyum yükü i.v, oral veya enema olarak verildiğinde hipermağnezemi görülür (Worcester ve Coe, 2008). Magnezyum artışı, laksatif-purgatif veya antiasitler olarak verilen oral magnezyum tuzlarının büyük miktarlarının alınımından veya travma, sepsis, kardiyopulmoner arrest, yanıklar veya şoklu hastalarda aşırı yumuşak doku iskemisi veya nekrozundan oluşabilir. Magnezyum tuzlarının parenteral verilmesinden de hipermağnezemi, oluşabilir (Sözen, 2013; Bringhurst, Demay ve Kronenberg 2008; Bringhurst vd. 2010).

Hipermağnezemi'deki bulgular hipotansiyon, miksiyon güçlüğü, depresyon ve komadır. Hipermağnezemi nedenleri arasında kronik böbrek yetmezliği, iatrojenik nedenler, tedavi öncesi diyabetik koma ve hipotiroidizm gelmektedir (Wallach, 2000).

Hipomagnezemi: Serumda magnezyum düzeyinin normalin altında olması anlamına gelir. Serum magnezyum konsantrasyonu 1.6 mEq/L'nin (<1.9 mg/dl) altındadır. Magnezyum eksikliği, genellikle yetersiz alıma (az ve düzensiz yemek yeme alışkanlığı, dengesiz beslenme, rejimler ve hazır yiyeceklere yönelmenin dışında düşük miktarda magnezyum taşıyan suların içilmesi), artan gereksinime (büyüme, hamilelik, emzirme, yoğun zihinsel faaliyetler, fiziksel ve mental stres, alkol tüketimi, fosfatlarca zengin beslenme, yüksek tuzlu beslenme, magnezyum atılmasına neden olan ilaçların kullanılması), renal ve intestinal absorpsiyon bozukluğuna (kronik ishal, malabsorpsiyon durumları, incebarsak rezeksiyonu), artan atılıma (kronik alkolizm, diabetes mellitus, poliüri, laksatif kullanımı) bağlıdır (Reinhart, 1992) (Tablo 3).

Tablo 3: Total vücut magnezyumunu azaltan durumlar

Endokrin	İlaçlar	Diyet	Diğer
Diyabet	Amfetaminler / Kokain	Karbonhidratlar (Beyaz şeker, un)	Yanıklar
	Siklosporin	Kahve	Cerrahi müdahale
	Düretikler	Sodalar (kola tipi, diyet ve normal olanlar)	Stres (Fiziksel ve mental)
	İnsülin	Sodyum	Diare
	Fentermin / Fenfluramin	Kalsiyum (Yüksek seviyede alımı magnezyum absorpsiyonunu bloke eder)	Kronik ağrı
		Alkol	Terleme

Magnezyum Eksikliği ile İlgili Olduğu Düşünülen Hastalıklar

Alzheimer, anksiyete bozuklukları, anjina, aritmi, astım, bağırsak bozuklukları (peptik ülser, Crohn hastalığı, kolit, besin allerjisi), böbrek taşları, depresyon, fibromiyalji, hipertansiyon, hipoglisemi, insomnia, kalp hastalığı (ateroskleroz, yüksek kolesterol ve trigliserit), konjestif kalp yetmezliği, kas krampları, kas zayıflığı ve yorgunluğu, konstipasyon, kronik yorgunluk sendromu, Lou Gehrig hastalığı, migren, mitral valv prolapsusu, miyopi (magnezyum eksikliği olan anneden doğan çocuklarda), multipl skleroz, obezite, osteoartrit, osteoporoz, otizm, otoimmün bozukluklar, Parkinson hastalığı, primer pulmoner hipertansiyon, Raynaud hastalığı, romatoid artrit, sendrom X, serebral palsi (magnezyum eksikliği olan anneden doğan çocuklarda), serebrovasküler olay (inme), tip 1-2 diyabet ve tiroid bozukluklarıdır (düşük magnezyum T4'ü azaltır).

Düşük magnezyum seviyelerinin beyinde ağır metallerin birikmesine neden olarak parkinson, multipl skleroz ve alzheimer hastalıklarına yol açtığına dair deliller vardır. Yine ağır metallere maruz kalan ve total vücut magnezyumu düşük olan çocuklarda ağır metal toksisitesi yaparak öğrenme bozukluklarının etyolojisinde rol alır (Whang , 1987; Sawka ve Montain, 2000). Magnezyum eksikliğinde insülin rezistansı sık karşılaşılan bir klinik problemdir. Deney hayvanlarında şiddetli magnezyum eksikliğinin oksidatif stresi artırdığı gösterilmiştir (Manuel vd. 2000). Hücre içi magnezyum eksikliğinin nörolojik disfonksiyonu ve sıçanlarda beyin hasarının ardından ölüm oranını artırdığı ortaya konmuştur (Lee vd. 1999).

Egzersiz de kan magnezyum seviyesini azaltabilir. Bu durum potansiyel stres etkisine, egzersiz sırasındaki terlemeye ve idrar ile atılımına bağlıdır. Magnezyum eksikliğinin fiziksel performansı düşürebileceği gösterilmiştir. Bu amaçla, son zamanlarda sporcuların performansını artırmak için magnezyum verilmesi önerilmektedir (Bohl ve Volpe, 2002).

Tablo 4. Erişkin bireydeki magnezyumun vücuttaki dağılımı

Doku	Tam ağırlık (kg)	Magnezyum içeriği (mmol)	Total vücut magnezyumu (%)
Kemik	12	530	53
Kas	30	270	27
Yumuşak doku	23	193	19

Eritrosit	2	5	0,7
Plazma	3	3	0,3
Total	70	1001	100

Metabolizmada sayısız fonksiyonu yerine getiren Magnezyum elementi vücutta üretilemez ve fonksiyonların devamlılığı için sürekli olarak dışardan alınması gerekir. Stres, gebelik, emzirme gibi durumlar da bu ihtiyaç daha da artmaktadır. Toprakta ve deniz suyunda bulunmasına karşın yanlış beslenme magnezyumun vücut tarafından yeteri kadar alınmamasına neden olur. Vücut bu minerali dışardan yeteri kadar alamadığı takdirde depolanmış olan magnezyumu tüketmeye başlar. İnsan vücudundaki magnezyumun miktarı Tablo 4’de verilmiştir.

Vücuttaki magnezyum dengesi, bağırsak emilimi, kemik değişimi ve renal atılım arasında dinamik bir etkileşim ile kontrol edilir. Vücutta magnezyum dengesini ve miktarından birincil olarak renal atılım, ikincil olarak gastrointestinal emilim ve üçüncü olarak da kemik havuzundaki değişim sorumludur (Costello, Wallace ve Rosanoff, 2016). Vücutta magnezyum konsantrasyonunun temel ayarlayıcısı böbreklerdir. Magnezyum böbreklerde filtrasyon ve reabsorbsiyon işlemlerine tabii tutulmaktadır (Özgürtaş ve Kutluay, 2002; Mascarenhas, Vashistha ve Kumbala, 2015). Yaklaşık %10-20’si proksimal tubulusten pasif paraselüler, %70’i Henle kulpundan pasif paraselüler, %10 kadarı da distal kıvrımlı tubulusten aktif transselüler olarak geri emilirken, sadece %5’lik miktarı idrarla itrah edilir. (Quamme ve Dirks, 1986; Wen, Wong ve Dirks, 1971) Tübüler geri emilimi ve renal atılım; idrar volümünden, glomerüler filtrasyon hızından, plazma magnezyum konsantrasyonu ve vücut magnezyum durumundan, bazı hormonlardan (PTH, kalsitonin, insülin, antidiüretik hormon), fosfat eksikliğinden, asit baz dengesinden, hiperkalsemi durumundan, diüretik gibi bazı ilaç kullanım durumlarından etkilenmektedir (Mascarenhas, Vashistha ve Kumbala, 2015; Seo ve Park, 2008). Paratiroid hormonun böbrekte magnezyumun yeniden emilimini artırdığı gösterilmiştir (MacIntyre, Boss ve Troughton, 1963).

Plazmadaki magnezyumun büyük bir bölümü serbest veya çeşitli diffüze olabilecek kompleksler halinde, geri kalan kısımda proteinlere bağlıdır (Cari ve Ashwood, 1999). Serum magnezyum konsantrasyonunun ayarlanmasında PTH ile birlikte bazı hormonlar (anjyotensin II, aldersteron, insülin, trombin ve östrojen) ve vitamin D önemli rol oynar (Pham vd. 2014).

Diyetle alınan magnezyumun emilimi, ince bağırsakların bütün kısımlarında gerçekleşse de emilimin büyük bir kısmı %30-40’ı ileum ve kolondan gerçekleşir (Gröber, Schmidt ve Kisters, 2015). Magnezyum bağırsak lümeninden iki farklı mekanizmayla emilmektedir. Bu mekanizmalardan biri aktif transselüler emilim, diğeri ise pasif paraselüler transporttur (Costello, Wallace ve Rosanoff, 2016; Pham vd., 2014). magnezyumun emilimini etkileyen faktörler Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5. Magnezyumun bağırsaklardan emilim miktarını etkileyen faktörler

Organizmanın magnezyum ihtiyacı
Diyetteki magnezyumun konsantrasyonu
Diyetteki yağ konsantrasyonu
Diyetteki protein/karbonhidrat konsantrasyonu
Diyetteki vitamin/mineral kompozisyonu

Organizmanın Magnezyum İhtiyacı: Günlük kayıpları karşılamak için 300 mg/gün magnezyum desteğine ihtiyaç vardır. Organizma bu ihtiyacı günlük olarak hayvansal, bitkisel ve su gibi besin öğelerinden karşılamak zorundadır.

Diyetteki Magnezyumun Konsantrasyonu: Magnezyum yüksek emilim oranına sahip bir mineraldir. Diyetdeki magnezyum konsantrasyonu ile vücut ihtiyacının karşılanması arasında doğru orantı vardır. Bitkilerdeki klorofilin yapıtaşı olmasından dolayı yeşil yapraklı sebzeler yüksek oranda magnezyum içermektedirler. Ayrıca tam tahıllar, kuruyemişler, fasulye ve bezelye gibi tohumlar, baklagiller, kakao magnezyum bakımından zengin kaynaklardır (Maier ve Mazur, 2016). Süt ve süt ürünleri orta derecede; balık, et, turuncgiller, elma, muz ise magnezyum için fakir kaynaklardır (Dahl vd. 2013). Besinlerin işlenmesi ile ciddi magnezyum kaybı yaşanmaktadır. Buğdayın rafine işlemine tabii tutulması, magnezyum bakımından zengin kepek ve mayanın çıkartılması magnezyum kaybına neden olmaktadır. Rafine edilmiş beyaz un magnezyumdan fakirdir. Sebzelerin çok yüksek ısıda pişirilmesi ve pişirilen suyun dökülmesi de ciddi magnezyum kayıplarına sebep olur (Maier ve Mazur, 2016). Musluk suyu veya şişelenmiş sular da magnezyum açısından ciddi birer kaynak olabilirler. Suyun pH oranının ve sertlik derecesinin (sertlik derecesini de içeriğindeki magnezyum ve kalsiyum miktarı belirlemektedir) artmasıyla magnezyum konsantrasyonu da artmaktadır (Anne, 2011). Gıda

Güvenliği Hareketi Türkiye Ambalajlı Su Raporu Tablosuna göre; Türkiye’de kullanılan doğal mineralli suların ve kaynak suların magnezyum konsantrasyonları, en düşük 1.2-15 mg/L arasında değişmektedir (Türkiye ambalajlı su raporu, 2014). Gün içerisinde tüketilen su, magnezyum ihtiyacının yaklaşık %10’luk gibi bir kısmını karşılamaktadır (Gröber, Schmidt ve Kisters, 2015). Diyete ilave günlük magnezyum takviyesi alınacaksa magnezyumu şelat şeklinde, yani amino asitlere bağlanmış şekilde, günlük doz güne eşit yayılacak şekilde, aç ya da tok karnına alınabilir ama en iyisi öğün aralarında almaktır.

