



# Karya Journal of Health Science

e-ISSN: 2717-9540

**Cilt/Volume 2**  
**Sayı/No 3**  
**2021**



## EDİTÖRDEN

İnsanlar, bireysel farklılıklarına rağmen, toplumla bütünleşmeyi, toplumla uyumlu bir kimlik kazanmayı, toplumun kendine özgü davranış ve düşünce kalıplarına uygun olarak hareket etmeyi toplumsallaşma sürecinde öğrenmektedir. Toplumsallaşma süreci içerisinde insanın kendisini sürekli yenilemesi ve gelişimini sürdürebilmesi iletişim becerilerini geliştirmesi ile mümkündür.

İnsanın etkili iletişim becerileri kapsamında anlatabilme ve anlayabilme yeteneğine sahip olması beklenir. Bu iki yetiye sahip olmayan birey büyük olasılıkla hem kendisi ile hem de toplumla çatışma yaşayarak sağlıklı bir karakter ve kişilik geliştirmesi mümkün olmayacağından sevgi, saygı, hoşgörü, sorumluluk, yardımlaşma, dayanışma, alçakgönüllülük, özgür düşünebilme, çalışkanlık, doğruluk, misafirperverlik gibi toplumları bir arada tutan toplumsal değerlerden uzaklaşır.

Sağlıklı bir gelecek için çevremizdeki ışıkları söndürmemek dileğiyle.

Prof. Dr. Kılıçhan BAYAR

Baş Editör



<b>Baş Editör</b>	<b>Prof. Dr. Kılıçhan BAYAR</b> , Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Kötekli, Muğla, Türkiye. kbayar@mu.edu.tr
<b>Editörler</b>	<b>Prof. Dr. Banu BAYAR</b> , Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Kötekli, Muğla, Türkiye. bbayar@mu.edu.tr <b>Doç. Dr. A. Salih SÖNMEZDAĞ</b> , Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Kötekli, Muğla, Türkiye. as.sonmezdag@gmail.com <b>Dr. Öğr. Üyesi Oktay KURU</b> , Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Kötekli, Muğla, Türkiye. oktayk@mu.edu.tr
<b>Alan Editörleri</b>	<b>Prof. Dr. Özcan SAYGIN</b> , Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Spor Bilimleri Fakültesi, Antrenörlük Eğitimi Bölümü, Muğla, Türkiye. ozsaygin@hotmail.com <b>Prof. Dr. İrem DÜZGÜN</b> , Hacettepe Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara, Türkiye. iremduzgun@yahoo.com.tr <b>Prof. Dr. Tuba EDGÜNLÜ</b> , Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Temel Tıp Bilimleri Bölümü, Muğla, Türkiye. tgedgunlu@mu.edu.tr <b>Doç. Dr. Saffet OCAK</b> , Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Muğla, Türkiye. saffetocak@mu.edu.tr <b>Doç. Dr. Osman Özgür YALIN</b> , İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi İstanbul, Türkiye. osmanozguryalin@yahoo.com <b>Doç. Dr. Hale DERE ÇİFTÇİ</b> , İstinye Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Gelişimi Bölümü İstanbul, Türkiye. haledereciftci@gmail.com <b>Doç. Dr. Müge ARSLAN</b> , Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul, Türkiye. dyt_muge@hotmail.com <b>Doç. Dr. Ayşe KACAROĞLU VİCDAN</b> , Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Muğla, Türkiye. aysevicedan64@hotmail.com <b>Doç. Dr. Nihan KAFA</b> , Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara, Türkiye. nkaratas@gazi.edu.tr <b>Doç. Dr. Aynure ÖZTEKİN</b> Hitit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Çorum, Türkiye. aynureoztekin@gmail.com <b>Doç. Dr. Ömer ŞENORMANCI</b> Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa, Türkiye. senorman7@hotmail.com <b>Dr. Öğr. Üyesi Elif DÖNMEZ</b> , Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Hemşirelik Fakültesi, Onkoloji Hemşireliği ABD, İstanbul, Türkiye. ed.elifdonmez@gmail.com <b>Dr. Öğr. Üyesi Ayşenur KÜÇÜK CEYHAN</b> , İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Odyoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye. aysenurceyhan@aydin.edu.tr <b>Dr. Öğr. Üyesi Nilgün SEREMET KÜRKLÜ</b> , Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Antalya, Türkiye. nseremetkurklu@akdeniz.edu.tr
<b>Sekretarya</b>	<b>Arş. Gör. Özge İPEK DONGAZ</b> , Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Muğla, Türkiye. ozgeipek@mu.edu.tr
<b>Yabancı Dil Editörü</b>	<b>Prof. Dr. Eda ÜSTÜNEL</b> , Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Yabancı Diller Eğitimi Bölümü, Muğla, Türkiye. mmj-langeditör@mu.edu.tr
<b>İstatistik Editörü</b>	<b>Doç. Dr. Eralp DOĞU</b> , Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Fen Fakültesi, İstatistik Bölümü, Muğla, Türkiye. eralp.dogu@mu.edu.tr
<b>Danışma Kurulu</b>	<b>Prof. Dr. Ertuğrul GELEN</b> , Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi, Spor Bilimleri Fakültesi, Antrenörlük Eğitimi Bölümü, Sakarya, Türkiye. gelen@subu.edu.tr <b>Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR</b> , Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Gaziantep, Türkiye. kezban.bayramlar@hku.edu.tr <b>Prof. Dr. Deran OSKAY</b> , Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara, Türkiye. deranoskay@gazi.edu.tr <b>Prof. Dr. Özlem ÜLGER</b> , Hacettepe Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara, Türkiye. ozlemulger@yahoo.com



**Prof. Dr. Gülsüm ÇAMUR**, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, İzmir, Türkiye. gulsun.camur@omu.edu.tr

**Prof. Dr. Kamil ALPTEKİN**, KTO Karatay Üniversitesi, Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, Konya, Türkiye. kamil.alptekin@karatay.edu.tr

**Prof. Dr. Bülent ELBASAN**, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara, Türkiye. bulentelbasan@gmail.com

**Prof. Dr. İshak AYDEMİR**, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Sivas, Türkiye. ishak72@gmail.com

**Doç. Dr. Zafer DURDU**, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü, Muğla, Türkiye. zaferdurdu@gmail.com

**Doç. Dr. Semra TOPUZ**, Hacettepe Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara, Türkiye. fztsemra@yahoo.com

**Doç. Dr. Fatma ÖZKAN TUNCAY**, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Sivas, Türkiye. fozkan@cumhuriyet.edu.tr

**Doç. Dr. Duygu ŞAHİN**, İstanbul Aydın Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Bölümü, İstanbul, Türkiye. duygusahin@aydin.edu.tr

**Doç. Dr. Gönül BABAYİĞİT İREZ**, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Spor Bilimleri Fakültesi, Antrenörlük Eğitimi Bölümü, Muğla, Türkiye. gbabayigit@yahoo.com

**Doç. Dr. Şenay ÜNSAL ATAN**, Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İzmir, Türkiye. senay.unsal.atan@ege.edu.tr

**Doç. Dr. Muhammed KILINÇ**, Hacettepe Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara, Türkiye. muhammed.kilinc@hacettepe.edu.tr

**Doç. Dr. Dilek AVCI**, Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Balıkesir, Türkiye. davci@bandirma.edu.tr

**Dr. Öğr. Üyesi Ayşe TAŞTEKİN OUYABA**, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Afyonkarahisar, Türkiye. ayse.tastekin@hotmail.com

**Dr. Öğr. Üyesi Biriz ÇAKIR**, Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Kırıkkale, Türkiye. birizcakir1@gmail.com

**Dr. Öğr. Üyesi İdrani KALKAN**, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul, Türkiye. indranikalkan@aydin.edu.tr

**Dr. Öğr. Üyesi Suat YILDIZ**, Celal Bayar Üniversitesi, Spor Bilimleri Fakültesi, Antrenörlük Eğitimi Bölümü, Manisa, Türkiye. syildiz@sakarya.edu.tr

**Dr. Öğr. Üyesi Serpil SU**, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye. suserpil@gmail.com

**Dr. Öğr. Üyesi Tuba ÖZAYDIN**, Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye. tuba\_demirel\_70@hotmail.com

**Dr. Öğr. Üyesi Nurcan AKGÜL GÜNDOĞDU**, Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Balıkesir, Türkiye. ngundogdu@bandirma.edu.tr

## Cilt 2 Hakem Listesi

**Prof. Dr. Cevdet YILMAZ**, Süleyman Demirel Üniversitesi

**Prof. Dr. Mehmet Zeki DUMAN**, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi

**Doç. Dr. Abdullah ARSLAN**, Necmettin Erbakan Üniversitesi

**Doç. Dr. Aysu KURTULDU ZEKİOĞLU**, Trakya Üniversitesi

**Doç. Dr. Ayşe KAHRAMAN**, Ege Üniversitesi

**Doç. Dr. Ebru ÇALIK KÜTÜKCÜ**, Hacettepe Üniversitesi

**Doç. Dr. Gül DİKEÇ**, Fenerbahçe Üniversitesi

**Doç. Dr. Gülçin ÖZALP GERÇEKER**, Dokuz Eylül Üniversitesi

**Doç. Dr. Öznur GÜRLEK KISACIK**, Afyonkarahisar Üniversitesi

**Doç. Dr. Sevim KARAKAŞ ÇELİK**, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi

**Dr. Öğr. Üyesi Ahmed Ünal BOZYER**, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi



- Dr. Öğr. Üyesi Ali ÜNAL**, Hitit Üniversitesi  
**Dr. Öğr. Üyesi Ayşe TAŞTEKİN OUYABA**, Afyonkarahisar Üniversitesi  
**Dr. Öğr. Üyesi Bedirhan Sezer ÖNER**, Amasya Üniversitesi  
**Dr. Öğr. Üyesi Berna DİNCER**, Medeniyet Üniversitesi  
**Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem BİLGE**, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi  
**Dr. Öğr. Üyesi Elif BÜLBÜL**, Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
**Dr. Öğr. Üyesi Elvan Emine ATA**, Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
**Dr. Öğr. Üyesi Ercan SARUHAN**, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi  
**Dr. Öğr. Üyesi Feyza NAZİK**, Bingöl Üniversitesi  
**Dr. Öğr. Üyesi Filiz YARICI**, Yakın Doğu Üniversitesi  
**Dr. Öğr. Üyesi Gizem AKCAN**, Bartın Üniversitesi  
**Dr. Öğr. Üyesi Kübra ÖZGÖK KANGAL**, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
**Dr. Öğr. Üyesi Nuriye PEKCAN**, Üsküdar Üniversitesi  
**Dr. Öğr. Üyesi Serpil SU**, Necmettin Erbakan Üniversitesi  
**Dr. Öğr. Üyesi Sezer AVCI**, Hasan Kalyoncu Üniversitesi  
**Dr. Öğr. Üyesi Tülay YILMAZ**, İstanbul Üniversitesi  
**Dr. Öğr. Üyesi Zehra GÜLSÜNOĞLU KONUŞKAN**, İstanbul Aydın Üniversitesi  
**Op. Dr. Alican BARIŞ**, İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
**Uzm. Dr. Tuğba OKLUOĞLU** İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
**Arş. Gör. Dr. Cemile BOZDEMİR ÖZEL**, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
**Arş. Gör. Dr. Leyla ERASLAN**, Hacettepe Üniversitesi  
**Öğr. Gör. Betül ÜNER YILMAZ**, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi  
**Arş. Gör. Dilara KARA**, Hacettepe Üniversitesi  
**Arş. Gör. Gülsüm Gizem TOPAL**, Hacettepe Üniversitesi

**Etik İlkeler;** Karya Journal of Health Science; yazarlar, hakemler ve editörler için rehber olarak hazırlanmış Uluslararası Tıp Dergisi Editörleri Konseyi (International Council of Medical Journal Editors/ICMJE) ve Yayın Etiği Komisyonu (Committee on Publication Ethics/COPE) kılavuzlarını temel almaktadır. İnsanlar üzerinde yapılan araştırma makalelerinde, araştırmanın ilgili Etik Kurul tarafından onaylandığı, çalışmanın Helsinki İlkeler Deklarasyonu'na (<https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>) uyularak gerçekleştirildiği, çalışmaya dahil edilen gönüllülerin onamlarının ve kurum izinlerinin alındığı bilgisi "Yöntem" bölümünde açıkça belirtilmelidir. Olgu sunumlarında imzalı onam alınmalı ve "Olgu Sunumu" bölümünde açıkça belirtilmelidir. Karya Journal of Health Science'a gönderilen makalelerdeki çalışmaların Helsinki İlkeler Deklarasyonu'na uygun olarak yapıldığı, kurumsal, etik ve yasal izinlerin alındığı varsayılarak bu konuda sorumluluk kabul edilmeyecektir. Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalarda, araştırmada hayvan hakları Guide for the Care and Use of Laboratory Animals ([www.nap.edu/catalog/5140.html](http://www.nap.edu/catalog/5140.html)) prensipleri doğrultusunda korunduğu, araştırmanın ilgili Etik Kurul tarafından onaylandığı bilgisi "Yöntem" bölümünde açıkça belirtilmelidir. Yazar(lar) makale içerisindeki şekil, resim, fotoğraf, çizelge ve diğer tamamlayıcı materyalin orijinal olduğunu garanti etmelidir. Eğer makalede daha önce yayımlanmış, başkalarına ait; alıntı yazı, tablo, resim, ölçek ve benzeri materyal kullanıldı ise yazar(lar), yayın hakkı sahibi ve yazar(lar)dan yazılı izin almak ve bunu makalede belirtmekle yükümlüdür. Bu konuya ilişkin hukuki sorumluluk yazarlara aittir. Kullanılan fikir ve sanat eserleri için telif hakları düzenlemelerine uyulduğu belirtilmelidir. Makalede ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum (doğrudan veya dolaylı) mevcut ise yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını veya varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar vs.), başlık sayfasında bildirmek zorundadır. Makale yazarlar tarafından akademik intihal programından geçirilmeli ve intihal raporu sunulmalıdır. Benzerlik oranı %25'i geçmemelidir. Benzerlik raporu sonucuna göre makale; değerlendirilmek üzere alan editörüne gönderilebilir, düzeltme talebiyle yazara geri gönderilebilir veya değerlendirme aşamasına alınmadan reddedilir (benzerlik oranı %25'den fazla olan makaleler). Sorumlu yazar, tüm yazarlar adına yazının son halinden sorumludur. Yazıların bilimsel, etik ve hukuki sorumluluğu yazar(lar)a aittir. (<http://www.icmje.org/about-icmje/faqs/conflict-of-interest-disclosure-forms/>). Yazar(lar) "Etik ilke ve Yayın Politikası" içeriğini okumakla yükümlüdür.

Detaylı bilgi almak için <https://dergipark.org.tr/pub/kjhs> adresini ziyaret edebilirsiniz.



## İçindekiler/Contents

### Araştırma Makalesi/Research Article

#### **İŞYERİ NEZAKETSİZLİĞİNİN PSİKOLOJİK SERMAYE DÜZEYİNE ETKİSİ: HEMŞİRELER ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

THE EFFECT OF WORKPLACE INCIVILITY ON PSYCHOLOGICAL CAPITAL LEVEL:  
A STUDY ON NURSES, Sayfa/Page: 66-70.

Yasin Çetin

#### **GEBELERİN YAŞADIĞI STRES VE GEBELİK SEMPTOMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

THE RELATIONSHIP BETWEEN PREGNANCY STRESS AND PREGNANCY  
SYMPTOMS, Sayfa/Page: 71-76.

Nazife Bakır, Cuma Demir, Nurdilan Şener

#### **KRONİK HASTALIĞI OLAN YAŞLI BİREYLERDE TUTARLILIK DUYGUSUNUN AĞRI İLE BAŞ ETMEYE ETKİSİ**

THE EFFECT OF SENSE OF COHERENCE ON COPING WITH PAIN IN GERIATRIC  
INDIVIDUALS WITH CHRONIC DISEASE, Sayfa/Page: 77-82.

Kübra Çırak, Sevgin Samancıoğlu Bağlama

#### **SAĞLIK TURİZMİ AÇISINDAN YETKİ BELGESİNE SAHİP HASTANELERİN WEB SİTELERİNİN İNCELENMESİ**

EXAMINATION OF THE WEBSITES OF HOSPITALS WITH AUTHORIZATION  
CERTIFICATE IN TERMS OF HEALTH TOURISM, Sayfa/Page: 83-87.

Sabahattin Tekingündüz, Fatih Kocaoğlu, Aslıhan İşler, Songül İnan, Ahmet Anar

### Derleme/Review

#### **POSTPARTUM DÖNEMİN GÖRÜNMEYEN YÜZÜ: CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU**

THE INVISIBLE FACE OF THE POSTPARTUM PERIOD: SEXUAL DYSFUNCTION,  
Sayfa/Page: 88-92.

Kardelen Bilgi, Çiğdem Bilge



## **Olgu sunumu/Case report**

### **HYPERBARIC OXYGEN THERAPY IN A DIALYSIS-RELATED PNEUMOCEPHALUS CASE**

DİYALİZ İLİŞKİLİ PNÖMOSEFALİ VAKASINDA HİPERBARİK OKSİJEN TEDAVİSİ,  
Sayfa/Page: 93-95.


Elif Ebru Özer, Serkan Ergözen





## İŞYERİ NEZAKETSİZLİĞİNİN PSİKOLOJİK SERMAYE DÜZEYİNE ETKİSİ: HEMŞİRELER ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

### THE EFFECT OF WORKPLACE INCIVILITY ON PSYCHOLOGICAL CAPITAL LEVEL: A STUDY ON NURSES

Yasin Çetin 

Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı, Adıyaman, Türkiye

#### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışmada, yoğun ve stresli çalışma ortamında çalışan hemşirelerin işyerlerinde karşılaştıkları nezaketsiz durumların, birçok örgütsel pozitif davranışlar ile ilişkili olan psikolojik sermaye düzeylerine nasıl etki ettiğinin belirlenmesi amaçlandı.

**Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırmanın örneklemini bir eğitim araştırma hastanesinde çalışan 267 hemşire oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hemşireler araştırmaya dâhil edildi. Veriler, Şubat-Nisan 2021 tarihleri arasında geçerlik ve güvenilirliği Kutlu ve Bilgin tarafından yapılan, Cronbach Alpha katsayısı .90 olan “İşyeri Nezaketsizlik Ölçeği” (12 ifade) ile geçerlik ve güvenilirliği Oruç tarafından yapılan, Cronbach Alpha katsayısı .93 olan “Psikolojik Sermaye Ölçeği” (12 ifade) ve hemşirelerin sosyodemografik (9 ifade) özelliklerini içeren toplam 33 maddelik anket formu ile toplandı. Araştırma öncesi gerekli tüm izinler alındı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin yanı sıra ANOVA, t testi ve regresyon analizi kullanıldı.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan hemşirelerin %72.4’ü kadın, yaş ortalamaları 33.77±5.33, %67.7’si evli ve %70.8’i lisans mezunu olduğu belirlendi. Her iki ölçekte erkeklerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Yaşları ve nezaket düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi (p<0.05). Eğitim durumları ile psikolojik sermaye düzeyleri arasında da anlamlı bir fark saptandı (p<0.05). Ayrıca işyeri nezaketsizliğinin, psikolojik sermaye düzeyini negatif yönde etkilediği belirlendi (p<0.05).

**Sonuç:** Bu çalışmada, işyeri nezaketsizliğinin artmasının, hemşirelerin psikolojik sermaye düzeylerini düşürdüğü sonucuna varıldı. Ayrıca hemşirelerin eğitim düzeyleri düşüldükçe karşılaştıkları işyeri nezaketsizliğinin arttığı, eğitim seviyelerinin yükseldikçe psikolojik sermaye düzeylerinin arttığı sonucuna ulaşıldı. Bu doğrultuda, hemşirelerin işyerinde nezaketsizliği arttıran nedenlerin belirlenmesi, özellikle yönetici hemşirelere ve diğer çalışanlara bu konuda eğitimler verilmesi, kurum sosyalliğinin artırılması ile psikolojik sermaye düzeylerinin artabileceği sonucuna varıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşire, İş yeri, Organizasyon ve yönetim, Psikolojik, Yönetim hemşireliği araştırması

#### ABSTRACT

**Objective:** In this study, it was aimed to determine how the incivility situations encountered by nurses working in a busy and stressful work environment affect their psychological capital levels, which are associated with many organizational positive behaviors.

**Method:** The sample of this descriptive study consisted of 267 nurses working in a training and research hospital. No sample selection was made in the study, and all nurses who agreed to participate in the study were included in the study. The data were collected from the “Workplace Incivility Scale” (12 statements) with a Cronbach Alpha coefficient of .90, validity and reliability made by Kutlu and Bilgin between February and April 2021, and the “Psychological Capital Scale” with a Cronbach Alpha coefficient of .93, validity and reliability of which was made by Oruç. It was collected with a 33 item questionnaire form including (12 statements) and sociodemographic (9 statements) characteristics of nurses. All necessary permissions were obtained before the research. In the evaluation of the data, ANOVA, t test and regression analysis were used as well as descriptive statistical methods.

**Results:** It was determined that 72.4% of the nurses participating in the study were female, their average age was 33.77±5.33, 67.7% were married and 70.8% had a bachelor's degree. It was determined that the mean scores of men on both scales were higher. It was determined that there was a significant difference between their ages and kindness levels (p<0.05). There was also a significant difference between educational status and psychological capital levels (p<0.05). In addition, it was determined that workplace incivility negatively affected the level of psychological capital (p<0.05).

**Conclusion:** In this study, it was concluded that increasing workplace incivility reduces nurses' psychological capital levels. In addition, it was concluded that as the education level of the nurses decreased, the workplace incivility they encountered increased, and the level of psychological capital increased as the education level increased. In this direction, it has been concluded that the psychological capital levels of nurses can increase by determining the reasons that increase incivility in the workplace, providing trainings to manager nurses and other employees on this subject, and increasing the sociality of the institution.

**Key Words:** Nurse, Work place, Organization and administration, Psychological, Administrative nursing research

#### Makale Bilgisi/Article Info

**Yükleme tarihi/Submitted:** 22.06.2021, **Revizyon isteği/Revision requested:** 02.08.2021, **Son düzenleme tarihi/Last revision received:** 12.08.2021, **Kabul/Accepted:** 02.09.2021, **Çevrimiçi yayım tarihi/Published online:** 31.12.2021

**Sorumlu yazar/Corresponding author:** Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı, Adıyaman, Türkiye,  
Email: yasin8544@hotmail.com

Bu çalışma Yönetici Hemşireler Derneği tarafından 27-28 Mayıs 2021 tarihleri arasında çevrimiçi olarak düzenlenen 1. Ulusal Hemşirelik Yönetimi Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.



## GİRİŞ

Genelde işyerinde kabul edilemez sosyal davranışlar olarak tanımlanan işyeri nezaketsizliği; insanları küçümsemek, görmezden gelmek, bilgi saklamak, işten kaçmak, çalışma alanını dağıtmak bırakmak gibi davranışlar olarak karşımıza çıkmaktadır [1,2]. İşyeri nezaketsizliği hemşirelik mesleği için büyük bir sorundur. Hemşirelerin fizyolojik ve psikolojik sorunlarını artırır, performanslarını düşürür ve nihayetinde işten ayrılma niyetlerini artırır. İşyerinde kabalığı etkileyen faktörleri belirlemek son derece önemlidir [3]. Literatürde işyeri nezaketsizliğini etkileyen sosyo-demografik değişkenler çok az incelenmiştir. Yapılan bir araştırmada işe yeni başlayan hemşirelerin karşılaştıkları nezaketsiz davranışlar incelenmiş ve katılanların %90.4'ünün işyerindeki bir arkadaşı tarafından nezaketsizliğe uğradığı aktarılmıştır [4]. Deneyimleri değişkenlik gösteren hemşireler üzerine yapılan farklı bir çalışmada ise hemşirelerin %76'sının çalışma sürecinin bir bölümünde işyeri nezaketsizliği yaşadıkları bildirmiştir [5]. Hemşirelerde işyeri nezaketsizliği, hasta bakımında dikkat dağınıklığı ve duygusal üzüntüyle birlikte hastaların hayatını riske atacak kadar yıkıcı bir etkiye sahip olabilir. Yapılan bir araştırmada ise işyeri nezaketsizliği ile ilgili olarak deneyimsiz hemşirelerin deneyimli hemşireler tarafından desteklenmediğinde ilaç uygulama hatalarının arttığı saptanmıştır [6]. Yine hemşireler üzerinde yapılan bir araştırmada, hemşirelerin işyerlerinde karşılaştıkları nezaketsiz davranışların hasta bakımında hata yapma riskini artırdığı bildirilmiştir [7]. Farklı bir araştırmada ise artan işyeri nezaketsizliğinin hemşirelerde motivasyon kaybına neden olduğu aktarılmıştır [8].