Diyetteki Yağ Konsantrasyonu: Magnezyum emilimi ile diyetdeki yağ konsantrasyonu arasında ters orantı vardır. Eğer bağırsak lümeninde yağ konsantrasyonu artarsa magnezyumun bağırsaklardan emilimi azalır.

Diyetteki Protein/ Karbonhidrat Konsantrasyonu; Magnezyum emilimi ile diyetdeki protein ve karbonhidrat konsantrasyonu arasında bir bağlantının varlığı ortaya koyacak çalışmalar yoktur. Fakat günlük diyet oluşturulurken standart oranların muhafaza edilmesinin magnezyum lehine sonuç vereceği tahmin edilmektedir.

Diyetteki Vitamin/Mineral Kompozisyonu; B6, selenyum ve vitamin D'nin magnezyum emilimini artırıcı etkisinin olduğu bildirilmektedir (McLean, 1994; Marino 1995). Diyetle yüksek kalsiyum, fitat, oksalat ve fosfat alımı magnezyum emilimini azaltır (Glasdam, Glasdam ve Peters, 2016; Özgürtaş ve Kutluay 2002). Ayrıca glukokortikoidler de magnezyum emilimini artırıcı rol oynar.

SONUÇ

Bilimsel olarak en hayati minerallerden biri olan magnezyuma gerektiği kadar önem verilmemiştir. Magnezyum organizmamıza rahatlatıcı, antioksidan ve antiinflamatuvar etkisinin yanında metabolik süreçlere, hücre gelişimine ve çoğalmasına katkıda bulunan kritik bir mineraldir. Magnezyum yalnızca sağlığı korumak için değil, aynı zamanda detoksifikasyon ve çok sayıda hastalığın tedavisi için de önemlidir. Kalp, damarlar, kaslar, böbrekler, hormonların salgılanmasından sorumlu salgı bezleri, sindirim sistemi, beyin ve sinir sistemi magnezyum eksikliğinde olumsuz etkilenir. Normal bir beslenme ile günlük magnezyum ihtiyacı rahatlıkla karşılanabilir. Günümüzde besinlerdeki magnezyum miktarı 50 yıl öncesine göre çok daha azdır. Bitkilerin taşıdığı magnezyum miktarı hızla azalmaktadır. Potasyumlu gübreler ve asit yağmurları, toprağın ve neticesinde bitkilerin magnezyum içeriğini azaltmaktadır. Besinlerdeki magnezyum miktarının yaklaşık % 40- 60’ı vücut tarafından kolay emilir. İnsan vücudunun günde ortalama 280-350 mg magnezyuma ihtiyacı vardır. Klorofilin temel maddesi olduğu için rengi koyu yeşil sebzeler, dil balığı ve sert sular magnezyumdan zengindir. İnsan gelişimi ve sağlığı açısından bu denli önemli olan magnezyumun homeostazisini sağlamaya yönelik dengeleyici mekanizmalar tam olarak bilinmemekle beraber eski çalışmalar, magnezyum homeostazisinin özel hormonal kontrol ile yapıldığını öne sürmektedir. Fakat kandaki ve idrardaki magnezyumu kontrol eden endokrin faktörler hakkındaki bilgi, tam değildir. Ayrıca magnezyumun kardiovasküler sistem ve merkezi sinir sistemi üzerine etkisinin araştırılması çalışmalarının, doğal kaynakların kullanımı ve korunması hususunda çalışmaların artırılması insan nesli ve sağlığı açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

- Altura BM, Altura BT, Carella A, et al. Mg^{+2} - Ca^{+2} interaction in contractility of vascular smooth muscle: Mg^{+2} versus organic calcium channel blockers on myogenic tone and agonist-induced responsiveness of blood vessels, *Can. J. Physiol. Pharmacol.* 1986; 65: 729-745.
- Altura BT, Brust M, Bloom S, et al. Magnesium dietary intake modulates blood lipid levels and atherogenesis. *Proc. Natl. Acad. Sci* 1990; 87: 1840-44.
- Altura BM, Altura BT. Cardiovascular risk factors and magnesium: relationships to atherosclerosis, ischemic heart disease and hypertension, *Magn Trace Elem*, 1991-92:182-92.
- Altura BM, Zhang A, Altura BT. Magnesium, hypertensive vascular diseases, atherogenesis, subcellüler compartmentation of Ca^{+2} and Mg^{+2} and vascular contractility, *Miner Electrolyte Metab*, 1993; 19: 323-336.
- Alvarez-Lefmans FJ, Giraldez F, Gamino SM. Intracellular free magnesium in excitable cells: Its measurement and its biologic significance. *Can J Physiol Pharmacol* 1987; 65: 915-25.
- Anne K. Magnesium and calcium in drinking water and heart diseases. *Encyclopedia of Environmental Health*. 2011; 535-544.
- Barbagallo M, Dominguez LJ, Galioto A, et al. Role of magnesium in insulin action, diabetes and cardio-metabolic syndrome X. *Mol Aspects Med* 2003; 24: 39-52.
- Bohl CH, Volpe SL. Magnesium and exercise. *Critical Rev Food Sci Nutr* 2002; 42: 533-63.
- Bringhurst FR, Demay MB, Kronenberg M. Hormones and disorders of mineral metabolism. In *Williams Textbook of Endocrinology*. Eds: Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR. Chapter 27, 11th ed. Saunders, Philadelphia 2008; 1203-1268.
- Bringhurst FR, Demay MB, Krane SM, Kronenberg HM. Bone and mineral metabolism in health and disease. In *Harrison's Endocrinology*. Eds: Jameson JL. Chapter 25, 2nd ed. McGraw Hill. New York, 2010; 388-405.
- Cari AB, Ashwood E. *Tietz textbook of Clinical Chemistry*; 3 ed. 1999; 1034-1036, 1408-1410, 1441-1442.
- Costello R, Wallace TC, Rosanoff A. Magnesium. *Adv Nutr* 2016; 7: 199-201.
- Dahl C, Sogaard AJ, Tell GS, et al. Nationwide data on municipal drinking water and hip fracture: Could calcium and magnesium be protective? A NOREPOS study. *Bone* 2013; 57: 84-91.
- Elin RJ. Magnesium metabolism in health and disease. *Dis Mon* 1988; 34: 161-219.
- Glasdam SM, Glasdam S, Peters GH. The importance of magnesium in the human body: a systematic literature review. *Advances in Clinical Chemistry* 2016; 73: 169-187.
- Gröber U, Schmidt J, Kisters K. Magnesium in prevention and therapy. *Nutrients* 2015; 7: 8199-8226.
- Keskin H, 1975, *Gıda Kimyası*. İstanbul Üniv. Yayınları Sayı: 1980, Şirketi Mürettibiye Basımevi, İstanbul.
- Lang UE, Beglinger C, Schweinfurth N, et al. Nutritional Aspects of Depression. *Cell Physiol Biochem* 2015; 37: 1029-43.
- Lee EJ, Ayoub IA, Harris FB, et al. Mexiletine and magnesium independently, but not combined, protect against permanent focal cerebral ischemia in Wistar rats. *J Neurosci Res* 1999; 58: 442-48.
- MacIntyre I, Boss S, Troughton VA, Parathyroid hormone and magnesium homeostasis. *Nature* 1963; 198: 1058-60,
- McLean RM. Magnesium and its therapeutic uses: A review. *Am J Med* 1994; 96:63-76.
- Manuel Y, Keenoy B, Moorkens G, et al. Magnesium status and parameters of the oxidant-antioxidant balance in patients with chronic fatigue: Effects of supplementation with magnesium. *J Am Coll Nutr* 2000; 19: 374-82.

- Maier JAM, Mazur A. Magnesium. Reference Module in Food Science Encyclopedia of Food and Health. 2016; 587-592.
- Mascarenhas R, Vashistha H, Kumbala D. Magnesium Disorders. Hosp Med Clin 2015; 549-564.
- Marino PL. Calcium and magnesium in critical illness: A practical approach. In: Sivak ED, Higgins TL, Seiver A, eds. The high risk patient: Management of the critically ill. Baltimore: Williams and Wilkins, 1995; 1183-95.
- Özgürtaş T ve Kutluay T. Magnezyumun metabolizması ve ölçümü. T Klin Tıp Bilimleri 2002; 22: 530-534
- Quamme GA, Dirks JH. The physiology of renal magnesium handling. Renal Physiol. 1986; 9: 257-269.
- Pham PCT, Pham PAT, Pham SV, Pham PTT, Pham PMT, Pham PTT. Hypomagnesemia: a clinical perspective. International Journal of Nephrology and Renovascular Disease 2014; 7: 219-230.
- Peuhkuri K, Sihlova N. Diet promotes sleep duration and quality, Nutrition Research 2012; 32: 309-319.
- Rayssiguer Y. Role of magnesium and potassium in pathogenesis of arteriosclerosis. Magnesium 1984; 3(4-6): 226-38.
- Reinhart RA. Magnesium deficiency: Recognition and treatment in emergency medicine setting. Am J Emerg Med 1992; 10: 78-83.
- Sawka MN, Montain SJ. Fluid and electrolyte supplementation for exercise heat stress. Am J Clin Nutr 2000; 72: 564-72.
- Seo JW, Park TJ. Magnesium metabolism. Electrolyte & Blood Pressure 2008; 6: 86-95.
- Sözen T. Metabolik Kemik Hastalıkları. 2013 Ankara.17-57.
- Şahin ÖA. Akut İskemik İnmede Magnezyum Düzeyinin Risk ve Prognostik Faktör Olarak Değerlendirilmesi Uzmanlık Tezi Dr. İstanbul-2008.
- Türkiye Ambalajlı Su Raporu Tablosu 01.05.2014 Güncelleme No:9
www.gidahareketi.org/su/ambalajli_sular_tablosu.pdf Erişim Tarihi: 01.01.2018.
- Wallach J. Interpretation of Diagnostic Tests: A synopsis of laboratory medicine fifth edition, Little, Brown and Company 2000; pg 49.
- Wen SF, Wong NL, Dirks JH. Evidence for renal magnesium secretion during magnesium infusion in the dog. Am J Physiol. 1971; 220: 33-37.
- Whang R. Magnesium deficiency: Pathogenesis, prevalence, and clinical implications. Am J Med 1987; 82: 24-9.
- Whang R, Ryder KW. Frequency of hypomagnesemia and hypermagnesemia: Requested vs routine. JAMA 1990; 263: 3063-4.
- White RE, Hartzell HO. Magnesium ions in cardiac function. Biochem Pharmacol 1989; 38: 859-67.
- Worcester EM, Coe FL. Nephrolithiasis. Prim Care Clin Office Pract 2008; 35: 369-391,

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE SİGARA İÇME DURUMU AÇISINDAN GEBELERİN DOĞUM ÖNCESİ VE SONRASI DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Dr. Öğr. Üyesi. Neslihan ÖZDEMİR¹

Doç. Dr. Serap YALÇIN²

Prof. Dr. Ergin KARİPTAŞ³

ÖZET

Bu çalışmanın temel amacı; Kırşehir ilinde doğum yapan gebelerin demografik ve sigara içme durumları açısından doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerdeki durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini araştırmaktır. Araştırmanın evrenini Kırşehir ilinde 2017 yılı içinde doğum yapan anneler oluşturmaktadır. Örneklem ise Ocak-Haziran 2017 tarihleri arasında Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma hastanesine doğum yapmak için gelen ve basit seçkisiz örnekleme yöntemiyle seçilen toplam 97 kişiden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan 97 bireyin Antepartum ve Postpartum dönemde sürekli ve durumluk kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla Spielberger (1964) tarafından geliştirilen Öner ve Le Compte (1983) tarafından Türkçe ye uyarlanan durumluk ve sürekli kaygı ölçekleri ve katılımcılara ait demografik özellikleri belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen kişisel bilgi formu uygulanmıştır.