Luthans ve ark. (2004) tarafından "bireyin pozitif psikolojik durumu" olarak literatüre kazandırılan psikolojik sermaye kavramı ise dört temel unsuru içerir. Bunlar, "öz yeterlik, umut, iyimserlik ve esneklik" tir. Öz yeterlik, zorlu görevlerde başarıya ulaşmak için her fırsatı değerlendirip bir çaba içerisine girmedi kendine güvendir. Umut, hedeflere ulaşmada azim, elde edilebilecek fırsatları görebilme ve başarı için inanmadır. İyimserlik, zorlu görevlerde başarıya ulaşmak için kişinin kendi içinde olumlu düşünceler yaratma yeteneğidir. Esneklik, bireyin yaşamdaki zorlukların üstesinden gelme ve bunları sürdürme yeteneğidir. Ayrıca bireyler çeşitli sorunlar yaşadığında, bireyin başarıya ulaşabilmesi için bunları çözebilmesidir [9,10]. İşyerindeki bireysel davranışlarda psikolojik sermayenin çalışanın iş kontrolünü, yenilikçi davranışlarını ve performansını arttırdığı, iş stresini ise azalttığı araştırmalarda aktarılmıştır [9,10,11,12].

Psikolojik sermayenin çalışan performansını etkilemesi örgütler için son yıllarda dikkat çeken bir kavram olması nedeniyle hemşirelerin işyerlerinde bir pozitif psikoloji görüşü olan psikolojik sermaye düzeylerine, işyerinde istenmeyen davranış biçimi olarak bilinen işyeri nezaketsizliği davranışlarının nasıl bir etkisi olduğunun belirlenmesi bu araştırma amaçlandı. Ayrıca bu araştırmada çalışma ortamları oldukça yoğun ve stresli olan hemşirelerin işyeri performansını olumsuz etkileyen işyeri nezaketsizliği davranışlarına karşı öneriler geliştirmek hedeflendi. İşyeri nezaketsizliği üzerine literatürde hemşireler üzerine yapılan benzer çalışmaların aksine sosyo-demografik özellikler ile birlikte ele alınması bu araştırmayı değerli kılmakta ve böylece araştırma sonuçlarının alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## YÖNTEM

**Araştırmanın Amacı:** Bu araştırmada hemşirelerin karşılaştığı işyeri nezaketsizliği davranışlarının psikolojik sermaye düzeylerine olan etkisini belirlemek amaçlandı.

**Araştırma Deseni:** Araştırma nicel desenli olup tanımlayıcı tiptedir.

**Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman:** Araştırma Şubat-Nisan 2021 tarihleri arasında Adıyaman Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yapıldı.

**Araştırmanın Evreni ve Örnekleme:** Araştırmanın evrenini Adıyaman Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalışan 550 hemşire oluşturdu. Araştırmada gönüllülük esas alındığından örneklem seçimi yapılmadı. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve soruları eksiksiz bir

şekilde cevaplayan 267 hemşire araştırmaya dâhil edildi. Araştırmaya katılım oranı %48.5'dir.

## Veri Toplama Araçları

Araştırmada Demografik Bilgi Formu, İşyeri Nezaketsizliği Ölçeği ve Psikolojik Sermaye Ölçeği kullanıldı.

**Demografik Bilgi Formu;** hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni ve eğitim durumu, toplam çalışma yılı, birimde çalışma yılı, birimi, pozisyonu ve çalışma şekline ait 9 adet tanıtıcı soru içermektedir [3,7,9].

**İşyeri Nezaketsizliği Ölçeği;** geçerlik ve güvenilirliği Kutlu ve Bilgin (2017) tarafından yapılan ölçek tek boyutludur ve toplam 12 ifade içermektedir. Ölçeğin derecelendirilmesi 5 seçenekli likert tipi ölçek olup, 1 (asla), 2 (bir ya da iki kez), 3 (bazen), 4 (sıklıkla), 5 (çoğu zaman) şeklindedir. Ölçeğin puan ortalaması arttıkça işyeri nezaketsizliğinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach  $\alpha$  güvenilirlik katsayısı .90 olarak hesaplanmıştır [13]. Bu araştırmada Cronbach  $\alpha$  güvenilirlik katsayısı ise .88 olarak hesaplandı.

**Psikolojik Sermaye Ölçeği;** geçerlik ve güvenilirliği Oruç (2018) tarafından yapılan ölçek, Özyeterlilik (1., 2., 3. madde), Umut (4., 5., 6., ve 7. madde), Dayanıklılık (8., 9., ve 10. madde), İyimserlik (11., ve 12. madde) olmak üzere dört alt boyut ve toplam 12 ifade içermektedir. Ölçeğin derecelendirilmesi 5 seçenekli likert tipi ölçek olup, 1 (kesinlikle katılmıyorum), 2 (katılmıyorum), 3 (kısmen katılmıyorum), 4 (kısmen katılıyorum), 5 (katılıyorum) şeklindedir. Ölçeğin puan ortalaması arttıkça psikolojik sermaye düzeyinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach  $\alpha$  güvenilirlik katsayısı .93 olarak hesaplanmıştır [14]. Bu araştırmada Cronbach  $\alpha$  güvenilirlik katsayısı ise .94 olarak hesaplandı.

## Verilerin Toplanması

Hemşirelerin iletişim adreslerine Google Forms aracılığı ile hazırlanan çalışma anketi gönderilerek araştırma hakkında bilgi verildi. Ayrıca gönderilen anket ile birlikte ilk olarak araştırma hakkında bilgilendirilmiş onam formu ve araştırmayı kabul etme-etmeme seçeneği eklenecek araştırmaya katılan hemşirelerin çevrimiçi olarak onamları alındı. Bu doğrultuda araştırmaya katılmayı kabul eden ve anket sorularını cevaplandıran 267 hemşirenin anketi değerlendirilmeye alındı.

## İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizi için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 paket programı kullanıldı. Analiz aşamasında kullanılacak yöntemin belirlenebilmesi için veri setinde yer alan demografik veriler ile ölçek puan ortalamalarının normal dağılımdan gelip gelmediğinin tespitine yönelik Kolmogorov-Smirnov testi uygulandı. Kolmogorov-Smirnov testinin yanı sıra çarpıklık (skewness), basıklık (kurtosis) katsayıları, kutu grafiği (boxplot) ve Q-Q plot da incelenerek veri setinin normalliğine ilişkin karar verildi. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (frekans-yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma) yanı sıra, gruplar arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesinde t testi ve One-Way ANOVA testi kullanıldı. Ayrıca iki ölçek arasındaki ilişki için Regresyon analizi yapıldı. p değeri 0.05'den küçük değerler anlamlı olarak kabul edildi.

## Etik Onay

Araştırmanın yapılabilmesi için Adıyaman Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan 09.10.2020-15 karar sayısıyla izin alındı. Ayrıca araştırmaya katılan hemşirelerin araştırma hakkında bilgilendirilmiş onam formu, araştırmaya katılımı kabul etme-etmeme seçenekleriyle çevrimiçi onamları alındı.

## Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece Türkiye'nin güneydoğusunda yer alan bir eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşireler üzerinde yapılmış olması araştırmanın sınırlılığdır.

## BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin demografik verileri incelendiğinde, hemşirelerin çoğunluğunun kadın, evli ve 24-33 yaş grubunda olduğu, yaş ortalamalarının 33.77±5.33 yıl, %71.9'unun lisans mezunu, %48.3'ünün toplam hizmet yılının 5-10 yıl arasında, %69.6'sının son çalıştıkları birimdeki hizmet yıllarının ise 1-5 yıl arasında olduğu saptandı. Ayrıca hemşirelerin %69.7'si servis hemşiresi pozisyonunda ve %67.5'inin vardiya usulünde çalıştığı belirlendi (Tablo 1).

**Tablo 1.** Hemşirelerin demografik özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	196	73.4
Erkek	71	26.6
<b>Yaş</b>		
24-33	159	59.5
34-39	71	26.6
40 ve üzeri	37	13.9
<b>Medeni durum</b>		
Evli	184	68.9
Bekâr	83	31.1
<b>Eğitim durumu</b>		
Lise	14	5.2
Önlisans	20	7.5
Lisans	192	71.9
Lisansüstü	41	15.4
<b>Toplam hizmet yılı</b>		
5-10	129	48.3
11-15	81	30.3
16 ve üzeri	57	21.4
<b>Çalıştığı birimdeki hizmet yılı</b>		
1-5	186	69.6
6-9	64	24
10 ve üzeri	57	6.4
<b>Çalışma pozisyonu</b>		
Klinik Hemşiresi	186	69.7
Yönetici Hemşire	48	18
Poliklinik Hemşiresi	33	12.3
<b>Çalıştığı birim</b>		
Servis	148	55.4
Yoğun bakım	76	28.5
Poliklinik	17	6.4
İdari	26	9.7
<b>Çalışma şekli</b>		
Vardiyalı	87	32.5
Sürekli gündüz	180	67.5

Araştırmaya katılan hemşirelerin cinsiyetleri ile işyeri nezaketsizliği puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptandı ( $p<0.05$ ). Yaşları ile psikolojik sermaye düzeyi puan ortalamaları karşılaştırıldığında ölçek toplam puan ortalaması, umut ve dayanıklılık alt boyutlarında anlamlı bir farklılık tespit edildi ( $p<0.05$ ). Hemşirelerin eğitim durumlarıyla işyeri nezaketsizliği ve psikolojik sermaye puan ortalamaları karşılaştırıldığında ölçek puan ortalaması, özyeterlilik ve umut alt boyutlarında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). Ayrıca hemşirelerin çalıştıkları birimdeki hizmet yılları ile işyeri nezaketsizliği puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık tespit edildi ( $p<0.05$ ). Psikolojik sermaye düzeyleri arasında ise özyeterlilik alt boyutunda anlamlı bir fark saptandı ( $p<0.05$ ). Hemşirelerin görevleri ve işyeri nezaketsizliği ile psikolojik sermaye puan ortalamaları karşılaştırıldığında ölçek toplam puan ortalamaları, özyeterlilik, umut ve dayanıklılık alt boyutları ile anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ). Hemşirelerin çalıştığı birimleri ile işyeri nezaketsizliği puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). Psikolojik sermaye düzeyleri arasında ise iyimserlik alt boyutu arasında anlamlı bir fark saptandı ( $p<0.05$ ).

Psikolojik sermaye puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında ise ölçek toplam puan ortalaması ve özyeterlilik alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık saptandı ( $p<0.05$ ) (Tablo 2). Yapılan regresyon analizinde ise hemşirelerde işyeri nezaketsizliğinin artışı psikolojik sermaye düzeylerinin %23'ünü açıkladığı, ayrıca modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve işyeri nezaketsizliğinin psikolojik sermaye düzeyini negatif yönde etkilediği saptandı ( $p=0.015$ ,  $R^2=0.23$ ,  $t=-2.453$ ).

## TARTIŞMA

Bu araştırmada, örgüt içerisinde çalışanlara oldukça olumlu davranışlar kazandıran, pozitif psikoloji davranış biçimi olan psikolojik sermaye düzeylerini, hemşirelerin işyerlerinde karşılaştıkları nezaketsiz davranışların nasıl etkilendiğinin belirlenmesi amaçlandı. Pozitif psikolojinin bir uzantısı olan psikolojik sermayenin hemşirelerde yüksek düzeyde olmasının, sorunları farklı açıdan ele alma, başarısızlıktan kurtulma, inovatif davranışlar sergileme gibi önemli katkıları olduğu bildirilmiştir [15]. Bu doğrultuda araştırmamıza katılan hemşirelerin psikolojik sermaye düzeyleri puan ortalamasının  $3.87\pm 0.92$  olduğu belirlendi. Psikolojik sermaye düzeyleri puan ortalaması Çin'de yapılan bir çalışmaya yakın olmasına rağmen ( $3.50\pm 0.40$ ) İngiltere'de yapılan bir araştırmadan ( $4.3\pm 0.50$ ) ise farklılık göstermektedir [16,17]. Bu farklılıkların önemi belirsizliğini korusa da araştırmamıza katılan hemşirelerin psikolojik sermaye düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Bu doğrultuda hemşirelerin çalışma performansını etkileyen psikolojik sermaye düzeylerini artırmaya yönelik yöneticilerin girişimlerde bulunması önem arz etmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerden poliklinikte çalışanların psikolojik sermaye puan ortalamalarının servis ve yoğun bakımda çalışan hemşirelere göre yüksek olduğu saptandı. Yapılan bir araştırmada uygun çalışma koşullarının yanı sıra çalışanlara daha yüksek seviyelerde psikolojik sermayenin oluşu daha düşük iyatrojenik zararlarla ilişkili olduğu bildirilmiştir [18]. Bu doğrultuda servis ve yoğun bakımlarda hemşirelerin psikolojik sermayelerinin düşük olmasının nedeni, bu çalışma alanlarında iş yükünün çok olması ve daha fazla dikkat gerektirdiğinden kaynaklanabilir. Psikolojik sermayenin alt boyutlarından özyeterliliğin artmasıyla iş kontrolünün artacağı ve çalışmada motivasyonu da arttıracığı bildirilmiştir [19]. Araştırmaya katılan hemşirelerin özyeterlilik puan ortalamasının  $4.01\pm 1.02$  olduğu belirlendi. Bu doğrultuda hemşirelerin iş kontrolleri ve motivasyonlarının yeterli ancak geliştirmeye açık olduğu söylenebilir.

İşyerinde karşılaşılan nezaketsiz davranışlara maruz kalmak, çalışanlarda olumsuz duygulara, yüksek strese, anksiyeteye, depresif semptomlarla birlikte ruh sağlığı sorunlarına neden olabilir [20]. Araştırmaya katılan hemşirelerin cinsiyetleri, eğitim durumları, çalıştıkları birimdeki hizmet yılları, görevleri ve çalıştığı birimler ile işyeri nezaketsizlikleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu ( $p<0.05$ ), eğitim durumu ile çalıştığı birimdeki hizmet yılı arttıkça ve iş yükleri azaldıkça işyerinde karşılaşılan nezaketsiz davranışların azaldığı belirlendi. Hemşirelerin işyerinde nezaketsiz davranışlar ile karşılaşmasıyla hasta bakımında aksaklıklar, diğer ekip üyeleriyle iletişim problemleri, iş performansında düşme gözlemlenebilir [21]. Araştırmada işyeri nezaketsizliği arttıkça hemşirelerin psikolojik sermayelerinin azaldığı saptandı.

İşyeri nezaketsizliğinin çalışma ortamlarındaki zararlı sonuçlar ile değerlendirildiğinde bu araştırmanın bulguları da literatür ile benzerlik göstermektedir. Bu doğrultuda hemşirelik yöneticilerinin, hemşirelerin karşılaştığı işyeri nezaketsizliklerinin kaynaklarını belirleyerek psikolojik sermayelerinin artırılmasına yönelik girişimler sağlaması oldukça önemlidir. Yapılan araştırmalarda psikolojik sermayenin alt boyutlarından özyeterlilik arttıkça işyeri nezaketsizliğinin yıkıcı etkilerini azalttığı, dayanıklılık boyutunun yeni mezun hemşirelerde işyeri nezaketsizliğini baskıladığı ayrıca dayanıklılık düzeyi yüksek olan hemşirelerin işyerindeki nezaketsizlik ile oluşturduğu stratejiler ile baş edebildiği bildirilmiştir [22,23]. Araştırmada özyeterlilik alt boyut puan ortalaması  $4.01\pm 1.02$ , dayanıklılık alt boyut puan ortalaması ise  $3.91\pm 0.98$  bulundu.

**Tablo 2.** Hemşirelerin demografik özellikleri ile işyeri nezaketsizliği ve psikolojik sermaye puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellik	İşyeri Nezaketsizliği Ölçeği	Psikolojik Sermaye Ölçeği	Özyeterlilik	Umut	Dayanıklılık	İyimserlik	
Cinsiyet	Kadın	2.18±0.74	3.75±0.89	3.94±1.02	3.83±0.95	3.59±0.83	1.71±0.87
	Erkek	2.22±0.70	3.49±0.96	4.21±1.02	4.10±1.02	3.58±0.93	1.61±0.74
	<b>t</b>	1.862	0.331	1.852	1.973	-0.910	-0.891
	<b>p</b>	<b>0.044</b>	0.741	0.064	0.059	0.93	0.339
Yaş	24-33 yaş	2.52±0.69	3.71±0.98	3.94±1.09	3.80±1.05	3.43±0.92	1.64±0.79
	34-39 yaş	2.37±0.74	3.84±0.80	4.03±1.04	3.95±0.93	3.66±0.79	1.81±0.90
	40 ve üzeri	2.30±0.84	4.20±0.47	4.27±0.58	4.27±0.62	4.06±0.45	1.63±0.90
	<b>F</b>	1.031	3.044	1.541	3.582	8.654	1.131
<b>p</b>	0.378	<b>0.029</b>	0.214	<b>0.029</b>	<b>0.001</b>	0.324	
Medeni durum	Evli	2.19±0.77	3.72±0.78	4.02±0.91	3.89±0.84	3.59±0.74	1.73±0.86
	Bekar	2.20±0.64	3.85±1.14	4.01±1.23	3.93±1.22	3.57±1.07	1.58±0.79
	<b>t</b>	-0.812	-0.4281	0.0362	-0.2851	0.179	1.371
	<b>p</b>	0.940	0.669	0.971	0.803	0.858	0.160
Eğitim durumu	Lise	2.57±0.78	3.59±0.62	4.23±0.73	3.91±0.66	3.47±0.53	1.89±0.96
	Önlisans	2.48±0.46	3.66±0.35	4.75±0.40	4.51±0.48	3.98±0.55	1.47±0.57
	Lisans	2.22±0.77	3.72±0.92	3.88±1.04	3.79±0.98	3.55±0.90	1.75±0.89
	Lisansüstü	1.85±0.47	4.44±1.01	4.17±1.08	4.15±1.08	3.59±0.87	1.43±0.59
<b>F</b>	4.369	4.654	5.097	4.416	1.570	2.276	
<b>p</b>	<b>0.005</b>	<b>0.003</b>	<b>0.002</b>	<b>0.005</b>	0.197	0.080	
Toplam hizmet yılı	5-10 yıl	2.49±0.68	3.12±0.81	4.08±0.91	3.88±0.87	3.53±0.80	1.64±0.77
	11-15 yıl	2.11±0.71	3.69±1.14	3.86±1.22	3.78±1.21	3.50±1.05	1.66±0.82
	16 ve üzeri yıl	2.01±0.84	3.98±0.78	4.07±0.99	4.11±0.85	3.82±0.68	1.81±0.99
	<b>F</b>	0.988	1.566	1.126	1.905	2.747	0.849
<b>p</b>	0.374	0.211	0.326	0.151	0.066	0.429	
Çalıştığı birimdeki hizmet yılı	1-5 yıl	2.39±0.72	3.57±0.85	4.11±0.93	3.94±0.91	3.61±0.82	1.65±0.81
	6-9 yıl	2.29±0.73	3.73±0.98	3.84±1.05	3.83±1.07	3.58±0.93	1.75±0.90
	10 ve üzeri yıl	1.82±0.75	3.82±0.91	3.68±1.59	3.85±1.25	3.37±1.00	1.76±0.90
	<b>F</b>	2.842	0.786	2.543	0.319	0.603	0.411
<b>p</b>	<b>0.046</b>	0.457	<b>0.044</b>	0.727	0.548	0.663	
Görevi	Klinik Hemşiresi	2.63±0.85	3.42±0.80	4.09±0.88	3.97±0.86	3.64±0.78	1.66±0.79
	Yönetici Hemşire	2.26±0.71	3.88±1.33	3.56±1.51	3.55±1.41	3.15±1.13	1.78±0.92
	Poliklinik Hemşiresi	2.10±0.69	4.18±0.31	4.34±0.45	4.16±0.50	4.07±0.30	1.71±1.04
	<b>F</b>	4.804	7.023	6.548	4.470	10.587	0.398
<b>p</b>	<b>0.009</b>	<b>0.001</b>	<b>0.002</b>	<b>0.012</b>	<b>0.001</b>	0.672	
Çalıştığı birim	Klinik	3.09±0.73	3.76±0.93	3.98±1.06	3.86±1.00	3.52±0.89	1.70±0.84
	Yoğunbakım	3.32±0.64	3.87±0.83	4.03±0.92	3.96±0.89	3.66±0.76	1.67±0.80
	Poliklinik	2.42±0.81	4.40±0.35	4.42±0.41	4.57±0.57	4.38±0.29	2.42±1.23
	İdari	2.31±0.60	3.85±1.09	4.06±1.23	3.85±1.14	3.52±0.94	1.44±0.73
<b>F</b>	9.255	1.237	0.437	1.265	2.480	2.667	
<b>p</b>	<b>0.001</b>	0.297	0.727	0.287	0.062	<b>0.041</b>	
Çalışma şekli	Sürekli Gündüz	2.28±0.78	3.64±1.16	3.72±1.30	3.77±1.25	3.45±1.05	1.82±0.92
	Vardiyalı	2.16±0.71	3.90±0.77	4.14±0.85	3.96±0.83	3.64±0.76	1.63±0.80
	<b>t</b>	1.433	4.397	-3.028	-1.453	-1.596	1.694
	<b>p</b>	0.232	<b>0.037</b>	<b>0.011</b>	0.218	0.163	0.091
<b>Ort±S.S.</b>	2.19±0.71	3.82±0.89	4.01±1.02	3.91±0.98	3.59±0.86	1.68±0.84	<b>Ort±S.S.</b>
<b>Min-Max</b>	1-4	1-4	1-5	1-5	1-5	1-4	<b>Min-Max</b>

- t testi ve One-Way ANOVA testleri kullanılmıştır.

Araştırmada özyeterlilik alt boyut puan ortalaması 4.01±1.02, dayanıklılık alt boyut puan ortalaması ise 3.91±0.98 bulundu. Bu bulguların işyeri nezaketsizliğinin yıkıcı etkilerinden koruma sağlayabilecek düzeyde olduğu söylenebilir de tamamen engelleyecek düzeyde değildir. Nolzen (2018) psikolojik sermayenin hemşirelerin işyeri nezaketsizliğinin olumsuz deneyimleriyle baş etmeleri için hayati öneme sahip pozitif bir davranış biçimi olduğunu vurgulamıştır. Araştırmada yönetici hemşirelerin psikolojik sermayelerinin puan ortalamasının (3.88±1.33) poliklinik hemşirelerinden (4.18±0.31) düşük ancak klinik hemşirelerinden (3.42±0.80) yüksek olduğu belirlendi. Bu doğrultuda klinik hemşirelerine göre yüksek psikolojik sermaye düzeyine sahip yönetici hemşireler, klinik hemşirelerin karşılaşılabileceği işyeri nezaketsizliklerine yönelik onları koruma ve gelişimine katkı sağlamak amaçlı stratejiler belirlemesi hemşirelerin savunma mekanizması oluşturmalarına katkı sağlayabilir. Araştırmanın genel bulgularına bakıldığında işyerinde karşılaşılan nezaketsiz davranışlar hemşirelerin psikolojik sermayelerini negatif yönde etkilediği literatür çalışmaları ile örtüşmektedir [24]. İşyerinde nezaketsiz davranışlar ile karşılaşan hemşireler maruz kaldıkları bu saygısız davranışlar neticesinde sağlık bakımında aksaklıklara ve bakım kalitesinde düşümlere yol açabilir. Bu nedenle işyerinde gözlenen nezaketsiz davranışların üstesinden gelebilmek için yönetici hemşirelerin diğer çalışan hemşireleri desteklemesi önemlidir. Psikolojik sermaye, durağan bir yapıda olmayıp, hareketli bir süreç olarak aktarılmıştır [23]. Dolayısıyla işyeri nezaketsizliğine karşı nezaket çerçevesinde geliştirilen savunma mekanizmalarının aynı zamanda hemşirelerin psikolojik sermayelerini de arttıracığı söylenebilir.

## SONUÇ

Araştırmada hemşirelerin karşılaştıkları nezaketsiz davranışlar ile erkeklerin daha çok karşılaştığı, eğitim durumu ve hizmet yılı arttıkça karşılaştıkları nezaketsiz davranışların azaldığı ve hemşirelerin görevlerine göre değiştiği belirlendi.

Hemşirelerin psikolojik sermayelerinin ise eğitim durumları ve hizmet yılları arttıkça yükseldiği ve hemşirelerin görevlerine göre değiştiği saptandı. Genel olarak hemşirelerin karşılaştıkları nezaketsiz davranışlar arttıkça psikolojik sermayelerinin azaldığı sonucuna varıldı. Bu doğrultuda özellikle yönetici hemşireler, hemşirelerin karşılaşılabileceği nezaketsiz davranışlara karşı önlem almalı, savunma mekanizmaları geliştirmeleri, diğer sağlık ekip üyeleri ile güçlü iletişim ağları kurmaları faydalı olacaktır.

Örgütlerin ise, kurum içi sosyal programlar düzenlemesi, hemşirelerin karşılaşılabileceği nezaketsiz davranışları engellemeye yönelik stratejiler belirlemesi, çalışanların psikolojik sermayelerini arttıracak eğitim programları oluşturması önerilmektedir.

**Etik onay:** 2020/15, Adyaman Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu

**Teşekkür:** Yok

**Çıkar çatışması:** Yazar çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

**Finansal destek:** Yok.

**Yazar katkısı:** Fikir: YÇ; Tasarım: YÇ; Veri Toplama: YÇ; Verilerin istatistiksel analizi: YÇ, Literatür taraması: YÇ; Makale yazımı: YÇ; Eleştirel inceleme: YÇ.

## KAYNAKLAR

- Pearson C, Porath C. The cost of bad behavior: how incivility is damaging your business and what to do about it. New York, Penguin: 2009.
- Andersson L, Pearson CM. Tit for tat? The spiraling effect of incivility in the workplace. *Aca Man Review*. 1999;24:452-471.
- Smith L, Andrusyszyn M, Laschinger H. Effects of workplace incivility and empowerment on newly-graduated nurses' organizational commitment. *J Nurs Manag*. 2010;1004-1015.
- Vessey JA, DeMarco RF, Gaffney DA, Budin WC. Bullying of staff registered nurses in the workplace: A preliminary study for developing personal and organizational strategies for the transformation of hostile to healthy workplace environments. *J Prof Nurs*. 2009;25:299-306.
- Sahay A, Hutchinson M, East L. Exploring the influence of workplace supports and relationships on safe medication practice: A pilot study of Australian graduate nurses. *Nurse Educ Today*. 2015;35(5):21-26.
- Laschinger HKS, Nosko A. Exposure to workplace bullying and post-traumatic stress disorder symptomology: The role of protective psychological resources. *J Nurs Manag*. 2015;23:252-262.
- Ekici D, Beder A. The effects of workplace bullying on physicians and nurses. *Aust J Adv Nurs*. 2015;31(4):24-33.
- Luthans F, Luthans KW, Luthans BC. Positive psychological capital: Beyond human and social capital. *Bus Horiz*. 2004;47(1):45-50.
- Abbas M, Raja U. Impact of psychological capital on innovative performance and job stress. *Can J Adm Sci*. 2015;32(2):128-138.
- Avey JB, Avolio BJ, Luthans F. Experimentally analyzing the impact of leader positivity on follower positivity and performance. *Leadersh Q*. 2011;22(2):282-294.
- Avey JB, Reichard RJ, Luthans F, Mhatre KH. Meta-analysis of the impact of positive psychological capital on employee attitudes, behaviors, and performance. *Hum Resour Dev Q*. 2011;22(2):127-152.
- Du Y, Li P, Zhang L. Linking job control to employee creativity: The roles of creative self-efficacy and regulatory focus. *Asian J Soc Psychol*. 2018;21(3):187-197.
- Kutlu A, Bilgin N. İşyeri nezaketsizlik ölçeğinin hemşireler üzerinde türkçe geçerlik ve güvenilirliği çalışması. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2017;4(2):56-62.
- Sameer YM. Innovative behavior and psychological capital: Does positivity make any difference? *JEM*. 2018;32:75-101.
- Bonner L. A survey of work engagement and psychological capital levels. *Br J Nurs*. 2016;25(15):865-871.
- Sun T, Zhao XW, Yang LB, Fan LH. The impact of psychological capital on job embeddedness and job performance among nurses: A structural equation approach. *J Adv Nurs*. 2012;68(1):69-79.
- Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM, Wu ES. Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *Am J Infect Control*. 2012;40(6):486-490.
- Zhao C, Chang Q, Zhang X, et al. Evaluation of safety attitudes of hospitals and the effects of demographic factors on safety attitudes: A psychometric validation of the safety attitudes and safety climate questionnaire. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):836-846.
- Crawford CL, Chu F, Judson LH, et al. An integrative review of nurse-to-nurse incivility, hostility, and workplace violence: A GPS for nurse leaders. *Nurs Adm Q*. 2019;43(2):138-156.
- Nolzen N. The concept of psychological capital: A comprehensive review. *Manag Rev Q*. 2018;68(3):237-277.
- Fida R, Laschinger HKS, Leiter MP. The protective role of self-efficacy against workplace incivility and burnout in nursing: A time-lagged study. *Health Care Manag Rev*. 2018;43(1):21-29.
- Taşkaya S, Aksoy A. A bibliometric analysis of workplace incivility in nursing. *J Nurs Manag*. 2021;29(3):518-525.
- Woo CH, Kim C. Impact of workplace incivility on compassion competence of Korean nurses: Moderating effect of psychological capital. *J Nurs Manag*. 2020;28:682-689.
- Luthans F, Avolio BJ, Avey JB, Norman SM. Positive psychological capital: measurement and relationship with performance and satisfaction. *Pers Psychol*. 2007;60(3):541-572.





## GEBELERİN YAŞADIĞI STRES VE GEBELİK SEMPTOMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ THE RELATIONSHIP BETWEEN PREGNANCY STRESS AND PREGNANCY SYMPTOMS

Nazife Bakır<sup>1</sup> , Cuma Demir<sup>2</sup> , Nurdilan Şener<sup>3\*</sup> 

<sup>1</sup> Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Bucak Sağlık Yüksekokulu, Ebelik Bölümü, Burdur, Türkiye

<sup>2</sup> Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

<sup>3</sup> Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Elazığ, Türkiye

### ÖZ

**Amaç:** Bu araştırma gebelerin yaşadığı stres ve gebelik semptomları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı niteliktedir. Araştırma Şubat-Nisan 2021 tarihleri arasında Akdeniz Bölgesindeki bir devlet hastanesinde kadın doğum polikliniğine kontrol için başvuran 192 gebe ile yürütüldü. Araştırmanın verileri katılımcıların tanıtıcı özelliklerini belirlemek için sosyo-demografik özellikleri içeren form, gebelikte yaşanan stresi belirlemek için Gebelik Stres Değerlendirme Ölçeği (GSDÖ), gebelikte yaşanan yakınmaların sıklığını ve semptomların günlük yaşama etkisini belirlemek için ise Gebelik Semptom Envanteri (GSE) kullanılarak toplandı.

**Bulgular:** Çalışmamızda gebelerin %70.8'nin 1-41 yaş arasında olduğu, %56.3'nün gebeliğinin planlı gebelik ve 2. trimesterde olduğu, %50.5'nin ikinci gebeliği olduğu belirlendi. Gebelerin GSDÖ toplam puan ortalaması 94.96±7.22 (min:69-maks:113) olarak belirlendi. Gebelerin GSE semptom yaşama durumları puan ortalamasının 39.20±6.17 (min:23-maks:56) ve GSE günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu puan ortalamasının 47.86±8.19 (min:29-maks:66) olduğu görüldü. Araştırmada GSE ile GSDÖ alt boyutu bebek sağlığı, beden imajı ve psikolojik durum arasında ilişki olduğu saptandı (p<0.05).

**Sonuç:** Gebelerin yaşadığı stres ve semptom düzeyleri arasında anlamlı ilişki olmadığı saptandı.

**Anahtar Kelimeler:** Gebe, Stres, Semptom

### ABSTRACT

**Objective:** This research was conducted to determine the relationship between stress and symptoms experienced by pregnant women.

**Method:** The research is descriptive and quantitative. The study was conducted with 192 pregnant women who applied to the Obstetrics and Gynecology Clinic in a State Hospital in the Mediterranean Region between February and April 2021 for control. The data of the study were collected using a form containing socio-demographic characteristics to determine the descriptive characteristics of the participants, the Pregnancy Stress Rating Scale (GSSS) to determine the stress experienced during pregnancy, and the Pregnancy Symptom Inventory (GSE) to determine the frequency of complaints experienced during pregnancy and the effect of symptoms on daily life.

**Results:** In our study, it was determined that 70.8% of the pregnant women were between the ages of 31-41. 56.3% of them were in planned pregnancy and second trimester, and 50.5% had their second pregnancy. The mean GSDS total score of the pregnant women was determined as 94.96±7.22 (min.69-max.113). The average score they got from GSE symptom experience average score 39.20±6.17 (min.23-max.56). and the average score they got from GSE the mean score of affecting activities of daily living 47.86±8.19 (min.29-max.66). In the study, it was determined that there was a relationship between the GSE and the GSDS sub-dimension, infant health, body image and psychological state (p<0.05).

**Conclusion:** It was found that there was no significant relationship between the stress and symptom levels experienced by the pregnant women.

**Key Words:** Pregnancy, Stress, Symptom

### GİRİŞ

Gebelik, kadınlarda birçok fizyolojik değişimin görüldüğü ve bakım ihtiyacının arttığı bir dönemdir [1]. Prenatal dönem kadınlarda fizyolojik, anatomik, biyokimyasal ve psikolojik değişikliklerin ortaya çıktığı bir dönemdir. Aynı zamanda gebelik süresince fetüsün ihtiyaçlarını karşılamak, homeostazisi korumak, doğum ve postpartum döneme kadını hazırlamak amacıyla normal ve patolojik değişikliklerin de görüldüğü karmaşık bir süreçtir [2-4]. Prenatal dönem kadınlar için normal bir süreç olarak kabul edilmesine

rağmen, birçok kadın emosyonel, fiziksel ve sosyal farklılıklar, bebeğin sağlığı ve yaşam şeklinde ortaya çıkan değişiklikler nedeniyle bu süreçte stres yaşayabilmektedir [2]. Literatür, yüksek prenatal stres seviyelerinin gebelik ve gelişen fetüs için olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğunu göstermektedir [5]. Gebelikte kadınlar arasında stres çok yaygındır [6,7]. Yaşanan stres gebenin öz bakım kapasitesini azaltıp yetersiz beslenmesine neden olabilmektedir. Ayrıca kadınların gebelik sürecinde yaşadığı strese sürekli maruziyet, fetüs, yenidoğan ve

### Makale Bilgisi/Article Info

**Yükleme tarihi/Submitted:** 26.07.2021, **Revizyon isteği/Revision requested:** 03.11.2021, **Son düzenleme tarihi/Last revision received:** 11.11.2021, **Kabul/Accepted:** 17.11.2021, **Çevrimiçi yayım tarihi/Published online:** 31.12.2021

**Sorumlu yazar/Corresponding author:** Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Elazığ, Türkiye

<sup>3\*</sup>Email: nurdilansener@outlook.com, <sup>1</sup>Email: nazbakir@hotmail.com, <sup>2</sup>Email: cumademirmehmetakif@gmail.com

anneninin sağlığında olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Tüm bu sebeplerden dolayı gebelik sürecinde gebelerde görülen stres düzeyinin belirlenmesi ve stresörlerin tespit edilip azaltılmasının sağlanması önemlidir [6-8].

Gebelik boyunca yaşanan değişiklikler maternal yakınmaları da beraberinde getirir [4]. Gebeliğin erken döneminde görülen semptomlarda ilk trimesterde daha çok bulantı-kusma, burun tıkanıklığı, burun kanaması, sık idrara çıkma, üriner sistem enfeksiyonu, meme dokusunda hassasiyet, pityalizm, palmar eritem, lkore ve ambivalan duygular yaşanmaktayken, gebeliğin ikinci ve cnc trimesterde ise dem, mide yanması, variköz venler, sırt ağrısı, gaz, hemoroid, konstipasyon, kramplar, solunum sıkıntısı, uyku sorunları, round-ligament ağrısı, karpal tünel sendromu ve braxton hicks kasılmalarıdır. [2,4].

Stresli bir gebelik dönemi geçiren kadınların bulantı-kusma gibi gebeliğe bağlı görülen fiziksel Şikayetlerinin arttığı, bu gebelerin daha fazla hastaneye başvurdukları bilinmektedir [9]. Ülkemizde gebelik stresi [10-13] ve gebelik semptomları üzerine [14-16] çalışmalar yapılmıştır ancak gebelik stres ve semptomları arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada gebelerin yaşadığı stres ve gebelik semptomları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

### Araştırmanın Yapıldığı Yer, Zaman, Evren ve rneklem

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipteki bu araştırma Şubat-Nisan 2021 tarihleri arasında Akdeniz Bölgesindeki bir Devlet Hastanesinde, Kadın Doğum Polikliniğinde yürütüldü. Araştırmanın evrenini 2021 yılı içerisinde Akdeniz Bölgesindeki bir Devlet Hastanesine başvuran gebe kadınlar oluşturdu. Araştırmanın rneklemi evreni bilinmeyen örneklem formülü ile hesaplandı ve (güven aralığı %95, yanılma düzeyi %5) minimum örneklem büyüklüğü 192 olarak belirlendi. Araştırma riskli gebelik yaşamayan, kronik hastalığı olmayan, psikiyatrik hastalık tanısı almamış, görme ve işitme engeli olmayan, Türkçe konuşan, sözel iletişime açık ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 192 gebeyle tamamlandı.

### Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Tanıtıcı zellikler Formu, Gebelik Stres Değerlendirme leği (GSD) ve Gebelik Semptom Envanteri (GSE) ile toplandı.

#### Tanıtıcı zellikler Formu

Gebe kadınların sosyo-demografik özelliklerini ve obstetrik geçmişini incelemeyi sağlayan 10 sorudan oluşan formdur.

#### Gebelikte Stres Değerlendirme leği (GSD)

Orijinal adı Pregnancy Stress Rating Scale olan ölçek 30 madde ile 1983 yılında in'de geliştirilmiştir [17]. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu olup 5'li likert tipi ile derecelendirilmiştir. Puanlamada her madde 0-4 arasında puanlanır. Ölçekten alınan minimum puan 0, maksimum puan 144'tür. Alınan puanın yüksek olması, doğum öncesi yüksek düzeyde stres algılandığının göstergesidir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Aksoy ve ark. tarafından 2019 yılında gerçekleştirilmiş olup ölçeğin yedi alt boyutu (ebelik doğum ve doğum sonrası güvenlik ve sağlık bakımı, doğum ve doğum sonu sosyal destek, bebek sağlığı, bebek kimliği ve bakımı, beden imajı, gebelikte sosyoekonomik yaşam, gebelikte psikolojik durum) bulunmaktadır. Güvenirlik analizleri kapsamında Cronbach Alpha katsayısı 0.94 olarak belirlenmiştir [8]. Bu Araştırmada ise Cronbach Alpha katsayısı 0.83 olarak belirlendi.

#### Gebelik Semptom Envanteri (GSE)

Gebelikte görülen yakınmaların sıklığını ve semptomların günlük yaşam aktivitelerini sınırlama durumunu değerlendirmek için, 2013 yılında Foxcroft ve ark. tarafından geliştirilmiştir [18]. GSE gebelikte sık görülen 42 semptomu değerlendiren iki bölümden oluşan bir ölçektir. GSE'nin birinci bölümünden en düşük 0 en yüksek 126 puan alınabilmektedir. Her madde 0 ile 3 arasında değerlendirilir. GSE birinci bölümünden alınan puanın artması, semptom yaşama sıklığının arttığını göstermektedir. GSE'nin ikinci bölümü semptomların günlük aktiviteleri sınırlama durumunu ölçmektedir. Bu bölüm 3'l likert tipindedir. Her madde 1 ile 3 arasında puanlanır. GSE'nin ikinci bölümünden en düşük 42 en yüksek 126 puan alınabilmektedir. GSE'nin ikinci bölümünden alınan puan arttıka, yaşanan semptomların günlük aktiviteleri sınırladığından söz edilir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Gürkan ve Glğlu tarafından 2020 yılında yapılmıştır [19]. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.82 olarak saptanmıştır. Bu alışmada Cronbach Alpha katsayısı 0.78 olarak hesaplandı.

### Verilerin Toplanması

Veriler hastanenin normal tedavi ve bakım işleyişini bozmadan uygun vakitlerde gebelerden yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

### İstatistiksel Analiz

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS 20.0 paket programı kullanılmış olup, yüzde, frekans ve verilerin normal dağılıp dağılmadığını grenmek için kolmogrov smirnov testi yapıldı. Gruplar arası farklılıkların karşılaştırılmasında ANOVA, farklılığın anlamlılık derecesini tespit etmek için Bonferroni Post Hoc t testi kullanıldı. İki grup arasında farklılığın karşılaştırılmasında Independent Samples t Test kullanıldı. İki ortalama arasındaki ilişkiyi belirlemek için pearson korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edildi.

### Etik Onay

Araştırmaya başlamadan önce Burdur Mehmet Aktif Ersoy Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı (GO 2019/168) alındı. Araştırmaya katılan kadınlara araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verilip, elde edilen bilgilerin sadece bu araştırma için kullanılacağı açıklandıktan sonra sözlü ve yazılı onamları alındı.

### BULGULAR

Gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımlarına baktığımızda; %70.8'nin 31-41 yaş arasında olduğu, %50.0'nin orta ğretim (lise) mezunu olduğu, %46.4'nn ilçede yaşadığı, %59.4'nn çekirdek aileye sahip olduğu, %51.0'nn gelir durumunun gidere eşit olduğu, %67.2'sinin ev hanımı olduğu saptandı. Ayrıca %56.3'nn gebeliği planlı gebelik olduğu, %56.3'nn 2. trimesterde olduğu, %50.5'nin 2. gebeliği olduğu, %44.3'nn iki çocuğa sahip olduğu belirlendi (Tablo 1).

Gebelerin GSD toplam puan ortalaması  $94.96 \pm 7.22$  (min. 69, maks. 113) olarak belirlendi. GSE birinci bölümden aldıkları puan ortalaması  $39.20 \pm 6.17$  (min. 23, maks. 56) ve GSE ikinci bölümden aldıkları puan ortalaması  $47.86 \pm 8.19$  (min. 29, maks. 66) olarak saptandı.

Gebelerin tanıtıcı özellikleri ile GSE puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 1'de sunuldu. Bu araştırmada ikinci gebeliği olan gebelerin, GSE birinci bölümden aldıkları puan ortalamalarının 3 ve üzeri gebeliği olan gebelerin puan ortalamalarından yüksek olduğu saptandı ( $p=0.047$ ). Yine 1. ve 2. gebeliği olan gebelerin GSE ikinci bölümden aldıkları puan ortalamalarının 3 ve üzeri gebeliği olan gebelerin puan ortalamalarından yüksek olduğu saptandı ( $p=0.009$ ) (Tablo 1).

**Tablo 1.** Gebelerin tanıtıcı özellikleri ile GSE puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tanıttıcı Özellikler	Sayı-Yüzde	GSE (1.Bölüm) Ort±ss	GSE (2.Bölüm) Ort±ss	
Yaş**	20-30	56 (29.2)	38.82±5.12	47.91±6.81
	31-41	136 (70.8)	39.36±6.56	47.84±8.72
	Test istatistiği		6.550	4.266
	P		0.539	0.960
Eğitim düzeyi*	İlköğretim(ilk-ortaokul)	66 (34.4)	39.53±6.30	47.92±8.37
	Ortaöğretim (lise)	96 (50.0)	39.27±6.49	48.13±8.65
	Yükseköğretim	30 (15.6)	38.30±4.76	46.86±6.22
	Test istatistiği		0.417	0.274
P		0.660	0.760	
İkamet yeri*	İl	88 (45.8)	39.06±5.69	47.12±8.27
	İlçe	89 (46.4)	39.60±6.54	48.75±7.93
	Köy/kasaba	15 (7.8)	37.66±6.69	46.93±9.24
	Test istatistiği		0.674	0.978
P		0.511	0.378	
Aile tipi**	Çekirdek aile	114 (59.4)	39.19±6.24	47.78±8.54
	Geniş aile	78 (40.6)	39.23±6.10	47.97±7.70
	Test istatistiği		0.153	1.301
	P		0.967	0.876
Gelir durumu*	Gelir giderden fazla	19 (9.9)	37.84±5.89	44.79±8.14
	Gelir gidere eşit	98 (51.0)	38.73±6.02	47.55±8.17
	Gelir giderden az	75 (39.1)	40.17±6.37	49.05±8.10
	Test istatistiği		1.682	2.226
P		0.189	0.111	
Çalışma durumu**	Ev hanımı	129 (67.2)	39.37±6.11	48.21±8.08
	Çalışıyor	63 (32.8)	38.87±6.31	47.14±8.44
	Test istatistiği		0.010	0.018
	P		0.605	0.403
Gebelik şekli**	Planlı gebelik	108 (56.3)	39.16±5.60	48.20±7.85
	Plansız gebelik	84 (43.8)	39.26±6.86	47.42±8.64
	Test istatistiği		4.324	0.947
	P		0.918	0.517
Gebelik ayı*	1.,2.,3. ay	25 (13.0)	38.48±6.25	46.32±7.73
	4.,5.,6. ay	108 (50.5)	39.37±6.20	48.04±8.50
	7.,8.,9. ay	53 (27.5)	39.20±6.16	48.18±7.87
	Test istatistiği		0.214	0.513
P		0.808	0.599	
Gebelik sayısı*	1.gebelik <sup>a</sup>	42 (21.9)	39.85±5.88	49.54±7.09
	2.gebelik <sup>b</sup>	97 (50.5)	39.86±5.94	48.70±7.69
	3 ve üzeri gebelik <sup>c</sup>	53 (27.6)	37.49±6.58	45.00±9.26
	Test istatistiği		2.891	4.813
P		<b>0.047 (b&gt;c)</b>	<b>0.009 (a,b&gt;c)</b>	

Çocuk sayısı*	Çocuk yok	1 çocuk	2 çocuk	3 ve üzeri çocuk
	44 (22.9)	47 (24.5)	85 (44.3)	16 (8.3)
	38.20±5.67	39.17±5.49	39.69±6.61	39.50±7.08
	46.27±7.88	47.78±7.26	48.39±8.33	49.68±10.63
Test istatistiği			0.572	0.933
p			0.634	0.426

\*One-Way ANOVA. \*\*Independent samples t-test

Gebelerin tanıtıcı özellikleri ile GSDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 2'de verildi. Bu çalışmada 3 ve üzeri çocuk sahibi olan gebelerin GSDÖ toplam puan ortalamalarının diğer gruplardaki gebelerin toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (p=0.004). GSDÖ alt boyut bazında incelendiğinde; 31-41 yaş aralığında olan gebelerin GSDÖ alt boyutu "gebelikte psikolojik durum" puan ortalamalarının 20-30 yaş aralığında olan gebelerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (p=0.028). Eğitim düzeyi ilköğretim (ilk-ortaokul) olan gebelerin GSDÖ alt boyutu bebek sağlığı puan ortalamalarının eğitim düzeyi ortaöğretim (lise) ve yükseköğretim olan gebelerin puan ortalamalarından yüksek olduğu görüldü (p=0.013). İl ve ilçede yaşayan gebelerin GSDÖ alt boyutu bebek kimliği ve bakımı puan ortalamalarının köy/kasabada yaşayan gebelerin puan ortalamalarından yüksek olduğu saptandı (p=0.009).