Gebelerin kaygı ortalamaları ile yaş arasında ortalamalar bazında bir ilişkinin olduğu söylenebilir. Durumluk kaygıda yaş arttıkça kaygı azalırken, sürekli kaygıda farklı yaş gruplarında kaygı ortalamalarının farklılık gösterdiği yönünde olduğu söylenebilir. Kadınların eğitim seviyesine göre antepartum dönemindeki durumluk kaygı düzeyleri eğitim seviyesi arttıkça artmaktadır. Kadınların gelir durumuna göre, antepartum dönemde durumsal kaygı puan ortalamaları geliri giderden az olandan geliri giderinden fazla olana doğru azaldığı görülmektedir. Postpartum dönemde ise gelir düzeyi arttıkça durumluk kaygı puanları artmıştır. Kadınların sigara içme durumlarında göre antepartum dönemindeki durumluk kaygı düzeyleri sigara içmeyen kadınlara göre daha yüksek olduğu postpartum dönemde de sigara içen bireylerin durumluk kaygı düzeyleri daha yüksek olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Diğer taraftan benzer olarak sürekli kaygı durumu sigara içme durumuna göre antepartum dönemindeki sigara içen kadınların daha yüksek olduğu söylenebilir. Benzer şekilde postpartum dönemde de sigara içen kadınların sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Doğum, durumluk kaygı, sürekli kaygı

INVESTIGATION OF STATUS AND CONTINUOUS LEVELS OF PREGNANCY BEFORE AND AFTER BIRTH IN TERMS OF DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND SMOKING

ABSTRACT

The main purpose of this study; The aim of this study was to investigate the state and trait anxiety levels of pregnant women who gave birth in Kırşehir in terms of demographic and smoking status during prenatal and postnatal periods. The population of the study consists of mothers who gave birth in 2017 in Kırşehir. The sample consisted of 97 people who came to Kırşehir Ahi Evran University Training and Research Hospital between January-June 2017 and delivered by simple random sampling method. The state and trait anxiety scales adapted by Öner and Le Compte (1983) developed by Spielberger (1964) to determine the trait and state anxiety levels of the 97 individuals participating in the study in the Antepartum and Postpartum periods and the personal information form developed by the researchers to determine the demographic characteristics of the participants. It was applied.

It can be said that there is a relationship between the mean of anxiety and the age of pregnant women. While state anxiety decreases with increasing age, it can be said that anxiety is different in continuous anxiety in different age groups. According to the educational level of women, state anxiety levels in antepartum period increase with increasing education level. According to the income level of women, it is seen that the mean anxiety point average income decreases from less than the

¹ Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ,neslihan.ozdemir@ ahievran.edu.tr

² Ahi Evran Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi , syalcin@ ahievran.edu.tr

³ Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi ,ekriptas@ ahievran.edu.tr

expense to the more than the income expense in the antepartum period. In the postpartum period, state anxiety scores increased as income level increased. It was found that state anxiety levels in antepartum period were higher in women compared to nonsmoked women than in non-smoking women. On the other hand, it can be said that women who smoke during antepartum period are higher than those who have continuous anxiety. Similarly, it was concluded that women who smoked in postpartum period had higher levels of trait anxiety.

Keywords: Birth, state anxiety, trait anxiety

1- GİRİŞ

Gebelik veya doğum insanoğlunun var olduğu günden bu yana üreme, çoğalma, aile olma veya toplum olma dürtü ve ihtiyacına cevap veren sosyolojik, fizyolojik, biyolojik ve psikolojik hatta hukuksal boyutu olabilen olaydır. Biyolojik boyutu açısından 40 haftalık bir zaman periyodunu ifade etmektedir. Bir diğer boyutu ise doğumun psikolojisinin ve insan psikolojisini etkileyen tarafı da bulunmaktadır. Bu psikolojik boyutunun içerisinde anne, çocuk veya çevresinde oluşan kaygı sayılabilir. Kaygı yaşayan kişi, istenmeyen, olumsuz ve sıkıntılı sonuçları bekleyen bir ruh hali içindedir. Kaygının hafif ve normal yaşanması çoğu kere istendik bir durumdur. Zira belli ölçüde kaygı olmadığı zaman bireyin motivasyonunda eksiklikler ortaya çıkabilir. Ancak aşırı kaygılanma kişiyi duygusal anlamda tahrip edebilmenin yanında çevresindekileri de olumsuz etkileyebilmektedir.

2- LİTERATÜR TARAMASI VE HİPOTEZLER

2.1. Kaygı Türleri

Cattell ve Scheier (1975) kaygıyı kavramsal olarak açık-bilinçli durum ve gizli bilinçdışı durum şeklinde ayırmışlardır. Bu kavramlar daha sonra durumluk kaygı ve sürekli kaygıya karşılık gelen “genel kaygı” ve “durumsal kaygı” olarak değişmiştir. Yıllar geçtikçe durumluk kaygı ve sürekli kaygı arasındaki fark daha net olarak açığa çıkmıştır. Psikologlar genel kaygıyı sürekli kaygı ve durumluk kaygı olmak üzere iki kategoriye ayırmışlardır (Howard ve Smith, 1986; Mikulincer, Kedem ve Paz, 1990; Biggs ve Moore, 1993, s. 243). Sürekli kaygı, “genel bir hazır bulunuşluk ile pek çok durumda kaygılı tepki verme” olarak tanımlanabilir. Durumluk kaygı ise; “belirli bir durumda hissedilen kaygıdır” (Biggs ve Moore, 1993, s. 243).

2.1.1. Durumluk Kaygı

Durumluk kaygı, olaydan olaya değişkenlik gösterebilmektedir. Gerçekleşme sıklığı, ne derece yoğunlukta olduğu, sürekli olmaması kaydıyla kişinin ruhsal tepkileri olarak adlandırılabilir (Özguven, 1994).

Spielberger (1983, s. 4-5) durumluk kaygının özelliklerini şöyle özetler:

Bu tip kaygı bireyin içinde bulunduğu durumu tehdit eden, tehlike yaratan biçimde algılamasından, yorumlamasından kaynaklanır.

Bu durum bireye elem verir, bireyde hoş olmayan bir duygulanım durumu oluşturur.

Bu duygulanım durumu algılanır, anlaşılır, duyumsanır.

Bu süreç içinde bilinç açık, haberdar, uyanıktır.

Sinir sisteminin işlevinde değişimler olduğunu gösteren belirtiler ortaya çıkar.

Spielberger’e (1966, 1972) göre durumluk kaygı, kaygı eğiliminde bireysel farklılıklar gösterir. Sürekli kaygı öznel iken, durumluk kaygı geçici duygusal içerik-temelli durumdur. Doğum kaygısı, çocuk edinme kaygısı veya günlük hayattan (Richardson ve Suinn, 1972; Cruise, Cash ve Bolton, 1985) içeriğine bağlı olarak durumların olduğu durumluk kaygıların örnekleri olabilmektedir.

2.1.2. Sürekli Kaygı

Sürekli kaygı, insanı strese sokan koşulun tehdit etmesi veya kişinin tehlike olarak algılaması ve bu olaylara karşı gösterdiği tepkilerin sıklığı ve derinliğini artarak belirli periyotlarla devam etmesidir. Bu kaygı durumu kişiden kişiye ve olaydan olaya farklılıklar gösterebilmektedir. Aynı zamanda bir kişilik özelliği olarak karşımıza çıkmaktadır. Duruma göre sürekli kaygısı üst düzey olan kişiler, daha az olanlara nispeten kişide stres

veya kaygı oluşturabilecek olayları doğrudan tehdit olarak algılamalarının yanında yoğunluğunu normal kişilere göre daha derin yaşamaktadırlar (Özgüven, 1994).

Sürekli kaygının özellikleri şu şekilde sıralanabilir Spielberger (1983):

Kişide uzun süre devam eder ve süreklilik arz etmektedir.

Kaygı süresi ve yoğunluğu bireyin yapısına göre değişkenlik gösterebilmektedir.

Bireyin psikolojik yapısının yatkınlığı, sürekli kaygının düzeyine etki edebilir.

Psikolojik yapının farklılığı tehlike ve tehdit olarak algılanan olayın algılanma biçimini, ne şekilde anlaşıldığını, nasıl yorumlanacağını kısacası olayın değerlendirilme biçimini etkileyebilmektedir.

Gebelerin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile ilgili literatüre bakıldığında; Akbaş, Vırt, Savaş, ve Sertbaş (2008); Arslan, Gürkan, Ekşi, vd. (2006); Aslan (2016); Aydın (2016); Börü (2016); Cebeci'nin (2009); Çakır Koçak (2007); Dönmez, Yeniel ve Kavlak (2014); Duran ve Atan (2011); Kaplan, Bahar ve Sertbaş (2007); Karabulut(2014); Karaman'ın (2009); Kuğu ve Akyüz (2001); Özdamar, Yılmaz, Beyca ve Muhcu (2014); Yüksel (2014)' ün çalışmalarının olduğu görülmüştür.

2.2. Hipotezler

H₁: Gebelerin yaşları ile durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

H₂: Gebelerin eğitim seviyeleri ile durumluk kaygı düzeyleri ile sürekli kaygı düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

H₃: Gebelerin durumluk kaygı düzeyleri ile gelir arasında negatif bir ilişki; sürekli kaygı düzeyleri ile gelir arasında ise pozitif yönlü bir ilişki vardır.

H₄: Gebelerin sigara içme düzeyleri ile durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

3- YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Yapılan araştırma kapsamında vajinal ve sezeryan doğum yapan hastaların antepartum ve postpartum dönemlerindeki durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini etkileyen faktörler ve bu iki kaygı türü arasındaki ilişkiler inceleneceğinden dolayı araştırmanın deseni nedensel karşılaştırma araştırmasıdır. Bu araştırma türünde aynı duruma maruz kalan ve farklı düzeyde etkilenen gruplar arasında karşılaştırma yapılır. Nedensel araştırmalar durum öncesi ve durum sonrası belirlenen değişkenler arası ilişkilerin belirlenmesi amacıyla yapılır ve katılımcılar üzerinde herhangi bir deneysel işlem ve manipülasyon yapılmaz (Büyüköztürk vd., 2014).

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Kırşehir ilinde 2017 yılı içinde doğum yapan anneler oluşturmaktadır. Örneklem ise Ocak-Haziran 2017 tarihleri arasında Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma hastanesine doğum yapmak için gelen ve basit seçkisiz örnekleme yöntemiyle seçilen toplam 97 kişiden oluşmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmaya katılan 97 bireyin Antepartum ve Postpartum dönemde sürekli ve durumluk kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla Spielberger (1964) tarafından geliştirilen Öner ve Le Compte (1983) tarafından Türkçe ye uyarlanan durumluk ve sürekli kaygı ölçekleri ve katılımcılara ait demografik özellikleri belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen kişisel bilgi formu uygulanmıştır. Spielberger'in durumluk ve sürekli kaygı ölçeği, her bir ölçekte 20 madde olmak üzere toplam 40 maddeden oluşmaktadır. Durumluk kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamıyla şeklinde; Sürekli kaygı ölçeğindeki seçenekler ise (1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4) Hemen her zaman şeklindedir. Durumluk kaygı ölçeğinde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20) ters madde varken, sürekli kaygı ölçeğinde yedi tane (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39) ters madde mevcuttur. Her iki ölçekten de elde edilen puanlar 20 ila 80 arasında değişmektedir. Büyük puan kaygının yüksek olduğunu gösterirken, düşük puan ise düşük kaygıya işaret eder. Genel olarak ölçeklerde 36'nın altında puan alanlarda düşük düzeyde kaygı, 37- 42

puan arasında orta düzeyde kaygı ve 42 ve üzerinde puan alanlarda yüksek kaygı bulunduğu kabul edilmektedir (Öner ve Le Compte, 1983).

3.4. İşlem ve Veri Analizi

Yapılan araştırma ile doğum yapmak için hastaneye gelen anne adaylarının doğudan önce ve doğumdan sonra sürekli ve durumluk kaygı düzeyleri ve bunlar arasındaki ilişkiler belirlenecektir. Bu amaçla araştırmaya gönüllü olarak katılan bireylere doğumdan önce ve doğumdan sonra Spielberger 'in durumluk ve sürekli kaygı ölçekleri uygulanmıştır. Araştırma kapsamında yer alan 97 katılımcıdan her birine Antepartum ve Postpartum dönemde sürekli ve durumluk kaygı ölçekleri uygulanarak elde edilen veriler SPSS paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Her bir katılımcı için Doğum Öncesi Durumluk Kaygı (DÖDK), Doğum Sonrası Durumluk Kaygı (DSDK), Doğum Öncesi Sürekli Kaygı (DÖSK) ve Doğum Sonrası Sürekli Kaygı (DSSK) için toplam puanlar hesaplanmıştır. Hesaplanan bu puanların dağılımını belirlemek için çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Buna göre, elde edilen dört puan türünün de çarpıklık ve basıklık değerleri -1 ile +1 arasında değişmektedir. Elde edilen bu sonuçlar dağılımın normal olduğuna işaret etmektedir. Araştırmada kullanılan ölçeklerden elde edilen verilere ait dağılımlar normallik varsayımını sağladığından dolayı, yapılan olan analizlerde parametrik yöntemler kullanılmıştır. Bu kapsamda, Antepartum ve Postpartum dönemin karşılaştırılması amacıyla yapılan analizlerde, ilişkili örneklem için t-testi kullanılmışken, her iki ölçek için demografik değişkenler bazında yapılan karşılaştırmalarda ilişkisiz örneklem t-testi kullanılmıştır. Bunlara ek olarak her iki ölçekten elde edilen puanların arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı içinde Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Sonuçların yorumlanmasında 0.05 anlamlılık düzeyi dikkate alınmıştır.

Yapılan araştırmada kullanılan ölçeklerden elde edilen puanların güvenilirliğine ait sonuçlar Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Ölçeklerden Elde Edilen Puanların Güvenirliğine İlişkin Sonuçlar

Ölçek	N	Cronbach Alpha (α)	
		Antepartum Dönem	Postpartum Dönem
Durumluk Kaygı Ölçeği	20	0.92	0.91
Sürekli Kaygı Ölçeği	20	0.86	0.85

Tablo 1' de görüldüğü üzere, doğum öncesi ve doğum sonrası durumluk ve sürekli kaygı ölçeklerinden elde edilen puanlara ait Cronbach Alpha (α) güvenilirlik katsayısı değerleri 0.85 ile 0.92 arasında değişmektedir. Elde edilen bu değerler ölçeklerden elde edilen puanların iyi düzeyde güvenilir olduğuna işaret etmektedir.

Bu bölümde, örneklem grubunun demografik özelliklerine ait sonuçlar ve araştırma kapsamında incelenen değişkenlerle ilgili toplanan verilere ilişkin yapılan analiz sonuçları yer almaktadır.

4- BULGULAR

Bu bölümde, örneklem grubunun demografik özelliklerine ait sonuçlar ve araştırma kapsamında incelenen değişkenlerle ilgili toplanan verilere ilişkin yapılan analiz sonuçları yer almaktadır.

Araştırmaya katılan 97 bireyin demografik özelliklerine ait dağılım aşağıda Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Örneklem grubunun demografik özelliklerine ait frekans ve yüzde dağılımları

Değişkenler	f	%	
Yaş	18-23	20	20,6
	24-29	44	45,4
	30 ve üzeri	33	34,0
Eğitim Durumu	İlköğretim	35	36,1
	Lise ve üstü	62	63,9
Gelir Durumu	Gelir giderden az	7	7,2
	Gelir gidere denk	80	82,5
	Gelir giderden fazla	10	10,3
TOPLAM	97	100,0	

Örneklem grubunun demografik özelliklerine ait dağılımlar Tablo 2’de verilmiştir. Buna göre, araştırma kapsamındaki 18-23 yaş arasında olan katılımcıların sayısı 20 (%20,6) iken, 24-29 yaş aralığında olanların sayısı 44 (%45,4) ve yaşı 30 ve üzerinde olan katılımcıların sayısı ise 33’dür (%34). Eğitim durumu dikkate alındığında, araştırma kapsamındaki kadınların 35’i (%36,1) ilköğretim düzeyinde eğitime sahip iken, 62’si (%63,9) ise lise ve üstü eğitim düzeyine sahiptirler. Katılımcıların gelir durumlarına ait bulgulara göre, geliri giderinden az olanların sayısı 7 (%2,1) iken, geliri giderine denk olan katılımcıların sayısı 80 (%82,5) ve geliri giderinden fazla olan kadınların sayısı da 10’dur (%10,3).

Tablo 3. Örneklem Grubunun Sigara Kullanma Durumlarına Ait Frekans ve Yüzde Dağılımları

Değişkenler	f	%	
Sigara kullanma durumu	Evet	14	14,4
	Hayır	83	85,6
TOPLAM	97	100,0	

Tablo 3’de örneklem grubunun sigara kullanma özelliklerine ait dağılımlar verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, araştırma kapsamındaki kadınlardan 14’ü (%14,4) sigara kullanmakta iken, 83’ü (85,6) sigara kullanmamaktadır.

Araştırma kapsamında, katılımcıların antepartum ve postpartum dönemdeki durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin yaşlarına göre değişip değişmediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA sonuçları aşağıda Tablo 4 ve Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların yaşlarına göre Antepartum ve Postpartum dönemde durumluk düzeylerinin karşılaştırılmasına ait tek yönlü ANOVA sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	\bar{X}	Sd	F	p	N	\bar{X}	Sd	F	p
18-23	20	43.95				20	41.90			
24-29	43	43.76	2	1.15	0.32	43	43.67	2	1.89	0.56
30 ve üzeri	33	46.66				32	46.34			
Toplam	96	44.80				95	44.20			

Tablo 4’de görüldüğü üzere, antepartum dönemde, sürekli kaygı puan ortalamaları sırasıyla 30 yaş ve üstü (\bar{X} =46.66), 18-23 yaş arası (\bar{X} =43.95) ve 24-29 yaş arası (\bar{X} =34.76) yaş aralığındadır Ancak elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.32 > 0.05$). Postpartum dönemde ise yaş ilerledikçe kaygı puanları artmıştır. Buna göre, en yüksek kaygı puanları; 30 ve üzeri yaş aralığında (\bar{X} =46.34), 24-29 yaş arası (\bar{X} =43.67) ve 18-23 yaş arası (\bar{X} =41.90) şeklinde sıralanmıştır. Ancak farklı yaş düzeylerinde bulunan bu bireylerin sürekli kaygı puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.56 > 0.05$).

Tablo 5. Katılımcıların yaşlarına göre Antepartum ve Postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılmasına ait tek yönlü ANOVA sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	\bar{X}	Sd	F	p	N	\bar{X}	Sd	F	p
18-23	20	43.95				20	41.90			
24-29	43	43.76	2	1.15	0.32	43	43.67	2	1.89	0.56
30 ve üzeri	33	46.66				32	46.34			
Toplam	96	44.80				95	44.20			

Tablo 5’de görüldüğü üzere, antepartum dönemde, sürekli kaygı puan ortalamaları sırasıyla 30 yaş ve üstü (\bar{X} =46.66), 18-23 yaş arası (\bar{X} =43.95) ve 24-29 yaş arası (\bar{X} =34.76) yaş aralığındadır Ancak elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.32 > 0.05$). Postpartum dönemde ise yaş ilerledikçe kaygı puanları artmıştır. Buna göre, en yüksek kaygı puanları; 30 ve üzeri yaş aralığında (\bar{X} =46.34), 24-29 yaş arası (\bar{X} =43.67) ve 18-23 yaş arası (\bar{X} =41.90) şeklinde sıralanmıştır. Ancak farklı yaş düzeylerinde bulunan bu bireylerin sürekli kaygı puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.56 > 0.05$).

Araştırma kapsamında, katılımcıların antepartum ve postpartum dönemdeki durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin öğrenim durumlarına göre değişip değişmediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları aşağıda Tablo 6 ve Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların Antepartum ve Postpartum dönemde durumluk kaygı düzeylerinin öğrenim düzeylerine göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	\bar{X}	Sd	t	p	N	\bar{X}	Sd	t	p
İlköğretim	34	49.38	94	-2.07	0.04*	33	34.51	93	-2.67	0.01*
Lise ve üstü	62	54.43				62	40.53			
Toplam	96	52.65	95	38.44						

* p<0.05

Tablo 6'da elde edilen bulgulara göre, lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların antepartum dönemindeki durumluk kaygı düzeyleri (\bar{X} =54.43), ilköğretim düzeyindeki katılımcılara göre (\bar{X} =49.38) daha yüksek olarak elde edilmiştir. Elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.04 < 0.05). Benzer şekilde Postpartum dönemde de lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların durumluk kaygı düzeyleri (\bar{X} =40.53), ilköğretim düzeyindeki katılımcılara göre (\bar{X} =34.51) daha yüksek olarak elde edilmiştir. Elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.01 < 0.05).

Tablo 7. Katılımcıların Antepartum ve Postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin öğrenim düzeylerine göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	\bar{X}	Sd	t	p	N	\bar{X}	Sd	t	p
İlköğretim	34	43.20	94	-1.33	0.18	33	43.18	93	-0.85	0.39
Lise ve üstü	62	45.67				62	44.74			
Toplam	96	44.80	95	44.20						

Tablo 7'de elde edilen bulgulara göre, lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların Antepartum dönemindeki sürekli kaygı düzeyleri (\bar{X} =45.67), ilköğretim düzeyindeki katılımcılara göre (\bar{X} =43.20) daha yüksek olarak elde edilmiştir. Ancak elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.18 > 0.05). Benzer şekilde Postpartum dönemde de lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların sürekli kaygı düzeyleri (\bar{X} =44.74), ilköğretim düzeyindeki katılımcılara göre (\bar{X} =43.18) daha yüksek olarak elde edilmiş olup elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.39 > 0.05).

Araştırma kapsamında, katılımcıların Antepartum ve Postpartum dönemdeki durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin gelir düzeylerine göre değişip değişmediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA sonuçları aşağıda Tablo 8 ve Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların gelir düzeylerine göre Antepartum ve Postpartum dönemde durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılmasına ait tek yönlü ANOVA sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	\bar{X}	Sd	F	p	N	\bar{X}	Sd	F	p
Gelir giderden	7	53,57	2	0.10	0.90	7	36,28	2	0.17	0,84

az					
Gelir gidere denk	79	52,74		78	38,52
Gelir giderden fazla	10	51,20		32	39,30
Toplam	96	52,65		95	38,44

Tablo 8’de görüldüğü üzere, antepartum dönemde, durumsal kaygı puan ortalamaları en yüksek geliri giderden az ($\bar{X} = 53.57$), geliri gidere denk ($\bar{X} = 52.74$) ve geliri giderinden fazla ($\bar{X} = 51.20$) olacak şekilde sıralanmıştır. Gelir düzeyi arttıkça kaygı düzeyleri düşmektedir. Ancak elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.90 > 0.05$). Postpartum dönemde ise gelir düzeyi arttıkça durumluk kaygı puanları artmıştır. Buna göre, en yüksek kaygı puanları; geliri giderinden fazla ($\bar{X} = 39.30$), geliri gidere denk ($\bar{X} = 38.52$) ve geliri giderden az ($\bar{X} = 36.28$) şeklinde sıralanmıştır. Ancak farklı gelir düzeylerinde bulunan bu bireylerin durumluk kaygı puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.84 > 0.05$).