Çekirdek aileye sahip gebelerin GSDÖ alt boyutu gebelikte psikolojik durum puan ortalamalarının geniş aileye sahip olan gebelerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (p=0.025). Ayrıca ilk trimesterinde olan gebelerin GSDÖ alt boyutu bebek sağlığı puan ortalamalarının 3. trimesterinde olan gebelerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (p=0.047).

Birinci gebeliği olan gebelerin GSDÖ alt boyutu bebek sağlığı puan ortalamalarının 3 ve üzeri gebeliği olan gebelerin puan ortalamalarından yüksek olduğu belirlendi (p=0.035). Yine 3 ve üzeri çocuk sahibi olan gebelerin GSDÖ alt boyutu doğum ve doğum sonu sosyal destek puan ortalamalarının, hiç çocuğu olmayan ve bir çocuğu olan gebelerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (p=0.004).

Hiç çocuğu olmayan gebelerin GSDÖ alt boyutu doğum ve doğum sonu sosyal destek puan ortalamalarının iki çocuğu olan gebelerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (p=0.004) (Tablo 2).

Bu çalışmada GSDÖ ölçeği bebek sağlığı alt boyutu ile GSE birinci bölüm (p=0.023) ve GSE ikinci bölüm (p=0.000) puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişkinin olduğu saptandı. GSDÖ alt boyutu olan beden imajı puanı ile GSE birinci bölüm (p=0.043) ve GSE ikinci bölüm (p=0.022) puanları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. GSDÖ alt boyutu olan gebelikte psikolojik durum puanı ile GSE ikinci bölüm (p=0.002) puanları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu görüldü (Tablo 3).

## TARTIŞMA

Bu çalışmada gebelerin GSE ile gebelik sayıları arasında önemli farklılık olduğu, gebelik sayısı arttıkça semptomlardan kaynaklı yakınmaların azaldığı saptandı. Çetin ve ark. (2017), kadınların gebelikleri süresince yaşadıkları fiziksel yakınmalar ile gebelik sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu, gebelik sayısı arttıkça fiziksel yakınmalarında azalma olduğunu saptamıştır [20]. Bu çalışmada elde edilen bulgu Çetin ve ark. (2017) bulgusu ile benzerlik göstermektedir. Literatürde gebelikte yaşanan semptomlar ile sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiyi inceleyen başka çalışmaya rastlanmamıştır.



Tablo 2. Gebelerin tanıtıcı özellikleri ile Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği								
	Gebelik doğum ve doğum sonrası güvenli sağlık bakımı	Doğum ve doğum sonu sosyal destek	Bebek sağlığı	Bebek kimliği ve bakımı	Beden imajı	Gebelikte sosyo ekonomik yaşam	Gebelikte psikolojik durum	Toplam	
Yaş**	20-30	25.46±3.09	18.67±2.45	14.75±2.29	9.50±1.95	10.14±2.38	10.41±2.18	5.50±2.00	94.44±7.91
	31-41	25.64±3.34	18.53±2.95	14.31±2.14	9.67±2.10	10.05±2.11	10.75±2.04	6.19±1.88	95.17±6.93
	Test istatistiği	0.241	2.444	0.521	0.287	1.315	0.111	0.619	0.257
	p	0.726	0.751	0.228	0.579	0.793	0.321	<b>0.028</b>	0.549
Eğitim düzeyi*	İlköğretim (ilk-ortaokul) <sup>a</sup>	25.60±2.96	18.59±2.58	15.03±1.94	9.86±2.24	10.15±2.17	10.56±2.26	5.95±1.99	95.75±7.06
	Ortaöğretim (lise) <sup>b</sup>	25.57±3.20	18.52±3.06	14.26±2.35	9.51±1.97	9.84±2.27	10.65±2.09	6.05±1.87	94.41±7.53
	Yükseköğretim <sup>c</sup>	25.63±4.13	18.73±2.47	13.73±1.89	9.46±1.87	10.66±1.86	10.83±1.64	5.90±2.09	94.96±6.60
	Test istatistiği	0.005	0.066	4.419	0.681	1.682	0.176	0.091	0.672
p	0.995	0.936	<b>0.013(a&gt;b,c)</b>	0.508	0.189	0.839	0.913	0.512	
İkamet yeri*	İl <sup>a</sup>	25.69±3.04	18.48±2.71	14.50±2.16	9.87±2.16	10.25±1.98	10.98±2.00	5.96±1.84	95.76±7.43
	İlçe <sup>b</sup>	25.38±3.49	18.50±2.91	14.48±2.24	9.62±1.87	9.91±2.29	10.30±2.19	5.96±1.88	94.17±6.58
	Köy/kasaba <sup>c</sup>	26.26±3.21	19.53±2.69	13.86±2.09	8.13±1.92	10.06±2.71	10.73±1.62	6.33±2.79	94.93±9.39
	Test istatistiği	0.543	0.941	0.560	4.783	0.531	2.441	0.246	1.061
p	0.582	0.392	0.572	<b>0.009 (a,b&gt;c)</b>	0.589	0.091	0.782	0.348	
Aile tipi**	Çekirdek aile	25.47±3.24	18.74±2.95	14.35±2.21	9.71±2.10	10.22±2.17	10.63±2.00	6.25±1.89	95.38±7.35
	Geniş aile	25.76±3.30	18.33±2.53	14.56±2.16	9.48±1.98	9.89±2.20	10.67±2.20	5.61±1.94	94.34±7.02
	Test istatistiği	0.600	1.813	0.111	0.668	0.349	0.949	0.201	0.036
	p	0.541	0.307	0.526	0.444	0.346	0.876	<b>0.025</b>	0.327
Gelir durumu*	Gelir giderden fazla	25.63±3.41	18.94±2.83	14.84±1.97	9.89±1.99	10.47±2.09	10.31±1.56	6.73±1.44	96.84±5.89
	Gelir gidere eşit	25.72±3.25	18.65±2.92	14.31 ±2.07	9.63±2.16	9.95±2.18	10.78±2.23	6.06±1.99	95.13±7.45
	Gelir giderden az	25.41±3.28	18.38±2.65	14.50±2.39	9.54±1.94	10.13±2.32	10.56±2.00	5.72±1.94	94.26±7.20
	Test istatistiği	0.192	0.371	0.507	0.217	0.476	0.519	2.228	1.019
p	0.825	0.691	0.603	0.805	0.622	0.596	0.111	0.363	
Çalışma durumu**	Ev hanımı	25.71±3.21	18.65±2.67	14.38±2.15	9.76±2.10	9.93±2.13	10.72±2.10	5.93±1.93	95.11±6.84
	Çalışıyor	25.34±3.37	18.42±3.08	14.55±2.27	9.33±1.93	10.38±2.28	10.49±2.04	6.11±1.95	94.65±7.99
	Test istatistiği	0.003	0.269	0.490	1.721	0.103	0.565	0.022	0.787
	p	0.478	0.625	0.626	0.159	0.192	0.458	0.564	0.692
Gebelik şekli**	Planlı gebelik	25.64±3.15	18.63±2.74	14.69±1.89	9.60±2.15	10.02±2.20	10.64±2.22	5.94±1.86	95.20±6.74
	Plansız gebelik	25.52±3.42	18.50±2.89	14.11±2.50	9.65±1.92	10.14±2.18	10.65±1.98	6.05±2.04	94.65±7.83
	Test istatistiği	0.440	0.020	8.916	2.281	0.011	3.197	1.232	1.278
	p	0.794	0.737	0.082	0.858	0.719	0.982	0.688	0.610
Gebelik ayı*	1.,2.,3. ay <sup>a</sup>	25.80±3.22	18.72±2.65	15.24±2.27	9.80±1.95	10.00±2.06	10.64±1.99	6.12±1.85	96.32±6.91
	4.,5.,6. ay <sup>b</sup>	25.64±3.40	18.60±2.81	14.46±2.15	9.50±2.07	10.04±2.30	10.84±2.14	6.09±2.04	95.20±7.64
	7.,8.,9. ay <sup>c</sup>	25.40±3.05	18.47±2.90	14.06±2.18	9.76±2.06	10.16±2.05	10.30 ±1.98	5.76±1.78	93.94±6.50
	Test istatistiği	0.160	0.075	2.558	0.392	0.078	1.273	0.609	1.083
p	0.852	0.928	<b>0.047 ( a&gt;c)</b>	0.666	0.925	0.282	0.547	0.341	
Gebelik sayısı*	1. gebelik <sup>a</sup>	25.30±3.34	18.23±2.69	15.09±2.02	9.85±2.01	9.92±2.56	11.07±2.38	5.69±1.75	95.19±7.03
	2. gebelik <sup>b</sup>	25.71±3.33	18.50±2.59	14.44±2.41	9.47±1.89	9.88±2.05	10.47±2.03	5.85±1.89	94.35±6.19
	3. gebelik ve üzeri <sup>c</sup>	25.60±3.12	18.98±3.24	13.92±1.74	9.71±2.36	10.54±2.08	10.64±1.91	6.40±2.09	95.90±8.95
	Test istatistiği	0.220	0.885	3.420	0.579	1.697	1.207	2.536	0.819
p	0.803	0.414	<b>0.035 ( a&gt;c)</b>	0.561	0.186	0.301	0.082	0.442	
Çocuk sayısı*	Çocuk yok <sup>a</sup>	25.70±3.42	19.00±2.90	14.38±2.21	9.40±1.66	9.59±2.42	10.06±2.20	6.00±1.81	94.15±7.73
	1 çocuk <sup>b</sup>	26.04±3.27	18.61±2.90	14.78±1.93	9.80±2.41	10.36±2.05	11.06±2.02	5.51±2.18	96.19±6.99
	2 çocuk <sup>c</sup>	25.12±3.25	17.96±2.67	14.37±2.40	9.42±1.92	10.01±2.15	10.67±2.04	6.14±1.85	93.71±6.72
	3 ve üzeri çocuk <sup>d</sup>	26.43±2.74	20.56±1.86	13.93±1.65	10.75±2.32	10.93 ±1.84	10.93±1.94	6.62±1.82	100.18±6.70
	Test istatistiği	1.246	4.593	0.701	2.197	1.861	1.891	1.719	4.501
	p	0.295	<b>0.004 ( d&gt;a,b; a&gt;c )</b>	0.552	0.091	0.138	0.133	0.165	<b>0.004 (d&gt;a,b,c)</b>

\*One-Way ANOVA. \*\*Independent Samples t-test

**Tablo 3.** Gebelerin Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği ve Gebelikte Semptom Envanterinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki

GSDÖ GSE	Gebelik doğum ve doğum sonrası güvenlik sağlık bakımı	Doğum ve doğum sonu sosyal destek	Bebek sağlığı	Bebek kimliği ve bakımı	Beden imajı	Gebelikte sosyo ekonomik yaşam	Gebelikte psikolojik durum	GSDÖ Toplam	GSE (1.Bölüm)	GSE (2.Bölüm)	
Gebelik doğum ve doğum sonrası güvenlik sağlık bakımı	r	1	0.133	<b>0.172*</b>	-0.027	0.017	0.038	0.128	<b>0.599**</b>	-0.106	-0.082
Doğum ve doğum sonu sosyal destek	r	0.133	1	0.009	0.101	0.019	0.074	0.098	<b>0.534**</b>	0.030	-0.028
Bebek sağlığı	r	<b>0.172*</b>	0.009	1	-0.008	-0.066	-0.042	-0.018	<b>0.346**</b>	<b>0.164*</b>	<b>0.285**</b>
Bebek kimliği ve bakımı	r	-0.027	0.101	-0.008	1	0.074	0.100	0.028	<b>0.368**</b>	0.034	0.040
Beden imajı	r	0.017	0.019	-0.066	0.074	1	0.013	0.044	<b>0.335**</b>	<b>-0.146*</b>	<b>-0.166*</b>
Gebelikte sosyo ekonomik yaşam	r	0.038	0.074	-0.042	0.100	0.013	1	0.038	<b>0.334**</b>	-0.120	-0.036
Gebelikte psikolojik durum	r	0.128	0.098	-0.018	0.028	0.044	0.038	1	<b>0.391**</b>	-0.140	<b>-0.218**</b>
GSDÖ	r	<b>0.599**</b>	<b>0.534**</b>	<b>0.346**</b>	<b>0.368**</b>	<b>0.335**</b>	<b>0.334**</b>	<b>0.391**</b>	1	-0.093	-0.069
GSE (1.Bölüm)	r	-0.106	0.030	<b>0.164*</b>	0.034	<b>-0.146*</b>	-0.120	-0.140	-0.093	1	<b>0.776**</b>
GSE (2.Bölüm)	r	-0.082	-0.028	<b>0.285**</b>	0.040	<b>-0.166*</b>	-0.036	<b>-0.218**</b>	-0.069	<b>0.776**</b>	1

$r$ =Pearson korelasyon katsayısı, \* $p$ <0.05, \*\* $p$ <0.01

Bu çalışmada gebelerin eğitim seviyesi ile gebelik stresi arasında önemli farklılık bulunmamıştır. Shishegar ve ark. (2014) eğitim seviyesi ile stres arasında önemli farklılık olmadığını tespit etmiştir [21]. Ahmed ve ark. (2017), benzer şekilde gebelerin algılanan stresleri ile eğitim seviyeleri arasında önemli farklılık olmadığını belirtmiştir [6]. Bu çalışmada elde edilen sonuç literatürle benzerlik göstermektedir [6, 21]. Ancak literatürde bu araştırma bulgusu ile farklılık gösteren çeşitli araştırma sonuçlarına da rastlanmıştır [10, 22, 23]. Pais ve ark. (2014), gebelerin eğitim seviyesinin antenatal stresi etkilediğini [22]. Bodaghi ve ark. (2017), gebelerin eğitim seviyesi ile stres seviyesi arasında önemli farklılık olduğunu [23], Sis ve Atasver (2020), eğitim seviyesinin stres düzeyini etkileyen bir faktör olduğunu ifade etmiştir [10]. Araştırma bulgusu bu çalışma sonuçları ile farklılık göstermektedir. Bu durumun kullanılan ölçüm araçlarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada ikametgâh yeri ile GSDÖ arasında önemli farklılık saptanmamıştır. Literatürde ikametgâh yeri ile stres arasında ki ilişkiyi inceleyen farklı çalışma bulgularına rastlanmamıştır. Ancak yapılan farklı çalışmalarda yaşanan yerin de psikososyal iyilik halini etkilediği [24], kırsal alanda yaşayan kadınların depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır [25]. Bu çalışmada elde edilen bulgu literatürle farklılık göstermektedir [23, 25]. Bu sonucun sebebi olarak yapılan çalışmaların iyilik hali ve depresyon gibi farklı parametreleri ölçmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatürde sosyal desteğin gebelikte görülen anksiyeteyi azalttığı belirtilmiştir [23]. Ancak araştırmada aile yapısı ile gebelikte görülen stres arasında önemli farklılık saptanmamıştır. Pais ve ark (2014), çekirdek ailede yaşayan kadınlarda daha fazla stres görüldüğünü belirtmiştir [22]. Sis ve Atasver (2020), çekirdek aile ile geniş ailede yaşamının stres düzeyini etkileyen faktör olduğunu belirtmiştir [10].

Bu çalışma sonucu elde edilen bulgu literatürle farklılık göstermektedir. Bunun sebebi olarak ölçüm aracının farklı olması düşünülmektedir.

Gebeliğin ayı ile gebelikte görülen stres arasında önemli farklılık saptanmamıştır. Engidaw ve ark. gebelik haftası 12'den az olan gebelerin stres seviyesinin daha yüksek olduğunu saptamıştır [26]. Gebelik stresi ile gebelik haftası arasında önemli farklılık olduğu belirtilmiştir [9]. Ahmed ve ark. gebelik trimesteri ile gebelikte algılanan stres arasında ilişki olmadığını belirtmiştir [6]. Araştırma bulgusu benzerlik gösteren çalışmaya rastlanırken [6] farklılık gösteren çalışma bulguları da bulunmaktadır [9,26,27]. Bu araştırmada 3 ve üzerinde çocuk sahibi olan gebelerin stres seviyesinin diğer gebelere göre yüksek olduğu görülmüştür. Coşkun ve ark. (2020), prenatal distresin çocuk sayısı ile ilişkili olduğunu, çocuk sayısının arttıkça prenatal distresin arttığını belirtmişlerdir [12]. Araştırma bulgusu Coşkun ve ark. (2020) bulgusu ile benzerlik göstermektedir. Ancak literatürde bu araştırma bulgusundan farklı araştırma bulgularına rastlanmıştır. Koyuncu ve ark. (2020), primipar ve multipar gebelerin gebelik streslerini karşılaştırmak için yaptıkları çalışma sonucunda primiparların multiparlara göre daha yüksek stres seviyesine sahip olduklarını görmüşlerdir [28]. Ahmed ve ark. (2017), gebelik sayısı ile gebelikte algılanan stres arasında ilişki olmadığını belirtmişlerdir [6]. Elkin (2015) gebelerin gebelik sayısı ile stresle başa çıkma davranışları arasında önemli farklılık bulamamıştır [27]. Araştırma bulgusu çeşitli araştırma bulguları ile farklılık göstermektedir. Farklılık sebebinin kullanılan ölçüklerin farklı olmasından ve çalışmaların dizaynlarının birbirinden farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırmada gebelere uygulanan GSE ile GSDÖ alt boyutu bebek sağlığı, beden imajı ve psikolojik durum arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Gebelik döneminde yaşanan fiziksel semptomların kadınlar için stres kaynağı

olabildiği belirtilmiştir [11]. Gebelik döneminde depresyon ve anksiyeteyi incelemiş çalışmalar varken [29], stresle semptom ilişkisini değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır.

### Limitasyonlar

Araştırmanın pandemi sürecinde yapılması ve sayı olarak az gebeye ulaşılması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Ayrıca araştırmanın tek bir merkezde yürütülmüş olması; elde edilen bulguların, gebelerin verdikleri bilgiler ile sınırlı kalmasına yol açmıştır.

### SONUÇ

Çalışmadan elde ettiğimiz bulgular doğrultusunda gebelerin yaşadıkları stres arttıkça gebelerin yaşadıkları semptomların arttığı ancak aralarında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde gebelerde yaşanan stres ve semptom ilişkisini araştıran çalışma bulgularına rastlanmamıştır. Bu doğrultuda gebelerde yaşanan stresin belirlenmesi ve yaşanan semptomlarla stres ilişkisinin ortaya konması için daha fazla çalışmaya ve daha büyük örneklem gruplarına ihtiyaç vardır. Gebelik sürecinde sağlık profesyonelleri tarafından verilen bakımlarda gebelerin stresinin semptomlarla olan ilişkisi belirlenirse, gebelere verilen bakımın gebenin kendine özgü, daha planlı, detaylı ve etkili bir şekilde yapılması sağlanabilir.

**Etik onay:** 2019/168, Burdur Mehmet Aktif Ersoy Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

**Çıkar çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

**Finansal destek:** Yok.

**Teşekkür:** Yok.

**Yazar katkısı:** **Fikir:** NB,SDC; **Tasarım:** NB; **Veri Toplama:** SDC; **Verilerin istatistiksel analizi:** NB, **Literatür taraması:** NB,SDC,NŞ; **Makale yazımı:** NB,SDC,NŞ; **Eleştirel inceleme:** NB,NŞ

### KAYNAKLAR

- Bakır N, Irmak Vural P, Demir C. The determination of health practices and the sexual quality of life during the prenatal period. *Perinatal J.* 2020;28(1):1-6.
- Akın Ö. Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yüksek Lisans Tezi. 2018.
- Özyürek B. Gebelik Semptom Envanteri'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik-güvenirliliği ve trimesterlere göre semptomların incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. 2019.
- Şahin EŞ. Gebelik yogasının gebelik semptomlarına etkisi. Yüksek Lisans Tezi. 2019.
- Phelan AL, DiBenedetto MR, Paul IM, Zhu J, Kjerulff KH. Psychosocial stress during first pregnancy predicts infant health outcomes in the first postnatal year. *Matern Child Health J.* 2015;19(12):2587-2597.
- Ahmed AE, Albalawi AN, Alshehri AA, AlBlaihed RM, Alsalamah MA. Stress and its predictors in pregnant women: a study in Saudi Arabia. *Psychol Res Behav Manag.* 2017;10(10):97-102.
- Hou Q, Li S, Jiang C, et al. The associations between maternal lifestyles and antenatal stress and anxiety in Chinese pregnant women: a cross-sectional study. *Sci Rep.* 2018;8(1):10771-10779.
- Aksoy S, Dutucu N, Özdilek R, Acar Bektaş H, Keçeci A. Gebelik stresi değerlendirme ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması ve faktör analizi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2019;5(1):10-14.
- Atasever İ, Çelik AS. Prenatal stresin ana-çocuk sağlığı üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2018;21(1):60-68.
- Sis ÇA, Atasever İ. Gebelerde algılanan stres düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2020;267-276.
- Genç KR, Ülkar D, Erdem B. Primipar ve multipar gebelerin gebelik streslerinin karşılaştırılması. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2020;8(3):652-663.
- Coşkun AM, Arslan S, Okcu G. Gebe kadınlarda gebelik algısının stres, demografik ve obstetrik özellikler açısından incelenmesi. *HEAD.* 2020;17(1):1-8.
- Karataş BG, Şahin S, Öztaş D, Demir P, Desticioğlu R. Gebelerin algılanan stres düzeylerinin ve stres nedenlerinin değerlendirilmesi. *Çukurova Medical Journal.* 2020;45(1):170-180.