Tablo 9. Katılımcıların gelir düzeylerine göre Antepartum ve Postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılmasına ait tek yönlü ANOVA sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	\bar{X}	Sd	F	p	N	\bar{X}	Sd	F	p
Gelir giderden az	7	46.00				7	43.57			
Gelir gidere denk	79	44.81				78	44.33			
			2	0.11	0.89			2	0.05	0.94
Gelir giderden fazla	10	43.90				10	43.60			
Toplam	96	44.80				95	44.20			

Tablo 9’da görüldüğü üzere, antepartum dönemde, sürekli kaygı puan ortalamaları en yüksek, geliri giderden az ($\bar{X} = 46$), geliri gidere denk ($\bar{X} = 44.81$) ve geliri giderinden fazla ($\bar{X} = 43.90$) olacak şekilde sıralanmıştır. Gelir düzeyi arttıkça sürekli kaygı düzeyleri düşmektedir. Ancak elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.89 > 0.05$). Postpartum dönemde ise en yüksek kaygıya sahip bireyler, geliri giderine denk olan bireyler iken ($\bar{X} = 44.33$), geliri giderinden yüksek ($\bar{X} = 43.60$) ve geliri giderinden düşük ($\bar{X} = 43.57$) bireylerin sürekli kaygı puanları bir birine oldukça yakındır. Ancak farklı gelir düzeylerinde bulunan bu bireylerin sürekli kaygı puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.94 > 0.05$).

Araştırmada, katılımcıların antepartum ve aostpartum dönemdeki durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin sigara içme durumlarına göre değişip değişmediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları aşağıda Tablo 10 ve Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların Antepartum ve Postpartum dönemde durumluk kaygı düzeylerinin sigara içme durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	\bar{X}	Sd	t	p	N	\bar{X}	Sd	t	p
Evet	13	55.23	94	0.86	0.39	13	40.61	93	0.78	0.43
Hayır	83	52.24				82	38.09			
Toplam	96	52.65				95	38.44			

Tablo 10’da elde edilen bulgulara göre, sigara içen katılımcıların antepartum dönemindeki durumluk kaygı düzeyleri ($\bar{X} = 55.23$), sigara içmeyen katılımcılara göre ($\bar{X} = 52.24$) daha yüksek olarak elde edilmiştir. Ancak elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.39 > 0.05$). Benzer şekilde postpartum dönemde de sigara içen bireylerin durumluk kaygı düzeyleri ($\bar{X} = 40.61$), sigara içmeyen katılımcılara göre ($\bar{X} = 38.09$) daha yüksek olarak elde edilmiş olup elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.43 > 0.05$).

Tablo 11. Katılımcıların Antepartum ve Postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin sigara içme durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	\bar{X}	Sd	t	p	N	\bar{X}	Sd	t	p
Evet	13	46.46	94	0.73	0.46	13	44.76	93	0.26	0.79
Hayır	83	44.54				82	44.10			
Toplam	96	44.80				95	44.20			

Tablo 11’de elde edilen bulgulara göre, sigara içen katılımcıların antepartum dönemindeki sürekli kaygı düzeyleri ($\bar{X} = 46.46$), sigara içmeyen katılımcılara göre ($\bar{X} = 44.54$) daha yüksek olarak elde edilmiştir. Ancak elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.46 > 0.05$). Benzer şekilde postpartum dönemde de sigara içen bireylerin sürekli kaygı düzeyleri ($\bar{X} = 44.76$), sigara içmeyen katılımcılara göre ($\bar{X} = 44.10$) daha yüksek olarak elde edilmiş olup elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.79 > 0.05$).

5- SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Yapılan analizler neticesinde hipotez testlerine ilişkin aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Örneklem grubunun demografik özelliklerine ait dağılımlara göre, araştırma kapsamındaki 18-23 yaş arasında olan katılımcıların sayısı 20 (%20,6) iken, 24-29 yaş aralığında olanların sayısı 44 (%45,4) ve yaşı 30 ve üzerinde olan katılımcıların sayısı ise 33’dür (%34). Eğitim durumu dikkate alındığında, araştırma kapsamındaki kadınların 35’i (%36,1) ilköğretim düzeyinde eğitime sahip iken, 62’si (%63,9) ise lise ve üstü eğitim düzeyine sahiptirler. Katılımcıların gelir durumlarına ait bulgulara göre, geliri giderinden az olanların sayısı 7 (%2,1) iken, geliri giderine denk olan katılımcıların sayısı 80 (%82,5) ve geliri giderinden fazla olan kadınların sayısı da 10’dur (%10,3). Ayrıca örneklem grubundaki kadınlardan 14’ü (%14,4) sigara kullanmaktadır.

1. Kadınların bulunduğu yaş aralığına göre antepartum dönemde durumluk kaygı puan ortalamaları en yüksekten aza doğru sıralaması 18-23 yaş arası, 24-29 yaş arası ve 30 ve üzeri yaş aralığındadır. Aynı sonuç postpartum dönem içinde çıkmıştır. Durumluk kaygının aksine sürekli kaygıda Antepartum dönem, puan ortalamaları sırasıyla 30 yaş ve üstü, 18-23 yaş arası ve 24-29 yaş arası yaş aralığındadır. Sürekli kaygı yaşayan kadınların sonuçları postpartum dönem içinde antepartum dönemle aynı çıkmıştır. Her ne kadar kaygı ortalamalarında çıkan farklılık istatistiki olarak anlamlı çıkmamıştır. Bu durumda H_1 hipotezi reddedilmiştir. Buradan çıkarılacak en genel sonucun durumluk kaygıda yaş arttıkça kaygı azalırken, sürekli kaygıda farklı yaş gruplarında kaygı ortalamalarının farklılık gösterdiği yönünde olduğu söylenebilir. Diğer bir ifadeyle kaygı ortalamaları ile yaş arasında ortalamalar bazında bir ilişkinin olduğu söylenebilir. Yaş değişkeni sadece annede değil doğumdan sonra çocuklarda ve anne çocuk bağlanmalarında da önemli olabilmektedir. Cebeci'nin (2009) araştırmasında erkek çocuklarının güvenli bağlanmaları kız çocuklarına göre daha yüksektir. 10-12 yaş grubu çocukları kaygı düzeyleri 7-9 yaş grubundaki çocuklarınkine göre yüksek çıkmıştır. Dolayısıyla annenin doğum sırasında yaşayabileceği kaygı durumu çocuğun ileriki yaşantılarını etkileyebileceği söylenebilir. Buradan hareketle annenin yaş grubuna bağlı olarak bilgilendirici eğitimlere alınması önerilebilir.
2. Kadınların eğitim seviyesine göre antepartum dönemindeki durumluk kaygı düzeyleri eğitim seviyesi arttıkça artmaktadır. Postpartum dönemde de lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların durumluk kaygı düzeyleri ilköğretim düzeyindeki katılımcılara göre daha yüksek olarak elde edilmiştir. Antepartum dönemindeki sürekli kaygı düzeyleri yine eğitim seviyesi arttıkça artmıştır. Sürekli kaygıların postpartum dönemde de lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olan kadınların ilköğretim mezunu kadınlara göre daha yüksek olduğunu sonucuna ulaşılmıştır. Diğer bir ifadeyle eğitim seviyesi arttıkça kaygı düzeylerinin artması aralarında pozitif bir ilişkiden söz edilebilir. Bu durumda H_2 hipotezi kabul edilmiştir. Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin eğitim seviyesinin artmasına bağlı olarak artması dikkati çeken bir sonuç olarak karşımıza çıktığı söylenebilir. Akbaş, Vırt, Savaş, ve Sertbaş'ın (2008) araştırmasında anne adayların yaş ortalaması yaklaşık 27 olarak bulunmuştur. Kaygı puanları ile eğitim seviyesi arasında negatif bir ilişkiden bahsedilmektedir. Ancak bu araştırmadan farklı olarak ilgili araştırmada eğitim seviyesi arttıkça azalmaktadır. Bunun sebebinin araştırma örneklemin farklılık ve zenginliği ile ilgili olabileceği söylenebilir. Bu sonuç farklılıklarından hareketle yapılacak diğer araştırmaların daha büyük örneklem ve Türkiye'nin çeşitli illerinde bölgesel ve uzamsal boyutta olması önerilebilir.
3. Kadınların gelir durumuna göre, antepartum dönemde durumsal kaygı puan ortalamaları geliri giderden az olandan geliri giderinden fazla olana doğru azaldığı görülmektedir. Durumsal kaygı gelir durumu arttıkça azalırken farklı olarak postpartum dönemde ise gelir düzeyi arttıkça durumluk kaygı puanları artmıştır. Kadınların sürekli kaygı bulguları gelir durumuna göre bakıldığında antepartum dönemde, puan ortalamaları en yüksek, geliri giderden az geliri giderinden fazla olana göre azalmıştır. Sürekli kaygı antepartum dönemde gelir düzeyi arttıkça sürekli kaygı düzeyleri düşmekte yine farklı olarak postpartum dönemde sürekli kaygı ise gelir durumuna göre çok az bir farklılığa sahiptir. Gelir değişkeni durumsal ile sürekli kaygı arasında benzer sonuçlara sahip olmadığı söylenebilir. Diğer bir ifadeyle kadınlarda durumluk kaygı gelir ile negatif bir ilişkiye sahipken sürekli kaygıda ise nispeten pozitif bir ilişkiden söz edilebilir. Yine kendi içerilerinde dönemlere göre de farklı sonuçlara sahip oldukları bulgulara dayalı olarak yorumlanabilir. Bu durumda H_3 hipotezi kabul edilmiştir. Aydın'ın (2016) ve Kaplan, Bahar ve Sertbaş'ın (2007) araştırma sonuçları doğum öncesi kaygı ile doğum sonrası kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığın bulunduğu yönündedir. Benzer olarak gelir durumu değişkeninin her ne kadar doğum öncesi kaygı arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki olmasa da kaygı ortalamalar arasında var olan farklılık ev ekonomisinin kadınların kaygılarını çok az da olsa etkilediğini doğruladığı söylenebilir. Dolayısıyla aile planlamasında ekonominin de düşünülmesi bir takım sorun ve kaygıların ortadan kalkabileceğini yönelik düşüncenin barındırılması öneri olarak söylenebilir.
4. Kadınların sigara içme durumlarında göre antepartum dönemindeki durumluk kaygı düzeyleri sigara içmeyen kadınlara göre daha yüksek olduğu postpartum dönemde de sigara içen bireylerin durumluk kaygı düzeyleri daha yüksek olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Diğer taraftan benzer olarak sürekli kaygı durumu sigara içme durumuna göre antepartum dönemindeki sigara içen kadınların daha yüksek olduğu söylenebilir. Benzer şekilde postpartum dönemde de sigara içen kadınların sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Gerek durumluk gerekse sürekli kaygı durumlarının sigara içen kadınların daha fazla olması beklenen bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sonuç sağlığa zararlı ve kullanımı yaygın olan sigara içmenin kadınlarda kaygıyı arttırdığı yönünde bir sonuca neden olduğu biçiminde yorumlanabilir. Bu durumda H_4 hipotezi kabul edilmiştir. Duran ve Atan'ın (2011), Karaman'ın (2009) ve Yüksel'in (2014) araştırmalarında da olduğu gibi sigara değişkeni her sağlık sorununu tetikleyici niteliktedir. Anne aday ve annelere mümkün olduğunca madde bağımlılıklarının en azından bu süreçte ve tümüyle kullanılmaları yönünde önerilebilir.

Bu çalışma gebelerin şu anda verdikleri cevaplar sonucunda yapılmış kesitsel bir çalışmadır. İleride bu konu ile ilgili uzamsal bir çalışmanın yapılması farklı sonuçları da beraberinde getirebilir.

KAYNAKLAR

- Akbaş, E., Vırit, O., Savaş, A. H., & Sertbaş, G. (2008). Gebelikte Sosyo-demografik Değişkenlerin Kaygı ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 45(3), 85-91.
- Arslan, H., Gürkan, Ö.C., Ekşi, Z. ve ark (2006). Doğum Sonrası Depresyonun Annelik Yaşamına Etkileri. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*. 3(10), 71-80.
- Aslan, Ş. (2016). Doğum yapmak için hastaneye başvuran primipar kadınların beklentileri ve doğum sürecinde yaşadıkları (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- Börü, F. (2016). Primipar kadınların doğum kaygısı ile doğum şeklini seçmeleri arasındaki ilişki (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2014). Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Ankara: Pegem Akademi.
- Cattell R. B. ve I. H. Scheier (1975). *The Nature of Anxiety*, NY: Springer.
- Cebeci, S. C. T. (2009). Tam aileye ve tek ebeveyne sahip ailelerden gelen 7-12 yaşları arasındaki çocukların bağlanma stilleri ve kaygı durumları arasındaki ilişki. (Yüksek Lisans tezi), Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Cruise, R. J., Cash, R. W., ve D. L. Bolton (1985). Development and Validation of an Instrument to Measure Statistical Anxiety, *American Statistical Association Proceedings of the Section on Statistics Education*, 92-97.
- Çakır Koçak, Y. (2007). İlk kez anne-baba olacıklara antenatal dönemde verilen eğitimin kaygı düzeylerine etkisi (Doktora Tezi) Ege Üniversitesi, İzmir.
- 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.
- Duran, E. T., & Atan, Ş. Ü. (2011). Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *Genel Tıp Dergisi*, 21(3), 83-88.
- Howard, G. S. ve R. Smith (1986). Computer Anxiety in Management Reality?, *Communications of the ACM*, 29(7), 611-615.
- Kaplan, S., Bahar, A., & Sertbaş, G. (2007). Gebelerde Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 113-121.
- Karabulut, G. (2014). Gebelikte doğum beklentisinin postpartum depresyon geliştirme üzerine etkisi (Yüksek Lisans Tezi), Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Karaman, S. (2009). Sağlık ile ilgili programlarda öğrenim gören üniversite öğrencilerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri (Yüksek Lisans Tezi). Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- Kuşu N, Akyüz G. (2001). Gebelikte Ruhsal Durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23, 61-64.
- Özdamar, Ö., Yılmaz, O., Beyca, H. H., Muhcu, M. (2014). Gebelik ve Postpartum Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45(2), 71-77.
- Mikulincer, M., P. Kedeş ve D. Paz (1990). Anxiety and Categorization-I: The Structure and Boundaries of Mental Categories, *Personality and Individual Differences*, 11(8), 805-814.

Özgüven, İ. E. (1994). *Psikolojik Testler*, Ankara: Yeni Doğu Matbaası.

Richardson, F. ve R. Suinn (1972). The Mathematics Anxiety Rating Scale; Psychometric Data, *Journal of Counseling Psychology*, 19(6), 551-554.

Spielberger, C. D. (1966). The Effects of Anxiety on Complex Learning and Academic Achievement, İçinde C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and Behaviour* (ss. 361-398), NY: Academic.

Spielberger, C. D. (1983), *State- Trait Anxiety Inventory for Adults*, California: Mind Garden Inc.

Yüksel, B. (2014). Kaygı belirtilerini açıklamada bağlanma, pozitif ve negatif duygu düzenleme ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkiyi bütüncü model arayışı (Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Hastaların Erkek Hemşireler Hakkındaki Görüşleri

Papatya KARAKURT* Arzu YILDIRIM* Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR**

Öz

Amaç: Bu araştırma, hastanede yatmakta olan hastaların erkek hemşireler hakkındaki görüşlerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırmanın evrenini, Erzincan Devlet Hastanesi A Blokta yatmakta olan hastalar, örneklemini ise araştırmaya katılmaya gönüllü, iletişim kurulabilen, 18 yaş ve üzerindeki bireyler oluşturmuştur (n=189). Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu kullanılarak hastalar ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, ortalama ve ki-kare testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 54.35±19.16 olup, %51.9'unun kadın, %50.8'inin okuruazar-ilkokul mezunu ve %49.7'sinin ev hanımı olduğu saptanmıştır. Hastaların %69.3'ünün erkeklerin hemşirelik yapabileceğini bilmediğini, %46.6'sının cinsiyet ayrımının olmaması gerektiği için, %54'ünün ise erkek hastalara erkek hemşirelerin, kadın hastalara bayan hemşirelerin bakım vermesi gerektiği için bu mesleğe erkeklerin alınması gerektiğini düşündüklerini belirtmişlerdir. Hastaların %61.4'ünün hemşirelik mesleğine erkeklerin alınmasının dezavantaj olmayacağını, %37.6'sının mesleki zorlukların hafifleyeceğini, %36.6'sının hasta bakım kalitesinin artacağını düşündüklerini ifade etmişlerdir. Hastaların %38.6'sı erkek hemşirelerin tüm kliniklerde, %33.3'ü acil-yoğun bakım-ameliyathanede çalışmalarının daha uygun olacağını, %62,4'ünün erkek hemşirelerin kadın-doğum kliniği ve %20.1'ide kadın cerrahi kliniğinde çalışmalarının uygun olmayacağını ifade etmişlerdir. Hastanede yatan hastaların yaşına, cinsiyetine, çalışma ve medeni durumlarına göre erkeklerin hemşirelik yapabilme durumu arasındaki farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir. Hastaların eğitim durumu ile erkeklerin hemşirelik yapabilme durumu arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. **Sonuç:** Hastaların hemşirelik mesleğinde erkek hemşirelerin de olması gerektiğini belirttikleri ve mesleki zorlukların kalkması ile hasta bakım kalitesinin artacağını, mesleğe erkeklerin alınmasının dezavantaj olmayacağını ifade ettikleri saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelik mesleği ve cinsiyetle ilgili çalışmaların yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hasta,erkek hemşire, hemşirelik

Views of Patients About Male Nurses

Abstract

Objective: The current study was done in order to assess views of patients who stayed at hospitals about male nurses. **Material and Method:** The population of this descriptive study was composed of patients who stayed at B Block of Erzincan State Hospital. The sample of the study was consisted of those who volunteered to participate in the study, were able to communicate and aged over 18 years (n=189). The data were collected using a questionnaire designed by the researchers through a face to face interview method. For the data collection; percentages, means and chi-square test were used. **Findings:** It was seen that mean age of the participants was 54.35±19.16 years, 51.9% of them were female, 50.8% of them were literate or had primary school degree and 49.7% of them were housewives. According to patients' answers; 69.3% of them did not know that males could work as a nurse. Patients thought that males should be recruited as nurses because 46.6% of them believed that there should not be any sex discrimination, 54% of them believed that male patients should be cared by male nurses while female patients should be cared by female nurses. According to patients; recruiting males for nursing profession would not create a disadvantage (61.4%), would diminish professional difficulties (36.6%), would increase patient care quality (36.6%). Patients told that male nurses could work at all clinics, (38.6%), it would be more appropriate for male nurses to work at emergency-intensive care units and surgery rooms (33.3%) but male nurses could not work at clinic of obstetrics and gynecology (62.4%) and at surgery clinics for female diseases (20.1%). It was identified that the difference between status of males' working as nurse and patients' age, sex, status of work and marital status was insignificant while there was a significant difference between status of males' working as nurse and patients' educational status. **Conclusion:** It was found that patients stated that there should be male nurses too in nursing profession, patient care quality would increase with professional barriers being eliminated and recruiting males in nursing profession would be no disadvantage at all. In the light of these results; it would be recommended that studies on nursing profession and sex would be conducted.

Keywords:Patient, male nurse, nursing

*Doç.Dr. Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

pkarakurt@erzincan.edu.tr, ayildirim@erzincan.edu.tr

**Pof. Dr. Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi rhacihanoglu@erzincan.edu.tr

Giriş

Hemşirelik, tüm dünyada kadınların baskın olduğu mesleklerden biri olmuş ve insanoğlunun var oluşu ile başlayan hemşirelik, kadının şefkatli, şifa verici rolü ve doğasında bulunan fedakarlık ile özdeşleşmiştir. Bakım ve hemşirelik, yüzyıllar boyunca kadın ile birlikte tanımlanmış ve kadınlara özgü bir meslek olarak kalmıştır (Turan, Öztürk, Kaya & Atabek Aştı, 2011; Kaya, Turan & Öztürk, 2011). Oysa ki hemşirelik; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme, rehabilite etme ve yaşam kalitesini her durumda yükseltmeyi hedefleyen bir meslek olup, cinsiyet ayrımcılığı olmaksızın her iki cins tarafından da uygulanabilecek bir meslektir (Turan vd., 2011; Terzioğlu & Taşkın, 2008).

Sağlık çalışanları içinde en büyük grubu oluşturan ve hasta ile uzun süreli ilişkiye sahip olan hemşireler, gizli güce sahiptirler. Bu gücü kadın erkek hemşire fark etmeksizin hastalara bakımda kullanırlar, çünkü hemşireliğin temel ilgi alanı insanlardır. Birey, ailesi ve çevresi ile, başka bir ifade ile toplumla bir bütündür. Mesleki pozisyonları gereği, hastaların/hizmet verdikleri bireylerin gereksinimlerini bilen hemşireler, bu bilgilerini hastanede ve toplumda bireylerin gereksinimlerinin karşılanması için yalnızca bireyin değil aynı zamanda toplumun sağlığını geliştirme, koruma ve iyileştirme işlevlerini yerine getiren, dinamik bir süreçtir (Ay, 2007; Karaöz, 2004). Hemşireliğin soyolojik özelliklerinin en başında cinsiyet faktörü gelir (Ulusoy & Görgülü, 2001). Bu süreci gerçekleştirirken meslekte cinsiyet ayrımı yapılmadan kadın erkek hemşire farketmeksizin topluma hizmeti sürdürmesi gerekir.

Ülkemizde lisans düzeyinde hemşirelik eğitimi veren okullara erkek öğrenciler 2007 yılında 5634 sayılı “Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”da yapılan değişiklik sonucu alınmaya başlanmıştır (Türk Hemşireler Derneği, 2009). Günümüzde hemşirelik mesleğinde erkek üyelerin sayısı giderek artış göstermektedir. Ülkemizde hemşirelik öğrencileriyle yapılan çeşitli çalışmalarda da öğrencilerin yarısından fazlasının mesleğe erkek hemşirelerin alınması gerektiğini ve erkek hemşirelere olumlu baktıkları belirlenmiştir (Sarıtaş, Karadağ & Ayar, 2007; Kocaer, Öztop, Usta, Gökçek, Bahçecik, Öztürk & Paslı, 2004; Arıkan, Karaman & Yağcı, 2000; Eksen, Birgili, Tümer, Bozyer, Gezer & Karaefe, 1999).

Türkiye’deki erkek hemşire imgesinin genelde olumlu yönde olduğu saptanmıştır (Kaya vd., 2011). Ayrıca sağlıklı/hasta bireylerle, üniversite öğrencileri ve farklı meslek gruplarıyla yapılan çeşitli çalışmalarda da hemşirelik mesleğine erkek bireylerin alınmasına yönelik farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmalarda katılımcıların çoğu erkeklerin de hemşirelik yapabileceğini bildiğini, hemşireliği daha çok kadın mesleği olarak görmekle birlikte, erkek hemşirelere bakış açılarının olumlu olduğu, ayrıca erkek hemşirelerin daha çok erkek hastaların çoğunlukta olduğu kliniklerde çalışmaları gerektiği belirtilmiştir (Kaya vd., 2011; Ekinci, Dikici, Derya, Andsoy, Dinç & Şahin, 2014; Ünsal, Akalın & Yılmaz, 2010; Bayık Temel & Karabulut, 2009; Yılmaz & Karadağ, 2009; Tezel, Akpınar, Yurttas & Çelebioğlu, 2008; Taşcı, 2007).