- Şeker G. Gebelikte görülen yakınmaların uyku kalitesine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. 2020.
- Türkmen S. Gebeliğin son trimesterinde yaşanan sağlık sorunları ve gebenin yaşam kalitesi üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. 2014.
- Şahan Ö, Ege E. Erken gebelik döneminde yaşanan bulantı kusmanın sıklığı ve yaşam kalitesine etkisi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi.* 2020;3(1):7-11.
- Chen CH, Yu YM, Hwang KK. Psychological stressors perceived by pregnant women during their third trimester. *Formosan J Pub Health.* 1983;10(1):88-98.
- Foxcroft KF, Callaway LK, Byrne NM, Webster J. Development and validation of a pregnancy symptoms inventory. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13(3):2-9.
- Gürkan CÖ, Güloğlu EZ. Gebelik Semptom Envanteri'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *ACU Sağlık Bil Dergisi.* 2020;11(2):298-303.
- Çetin CF, Demirci N, Yeşilççek Çalık K, Çil Akıncı A. Gebelikte olağan fiziksel yakınmalar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni.* 2017;48(4):135-141.
- Shishegar S, Dolatian M, Majd HA, Bakhtiyari M. Socioeconomic status and stress rate during pregnancy in Iran. *Glob J Health Sci.* 2014;6(4):254-260.
- Pais M, Pai MV, Kamath A, et al. Stress among antenatal women in India. *Int J Nurs Care.* 2014;2(2):63-67.
- Bodaghi E, Alipour F, Bodaghi M, Nori R, Peiman N, Saeidpour S. The role of spirituality and social support in pregnant women's anxiety, depression and stress symptoms. *J Community Health.* 2017;10(2):72-82.
- Erdemoğlu Ç, Karakayalı Ç, Özşahin Z. Gebelikte psikososyal sağlık düzeyi ve ilişkili faktörler. *TJTFF.* 2018;9(2):34-46.
- Kapan M, Yanikkerem E. Kırsal ve kentsel alanda yaşayan gebelerin depresyon, yalnızlık ve şiddete maruz kalma durumları. *TAF Prev Med Bull.* 2016;15(5):431-439.
- Engidaw NA, Mekonnen AG, Amogne FK. Perceived stress and its associated factors among pregnant women in Bale zone Hospitals, Southeast Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Res Notes.* 2019;12(1):356.
- Elkin N. Gebelerin stresle başa çıkma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2015;8(1):22-31.
- Koyucu RG, Ülkar D, Erdem B. Primipar ve multipar gebelerin gebelik streslerinin karşılaştırılması. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi. 2020;8(3):652-663.
- Kaya Zaman F, Özkan N, Toprak D. Gebelikte depresyon ve anksiyete artar mı? *Konuralp Medical Journal.* 2018;10(1):20-25.



## KRONİK HASTALIĞI OLAN YAŞLI BİREYLERDE TUTARLILIK DUYGUSUNUN AĞRI İLE BAŞ ETMEYE ETKİSİ

### THE EFFECT OF SENSE OF COHERENCE ON COPING WITH PAIN IN GERIATRIC INDIVIDUALS WITH CHRONIC DISEASE

Kübra Çırak<sup>1</sup> , Sevgin Samancıoğlu Bağlama<sup>2\*</sup> 

<sup>1</sup> Kahramanmaraş İstiklal Üniversitesi, Elbistan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Hizmetleri Bölümü, Yaşlı Bakımı Programı, Kahramanmaraş, Türkiye

<sup>2</sup> Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Muğla, Türkiye

#### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışma kronik hastalığı olan yaşlılarda tutarlılık duygusunun ağrıyla baş etmeye etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

**Yöntem:** Araştırmanın örneklemini Nisan-Temmuz 2017 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde yatan 65 yaş ve üstü 250 hastadır. Veri toplamada Kişisel Bilgi Formu, Ağrı Tanılama ve Baş Etme Yöntemlerini Değerlendirme Formu ile Tutarlılık Duygusu Ölçeği kullanıldı.

**Bulgular:** Katılımcıların ortalama yaşı 72.4±6.65 yıldır, %50.8'i erkektir. Yaşlıların Tutarlılık Duygusu Ölçeği puan ortalaması 51.75±7.69'dur. Alt boyut ölçeklerinin puan ortalamaları anlamlılık için 15.61±3.79, anlaşılabilirlik için 22.49±6.01, yönetilebilirlik için 13.64±4.54'tür. Erkeklerde toplam tutarlılık duygusu puanı ve anlaşılabilirlik alt boyut puanı kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (p<0.05). Ağrı ile baş etmede sıcak-soğuk uygulama yapanlarda yönetilebilirlik alt boyut puanı daha düşük çıkmıştır. Yaşlılarda tutarlılık duygusu puanları ile istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunan özellikler sosyodemografik özelliklerden erkek cinsiyet ve ağrının ifade ediliş şeklidir (p<0.05).

**Sonuç:** Araştırmada yaşlı bireylerin tutarlılık duygusunun yüksek olmadığı ve bu durumun ağrıyla baş etme durumlarını etkilemediği bulundu. Hemşireler, kronik hastalığı olan yaşlılarda tutarlılık duygusunun gelişmesini sağlayarak ağrıyla başa çıkmasına katkıda bulunabilirler.

**Anahtar Kelimeler:** Ağrı, Hemşirelik, Tutarlılık duygusu, Yaşlı

#### ABSTRACT

**Objective:** This study was conducted descriptive to examine the effect of the sense of coherence on coping with pain in elderly with chronic diseases.

**Method:** The sample of the study is of 250 patients aged 65 and over who were hospitalized in a university hospital between April and July 2017. Personal Information Form, Assessment Form for Pain Diagnosis and Coping Methods, and Sense of Coherence Scale (SOC -13) were used in data collection.

**Results:** The mean age of the participants is 72.4±6.65 years, 50.8% of them are male. The mean score of the elderly the Sense of Coherence Scale is 51.75±7.69. The mean scores of the subscales are 15.61±3.79 for the meaningfulness, 22.49±6.01 for the comprehensibility, 13.64±4.54 for the manageability. Total coherence score and the comprehensibility subscale scores were found to be higher in males than females (p<0.05). Subscale scores of manageability were found to be lower in those who used hot-cold applications in coping with pain. The statistically significant differences with the scores of the sense of coherence in the elderly are male gender which are from sociodemographic characteristics and the way pain is expressed (p<0.05).

**Conclusion:** It was found that elderly individuals in the study did not have a high sense of coherence and this situation not affect their situations to cope with pain. Nurses can contribute to coping with pain by ensure developing sense of coherence in the elderly with chronic diseases.

**Key Words:** Pain, Nursing, Sense of coherence, Elderly

#### GİRİŞ

Yaşlanma; biyolojik, fizyolojik, emosyonel ve fonksiyonel boyutları olan karmaşık bir süreçtir [1-5]. Yaşlı nüfusunun hızla artmasıyla çeşitli sağlık problemleri gündeme gelmektedir. Yaşlılıkla birlikte kronik hastalıklara sahip olma durumu artış göstermekte ve bunlara eşlik eden ağrı sık rastlanan semptomlardan biri haline gelmektedir [2,6-9]. Ağrı; yaşam boyunca birçok kez deneyimlenen, öznel bir kavramdır [10-14]. Kronik ağrı özellikle yaşlılıkta önemli bir sorundur [2,15]. Yaşlılıkta kronik ağrı bağımsızlığın kaybına, yaşam

kalitesi ve işlevsel yetkinliğin azalmasına sebep olmaktadır. Ayrıca depresyon veya anksiyete, uyku ve iştah bozuklukları, kilo kaybı, bilişsel bozulma, günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmede yetersizliğe yol açabilmektedir [3]. Ağrının öznel bir duyum olması, kişisel farklılıklar göstermesi ve yaşanan çevreden çok fazla etkilenmesi ağrının standart olarak değerlendirilmesini zorlaştırmakta ve bu durum da yetersiz tedavi ile sonuçlanmaktadır [16-20].

#### Makale Bilgisi/Article Info

**Yükleme tarihi/Submitted:** 23.03.2021, **Revizyon isteği/Revision requested:** 19.04.2021, **Son düzenleme tarihi/Last revision received:** 06.10.2021, **Kabul/Accepted:** 08.10.2021, **Çevrimiçi yayım tarihi/Published online:** 31.12.2021

**Sorumlu yazar/Corresponding author:** Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Muğla, Türkiye

<sup>2\*</sup>Email: sevginsamancioglu@hotmail.com, <sup>1</sup>Email: kubracirak1@gmail.com



Antonovsky'nin Salutogenez modelinde sağlık, bireyin başa çıkma yeterliliği olarak değerlendirilmektedir ve bireyin tam bir iyi olma durumu ile ağır hasta olma ekseninde süreklilik içinde olduğu vurgulanmaktadır. Antonovsky bireyin bulunduğu durumu kavrama yeterliliği ve sonrasında oluşan bu durumla başa çıkmak için iç ve dış kaynakların kullanımını "tutarlılık duygusu" olarak tanımlamaktadır. Antonovsky, bu yeterlilikleri birbirlerini tamamlayan anlamlılık, anlaşılabilirlik ve yönetilebilirlik olarak üç kavramda birleştirmektedir. Anlamlılık; bireyin, yaşadığı olayla ilgili bir anlamlandırma sürecine girerek bireysel olarak rahatsızlığıyla başa çıkmaya değer olduğunu düşünmesi duygusudur. Anlaşılabilirlik, bireyin yaşadığı olayla ilgili yaşantısına uygun, açık ve biçimlendirilmiş bir şekilde stresörü deneyimleyip algıladığı andır. Yönetilebilirlik; bireyde stresörün ortaya çıkardığı durumla başa çıkabilecek yeterli iç ve dış kaynakların mevcut olduğu duygusudur [21-25]. Temel yaklaşımı sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi olan Salutogenik modele göre bireyin sağlığı; stresörlerle, bireysel ve çevresel direnç kaynaklarının ve tutarlılık duygusunun etkileşimi ile belirlenir [5,21,25-27]. Hemşirelik bakımı salutogenetik modelde çevresel bir direnç kaynağı olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelik bakımı; bireyi stresörle mücadelesinde destekleme, bireysel kaynakları değerlendirme ve hangisinin daha kullanıma elverişli olduğu konusunda karar verme ve bireyi muhtemel girişim ile ilgili alınacak kararlara ortak etme bakımından oldukça önemli bir role sahiptir [21].

Özellikle kronik hastalığı olan yaşlıların yaşadığı ağrı, önemli bir stres faktörüdür [5]. Tutarlılık duygusu, kronik hastalığı olan yaşlı bireyler için ağrı durumunu kavrama, içinde bulunduğu şartları ve bu şartlarla mücadele için gerekli bireysel yeterliliklerini anlamlandırma sürecidir [5,21]. Literatür incelendiğinde kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin, ağrıyı daha çok deneyimlediği görüldü [15,17]. Bu çalışma kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin; tutarlılık duygusunun ağrı ile baş etmeye etkisini incelemek amacıyla yapıldı.

## YÖNTEM

Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırma, Nisan-Temmuz 2017 tarihleri arasında bir üniversiteye bağlı Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde yürütüldü.

Hastanede yatmakta olan bütün 65 yaş ve üstü hastalara hekimler tarafından Standardize Mini Mental Test (MMT) uygulaması yapılmaktadır. MMT puanına göre "demans" tanısı alan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Araştırma evreninin tamamına ulaşılabileceği göz önünde bulundurulduğundan bu çalışmada örneklem seçimine gidilmedi. Evrende MMT puanı ideal eşik oranı 23/24 üzerinde olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden bütün yaşlı hastalar araştırmaya dahil edildi.

Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Veri toplama formu olarak, Kişisel Bilgi Formu, Ağrı Tanılama ve Baş Etme Yöntemlerini Değerlendirme Formu ile Tutarlılık Duygusu Ölçeği-13 (TDÖ-13) kullanıldı. Her bir yaşlı birey ile görüşme ortalama 20-30 dakika sürdü.

## Veri Toplama Araçları

**Kişisel Bilgi Formu:** Araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan bu form, hastaların sosyodemografik özelliklerini, kronik hastalıklarını ve süresini, ağrı süresini, kullanılan analjezik ilaç sayısını ve türünü içermekteydi [2,3,5].

**Ağrı Tanılama ve Baş Etme Yöntemlerini Değerlendirme Formu:** Afşar ve Pınar (2003); McCafery ve Boobe tarafından 1989 yılında geliştirilen, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Algoloji Bilim Dalının Türkçeleştirdiği "Ağrı Tanılama Formu" nu temel alarak bu formu geliştirmiştir. Tanımlayıcı nitelikte ve 9 sorudan oluşan formda; ağrının ifadesi (sözel, duygusal ve davranışsal), şiddeti, niteliği (yanıcı, batıcı, zonklayıcı, bıçak saplanır tarzda, sancı ve sızı tarzında) zamansal özellikleri (sürekli, aralıklı, 1 saatten az), ağrıyı arttıran, azaltan etmenler, ağrıya eşlik eden etmenler ve baş etme yöntemleri sorgulanmaktadır [10].

**Tutarlılık Duygusu Ölçeği-13(TDÖ-13):** Antonovsky (1987) tarafından tutarlılık duygusunun insanlardaki şekillenişini tespit etmek için geliştirmiştir. On üç maddeden ve üç alt boyuttan oluşan ölçeğin 1., 4., 7. ve 12. maddeleri anlamlılık alt boyutunu; 2., 6., 8., 9. ve 11. maddeleri anlaşılabilirlik alt boyutunu; 3., 5., 10. ve 13. maddeleri ise yönetilebilirlik alt boyutunu oluşturmuştur. Her madde 1 ile 7 arasında puanlandırmaya dayalıdır. Ölçekte en az 13 en fazla 91 puan alınabilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması, tutarlılık duygusunun yüksek olduğu anlamına gelir [21,22,28-31]. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Scherler ve Lajunen (1997) tarafından yapılmıştır [29]. Ölçeğin güvenilirlik çalışmalarında ise ölçeğin iç tutarlılık katsayıları anlaşılabilirlik için .57, yönetilebilirlik için .54, anlamlılık için .62 ve tüm ölçek için .78 olarak hesaplanmıştır [28]. Bu çalışmada ölçeğin toplamı için Cronbach alfa katsayısı ise .80 olarak hesaplanmıştır.

## İstatistiksel Analiz

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde Statistical Package for the Social Sciences 22.0 istatistik paket programından yararlanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri olarak yüzde değerleri, aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine Shapiro-Wilk normallik testi ile bakılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı-yüzde, ki-kare testi, t testi, anova varyans analizi kullanılmıştır. Önemlilik düzeyi p<0.05 olarak alınmıştır.

## Etik Onay

Araştırmanın yapılacağı kurumdan uygulama izni alındı. Etik Kurul onayı Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alındı. Hastalar çalışma konusunda bilgilendirilerek sözlü ve yazılı onamları alındı. Veriler hastaların kendilerini rahatça ifade edebilecekleri bir ortamda toplandı. Elde edilen veriler hastaların mahremiyetine ve kişisel bilgilerinin gizliliğine saygı duyularak yalnızca araştırma bulguları olarak değerlendirildi ve gizli tutuldu.

## BULGULAR

Kronik hastalığı olan yaşlıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastaların %67.6'sı 65-74 yaş, %24.8'i 75-84 yaş, %7.6'sı 85 yaş ve üzeridir. Ortalama yaş 72.4±6.65 yıldır. Yaşlıların %49.2'si kadın, %78'i evli, %44.4'ü okuryazar değildir. Ayrıca yaşlıların %74.4'ünün sosyal güvencesi vardır, %70.8'inin gelir durumu iyidir, %77.6'sı çekirdek aile tipine sahiptir ve %61.2'si eşiyile yaşamaktadır (Tablo 1).

Araştırmaya katılan kronik hastalığı olan yaşlıların tutarlılık duygusu ölçeğinden elde etmiş oldukları puanların ortalama ve standart sapma sonuçları Tablo 2'de gösterilmiştir. Yaşlıların sırasıyla TDÖ-13 puan ortalamaları 51.75±7.69, anlamlılık alt boyut puan ortalamaları 15.61±3.79, anlaşılabilirlik alt boyut puan ortalamaları 22.49±6.01, yönetilebilirlik alt boyut puan ortalamaları 13.64±4.54 olarak belirlenmiştir (Tablo 2).

**Tablo 1.** Yaşlıların sosyodemografik özellikleri (n=250)

	Özellikler	Sayı (n=250)	Yüzde (%)
<b>Yaş</b>	65-74 yaş	169	67.6
	75-84 yaş	62	24.8
	85 yaş ve üzeri	19	7.6
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	123	49.2
	Erkek	127	50.8
<b>Medeni Durum</b>	Evli	195	78.0
	Bekar	55	22.0
<b>Eğitim Düzeyi</b>	Okur-yazar değil	111	44.4
	İlköğretim	123	49.2

	Ortaöğretim	7	2.8
	Üniversite	9	3.6
<b>Sosyal Güvence</b>	Var	186	74.4
	Yok	64	25.6
<b>Gelir Durumu</b>	İyi	177	70.8
	Kötü	73	29.2
<b>Aile Tipi</b>	Çekirdek	194	77.6
	Geniş	2	0.8
	Parçalanmış	54	21.6
<b>Yaşadığı Kişi</b>	Eşi	153	61.2
	Kızı	13	5.2
	Oğlu	25	10.0
	Eşi ve çocukları	41	16.4
	Yalnız	18	7.2

Tablo 3'te yaşlıların sosyodemografik özellikleri ve ağrı ile baş etme stratejilerine göre tutarlılık duygusu toplam puanı ve alt boyut puanlarının dağılımı verilmiştir. Erkeklerde toplam tutarlılık duygusu puanı ve anlaşılabilirlik alt boyut puanı kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Gelir durumu kötü olanlarda da yönetilebilirlik alt boyut puanı daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Ağrı ile baş etmede sıcak-soğuk uygulama yapanlarda yönetilebilirlik alt boyut puanı daha düşük çıkmıştır ( $p<0.05$ ). Ayrıca anlaşılabilirlik alt boyut puanı ağrıyı sözel ifade etmeyenlerde daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Ağrının davranışsal olarak ifade edilmesinde sinirli ve saldırgan olanlarda yönetilebilirlik, sessiz olanlarda anlaşılabilirlik alt boyut puanları yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Ağrının duygusal olarak ifade edilmesinde de ağlama ve inleme duygusu olanların yönetilebilirlik alt boyutundan, bir ifadesi olmayanların ise anlaşılabilirlik alt boyutundan en yüksek puanları aldıkları istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 3).

**Tablo 2.** Tutarlılık duygusu toplam ve alt boyut puan ortalamaları ve standart sapma değerleri

TDÖ	X	SS	Minimum	Maksimum
Anlamlılık	15.61	3.79	5.00	27.00
Anlaşılabilirlik	22.49	6.01	9.00	35.00
Yönetilebilirlik	13.64	4.54	4.00	28.00
TDÖ Puanı	51.75	7.69	30.00	80.00

\*X:Ortalama\*\*SS:Standart sapma

Tablo 4'te TDÖ-13'den elde edilen toplam puanlar medyan değeri olan 51 baz alınarak yüksek tutarlılık duygusu puanı olan bireyler ( $TDÖ-13>51$ ) ve düşük tutarlılık duygusu puanı olan bireyler ( $TDÖ-13\leq 51$ ) olmak üzere iki kategorili hale getirilerek yaşlıların sosyodemografik özellikleri ve ağrı ile baş etme stratejilerine göre tutarlılık duygusu sınıflandırılmıştır. Erkeklerin tutarlılık duygusunun kadınlara göre daha yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Ağrıyı sözel olarak ifade edenlerin etmeyenlere

göre tutarlılık duygusunun daha düşük olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4).

## TARTIŞMA

Literatürde tutarlılık duygusunun sağlığa etkilerini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır, fakat ağrı ile baş etmeye etkisini değerlendiren çok fazla çalışma bulunmamaktadır [5,32-38]. Surtees ve ark. (2003) çalışmalarında güçlü bir tutarlılık duygusunun kardiyovasküler nedenlerden kaynaklanan mortalitenin azalması ve kadınlarda kanser mortalitesinin azalması ile ilişkili olduğunu bulmuştur [37]. Drageset ve ark. (2016) çalışmalarında tutarlılık duygusunun depresyon semptomlarını azaltmak için önemli olduğunu göstermiştir [34]. Ochiai ve ark. (2012) çalışmalarında tutarlılık duygusu yüksek olanların günlük olarak karşılaştıkları stres düzeyinin daha düşük olduğunu saptamıştır [38].

Bu çalışmada kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin tutarlılık duygusu puan ortalaması yapılan benzer çalışmalara göre daha düşüktür. Drageset ve ark. (2008) yaşam kalitesi ve tutarlılık duygusu arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında tutarlılık duygusu puan ortalaması  $69.1\pm 12.7$ , Davoglio ve ark. (2016) çalışmalarında ise yaşlılarda tutarlılık duygusu puan ortalaması  $68\pm 12.2$  olarak bulunmuştur [33,35]. Çalışma sonuçlarımız ile yapılan yayınlar arasındaki bu farkın örneklemimizdeki yaşlı bireylerin eğitim düzeyinin düşük olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada kadınların tutarlılık duygusu erkeklere göre daha düşük bulunmuştur. Benzer şekilde Opheim ve ark. (2014) tutarlılık duygusuyla ilgili yapmış oldukları çalışmada da kadınların tutarlılık duygusu daha düşük bulunmuştur [35]. Çalışmamızda kadınlar erkeklere göre ağrıyı daha iyi sözel olarak ifade etmekte, duygusal olarak ağlama ve inleme tepkisi daha çok vermektedir. Afşar ve Pınar (2003) ağrıyla baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesiyle ilgili yapmış oldukları çalışmada da ağrının ifade edilişiyle ilgili çalışmamızla benzer sonuçlar elde etmiştir. Bu durumun, kadınların ağrıları duygusal olarak daha fazla ifade etmeleri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür [10,17]. Çalışmamızda ağrıyı sözel olarak ifade edenlerin etmeyenlere göre tutarlılık duygusunun daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu durumun çalışmamızdaki ağrıyı sözel olarak ifade edenlerin çoğunluğunun kadın olmasıyla ve onların tutarlılık duygusunun düşük çıkmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada yaşlı bireylerin ağrıyla baş etme durumları ve tutarlılık duygusu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı, fakat ağrı ile baş etme durumlarından olan sıcak-soğuk uygulama yapanlarda tutarlılık duygusunun yönetilebilirlik alt boyutu puanının düşük olduğu bulundu. Andruszkiewicz ve ark. (2017) kronik hastalığı olan yaşlılarda tutarlılık duygusunun ağrıyla baş etmeye etkisini değerlendirdiği çalışmada; tutarlılık duygusu ve ağrıyla başa çıkma stratejileri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur. Çalışmalarında daha güçlü tutarlılık duygusuna sahip olan kronik hastalıklı yaşlıların daha az ilaç kullandıklarını, ağrı şiddetini ve umutsuzluk duygusunu daha az hissettiklerini ifade etmişler; yaşlıların ağrı ile baş edebilme olasılıklarını daha yüksek bulmuşlardır. Ayrıca bu çalışmada yaşlıların deneyimledikleri ağrıyı kontrol edebilme ve azaltabilme inançlarının daha iyi olduğu belirtilmektedir [5]. Çalışma sonucumuz ile bu çalışma arasındaki farkın örneklemimizdeki yaşlı bireylerin tutarlılık duygusunun yüksek olmamasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

**Tablo 3.** Yaşlıların Sosyodemografik özellikleri ve Ağrı ile Baş etme stratejilerine Göre Tutarlılık Duygusu Toplam Puanı ve Alt boyut Puanlarının Dağılımı

Özellikler	Toplam TDÖ-13 X±SS	p	Anlaşılabilirlik X±SS	p	Yönetilebilirlik X±SS	p	Anlamlılık X±SS	p	
Yaş	65-74	51.80±8.06		22.50±6.00		13.65±4.66	15.64±3.80		
	75-84	51.17±7.08	.61	22.03±6.15	.51	13.70±4.49	15.43±3.83	.88	
	85 ve 85+	53.15±6.22		23.84±5.64		13.42±3.74	15.89±3.76		
Cinsiyet	Kadın	50.49±7.15	<b>.01</b>	20.96±5.65	<b>.00</b>	14.11±4.42	15.41±4.15	<b>.42</b>	
	Erkek	52.96±8.03		23.96±5.99		13.19±4.63	15.80±3.42		
Medeni Durum	Evli	52.02±7.84	<b>.30</b>	22.83±5.88	<b>.09</b>	13.52±4.63	15.66±3.85	<b>.66</b>	
	Bekar	52.02±7.84		21.29±6.34		14.09±4.23	15.41±3.61		
Sosyal Güvence	Var	51.54±7.69	<b>.47</b>	22.71±5.84	<b>.31</b>	13.38±4.41	15.44±3.76	<b>.24</b>	
	Yok	52.34±7.74		21.84±6.46		14.40±4.86	16.09±3.89		
Gelir Durumu	İyi	51.23±7.7	<b>.09</b>	22.55±5.84	<b>.80</b>	13.18±4.36	15.49±3.67	<b>.43</b>	
	Kötü	53.01±7.53		22.34±6.42		14.76±4.79	15.90±4.10		
Ağrının Sözel İfadesi	Var	51.23±7.67	<b>.02</b>	22.01±6.13	<b>.01</b>	13.66±4.67	15.54±3.77	<b>.56</b>	
	Yok	53.93±7.45		24.47±5.06		13.56±3.99	15.89±3.90		
Ağrının Davranışsal İfadesi	Sessiz	51.91±7.37	<b>.81</b>	24.23±5.92	<b>.00</b>	12.45±4.22	15.22±3.80	<b>.27</b>	
	Sinirli	51.69±7.91		20.87±5.51		14.81±4.55	16.01±3.79		
	Sinirli ve Saldırgan	50.30±9.59		19.70±6.81		14.90±4.88	15.70±3.59		
Ağrının Duygusal İfadesi	İnleme	52.43±7.68	<b>.16</b>	22.75±6.24	<b>.00</b>	13.53±4.60	16.15±3.68	<b>.35</b>	
	Ağlama ve İnleme	50.22±7.54		19.79±5.31		15.01±4.81	15.41±3.74		
	Yok	52.22±7.73		23.96±5.73		12.89±4.17	15.37±3.90		
<b>Ağrıyla Baş Etme</b>									
Doktora Gitme	Evet	51.53±7.57	<b>.46</b>	22.10±5.79	<b>.08</b>	13.95±4.65	15.48±3.80	<b>.37</b>	
	Hayır	52.34±8.05		23.57±6.50		12.80±4.15	15.96±3.77		
Analjezik Kullanma	Evet	51.48±7.51	<b>.29</b>	22.15±6.07	<b>.08</b>	13.73±4.34	15.59±3.77	<b>.87</b>	
	Hayır	52.72±8.31		23.72±5.64		13.31±5.22	15.68±3.91		
Sıcak-Soğuk Uygulama	Evet	51.75±7.38	<b>.99</b>	23.41±6.43	<b>.15</b>	12.66±4.22	15.67±4.14	<b>.87</b>	
	Hayır	51.75±7.82		22.16±5.83		13.99±4.61	15.58±3.67		
Masaj Yapma	Evet	51.82±7.82	<b>.88</b>	22.65±6.09	<b>.66</b>	13.39±4.65	15.77±3.78	<b>.49</b>	
	Hayır	51.68±7.59		22.32±5.94		13.90±4.43	15.44±3.81		
Yatıp Dinlenme	Evet	51.73±7.72	<b>.92</b>	22.60±6.09	<b>.52</b>	13.67±4.64	15.45±3.85	<b>.16</b>	
	Hayır	51.84±7.65		21.97±5.63		13.53±4.10	16.33±3.48		
Dikkati Dağıtma	Evet	50.80±8.49	<b>.24</b>	21.63±5.88	<b>.18</b>	13.30±4.69	15.86±3.87	<b>.53</b>	
	Hayır	52.08±7.39		22.79±6.04		13.76±4.49	15.52±3.77		

\*p&lt;0.05\*\*X:Ortalama\*\*\*SS:Standart sapma



**Tablo 4.** Yaşlıların Sosyodemografik özellikleri ve Ağrı ile Baş etme Stratejilerine Göre Tutarlılık Duygusu Ortalama Puanlarının Sınıflaması (n=250)

Özellikler	TDÖ ≤ 51	TDÖ > 51	Ki-kare	P değeri	
Yaş	65-74 yaş	85 (%50.3)	84 (%49.7)	1.580 <sup>a</sup>	.45
	75-84 yaş	33 (%53.2)	29 (%46.8)		
	85 yaş ve +	7 (%36.8)	12 (%63.2)		
Cinsiyet	Kadın	70 (%56.9)	53 (%43.1)	4.625 <sup>a</sup>	.03
	Erkek	55 (%43.3)	72 (%56.7)		
Medeni Durum	Evli	95 (%48.7)	100 (%51.3)	0.583 <sup>a</sup>	.44
	Bekar	30 (%54.5)	25 (%45.5)		
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	61 (%55.0)	50 (%45.0)	4.088 <sup>a</sup>	.25
	İlköğretim	54 (%43.9)	69 (%56.1)		
	Ortaöğretim	4 (%57.1)	3 (%42.9)		
	Üniversite	6 (%66.7)	3 (%33.3)		
Sosyal Güvence	Var	92 (%52.0)	90 (%48.4)	0.756 <sup>a</sup>	.38
	Yok	33 (%45.2)	35 (%54.7)		
Gelir Durumu	İyi	92 (%52.0)	85 (%48.0)	0.948 <sup>a</sup>	.33
	Kötü	33 (%45.2)	40 (%54.8)		
Aile Tipi	Çekirdek	94 (%48.5)	100 (%51.5)	4.148 <sup>a</sup>	.12
	Geniş	0 (%0.0)	2 (%100.0)		
	Parçalanmış	31 (%57.4)	23 (%42.6)		
Yaşadığı Kişi	Eşi	78 (%51.0)	75 (%49.0)	2.989 <sup>a</sup>	.56
	Kızı	8 (%61.5)	5 (%38.5)		
	Oğlu	13 (%52.0)	12 (%48.0)		
	Eş ve çocukları	16 (%39.0)	25 (%61.0)		
	Yalnız	10 (%55.6)	8 (%44.4)		
Ağrının Sözel İfadesi	Var	108 (%53.5)	94 (%46.5)	5.054 <sup>a</sup>	.02
	Yok	17 (%35.4)	31 (%64.6)		
Ağrının Davranışsal İfadesi	Sessiz	61 (%49.2)	63 (%50.8)	0.067 <sup>a</sup>	.96
	Sinirli	59 (%50.9)	57 (%49.1)		
	Sinirli ve Saldırgan	5 (%50.0)	5 (%50.0)		
Ağrının Duygusal İfadesi	İnleme	37 (%50.7)	36 (%49.3)	4.318 <sup>a</sup>	.11
	Ağlama ve İnleme	40 (%59.7)	27 (%40.3)		
	Yok	48 (%43.6)	62 (%56.4)		
<b>Ağrıyla Baş Etme</b>					
Doktora Gitme	Evet	93 (%50.5)	91 (%49.5)	0.082 <sup>a</sup>	.77
	Hayır	32 (%48.5)	34 (%51.5)		
Analjezik Kullanma	Evet	100 (%51.0)	96 (%49.0)	0.378 <sup>a</sup>	.53
	Hayır	25 (%46.3)	29 (%53.7)		
Sıcak-Soğuk Uygulama	Evet	29 (%44.6)	36 (%55.4)	1.019 <sup>a</sup>	.31
	Hayır	96 (%51.9)	89 (%48.1)		
Masaj Yapma	Evet	56 (%44.8)	69 (%55.2)	2.704 <sup>a</sup>	.10
	Hayır	69 (%55.2)	56 (%44.8)		
Yatıp Dinlenme	Evet	101 (%49.3)	104 (%50.7)	0.244 <sup>a</sup>	.62
	Hayır	24 (%53.3)	21 (%46.7)		
Dikkati Dağıtma	Evet	34 (%52.3)	31 (%47.7)	0.187 <sup>a</sup>	.66
	Hayır	91 (%49.2)	94 (%50.8)		

\*p&lt;0,05. Yaşlıların tutarlılık duygusu puan ortalaması 51.75±7.69'dir, ortanca tutarlılık puanı 51'dir. Yüksek tutarlılık duygusu puanı olan bireyler (TDÖ-13&gt;51) ve düşük tutarlılık duygusu puanı olan bireyler (TDÖ-13≤51) olarak adlandırıldı.

## SONUÇ

Araştırmada yaşlı bireylerin tutarlılık duygusunun yüksek olmadığı ve bu durumun ağrıyla baş etme durumlarını etkilemediği bulundu. Anlamlılık, anlaşılabilirlik ve yönetilebilirlik tutarlılık duygusunu oluşturan temel öğeler olup, bunlar hastanın kendi sağlığını geliştirmesini ve ağrı gibi birçok olay ile daha kolay baş edebilmesini sağlar. Hemşire; hastalarda tutarlılık duygusunun gelişmesini sağlayarak ağrı ile başa çıkmasına katkıda bulunmalıdır. Ağrı ile başa çıkma stratejilerini hastaya öğretmesi ve hastaya rehberlik yapması, planlanan tedaviyi uygulaması, sonuçlarını izleyip hastayı bilgilendirmesi (anlaşılabilirlik), gerektiğinde non-farmakolojik yaklaşımları hastanın iç ve dış kaynaklarının farkına vararak kullanmasında hastayı teşvik etmesi (yönetilebilirlik), hastanın sosyal desteklerinden faydalanmasını, inanç, tutum ve değerlerini ifade edebilmesini sağlaması (anlamlılık) açısından önemli sorumluluklara sahiptir.

**Etik onay:** Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

**Çıkar çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

**Finansal destek:** Yok.

**Teşekkür:** Bu çalışmaya katılmaya gönüllü olan bütün hastalara teşekkür ederiz.

**Yazar katkısı:** **Fikir:** SSB,KÇ; **Tasarım:** SSB,KÇ; **Veri Toplama:** KÇ; **Verilerin istatistiksel analizi:** SSB, **Literatür taraması:** SSB,KÇ; **Makale yazımı:** KÇ; **Eleştirel inceleme:** SSB

## KAYNAKLAR

- Güngör Tavşanlı N, Özçelik H, Karadakovan A. Ağrısı olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin incelenmesi. *Ağrı*. 2013;25(3):93-100.
- Babadağ B, Balcı Alparlan G. Yaşlandım, ağrım var! *KUHEAD*. 2016;13(2):67-71.
- Karlı B, Akdeniz M. Birinci basamakta yaşlı hastalarda ağrı yönetimi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 2011;2(2):48-56.
- Öngel K. Yaşlıda ağrıya yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 2012;3(6):76-79.
- Andruszkiewicz A, Basińska MA, Felsmann M, et al. The determinants of coping with pain in chronically ill geriatric patients-the role of a sense of coherence. *Clin Interv Aging*. 2017;12.
- Özel F, Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ağrı yönetimi. *Ağrı*. 2014;26(2):57-64.
- Yıldız A, Erol S, Ergün A. Bir huzurevinde kalan yaşlılarda ağrı ve depresyon riski. *Türk J Geriatr*. 2009;12(3):156-164.
- Özyalçın NS. Yaşlı hastalarda ağrı kontrolünde invaziv girişimler. *Ağrı*. 2004;16:2.
- Tarsuslu Şimşek T, Tütün Yumin E, Öztürk A, et al. Ev ortamında yaşayan yaşlı bireylerde ağrı ile sağlık durumu, mobilite ve günlük yaşam aktivite düzeyi arasındaki ilişki. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*. 2011;57:216-220.
- Afşar F, Pınar R. Kanser hastalarında ağrı ve ağrı ile baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üni HYO Derg*. 2003;6(3).
- Erdemoğlu AK, Gökçe B. Yaşlılarda ağrı. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics*. 2010;3(4):86-94.
- Aydın ON. Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. *Anadn Menderes Univ Tıp Fak Derg*. 2002;3(2):37-48.
- Kılıç SP. Ağrı yönetimi. In: Ovayolu N, Ovayolu Ö, eds. *Temel iç hastalıkları hemşireliği ve farklı boyutlarıyla kronik hastalıklar*. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi; 2016:62-65.
- Çöçelli LP, Bacaksız BD, Ovayolu N. Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*. 2008;14:53-58.
- Gökçe Kutsal Y. Ağrı. In: Gökçe Kutsal Y, ed. *Temel geriatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2007:279-288.
- Gökçe Kutsal Y, Varlı K, Çeliker R, et al. Ağrıya multidisipliner yaklaşım. *Hacettepe Med. J*. 2005;36:111-128.
- Güleç G, Güleç S. Ağrı ve ağrı davranışı. *Ağrı*. 2006;18(4).
- Koçoğlu D, Özdemir L. Yetişkin nüfusta ağrı ve ağrı inançlarının sosyo-demografik ekonomik özelliklerle ilişkisi. *Ağrı*. 2011;23(2):64-70.
- Elbi H. Kronik ağrıda psikiyatrik değerlendirme. *TOTBİD Dergisi*. 2017;16:169-173.
- Tanrıverdi G, Okanlı A, Çetin H, et al. Yaşlı popülasyonunda ağrı. *Türk J Geriatr*. 2009;12(4):190-197.
- Bag B. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde salutogenez modeli. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar*. 2017;9(3):284-300.
- Naaldenberg J, Tobi H, Esker F, Vaandrager L. Psychometric properties of the OLCQ-13 scale to measure sense of coherence in a community dwelling older population. *Health Qual Life Outcomes*. 2011;9:37-45.
- Mittelmark MB, Bauer GF. Themeanings of salutogenesis. In: Mittelmark MB, et al. eds. *The handbook of salutogenesis*. 2017
- Vinje HF, Langeland E, Bull T. Aaron Antonovsky's development of salutogenesis, 1979 to 1994. In: Mittelmark MB, et al. eds. *The handbook of salutogenesis*. 2017.
- Eriksson M. The sense of coherence in the salutogenic model of health. In: Mittelmark MB, et al. eds. *The handbook of salutogenesis*. 2017.
- Idan O, Eriksson M, Al-Yagon M. The salutogenic model: the role of generalized resistance resources. In: Mittelmark MB, et al. eds. *The handbook of salutogenesis*. 2017.
- Mittelmark MB, Bull T, Daniel M, et al. Specific resistance resources in the salutogenic model of health. In: Mittelmark MB, et al. eds. *The handbook of salutogenesis*. 2017.
- Eriksson M, Mittelmark MB. The sense of coherence and its measurement. In: Mittelmark MB, et al. eds. *The handbook of salutogenesis*. 2017.
- Scherler RH, Lajunen T. A comparison of Finnish and Turkish university students on the short form of the sense of coherence scale. *Fifth Congress Of European Psychology*. Oral Presentation, Dublin, Ireland: 6-11 July 1997.
- Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59:460-466.
- Jakobsson U. Testing construct validity of the 13-Item sense of coherence scale in a sample of older people. *The Open Geriatric Medicine Journal*. 2011;4:6-13.
- Luyckx K, Goossens E, Apers S, et al. The 13-Item sense of coherence scale in dutch-speaking adolescents and young adults: structural validity, age trends, and chronic disease. *Psychol Belg*. 2012;52(4):351-368.
- Drageset J, Nygaard HA, Eide GE, et al. Sense of coherence as a resource in relation to health-related quality of life among mentally intact nursing home residents—a questionnaire study. *Health Qual Life Outcomes*. 2008;6:85.
- Drageset J, Eide GE, Hauge S. Symptoms of depression, sadness and sense of coherence (coping) among cognitively intact older people with cancer living in nursing homes—a mixed-methods study. *PeerJ*. 2016;4:e2096.
- Davoglio RS, Abegg C, Fontanive VN, Oliveira MMC, Aerts DRGC, Cavalheiro CH. Relationship between sense of coherence and oral health in adults and elderly Brazilians. *Braz Oral Res*. 2016;30(1):e56.
- Opheim R, Fagermoen MS, Elsness-Jørgensen LP, Bernklev T, Moum B. Sense of coherence in patients with inflammatory bowel disease. *Gastroent Res Pract*. 2014;1-9.
- Surtees P, Wainwright N, Luben R, Khaw KT, Day N. Sense of coherence and mortality in men and women in the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study. *Am J Epidemiol*. 2003;158(12):1202-1209.
- Ochiai R, Daitou S, Aoki K. Relationship between sense of coherence and lifestyle in middle-aged workers in Japan. *Health*. 2012;4:20-25.

**KARYA JOURNAL OF HEALTH SCIENCE**journal homepage: [www.dergipark.org.tr/kjhs](http://www.dergipark.org.tr/kjhs)**SAĞLIK TURİZMİ AÇISINDAN YETKİ BELGESİNE SAHİP HASTANELERİN WEB SİTELERİNİN İNCELENMESİ****EXAMINATION OF THE WEBSITES OF HOSPITALS WITH AUTHORIZATION CERTIFICATE IN TERMS OF HEALTH TOURISM**Sabahattin Tekingündüz<sup>1\*</sup>, Fatih Kocaoglu<sup>2</sup>, Aslıhan İşler<sup>2</sup>, Songül İnan<sup>2</sup>, Ahmet Anar<sup>2</sup><sup>1</sup> Mersin Üniversitesi, İçel Sağlık Yüksekokulu, Sağlık Yönetimi Bölümü, Mersin, Türkiye<sup>2</sup> Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye**ÖZ**

**Amaç:** Çalışmanın amacı, medikal turizmde önemi artan bir destinasyon olarak gösterilen Türkiye’de “Uluslararası Sağlık Turizmi Yetki Belgesi” almaya hak kazanmış olan kuruluşların, web sitelerini ne kadar etkin kullandıklarını incelemektir.

**Yöntem:** Araştırma tarama modeli ile gerçekleştirildi. Araştırma kapsamına giren hastanelerin web siteleri içerik analizine tabi tutuldu.

**Bulgular:** Araştırma kapsamına 151 özel hastane, 36 kamu hastanesi, 22 kamu üniversite hastanesi ve 21 vakıf üniversite hastanesi alındı. Web siteleri üzerinden toplanan veriler mülkiyet türüne göre yüzde ve frekans analizlerine tabi tutulmuş ve yorumlandı.

**Sonuç:** Çalışmada genel olarak sağlık turizmi açısından hazır bulunuşluk düzeyi bakımından en olumlu durumu gösteren hastanelerin özel hastaneler ve vakıf üniversitesi hastaneleri olduğu gözlemlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Tıbbi turizm, İnternet, Medikal turist

**ABSTRACT**

**Objective:** The aim of this study is to examine how effectively organizations which are qualified shown as a destination of medical tourism in Turkey of increasing importance in “International Health Tourism Authority Certificate” that was awarded with the organization, it is to examine how effectively they use their website.

**Method:** The research was carried out with a scanning model. The websites of the hospitals within the scope of the research were subjected to content analysis.

**Results:** 151 private hospitals, 36 public hospitals, 22 public university hospitals and 21 foundation university hospitals were included in the scope of the research. The data collected through the websites were subjected to percentage and frequency analysis and interpreted according to the property type.

**Conclusion:** In the study, it was observed that the hospitals that show the most favorable situation in terms of the level of readiness in terms of Health Tourism in general are private hospitals and foundation university hospitals.

**Key Words:** Medical tourism, Internet, Medical tourist

**GİRİŞ**

İnsanların sağlık hizmeti almak için uzun mesafeler kat ederek uluslararası destinasyonlara seyahat ettiği aynı zamanda tatilini yaptığı bir endüstri dalı olan medikal turizm, gelişmiş ülkelerdeki yüksek tedavi maliyetleri, uzun bekleme süreleri, uluslararası ulaşımın kolaylığı ile beraber son yıllarda önemli oranda artmıştır [1,2]. Bunun ekonomiyeye yansımaları da çeşitli çalışmalarda ortaya konmuştur. “Visa” ve “Oxford Economic” şirketlerinin yayımladığı son çalışmalarda medikal turizm endüstrisinin dünyada 100 milyar dolarlık bir değere sahip olduğu, önümüzdeki 10 yıl boyunca yıllık %25 büyüyeceği ve dünya nüfusunun %3 ila %4’ünün medikal turizm hizmetlerinden faydalanacağı öngörülmektedir [3].

Her geçen gün gelişen medikal turizm pazarının günümüzdeki en önemli aktörleri Kostarika, Hindistan, İsrail, Malezya, Meksika, Singapur, Güney Kore, Tayvan, Tayland, Türkiye, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Filipinler, Küba, Arjantin, Güney Afrika, Ürdün, Macaristan, Polonya, Romanya olarak belirtilmekte ve bu ülkelerin sayısının her geçen yıl artmaya devam ettiği ifade edilmektedir [4-6].

Medikal turizm kapsamında sağlık hizmeti almaya istekli olan kişilerin ülke ve kuruluş tercihlerini şekillendiren faktörler Şekil 1’de iki aşamalı bir modelde betimlenmiştir [7]. Modelde, ülke seçiminde ekonomik koşullar, politik iklim ve düzenleyici politikaların; kuruluş seçiminde ise maliyetler, akreditasyon, hizmet kalitesi ve doktor tecrübesinin belirleyici olduğu ifade edilmektedir. Doshi (2008) ise medikal turizmde kuruluş seçimini belirleyen unsurların maliyet, kalite, ulaşım kolaylığı (vize prosedürleri, direkt uçuş, vb.), alternatif turizm imkânları, güvenlik ve istikrar olduğunu belirtmiştir [8]. Lunt ve ark. (2011) akreditasyonun önemli bir unsur olduğunu belirtmiştir [9].

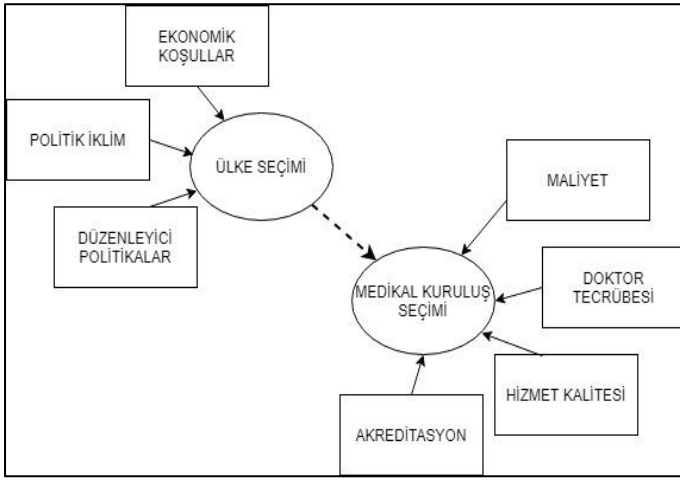
Sağlık kuruluşu seçimi konusunda oldukça fazla alternatif olmasına rağmen medikal turistlerin, kuruluşları analiz etmek için yeterli vakitlerinin olmadığı ileri sürülmektedir. Bu nedenle kuruluşlar, modern teknolojileri kullanarak web siteleri üzerinden hizmet talep edenlere hizmet sunumu, fiyatlar, hastane konumu, ulaşım, tıbbi teknoloji imkânları, hasta memnuniyet durumları, hastanenin fiziki durumu gibi gerekli bilgileri sunmaktadır.

**Makale Bilgisi/Article Info**

**Yükleme tarihi/Submitted:** 21.05.2021, **Revizyon isteği/Revision requested:** 27.05.2021, **Son düzenleme tarihi/Last revision received:** 26.07.2021, **Kabul/Accepted:** 07.08.2021, **Çevrimiçi yayım tarihi/Published online:** 31.12.2021

**Sorumlu yazar/Corresponding author:** Mersin Üniversitesi, İçel Sağlık Yüksekokulu, Çiftlikköy Kampüsü, Yenişehir/Mersin, Türkiye

<sup>1</sup>Email: [stekingunduz@mersin.edu.tr](mailto:stekingunduz@mersin.edu.tr), <sup>2</sup>Email: [fatih.kocaoglu1@hotmail.com](mailto:fatih.kocaoglu1@hotmail.com), <sup>3</sup>Email: [aslisler01@gmail.com](mailto:aslisler01@gmail.com), <sup>4</sup>Email: [songulinan.33@gmail.com](mailto:songulinan.33@gmail.com), <sup>5</sup>Email: [ahmetanar33@gmail.com](mailto:ahmetanar33@gmail.com)



**Şekil 1.** Ülke ve Kurum Seçimini Etkileyen Faktörler

İyi tasarlandığı zaman hedef kitleye etkin bir şekilde mesajın iletilmesini sağlayan web siteleri, hastanın güveninin kazanılmasında da etkili bir araç olarak kullanılabilir [10-14].