Ülkemizde sağlık alanındaki gereksinimler günden güne artış göstermektedir. Bu durumda hemşirelik mesleğinde erkek hemşirelerin de günden güne arttığının bir göstergesidir. Bu bilgiler ışığında araştırma, hastanede yatmakta olan hastaların erkek hemşireler hakkındaki görüşlerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırmanın evrenini, 2 Haziran-18 Temmuz 2008 tarihleri arasında Erzincan Devlet Hastanesi A Blokta yatmakta olan hastalar, örneklemini ise araştırmaya katılmaya gönüllü, iletişim kurulabilen, 18 yaş ve üzerindeki bireyler oluşturmuştur (n=189). Araştırmanın uygulanması öncesinde, çalışmanın yürütüleceği hastaneden izin alınmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan soru formu kullanılarak hastalar ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır (Kocaer vd., 2004; Arıkan vd., 2000; Eksen vd., 1999; Özbaşaran, Taşpınar & Çakmakçı, 2002; Fadiloğlu, Işık, Özbayır & Özsoy, 1992; Karadakovan, 1997). Soru formunda hastaların tanıtıcı özellikleri arasında yaş, cinsiyet, medeni, öğrenim, çalışma, gelir durumu ve yaşadığı yere yönelik 7 soru yer almaktadır. Hastaların hastanede erkeklerin hemşirelik yapmaya yönelik bilgi durumları, mesleğe erkeklerin alınmasının avantajları ve dezavantajlarına yönelik ise 7 soru bulunmaktadır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 54.35±19.16 olup, %51.9’unun kadın, %80.4’ünün evli, %50.8’inin okuryazar-ilkokul mezunu olduğu, %64.6’sının çalışmadığı, %49.7’sinin gelirinin giderine eşit ve %49.7’sinin şehir merkezinde yaşadığı saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1 Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=189)

Tanıtıcı Özellikler	S	%
Yaş	18	9.5
18-25	19	10.1
26-33	13	6.9

34-41	28	14.8
42-49	21	11.1
50-57		
58 ve ↑	90	47.6
Cinsiyet		
Kadın	98	51.9
Erkek	91	48.1
Medeni Durum		
Evli	152	80.4
Bekar	14	7.4
Boşanmış/Dul	23	12.2
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	56	29.6
Okur-yazar-ilkokul	96	50.8
Ortaokul	12	6.3
Lise	16	8.5
Üniversite	9	4.8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	67	35.4
Çalışmıyor	122	64.6
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	79	41.8
Gelir gidere eşit	94	49.7
Gelir giderden fazla	16	8.5
Yaşadığı Yer		
İl	94	49.7
İlçe	26	13.8
Kasaba/Köy	69	36.5
Yaş (Ort. ±SS=)	54.35±19.16 (Min:18-Max:91)	

Tablo 2 incelendiğinde hastaların %69.3'ünün erkeklerin hemşirelik yapabileceğini bilmediğini ifade etmişlerdir. Hastaların %16.9'unun hemşirelik mesleğine erkeklerin alındığını medyadan öğrendikleri, %46.6'sının cinsiyet ayrımının olmaması gerektiği için, %54'ünün ise erkek hastalara erkek hemşirelerin, kadın hastalara bayan hemşirelerin bakım vermesi gerektiği için bu mesleğe erkeklerin alınması gerektiğini düşündüklerini belirtmişlerdir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %61.4'ünün hemşirelik mesleğine erkeklerin alınmasının dezavantaj olmayacağını, %37.6'sının mesleki zorlukların hafifleyeceğini, %36.5'inin hasta bakım kalitesinin artacağını düşündüklerini ifade etmişlerdir. Hastaların %38.6'sı erkek hemşirelerin tüm kliniklerde, %33.3'ü acil-yoğun bakım-ameliyathanede ve %32.8'ide erkek cerrahi kliniğinde çalışmalarının daha uygun olacağını belirtmişlerdir. Ayrıca hastaların %62.4'ünün erkek hemşirelerin kadın-doğum kliniği ve %20.1'ide kadın cerrahi kliniğinde çalışmalarının uygun olmayacağını ifade etmişlerdir.

Tablo 2 Hastaların Erkek Hemşireler Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı (n=189)

Özellikler	S	%
Erkeklerin hemşirelik yapıp yapmadığını bilme durumu		
Evet	58	30.7
Hayır	131	69.3
Erkek hemşirelerin var olduğunu bilenlerin bunu nereden öğrendiği*		
Medya (TV, radyo, gazete, internet)	32	16.9
Çevredeki tanıdık erkek hemşireler	19	10.1
Hastanede çalışan erkek hemşireler	18	9.4
Mesleğe erkeklerin alınma nedenleri *		
Herkes eşittir	88	46.6
Erkek hastalara erkekler, kadın hastalara kadınlar bakar	102	54.0
Bilmiyor	9	4.8
Mesleğe erkek hemşirelerin getirecekleri avantajlar*		
Hastalarla iletişim daha iyi olur	62	32.8
Mesleki zorluklar hafifler	71	37.6

Hasta bakım kalitesi artar	69	36.5
Bilmiyorum	59	31.2
Mesleğe erkek hemşirelerin getirecekleri dezavantajlar*		
Dezavantaj olmaz	116	61.4
Kadın hemşirelerin ilerlemesini engeller	15	7.9
Hastaya bakım vermezler	11	5.8
Bilmiyorum	51	27.0
Erkek hemşireler sizce hangi klinikte çalışmalı*		
Erkek cerrahi	62	32.8
Psikiyatri	29	15.3
Üroloji	48	25.4
Dahiliye+Nöroloji	24	12.7
Acı+Yoğun bakım+Ameliyathane	63	33.3
Tüm klinikler	73	38.6
Bilmiyorum	19	10.1
Erkek hemşireler sizce hangi klinikte çalışamaz*		
Kadın doğum	118	62.4
Kadın cerrahi	38	20.1
Çocuk	7	3.7
Bilmiyorum	70	37.1

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hastanede yatan hastaların yaşına, cinsiyetine, çalışma ve medeni durumlarına göre erkeklerin hemşirelik yapabilme durumu arasındaki farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir. Hastaların eğitim durumu ile erkeklerin hemşirelik yapabilme durumu arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3 Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Erkeklerin Hemşirelik Yapabileceğine İlişkin Düşünceleri (n=189)

Tanıtıcı özellikler	Erkeklerin Hemşirelik Yapabilme Durumu				X ² , p
	Evet		Hayır		
	Sayı	%*	Sayı	%*	
Yaş					X ² =7.151 p=.210
18-25	6	3.2	12	6.4	
26-33	5	2.7	14	7.4	
34-41	7	3.7	6	3.2	
42-49	12	6.4	16	8.4	
50-57	6	3.2	15	7.9	
58 ve ↑	22	11.5	68	36.0	
Eğitim Durumu					X ² =25.587 p=0.000
Okur-yazar değil	6	3.2	50	26.5	
Okur-yazar-ilkokul	31	16.4	65	34.3	
Ortaokul	5	2.7	7	3.7	
Lise	9	4.7	7	3.7	
Üniversite	7	3.7	2	1.1	
Cinsiyet					X ² =.115 p=.735
Kadın	29	15.3	69	36.6	
Erkek	29	15.4	62	32.7	
Çalışma Durumu					X ² =.021 p=.885
Çalışıyor	21	11.1	46	24.3	
Çalışmıyor	37	19.6	85	45.0	
Medeni durum					X ² =1.845 p=.398
Evli	47	24.8	105	55.6	
Bekar	6	3.2	8	4.2	
Dul/Boşanmış	5	2.7	18	9.5	

*sütun yüzdesi alınmıştır

Tartışma

Hemşirelik mesleğinde günümüzde erkeklerin sayısı giderek artış göstermektedir. Bu durum mesleğin nicelik açısından heterojenlik kazanmasını sağlamaktadır. Sağlık alanında hastalar artık erkek hemşirelerden de bakım almakta ve onları bu mesleğin bir üyesi olarak kabul etmektedirler.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %30.7'sinin erkeklerinde hemşirelik yaptıklarını bildikleri saptanmıştır. Kaya ve diğerleri'nin (2011) yaptıkları bir çalışmada bireylerin %71.4'ünün Türkiye'de erkeklerin de hemşirelik yapabileceğini bildiği ve Türkiye'deki erkek hemşire imgesinin genelde olumlu yönde olduğu saptanmıştır. Farklı meslek gruplarıyla yapılan bir çalışmada bireylerin %85.8'i erkeklerin hemşirelik yapabileceğini, %78.3'ü erkeklerin de hemşire olması gerektiğini belirtmişlerdir (Ünsal vd.,2010). Mühendislik Fakültesinde öğrenim gören erkek öğrencilerle yapılan bir çalışmada öğrencilerin %44.7'si hemşireliği kadınlara özgü bir meslek olarak değerlendirdikleri, %13.3'ü erkeklerin hemşirelik mesleğini seçmelerini komik bulduklarını, öğrencilerin büyük çoğunluğunun hemşireliği kadınlara özgü bir meslek olduğunu düşünmekle birlikte erkek hemşirelere bakış açılarının olumlu olduğu belirlenmiştir (Ekinci vd., 2014). Bu çalışmaların yanı sıra yurtiçi ve yurt dışında yapılan birçok çalışmada da bireylerin erkeklerin de hemşirelik yapabileceğine yönelik düşüncelerinin olumlu olduğu belirlenmiştir (Sarıttaş vd.,2007;Kocaer vd.,2004;Arıkan vd., 2000; Özbaşaran vd.,2002; Meadus & Twomey, 2007; Kleinman, 2004; Mackintosh, 1997). Yapılan çalışmalarda da görüldüğü gibi bireylerin erkeklerin hemşirelik yapıp yapmama durumunu yönelik düşünceleri değişkenlik göstermesine rağmen toplumda erkek hemşireye yönelik tutumun olumlu olduğu düşünülmektedir.

Bilim ve teknolojinin gelişmesiyle insanlar istedikleri bilgilere daha kısa sürede ulaşmakta ve bazı konularda farkındalıkları artmaktadır. Sağlık alanındaki gelişmelerde bilim ve teknolojiye paralel olarak geliştiği için, bireylerin sağlıkla ilgili haberlere ulaşmaları medya aracılığıyla en kısa zamanda gerçekleşmektedir. Bu araştırmada da hastaların erkek hemşirelerin varlığını en çok medyadan (%16.9) duydukları saptanmıştır. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak Ünsal ve diğerleri'nin (2010) yaptıkları çalışmada da bireylerin erkek hemşirelerin varlığını en çok medyadan duydukları belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastalar hemşirelik mesleğine erkeklerin alınma nedenlerinden birinci sırada erkek hastalara erkekler, kadın hastalara kadınlar bakmalı (%54.0) şeklinde cevap vermişlerdir. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak yapılan bir çalışmada da bireylerin %42.0'si erkeklerin hemşirelik mesleğine alınma nedeni olarak herkes eşittir, %48.4'ü ise erkeklere erkek, kadınlara bayan hemşire bakmalı ifadelerini kullandıkları belirlenmiştir (Eksen vd.,1999). Kocaer ve diğerleri'nin (2004) akademisyenlerle yaptıkları çalışmada ise %89.0'u hemşireliğe erkek üyelerin alınması hemşirelik mesleğinin statüsünü artırır, %86.0'sı hemşireliğe karşı önyargılar azalır şeklinde ifade etmişlerdir. Taşcı'nın (2007) yaptığı çalışmada da kadın doğum servislerinde yatmakta olan hastaların erkek hemşirelerden bakım almaktan rahatsızlık duyacakları, hemşireliği kadın mesleği olarak gördükleri ve erkek hemşirelerin kadın doğum servisleri dışında erkek hastaların çok olduğu servislerde görev almalarının daha iyi olacağını düşündükleri saptanmıştır.