Sağlık Bakanlığı'nın uluslararası sağlık turizmi sağlık tesisleri için belirlediği yetkinlik kriterleri arasında; sağlık tesisinin kalite standartları değerlendirmesinden en az 85 puan almış olması, web sitesinde sağlık turistlerine hizmet verecek olan hekimlerin mesleki geçmişine ait bilgilere yer verilmesi, sağlık turistinin sağlık tesisine gelmeden önce hekiminden hastalığı ve tedavi planı hakkında bilgi alabileceği bir iletişim ve bilgi aktarabileceği bir altyapı sistemine sahip olması, sağlık turistinin tedavisi için depozito ödeyebileceği altyapı, uygun hastane otomasyon sistemine sahip olması yer almaktadır. Ayrıca sağlık tesisi, sağlık turistinin kendi dilinde oluşturulmuş onam formunu imzalatmalı ve sağlık turistine epikriz raporunu, hastalığın seyri, tedavi süreci ile ilgili dokümanları, laboratuvar sonuçları gibi dokümanları kendi dilinde hazırlayarak imza karşılığında teslim etmelidir [15].

Çalışmanın amacı, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı tarafından 31.10.2019 tarihinde Uluslararası Sağlık Turizmi Yetki Belgesi almaya hak kazanmış olan kuruluşların, web sitelerini ne kadar etkin kullandıklarını incelemektir.

## YÖNTEM

Çalışma kapsamına Uluslararası Sağlık Turizmi Yetki Belgesi almaya hak kazanan hastanelerden genel hastaneler alındı. Bu kapsamda yalnızca ağız ve diş sağlığı, göz vb. branşlarda hizmet sunan dal hastaneleri hariç tutuldu. Araştırmada literatürden yola çıkılarak [11,16-18] hastanelerin web sitelerinin durumunun ortaya konulması hedeflenmiş ve araştırma tarama modeli ile gerçekleştirildi. Daha sonra araştırma kapsamına giren hastanelerin web siteleri içerik analizine tabi tutuldu.

Araştırma 01.11.2019-29.02.2020 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Hastaneler mülkiyetine göre vakıf üniversitesi hastaneleri, özel hastaneler, kamu hastaneleri, kamu üniversite hastaneleri olmak üzere dört grupta sınıflandırıldı (Tablo 1). Yetki belgesi alan 23 vakıf üniversite hastanesinden 2'si ağız diş sağlığı merkezi olmasından kaynaklı çalışmaya alınmadı, geriye kalan 21 hastane kapsama dâhil edildi. Yirmi altı kamu üniversite hastanesinden 22'si genel hastane statüsünde hizmet verdiği için çalışmaya alınmadı. Özel hastaneler ve kamu hastanelerinin sayısının fazla olması nedeniyle, uluslararası hastaların en fazla başvuruda bulunduğu beş ildeki (Ankara, Antalya, Muğla, İstanbul, İzmir) 151 özel, 36 kamu hastanesi çalışma kapsamına alındı. Yine kliniklerin belirlenmesinde uluslararası hastaların en fazla başvuruda bulunduğu 8 klinik (Göz, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Pediatri, Dahiliye, Ortopedi, Kulak-Burun-Boğaz, Genel Cerrahi, Dermatoloji) temel alındı [19]. Hizmet veren yan dal hekimleri "Bazı

Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un Ek-3 (Tıpta Uzmanlık Yan Dalları, Bağlı Ana Dalları ve Eğitim Sürelerine Dair Çizelge)" te yer alan, bağlı oldukları ilk ana dala dahil edildi. Verilerin toplanmasında her hastanenin web sitesi bir kez ziyaret edildi ve veri toplama formundaki kriterlere göre değerlendirildi. Değerlendirme formunda web sitesinde aranan özellik var ise «1» ve yok ise «0» şeklinde işaretleme yapıldı. Toplanan veriler mülkiyet türüne göre yüzde ve frekans analizlerine tabi tutuldu ve yorumlandı.

**Tablo 1.** Yetki belgesi alan toplam hastane sayısı ve yüzdeleri ile çalışma kapsamına alınan hastanelerin sayısı ve yüzdeleri

Hastaneler	Yetki Belgesi Alan Hastaneler	Yetki Belgesi Alan Genel Hastane Sayısı	Sağlık Turistinin En Fazla Geldiği İlk 5 İldeki Genel Hastane Sayısı	Kapsama Dâhil Edilen Hastanelerin Oranı Yüzde (%)
<b>Vakıf Üniversitesi Hastaneleri</b>	23	21	21	91
<b>Özel Hastaneler</b>	580	281	151	26
<b>Kamu Hastaneleri</b>	110	84	36	33
<b>Kamu Üniversite Hastaneleri</b>	26	22	22	85
<b>Toplam</b>	739	408	230	31

## BULGULAR

Tablolar hastanelerin web siteleri incelenerek hazırlandı.

Tablo 2'de hastanelerin %89'unun Joint Commission International'a (JCI) akredite olmadığı gözlemlendi. Vakıf üniversitesi hastanelerinin %33'ünün, özel hastanelerin de %11'inin JCI akreditasyonuna sahip olduğu saptandı. Kamu hastanelerinin hiçbirinin akredite olmadığı, kamu üniversite hastanelerinin ise sadece 1'inin akredite olduğu görüldü.

Çevrimiçi destek hizmeti, medikal turiste web sitesinde bulamadığı bilgilere daha hızlı erişme, kurum temsilcisi ile daha kolay iletişim kurma imkânı sağlar. Ayrıca bu hizmet sırasında en çok gelen sorular web sitesi güncellenirken yönlendirici olacaktır. Tablo 2, hastanelerin çevrimiçi destek sunup sunmadıklarını göstermektedir. Web sitelerinde hastaların sorularını sorabileceği, bilgi alabileceği çevrimiçi destek hattı olup olmadığı sorgulandı.

Çevrimiçi destek sistemini aktif olarak kullananların bu hizmeti sundukları kabul edildi. Tabloda görüldüğü gibi hastanelerin %22'sinde çevrimiçi destek sunulduğu, %78'inde ise sunulmadığı gözlemlendi. Özel hastanelerin %26'sı, vakıf üniversitesi hastanelerinin %38'i çevrimiçi destek vermektedir. Ancak, kamu üniversite hastanelerinin %86'sının çevrimiçi destek vermediği gözlemlendi.

Tablo 3 hastanelere göre hekimlerin çalışma deneyimlerini göstermektedir. Yöntemde belirtilen klinikler (Göz, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Pediatri, Dahiliye, Ortopedi, Kulak-Burun-Boğaz, Genel Cerrahi, Dermatoloji) üzerinden tablo hazırlandı. Belirlenen sekiz klinik ve yan dallarında hizmet veren her hekimin web sitelerindeki profilleri tek tek incelendi.

Konu sağlık turizmi olunca, web sitelerinde hekimlerin çalışma deneyimi konusundaki bilgilerinin İngilizce olması koşulu göz önüne alındı. Çoğunlukla özel hastanelerde görev yapan hekimlerin çalışmaya geçmiş (%36) bilgilerinin web sitesinde daha fazla yer aldığı gözlemlendi. İkinci sırada da vakıf üniversitesi hastaneleri (%28) gelmektedir.



**Tablo 2.** Hastanelerin JCI akreditasyon sahipliği ve çevrimiçi destek yönünden karşılaştırılması

Hastaneler	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Vakıf Üniversitesi Hastaneleri	7	33	14	67	21	100
Özel Hastaneler	17	11	134	89	151	100
Kamu Hastaneleri	0	0	36	100	36	100
Kamu Üniversite Hastaneleri	1	5	21	95	22	100
<b>Toplam</b>	<b>25</b>	<b>11</b>	<b>205</b>	<b>89</b>	<b>230</b>	<b>100</b>

Çevrimiçi destek yönünden hastanelerin karşılaştırılması						
Hastaneler	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Vakıf Üniversitesi Hastaneleri	8	38	13	62	21	100
Özel Hastaneler	40	26	111	74	151	100
Kamu Hastaneleri	0	0	36	100	36	100
Kamu Üniversite Hastaneleri	3	14	19	86	22	100
<b>Toplam</b>	<b>51</b>	<b>22</b>	<b>179</b>	<b>78</b>	<b>230</b>	<b>100</b>

Ayrıca Tablo 3'te hasta rehberi açısından hastanelerin karşılaştırılması yer almaktadır. Çalışmada, sağlık turistlerinin sağlık hizmeti almasını kolaylaştırıcı bilgilerin (hasta odaları hakkında bilgiler, hasta hakları, ütü ve çamaşırhane hizmeti, ücret politikası, kantin hizmeti, otopark hizmeti, vb.) yer aldığı İngilizce bir rehberin olup olmadığı sorgulandı. Vakıf üniversitesi hastanelerin çoğunun hasta rehberine sahip olduğu belirlenirken (%86), en az hasta rehberine sahip hastanelerin ise kamu hastaneleri ve kamu üniversite hastaneleri olduğu görüldü.

Tablo 4'te sosyal medyanın aktif kullanımı yönünden hastanelerin karşılaştırılması sunuldu. Araştırmacılar tarafından yapılan incelemede kuruluşların en çok kullandığı sosyal medya platformlarının Facebook, Twitter, Instagram olduğu gözlemlendi. Hastanelerin yalnızca %8'i Twitter'ı, %21'i Facebook'u, %15'i Instagram'ı aktif kullanmaktadır.

Yapılan gözlemlere göre sosyal medya araçlarından Twitter'ı %11 oranla ve Instagram'ı %20 oranla en fazla özel hastaneler, Facebook'u %33 oranla vakıf üniversitesi hastaneleri kullanmaktadır. Sosyal medyayı kamu hastaneleri ve kamu üniversite hastanelerinin aktif olarak kullanmadıkları saptandı. Sosyal medya hesaplarına web siteleri üzerinden erişim mümkün olsa da paylaşılan içeriklerin Türkçe olduğu, bu sebeple içerik olarak yabancı hasta kullanımına uygun olmadığı gözlemlendi. Dolayısıyla sadece içeriği İngilizce olup erişim sağlanabilen hastanelerin sosyal medyayı aktif olarak kullandıkları kabul edildi.

Tablo 5'te gözleneceği üzere hastanelerin web sitelerinde farklı dillerde (İngilizce, Arapça, Rusça, Almanca, Fransızca, Azerice vb.) dil desteği sunulmaktadır. Araştırma kapsamına alınan hastanelerin %36'sında 3 ve üzeri dil desteği, %40'ında 1 dil (İngilizce) desteğinin aktif olarak sunulduğu tespit edildi. Toplam hastanelerin %9'unda ise hiçbir dil desteğinin sunulmadığı gözlemlendi. Mülkiyete göre karşılaştırmalara bakılacak olursa, vakıf üniversitesi hastanelerinin %57'sinin 3 ve üzeri dil desteği sağladığı, özel hastanelerin %46'sının 3 ve üzeri dil desteği sağladığı, kamu hastanelerinin %75'inin 1 dil desteği sağladığı, kamu üniversitesi hastanelerinin %50'sinin 1 dil desteğini aktif olarak sağladığı gözlemlendi.

## TARTIŞMA

Medikal turizm oldukça büyük bir sektör haline gelmekte ve her geçen yıl büyümeye devam etmektedir [20]. Strateji ve Bütçe Başkanlığı tarafından hazırlanan 11. Kalkınma Planı'nda (2019-2023) da "sağlık hizmetlerinde fiyat ve kalite olarak daha cazip ülkeler hakkında bilgiye erişimin artması ve ulaşımın kolaylaşmasıyla sağlık turizmi sektörünün büyüyeceği" vurgulanmaktadır.

**Tablo 3.** Hastanelerin hekim çalışma deneyiminin ve hasta rehberinin sunulması yönünden karşılaştırılması

Hastaneler	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Vakıf Üniversitesi Hastaneleri	315	28	791	72	1106	100
Özel Hastaneler	1102	36	1942	64	3044	100
Kamu Hastaneleri	197	22	706	78	903	100
Kamu Üniversite Hastaneleri	180	14	1134	86	1314	100
<b>Toplam</b>	<b>1794</b>	<b>28</b>	<b>4573</b>	<b>72</b>	<b>6367</b>	<b>100</b>

Hasta rehberi açısından hastanelerin karşılaştırılması						
Hastaneler	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Vakıf Üniversitesi Hastaneleri	18	86	3	14	21	100
Özel Hastaneler	65	43	86	57	151	100
Kamu Hastaneleri	5	14	31	86	36	100
Kamu Üniversite Hastaneleri	4	18	18	82	22	100
<b>Toplam</b>	<b>92</b>	<b>40</b>	<b>138</b>	<b>60</b>	<b>230</b>	<b>100</b>

Büyümeye paralel olarak sağlık turizm potansiyelini arttırmak Türkiye'nin öncelikli hedefleri arasında yer almaktadır [21]. Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı'nda da sağlık turizminde tercih edilen ülkeler arasına girmeyi hedef olarak belirlemiştir. Bu doğrultuda atılacak adımlar arasında sağlık turizmi hizmet kapasitesi nitelik ve nicelik olarak geliştirmesi, tanıtım ve yatırım faaliyetleri yürütülmesi, gerekli hukuki düzenlemelerin tamamlanması, akreditasyon ve denetim altyapısı güçlendirilmesi, medikal turizmin, termal turizmin yanı sıra yaşlı ve rehabilitasyon turizmiyle olan entegrasyonun sağlanması yer almaktadır [22].

**Tablo 4.** Sosyal medyanın aktif kullanımı yönünden hastanelerin karşılaştırılması

Sosyal Medya Araçları/Hastaneler	Aktif		Aktif Değil		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Twitter</b>						
Vakıf Üniversitesi Hastaneleri	2	10	19	90	21	100
Özel Hastaneler	16	11	135	89	151	100
Kamu Hastaneleri	0	0	36	100	36	100
Kamu Üniversite Hastaneleri	0	0	22	100	22	100
<b>Toplam</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>212</b>	<b>92</b>	<b>230</b>	<b>100</b>
<b>Facebook</b>						
Vakıf Üniversitesi Hastaneleri	7	33	14	67	21	100
Özel Hastaneler	41	27	110	73	151	100
Kamu Hastaneleri	0	0	36	100	36	100
Kamu Üniversite Hastaneleri	1	5	21	95	22	100
<b>Toplam</b>	<b>49</b>	<b>21</b>	<b>181</b>	<b>79</b>	<b>230</b>	<b>100</b>
<b>Instagram</b>						
Vakıf Üniversitesi Hastaneleri	4	19	17	81	21	100
Özel Hastaneler	30	20	121	80	151	100
Kamu Hastaneleri	0	0	36	100	36	100
Kamu Üniversite Hastaneleri	1	5	21	95	22	100
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>15</b>	<b>195</b>	<b>85</b>	<b>230</b>	<b>100</b>

**Tablo 5.** Dil desteği yönünden hastanelerin karşılaştırılması

Hastaneler	1		2		3+		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Vakıf Üniversitesi Hastaneleri</b>	7	33	1	5	12	57	1	5	21	100
<b>Özel Hastaneler</b>	46	30	25	17	69	46	11	7	151	100
<b>Kamu Hastaneleri</b>	27	75	5	13	2	6	2	6	36	100
<b>Kamu Üniversite Hastaneleri</b>	11	50	3	14	1	4	7	32	22	100
<b>Toplam</b>	91	40	34	15	84	36	21	9	230	100

Çalışmamızda, sağlık turizmi yetki belgesine sahip hastanelerin web siteleri incelendi. Hastaneler mülkiyet yapısına göre dört temel gruba ayrıldı. Medikal turizm bağlamında, hastaların tercihlerini belirleyen unsurlardan birisi kuruluşların, herhangi bir uluslararası akreditasyon kurumuna akredite olup olmadıkları konusudur. Yurtdışında sağlanan tıbbi bakımın kalitesi ve güvenliği, sağlık profesyonellerinin eğitimi, nitelikleri ve yeterliliği hakkında endişeler vardır. Bu anlamda akreditasyon programlarının medikal turistlere sunulan bakım kalitesini korumaya yönelik güçlü klinik denetim prosedürlerinin sağlanması oldukça önemlidir.

JCI, dünya çapında bir dizi sağlık kuruluşunu akredite etmiş ve bu anlamda medikal turistlerin tedavi olacakları sağlık kuruluşunda aranan bir kriter olarak kabul edilmektedir [9]. JCI akreditasyonu medikal turizmi etkileyen ve geliştiren önemli faktörler arasında yer almakta ve medikal turizmde ülke imajını güçlendirmektedir [23]. Çalışmada görüldüğü üzere JCI akreditasyonuna sahip hastanelerin çoğunluğunu Vakıf üniversitesi hastaneleri ile özel hastaneler oluşturmaktadır. Kamu hastaneleri tarafında konuya yeterince önem verilmediği görülmektedir. JCI akreditasyonun oldukça maliyetli olmasının akreditasyona başvuruları etkilediği düşünülmektedir. BHM Healthcare Solutions verilerine göre JCI akreditasyonu değerlendirme sürecinin yaklaşık olarak maliyeti 10.000-45.000\$ olabilmektedir [24]. Bir diğer neden olarak kamu hastanelerinin genel bütçeden desteklenmesiyle rekabetin olmayışı ile açıklanabilir.

Çevrimiçi olarak çeşitli işlemler gerçekleştirme, doktorla çevrimiçi görüşme yapma, rezervasyon ve sonuç bilgilerini çevrimiçi öğrenme gibi olanaklar bireyler açısından önemlidir [18,25]. Çalışmamızda çevrimiçi destek sunma konusunda en iyi performansı vakıf üniversite hastaneleri ve özel hastanelerin gösterdiği saptandı. Kamu hastanelerinde ise çevrimiçi desteğin sunulmadığı tespit edildi.

Hem sağlık turistleri hem de diğer bireyler açısından önemli olan diğer bir konu da web sitelerinde hizmet sunan hekimler hakkında bilgilerin yer almasıdır [23,25]. Çalışmamızda, genel olarak özel hastaneler ile vakıf üniversitesi hastanelerinde görev yapan hekimlerin çalışma deneyimi bilgilerinin web sitesinde daha fazla yer bulduğu gözlemlendi. Kamu hastanelerinin web siteleri incelendiğinde Türkçe olarak bilgilerin yer aldığı, ancak sağlık turisti gözüyle bakıldığında İngilizce olarak aynı bilgilerin yer almadığı saptandı. Türkiye, Hindistan ve İrlanda'daki JCI akreditasyonuna sahip olan hastanelerin kurumsal web sitelerinin incelendiği bir çalışmada, Türkiye'deki hastanelerin %97'sinde (Hindistan: %60, İrlanda: %78) hekimlerin özgeçmişlerine dair bilgilere yer verildiği ifade edilmiştir [25]. Yapılan bu çalışmada sosyal medya araçlarını (Twitter, Facebook, Instagram) özel hastanelerin daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Kamu hastaneleri ve kamu üniversite hastanelerinin sosyal medya araçlarını neredeyse hiç kullanmadıkları tespit edilmiştir. Facebook (2.449 milyar aktif kullanıcı), Instagram (1 milyar aktif kullanıcı), Twitter (340 milyon aktif kullanıcı) gibi sosyal ağ siteleri turizm endüstrisinde yaygın olarak iletişim amaçlı kullanılmaktadır. Söz konusu uygulamalar sayesinde kuruluşlar kendi tanıtımalarını yaparak kitlelere anında ulaşabilmekte ve satın alma sürecinde hizmet alanların tercihlerini ve motivasyonlarını etkileme imkânına sahip olmaktadır [26-28]. Dolayısıyla sağlık turizmi konusunda iddialı olan hastanelerin sosyal

medya araçlarını çok daha etkin ve efektif kullanmaları oldukça önemlidir.

Medikal turizm açısından her hastanenin yabancı dillerde hizmet sunan web sitesine sahip olması, yabancı turistlerin o hastanede sunulan imkânlar ve hizmetler konusunda bilgi sahibi olmasını sağlayacak ve tercih edilme konusunda ön plana çıkmasına etki edecektir [11]. Yapılan bu çalışmada, toplam hastanelerin %36'sında 3 ve üzeri dil desteği, %40'ında 1 dil (İngilizce) desteğinin aktif olarak sunulduğu tespit edildi. Mülkiyete göre karşılaştırmalara bakılacak olursa, kamu hastaneleri ile kamu üniversite hastanelerinde bir dilde destek sağlama oranı yüksek çıktı. Ancak üç dil ve üzerinde destek sağlama oranı vakıf üniversite hastaneleri ile özel hastanelerde daha yüksek çıktı. Özseri ve ark. (2016)'nın çalışmasında, JCI akreditasyonuna sahip Türkiye'deki hastanelerin %77'sinin (Hindistan:%30, İrlanda:%0) yabancı dilde siteye erişim imkânı sunduğu gözlemlenmiştir [25].

## SONUÇ

Yapılan değerlendirmeye göre medikal turizm açısından hazır bulunuşluk düzeyi bakımından en olumlu durumu gösteren hastanelerin özel hastaneler ve vakıf üniversitesi hastaneleri olduğu gözlemlenmiştir. Sağlık Bakanlığının, uluslararası sağlık turizmi yetki belgesi alan kuruluşların web siteleri için belirlediği kriterlerin yetersiz kaldığı düşünülmektedir. Ancak bu yetersiz kriterlere rağmen Türkiye'de yetki belgesi alan hastanelerin web sitelerini etkin bir şekilde yönetemedikleri gözlemlenmiştir.

Mevcut duruma bakıldığında sağlık kuruluşlarının web sitelerini daha etkin kullanımına yönelik bazı öneriler getirme ihtiyacı duyulmuştur. Sağlık Bakanlığının, uluslararası sağlık turizmi yetki belgesi alan kuruluşların web siteleri için belirlediği kriterlerin yetersiz kaldığı düşünülmektedir. Ancak bu yetersiz kriterlere rağmen Türkiye'de yetki belgesi alan hastanelerin web sitelerini etkin bir şekilde yönetemedikleri gözlemlenmiştir. Mevcut duruma bakıldığında sağlık kuruluşlarının web sitelerini daha etkin kullanımına yönelik bazı öneriler getirme ihtiyacı duyulmuştur. Özel olarak kamu hastanelerinin genel olarak tüm hastanelerin çevrimiçi destek hizmetleri için gerekli teknik altyapı hazırlığından sonra farklı dil bilen çalışanların istihdam edilerek çevrimiçi destek hizmetlerinin güçlendirilmesi gerekmektedir. Çevrimiçi destek hizmetleri ile eşzamanlı olarak sosyal medyayı da aktif kullanmaları kuruluşlara medikal turizm açısından avantaj sağlayacaktır. Medikal turizme yönelik oluşturulacak sosyal medya hesaplarında etik ve deontoloji tüzüğüne uygun olacak şekilde medikal turistlerin de ilgisini çekecek tarzda içerik oluşturulması önerilmektedir. Bunun yanında web sitesinde İngilizce hasta rehberlerinin hazırlanması ve hekimlerle ilgili detaylı bilgilerin de İngilizce olarak yer alması önemlidir. Web siteleri veya sosyal medya platformları üzerinden canlı yayınlar ile hastanede görev yapan hekimler ile hedef kitle arasında soru-cevap etkinlikleri gerçekleştirilerek doyurucu bilgiler verilmesinin kuruma duyulan güvene olumlu katkısı olacaktır. Hastaneler medikal turistlere yönelik dil seçeneklerini arttırmalıdır. Web sitesi kullanıcı dostu biçimde dizayn edilmeli, hastanedeki iyi uygulama örnekleri ön plana çıkarılmalı, çevre dostu yeşil hastane, bebek-anne dostu hastane gibi yaklaşımlar benimsenerek web sitesinde sunulmalıdır.

**Etik onay:** Çalışma için etik kurul onayına ihtiyaç duyulmamaktadır.

**Teşekkür:** Yok

**Çıkar çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

**Finansal destek:** Yok.

**Yazar katkısı:** Fikir: ST; Tasarım: ST, FK, AA; Veri Toplama: FK, Aİ, Sİ, AA; Verilerin istatistiksel analizi: ST; Literatür taraması: ST, FK, Aİ, Sİ; Makale yazımı: ST, Aİ, AA, Sİ; Eleştirel inceleme: ST.