Mesleğe erkek hemşirelerin getirecekleri avantajlar nelerdir sorusuna hastaların %37.6'sı "mesleki zorluklar hafifler", %36.5'inin "hasta bakım kalitesi artar" ve %32.8'inin de "hastalarla iletişim daha iyi olur" şeklinde ifade ettikleri belirlenmiştir. Erkek hemşire öğrencilerle yapılan bir çalışmada öğrencilerin %15.4'ünün hemşirelik mesleği üzerindeki olumsuz ön yargıların ortadan kalkabileceğini ifade etmişlerdir (Yılmaz & Karadağ, 2009). Bir sağlık yüksek okulunun öğretim elemanları ve öğrencileriyle yapılan bir çalışmada öğretim elemanlarının tümü öğrencilerin ise %96.9'unun hemşireliğe erkek üye alınmasını istediklerini bildirmişlerdir. Hemşirelik mesleğine erkek üye alınmasının avantajlarına bakıldığında; öğretim elemanlarının %96'sının, öğrencilerin %91.3'ünün hastalarla iyi iletişim kuramayacaklarını, %84'ünün, öğrencilerin %73.6'nın bakımın kalitesinin artmayacağını, öğretim elemanlarının %89'unun, öğrencilerin %51.7'sinin toplumsal statüsünün artacağına inandıkları belirtilmiştir (Kocaer vd.,2004).

Mesleğe erkek hemşirelerin getirecekleri dezavantajlar nelerdir sorusuna hastaların %61.4'ünün "dezavantaj olmaz", %27.0'inin "bilmiyorum" şeklinde cevap verdikleri belirlenmiştir. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak yapılan bir çalışmada da mesleğe erkek üye alınmasının dezavantajlarının ne olacağı sorusuna öğretim elemanlarının %65.9'unun, öğrencilerin ise %72.4'ünün dezavantaj olmayacağını, hemşirelik bakımını uygulamada ve iletişim güçlüğü yaşamada dezavantaj olmayacağını ifade ettikleri belirlenmiştir (Kocaer vd.,2004).

Erkek hemşireler sizce hangi klinikte çalışmalı sorusuna hastaların %38.6'sının tüm kliniklerde çalışabilir, %33.3'ünün Acı+Yoğun bakım+Ameliyathanede ve %32.8'ininde erkek cerrahi kliniğinde çalışabilir şeklinde cevap verdikleri belirlenmiştir. Arıkan ve diğerleri'nin (2000) hemşirelik yüksek okulu öğrencileriyle yaptığı çalışmada da %44.4'nün erkek hemşirelerin tüm kliniklerde, %18'inin erkek cerrahi servislerinde çalışabileceklerini ifade etmişlerdir.

Erkek hemşireler sizce hangi klinikte çalışamaz sorusuna hastaların %62.4'ünün kadın doğum kliniğinde çalışamaz ifadesini kullandıkları belirlenmiştir. Taşcı'nın (2007) yaptığı çalışmada kadın doğum servislerinde yatmakta olan hastaların erkek hemşirelerden bakım almaktan rahatsızlık duyacakları, hemşireliği kadın mesleği olarak gördükleri ve erkek hemşirelerin kadın doğum servisleri dışında erkek hastaların çok olduğu servislerde görev almalarının daha iyi olacağını düşündükleri saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada

da öğrencilerin %46.8'inin erkek hemşirelerin kadın doğum servisinde çalışamayacaklarını ifade ettikleri belirlenmiştir (Arıkan vd., 2000).

Hastaların yaş grubuna göre erkeklerin hemşirelik yapabilme durumu arasındaki farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir. Hastalarla yapılan bir çalışmada ise hastaların yaş grubuna göre erkek hemşireler hakkındaki düşünceleri arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (Taşçı, 2007).

Araştırma kapsamına alınan hastaların eğitim durumuna göre erkeklerin hemşirelik yapabilme durumu arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu araştırma bulgusuna benzer şekilde Akgün Kostak, Akçakoca & Sıcak'ın (2015) yaptıkları çalışmada da hastanede yatan çocukların ebeveynlerinin eğitim durumu ile erkeklerin hemşirelik yapabilme durumu arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Taşçı'nın (2007) yaptığı çalışmada da eğitim durumu ile hastaların erkek hemşirelere yönelik düşünceleri arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır.

Hastaların cinsiyeti ile erkeklerin hemşirelik yapabilme durumu arasındaki farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada ise hastanede yatan çocukların ebeveynlerinin cinsiyeti ile erkeklerin hemşirelik yapabilme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Akgün Kostak vd., 2015). Hastanede yatan 5-18 yaş gurubu çocuklarla yapılan bir çalışmada ise çocukların %42.7'si erkeklerin hemşire olabileceğini, kız çocukların %29.8'inin, erkek çocukların ise %74.7'sinin erkek hemşire tarafından bakım almak istediklerini belirtmişlerdir (Esenay, İşler & Başbakkal, 2005). Araştırma kapsamına alınan kadın ve erkek hasta sayılarının birbirine yakın olmasının bu sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Hastanede yatan hastaların çalışma durumu ile erkeklerin hemşirelik yapabilme durumu arasındaki farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir. Ünsal ve diğerleri'nin (2010) yaptıkları çalışmada ise bireylerin meslekleri ile erkeklerin hemşirelik yapabilme durumu arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Hastaların medeni durumu ile erkeklerin hemşirelik yapabilme durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada da hastaların çoğu erkek hastadan bakım alırken, utanma-sıkılma ve iletişim kurmada güçlük yaşanabileceğini belirtmişlerdir (Tezel vd., 2008). Hastalar medeni durumlarından dolayı erkek hastalardan bakım alırken iletişim kurma sorunu yaşayabilirler.

Sonuç ve Öneriler

Araştırma kapsamına alınan hastaların %30.7'sinin erkeklerinde hemşirelik yaptıklarını bildikleri ve bunu en çok medyadan öğrendikleri, mesleğe erkeklerin alınmasının dezavantaj olmayacağı, aksine mesleki zorlukların hafifleyeceği, hasta bakım kalitesinin artacağı belirlenmiştir. Hastaların eğitim durumunun erkeklerin hemşirelik yapma durumunu etkilediği saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelik mesleği ve cinsiyetle ilgili çalışmaların yapılması önerilebilir.

Kaynaklar

- Akgün Kostak, M, Akçakoca, S. & Sıcak, G. (2015). Çocuğu pediatri servislerinde tedavi gören ebeveynlerin erkek hemşireler hakkındaki düşünceleri. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(1):18-26.
- Arıkan, D, Karaman, Z. & Yağcı, G. (2000). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin eğitimde ve mesleki alanda erkek hemşire adaylarına bakış açısı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(1):36-43.
- Ay, FA. (2007). Mesleki Temel Kavramlar. Ay FA (Ed.) *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, ss:33-58.
- Bayık Temel, A. & Karabulut, G. (2009). Erkek hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik mesleğine bakışı. *12. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı*, Sivas. Alter Yayıncılık Reklamcılık Ltd. Şti. Ankara. ss:130.
- Ekinci, M, Dikici, İC, Derya, M, Andsoy, II, Dinç, S. & Şahin, AO. (2014). Mühendislik bölümünde öğrenim gören erkek öğrencilerin erkek hemşirelere karşı bakış açıları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1):632-645.
- Eksen, M, Birgili, F, Tümer, A, Bozyer, İ, Gezer, N. & Karaefe, M. (1999). Hemşire, öğrenci hemşire, doktor ve vatandaşların hemşirelik üzerindeki görüşleri. *IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Semp. Kitabı*. Çevik Mat., İstanbul. ss:375-379.
- Esenay, FI, İşler, A. & Başbakkal, Z. (2005). Hastanede yatan çocukların erkek hemşire ile ilgili görüşleri. *3.Uluslararası-10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı*, İzmir.
- Fadiloğlu, Ç, Işık, A, Özbayır, T, Özsoy, SA, Saruhan, A.& Sarıkaya, A. (1992). Hastaların hemşireleri değerlendirmesi. *II. Ulusal Hemşirelik Kong. Kitabı*. Ege Üniv. Basımevi, İzmir. ss:659-671.
- Karadakovan, A. (1997). Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin mesleğin statüsü ve hemşireliğe erkek öğrenci alınmasına ilişkin görüşleri. *III. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Semp.*, İstanbul. 376-383.
- Karaöz, S. (2004). Hemşirelerin politik gücü. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 8(1):30-36.
- Kaya, N, Turan, N. & Öztürk, A. (2011). Türkiye'de erkek hemşire imgesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1):16-30.
- Kleinman, CS. (2004). Understanding and capitalizing on men's advantages in nursing. *J Nurs Adm.*, 34:78-82.
- Kocaer, Ü, Öztop, T, Usta, N, Gökçek, D, Bahçecik, N, Öztürk, H. & Paslı, E. (2004). Hemşirelik mesleğinde erkek üyelerin yeri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2):23-29.
- Mackintosh, C. (1997). A historical study of men in nursing. *J Adv Nurs*, 26:232-236.
- Meadus, RJ. & Twomey, JC. Men in nursing: making the right choice. *Can Nurse* 2007;103:13-16.
- Özbaşaran, F, Taşpınar, A. & Çakmakçı, A. (2002). Hastalar kendilerine bakım verenlerin cinsiyeti konusunda ne düşünüyorlar? *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2):11-17.
- Özbaşaran, F. & Taşpınar, A. (1998). Hemşireler mesleklerine erkek üye alınmasını istiyorlar mı? *Ege Üniv. HYO Derg.*, 14:271-281.
- Sarıtaş, S, Karadağ, M. & Ayar, D. (2007). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin erkek hemşireyi algılama düzeylerinin değerlendirilmesi. *4. Uluslar arası 11. Ulusal Hemşirelik Kong. Kitabı*. Tübitak, Ankara. ss:223.
- Taşcı, KD. (2007). Kadın doğum servislerinde yatan hastaların erkek hemşireler hakkındaki düşünceleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2):12-19.
- Terzioğlu, F. & Taşkın, L. (2008). Kadının toplum-sal cinsiyet rolünün liderlik davranışlarına ve hemşirelik mesleğine yansımaları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2):62-67.
- Tezel, A, Akpınar, RB, Yurttaş, A. & Çelebioğlu, A. (2008). Hastalar erkek hemşireleri kabul edecekler mi? *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 16:13-18.
- Turan, N, Öztürk, A, Kaya, H. & Atabek Aştı, T. (2011). Toplumsal cinsiyet ve hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1):167-173.
- Türk Hemşireler Derneği (2009). *Hemşirelik Kanunu*. [http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr /in dex.php?page=wm_hemkan](http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/in dex.php?page=wm_hemkan). (Erişim tarihi:9 Mayıs 2009).
- Ulusoy, MF. & Görgülü, RS. (2001). *Hemşirelik Esasları*. Ankara, 72 TDFO Ltd.Şti., 5. Baskı.
- Ünsal, A, Akalın, İ. & Yılmaz, V. (2010). Farklı meslek çalışanlarının erkek hemşirelere ilişkin görüşleri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1):420-431.
- Yılmaz, M. & Karadağ, G. (2009). Erkek öğrenci hemşireler hemşirelik mesleğini nasıl algılıyor? *12. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı*, Sivas. Alter Yayıncılık Reklamcılık Ltd. Şti. Ankara. ss:147.