## KAYNAKLAR

- Connell J. Medical tourism: Sea, sun, sand and... surgery. *Tour Manag.* 2006;27(6):1093-1100.
- Patharapinyophong W. The opportunities and challenges for Thailand in becoming the medical tourism hub of the ASEAN Region. *J Manag Sci Suratthani Rajabhat University.* 2019;6(1):1-16.
- Medical Tourism Magazine | Powered by Global Healthcare Resources. [Internet]. *Magazine.medicaltourism.com.* 2021 [cited 14 July 2020]. Available from: <https://www.magazine.medicaltourism.com/>
- Patients Beyond Borders. [Internet]. 2020 [cited 8 March 2020]. Available from: <https://www.patientsbeyondborders.com/media>
- Ile F, Tigu G. Medical tourism market trends-an exploratory research. *Proc Int Conf Bus Excell.* 2017;11(1):1111-1121.
- Hafizan A, Mardiana O, Syafiq S. et. al. Analysis of medical tourism policy: a case study of Thailand, Turkey and India. *IJPHCS.* 2018;5(3):17-31.
- Smith P, Forgione D. Global outsourcing of healthcare: a medical tourism decision model. *J Inf Technol Case Appl Res.* 2007;9(3):19-30.
- Doshi D. Health tourism: an exploratory study on motivation, satisfaction and consumption behavior of health tourists in Malaysian private hospitals. [Doctoral]. University of Malaya; 2008.
- Lunt N, Machin L, Green S, Mannion R. Are there implications for quality of care for patients who participate in international medical tourism?. *Expert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res.* 2011;11(2):133-136.
- Lunt N, Hardey M, Mannion R. Nip, Tuck and Click: Medical tourism and the emergence of web-based health information. *Int J Med Inform.* 2010;4(1):1-11.
- Birdir K, Buzcu Z. JCI akreditasyon belgesine sahip olan sağlık kuruluşlarının web sitelerinin medikal turizm açısından değerlendirilmesi. *Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.* 2014;11(1):1-19.
- Kiráľová A, Pavlíčka A. Development of social media strategies in tourism destination. *Procedia Soc Behav Sci.* 2015;175:358-366.
- Öksüz B, Altıntaş V. Sağlık turizmde dijital iletişim kanallarının kullanımı. *Seyahat ve Otel İşletmeciliği Dergisi.* 2017;14(1):59-75.
- Kaya M, Filiz M. Şehir hastanelerinin mevcut web sitelerinin incelenmesi. *TURAJAS.* 2018;1(1):41-46.
- Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik (2017, 13 Temmuz). Resmi Gazete (Sayı: 30123). <https://saglikturizmi.saglik.gov.tr/Eklenti/28811/0/saglik-turizmi-yonetmelikpdf.pdf>
- Uğurluoğlu Ö. İstanbul'daki hastanelerin web sitesi özellikleri üzerine bir inceleme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.* 2009;12(1):87-104.
- Mason A, Wright K. Framing medical tourism: an examination of appeal, risk, convalescence, accreditation, and interactivity in medical tourism web sites. *J Health Commun.* 2011;16(2):163-177.
- Tengilimoğlu D, Guzel A, Aykan C, Tengilimolu E, Boduroğlu E. The evaluation of the digital marketing activities of thermal facilities and jci accredited hospitals in terms of health tourism. *IJHMT.* 2018;3(2):108-121.
- Omer Tontus H, Nebioglu S. Turkey as a health tourism destination: reviewing of 2015-2016 data. *J Tourism Hospit.* 2018;7(1):336-342.
- Lee C. Just what the doctor ordered: medical tourism. Monash University. 2017.
- T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023). 2019, <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/07/OnbirinciKalkinmaPlanı.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. 2019-2023 Stratejik Planı. 2019, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/35748,stratejikplan2019-2023pdf.pdf?0>
- Kılınc İ. Türkiye medikal turizm sektöründe hizmet kalitesi ve memnuniyet üzerine bir alan araştırması. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2017;8(17):130-143.
- BHM Healthcare Solutions, A cost/benefit analysis of tjc accreditation. [cited 10 April 2020]. Available from: <https://bhmpc.com/2015/03/a-costbenefit-analysis-of-tjc-accreditation/>.
- Özsarı SH, Hoşgör H, Hoşgör DG. Hastane web site performanslarının halkla ilişkiler ve tanıtım açısından incelenmesi: Türkiye, Hindistan ve İrlanda örnekleri. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2016;4:209-217.
- John S, Larke R, Kilgour M. Applications of social media for medical tourism marketing: an empirical analysis. *Anatolia.* 2018;29(4):553-565.
- Tan GWH, Lee VH, Hew JJ, Ooi KB, Wong LW. The interactive mobile social media advertising: an imminent approach to advertise tourism products and services?. *Telemat Inform.* 2018;35(8):2270-2288.
- Global penetration social media 2020 | Statista [Internet]. Statista. 2021 [cited 13 April 2020]. Available from: <https://www.statista.com/statistics/274773/global-penetration-of-selected-social-media-sites/>





## POSTPARTUM DÖNEMİN GÖRÜNMEYEN YÜZÜ: CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU THE INVISIBLE FACE OF THE POSTPARTUM PERIOD: SEXUAL DYSFUNCTION

Kardelen Bilgi<sup>1\*</sup>, Çiğdem Bilge<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Yatağan Devlet Hastanesi, Muğla, Türkiye

<sup>2</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Muğla, Türkiye

### ÖZ

Postpartum dönem kadın hayatını birçok yönden etkileyen bir süreçtir. Fiziksel, ruhsal, sosyal, emosyonel faktörler çiftlerin cinsel yaşamında değişikliğe neden olmaktadır. Cinsellik; duygu, düşünce ve davranışsal pek çok unsurun karşılıklı etkileşimi ile şekillenen karmaşık bir süreçtir. Cinsel ilişki yaşayabilmek, bunu herhangi bir sorun yaşamadan yapabilmek, kadınların yaşam kalitesini etkileyen önemli bir boyuttur. Ebeveynler için yüklenmiş anne baba rolü, doğuma ilişkin annenin tepkisi, aileye yeni bireyin katılması ve bu durumun getirdiği sorumluluk, annenin beden bilinci gibi faktörler postpartum dönemde çiftlerin cinsel yaşamını etkilemektedir. Bunun yanında doğum esnasında yaşanan perineal travmalar, kadının cinsel yaşamında dispareni yaşamasına neden olabilir. Emzirme döneminde ise hormonal değişimden dolayı vajinal kuruluk meydana gelir ve bunun sonucunda kadının cinsel yaşamı olumsuz etkilenir. Bu dönemin düzelmesi için kadının ve eşinin zamana ve mahremiyete ihtiyacı vardır. Kültürel ve toplumsal eğilimler de çiftlerin cinsel aktivitesini etkileyen faktörler arasındadır. Doğum sonu dönemde sağlık çalışanlarına büyük rol ve sorumluluklar düşmektedir. Hemşire, kadınların ve eşlerinin postpartum cinsellikle ilgili bilgi gereksinimlerine ve sorularına hazırlıklı olmalı, bu konularda çiftlere danışmanlık verecek donanıma sahip olmalıdır. Doğum sonu dönemde kadınların kişisel bakım, yeni doğan bakımı veya duygusal destek için sık sık iletişime geçtikleri hemşireler, cinsel danışmanlık sağlama konusunda ideal konumdadır. Etkin danışmanlıkta hemşirenin sorumluluğu, yaşadığı cinsel sorunları ifade etmesi için hastayı cesaretlendirmek ve meydana gelen değişikliklerle ilgili bilgi vermek, baş etmede yararlanabileceği destek kaynaklarının belirlenmesine yardımcı olmaktır. Sağlık çalışanlarının kadının yaşam kalitesini etkileyen böyle önemli bir konuda duyarlı olması, konuyu göz ardı etmemesi ve etkin danışmanlık sağlaması önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Cinsellik, Cinsel danışmanlık, Postpartum dönem

### GİRİŞ

Cinsellik kavramı intrauterin yaşam ile başlar ve ölüme kadar devam eder. Kadının cinsel deneyimleri ve cinselliğini ifade etmesi kişiseldir. Bu süreç kadının yaşamı boyunca değişiklik gösterir. Kadın cinselliği; doğum, ergenlik, menopoz gibi biyolojik olaylardan, etnik kültüründen, psikolojik faktörlerden ve cinsel yöneliminden etkilenebilir [1]. Cinsel aktivite bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal

### ABSTRACT

Postpartum is a process that affects women's life in many ways. Physical, spiritual, social emotional factors cause change in the sexual life of groups. Sexuality is a complex process shaped by the mutual interaction of many elements of emotion, thought, behavior. Being able to have sexual intercourse without any problems is an important dimension that affects the quality of women's life. Factors such as the mission for parents, mothers' reaction to birth, the newborn baby and responsibilities, the body consciousness of mother affect sexual life of couples during the postpartum period. Moreover, perineal traumas experienced during childbirth can cause woman to experience dyspareni in her sex life. During breastfeeding, vaginal drying occurs due to hormonal change, as a result, the sexual life of woman is negatively affected. The woman and her partner need time, privacy to get better. Cultural, social trends also affect the sexual life of couples. Medical staff have great roles, responsibilities at the end of the birth. Nurses should have the goods to counsel couples about postpartum. Nurses, whom women frequently contact for personal care, neonatal care, emotional support at the end of childbirth, are ideal guides to provide sexual counselling. The responsibility of the nurse/midwife in effective counseling is to encourage patient to express her sexual problems, provide information about the changes, determine the sources of support she can benefit from. It is important that health workers are sensitive to such an important issue affecting the quality of women's life, do not ignore the issue and provide effective counseling.

**Keywords:** Sexuality, Sexual counseling, Postpartum period

yaşamın önemli bir parçasıdır. Cinsel aktivite yalnız neslin devamı için değil insanlar arası duygu paylaşımını sağlayan ve zevk veren temel bir işlevdir [2, 3]. Bir bebeğin dünyaya gelişiyle; kadının anatomisi ve hormonları, aile yapısı, partner ilişkileri, dolayısıyla kadının doğum sonu cinsel sağlığı ve davranışlarını da etkilenmektedir [2].

### Makale Bilgisi/Article Info

**Gönderim tarihi/Submitted:** 23.12.2020, **Revizyon isteği/Revision requested:** 08.02.2021, **Son düzenleme tarihi/Last revision received:** 16.02.2021, **Kabul/Accepted:** 01.03.2021, **Çevrimiçi yayım tarihi/Published online:** 31.12.2021.

**Sorumlu yazar/ Corresponding author:** Muğla Yatağan Devlet Hastanesi, Madenler Mah.220/2, Yatağan, Muğla, Türkiye.

<sup>1</sup>Email: karbil56@gmail.com, <sup>2</sup>Email: cigdembilge@mu.edu.tr

*Bu çalışma Uluslararası Anadolu Ebeler Derneği Kongresinde sözlü bildiri olarak sunulmuştur. Eskişehir, 19-22 Kasım 2020.*

Yeniliğin ve değişimin kapısı olan postpartum dönemde cinsel işlev; yeni bir bebeğin bakımı, emzirme, yorgunluk, cinsel ilişki sırasında ağrı yaşama endişesi, doğum sonu depresyon, pelvik taban disfonksiyonu üriner semptomlar ve vücut imajı gibi sorunlar nedeniyle etkilenebilir [3]. Cinsel işlevde değişiklikler doğum sonrası dönemde yaygındır. Gebelik ve doğum, bir kadının yaşamında hormonal ve fiziksel değişikliklere neden olan ve ebeveynlerin yaşam kalitesi üzerinde etkisi olan bir dönemdir.

Doğum sonrası cinsel işlev, çiftler için önemli bir konudur, çünkü doğum sonrası ilk cinsel birleşme, çiftlerin samimi ilişkiler kurmaları için önemli bir adımdır. Doğum sayısı, emzirme, doğum şekli, epizyotomi, yorgunluk ve doğum sonrası depresyon dahil fiziksel ve psikolojik işlev bozukluğu gibi birçok faktör doğum sonrası cinsel işlev bozukluğunu etkiler. Literatür incelendiğinde doğum sonu dönemde ilk 2-3 ayda cinsel işlev prevalansının %41-83 arasında olduğu bildirilmiştir [1]. Doğum sonrası dönemde cinsel ilişki sırasında ağrı, cinsel istek eksikliği, vajinal kuruluk ve orgazma ulaşamama gibi değişiklikler kadının cinsel tepki döngüsünü etkileyebilir [4]. Aile için ebeveynliğin duygusal gerginliği ve yorgunluğu doğumdan sonra cinsel arzunun azalmasına katkıda bulunmuş olabilir [5]. Hipp ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada doğum sonrası kadınların cinselliğe ilişkin algılarını en fazla etkileyen faktörlerin vajinal travma ve emzirme olduğu belirtilmiştir [6]. Cinsel istekte azalma doğum sonrası dönemde en sık görülen cinsel sorundur [2]. Rezaei ve ark. tarafından doğum sonu 380 kadınlı yapılan bir çalışmada katılımcıların %76.3'ünde cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır [5]. Bunun yanında Guendler ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada da kadınların yarısından fazlasının cinsel işlev bozukluğu olduğu ve hiçbirinin doğum sonrası cinsel işlev konusunda eğitim almadığı gözlenmiştir [7]. Postpartum dönemde sağlık personelleri tarafından cinsel yaşam konusunda yeterli bilgi ve danışmanlık alınmazsa, kadınların çoğu cinsel kaygı ve endişelerini paylaşmakta sessiz kalıp, onun yerine sorunlarını arkadaşlarıyla paylaşmayı tercih edebilir. Zamanı ve ark. doğum sonrası verilen cinsel danışmanlığın kadın cinsel memnuniyeti üzerindeki etkisini incelemek amacıyla vaka-kontrol çalışması yapmıştır. Çalışma sonucuna göre cinsel danışmanlık verilen vaka grubunun cinsel memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir [8]. Bunun yanında Malakouti ve ark. ise PLISSIT Modeli doğrultusunda postpartum dönemdeki 68 kadına cinsel danışmanlık vermiştir. Çalışma sonunda cinsel danışmanlığın doğum sonrası kadınların cinsel işlevini iyileştirebileceği ve evlilik memnuniyetini artırabileceği belirtilmiştir [9]. Kadın cinsel işlev bozukluklarını tedavi etmek için daha bütünsel ve çok disiplinli yaklaşımlara ihtiyaç vardır [10]. Bu derlemede güncel literatür doğrultusunda annelerin postpartum cinsel işlev bozukluklarına ışık tutmak ve sağlık çalışanlarına bu döneme özgü cinsel danışmanlık önerilerine yer vermek amaçlanmıştır.

## POSTPARTUM DÖNEMDE CİNSELLİĞİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

### Emzirme

Postpartum dönemde annelerin bebeklerini emzirmeleri anne bebek iletişiminin sağlanması ve bebeğin gelişimi için önemlidir. Emziren anneler ve emzirmeyenler arasında cinsel işlev yönünden farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılığın nedeni prolaktin ve oksitosin salınımının emziren annelerde daha fazla olmasından kaynaklanmaktadır [11]. Emzirme en çok östrojen, androjen seviyelerinin düşmesi ve prolaktin artışı ile ilişkilidir. Emziren annelerde prolaktin seviyesinin artması cinsellikte aktif rolü olan östrojen hormonunun azalmasına yol açar. Östrojen hormonunun azalmasına bağlı olarak annelerde cinsel istek azalır. Bu nedenle emziren anneler doğum sonu cinsel yaşama daha geç katılırlar. Aynı zamanda östrojen eksikliğine bağlı olarak vajinal atrofi ve bununla birlikte disparoni gelişebilir. Szöllösi ve ark. yaptığı bir çalışmada emzirme grubunda bulunan annelerin %50.55'inin cinsel işlev bozukluğu yaşadığı bildirilmiştir [12]. Yılmaz ve ark. yaptığı çalışmada emziren kadınların %68.3'ünün ve emzirmeyen kadınların %47.7'sinin disparoni yaşadığı, emzirmeyen kadınların (%15.9),

emziren kadınlara (%1.2) göre daha fazla cinsel doyum yaşadıkları belirtilmiştir [13]. Matthies ve ark. yaptığı başka bir çalışmada emziren kadınların postpartum döneminde ilk 4 ayda daha fazla cinsel işlev bozukluğu yaşadıklarını bildirmiştir [14].

### Epizyotomi ve Perineal Travma

Cinsel yaşamın normal sürdürülebilmesi için perineal bölgenin sağlıklı olması önemlidir. Doğum, pelvik taban kaslarında anatomik ve fonksiyonel değişikliklere yol açar, bu da kadınların postpartum dönemdeki cinsel problemlerle ilgili şikayetlerinin bir kısmından sorumlu olabilir [1]. Doğum sonu kadının cinsel yaşamını etkileyen bir diğer faktör doğum sırasında yaşanan perineal travmalardır. Vajinal doğum sırasında; epizyotomi, laserasyon, forseps kullanımı, perineal travma sonucunda anneler doğum sonu cinsel ilişki sırasında ağrı yaşamaktadırlar [15]. Doğum sonrası perineal travma ya da epizyotomi sonrası çiftler cinsel ilişkiye başlamada endişe yaşayabilir. Spaich ve ark. yaptığı çalışmada doğum şekli ve perineal travmanın doğum sonu cinsel işlev ile ilgili anlamlı sonuç göstermediğini, emzirmenin 12 ay boyunca etkili olduğunu belirtmişlerdir [16]. Doğum sonrası kadınların cinsel yaşamının incelendiği bir çalışmada, vajinal doğum yapanların cinsel ilişkiye başlama kalitesi ve süresinde azalma görülmüştür [17]. Pelvik tabanın desteğini sağlayan kas, bağ ve sinir dokularında meydana gelen travma sonucu pelvik taban disfonksiyonu görülür. Bu perineal hasara forseps, epizyotomi, uzamış doğum eylemi, vajinal doğum, gebelik veya iri bebek neden olabilir. Pelvik taban disfonksiyonları sonucunda ise pelvik organ prolapsusu, üriner inkontinans ve cinsel disfonksiyonlar meydana gelir. Pelvik taban disfonksiyonu ile ilgili cinsel disfonksiyonun patofizyolojisi tam olarak açıklanmamıştır. Fakat pelvik taban disfonksiyonu şikayeti olan kadınlarda cinsel aktivite sıklığının düşük ve bu kadınlarda cinsel disfonksiyonların yüksek oranda görüldüğü belirlenmiştir [18,19]. Yapılan çalışmalar sonucunda doğum şeklinin kısa ve uzun vadeli doğum sonrası cinsel işlev üzerinde etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır. Fakat 3. ve 4. derece yırtıklar doğum sonrası cinsel işlev bozukluğu ile güçlü şekilde ilişkilendirilmiştir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde yardımcı vajinal doğumun, doğum sonu cinsel işlev üzerinde olumsuz bir etkisi olabileceği vurgulanmış, fakat daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir [20].

### Ruhsal Sorunlar

Doğum sonu cinsel işlevi etkileyen faktörlerden biri de annenin ruhsal durumudur. Pek çok kadın bu duruma uyum sağlarken, bir kısmı bu süreçte kalıcı ruhsal sorunlar yaşamaktadırlar. Postpartum dönem kadınların depresyona yakalanma riskinin en yüksek olduğu dönemdir. Evlilik çatışmaları, özgeçmişte depresyon hikayesi, yaşanan stresi arttıracak olaylar ya da sosyoekonomik zorluklar doğum sonrası depresyonu destekleyen faktörler arasındadır. Postpartum depresyon yaşayan kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun yaygın olduğu ifade edilmiştir [21]. Johannes ve ark. tarafından yapılan çalışma sonucuna göre cinsel istek, uyarılma veya orgazm bozukluğu yaşayan kadınların yaklaşık %40'ının eş zamanlı postpartum depresyona sahip olduğu, doğum sonrası cinsel ilişkiye daha geç başladığı belirtilmiştir [22]. Yapılan başka bir çalışmada postpartum dönemde annelerin %19'unun doğum sonrası hüzün, %11'inin doğum sonu depresyon %19'unun çeşitli anksiyete bozuklukları yaşadığı bildirilmiştir. Bu sorunların kadınların %34'ünün evlilik memnuniyetlerini ve cinselliklerini etkilediği gözlenmiştir [17]. Ayrıca, postpartum depresyonu olan kadınların cinsel sorunlar konusunda yardım ve danışmanlık alamadıklarına da dikkat çekilmiştir [19].

### Sosyokültürel Faktörler

Kadın cinselliğinin şekillenmesi, değişimi, dönüşümü ve bedensel imajı; inanç ve tutumlardan, toplumdaki ideallerden, aileden, arkadaş ve çevresinden, yaşadığı toplumsal kültürden etkilenen ve gelişimi yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Kadın bedeni ve cinselliği ait olduğu kültürel ve toplumsal mirasın etkisi altında şekillenir [20]. Kültür, doğum sonrası cinsel işlev üzerinde etkisi olan bir faktördür. Dünyadaki bazı kültürler doğumdan sonra bir süre cinsel ilişkiyi

yasaklarlar [23]. Kadınların çoğu kendi cinselliklerine yönelik farkındalığa sahip olmadıkları için cinselliğin nasıl olduğunu, nasıl yaşandığını bilememekte, bunun sonucunda kadın kendi cinselliğini ve bedenini tanıyamamaktadır [20]. Doğum sonu gelişen yaşam tarzı değişikliği, yeni bir bebeğin bakımı, uykusuzluk, ebeveynliğin duygusal gerginliği, annenin beden imajı algısı çiftlerin bu dönemde cinsel yaşamını olumsuz etkilemektedir [15]. Tunus'ta yapılan kesitsel tanımlayıcı bir araştırmada postpartum dönemde kadınların cinsel ilişkiden kaçınma nedenleri arasında ağrı korkusu, başka bir gebelik yaşama endişesi olduğu belirtilmiştir. Ayrıca kadınların %37'si bedeninin artık istenmediği ve %31'i bedenini eskisi gibi görmediklerini ifade etmişlerdir. Kadınların %24'ü postpartum dönemde aşırı yorgunluğun cinsel yaşamı etkilediğini, kadınların yarısı ise yeni bir bebeğin varlığının cinsel ilişkinin azalmasında etkili olduğunu belirtmiştir [17].

### POSTPARTUM DÖNEMDE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

Postpartum dönemde 1507 kadınla yapılan bir çalışmada kadınların %89'unun cinsel sağlık sorunu yaşadıkları rapor edilmiştir. Postpartum 3. ayda en fazla cinsel istek kaybı, cinsel ilişki sırasında ağrı, vajinal kuruluk şikayetleri belirtmişlerdir [4]. Doğum sonu cinsel işlev bozukluğunun yüksek prevalansı nedeniyle, doğum sonu cinsel işlev bozukluklarını tanımak, sebep olan faktörleri değerlendirmek ve bu döneme özgü ebeveynlere danışmanlık sağlamak son derece önemlidir. Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association) DSM-V (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) kriterlerine göre kadın cinsel fonksiyon bozukluklarını; kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, orgazm bozukluğu, genital pelvik/penetrasyon bozukluğu olarak sınıflandırmıştır [24].

### Postpartum Dönemde Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu

DSM-V'de kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırmasında "Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu" ve "Cinsel Uyarılma Bozukluğu" tanısı birleştirilerek "Kadın Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu" adıyla tek bir tanı altında tanımlanmıştır. DSM-V'e göre cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, kadında cinsel ilgi/uyarılmanın yokluğu ya da belirgin olarak azalması olarak tanımlanmaktadır. Yeni tanıda, cinsel istek olması, erotik düşünce ve fantezilerin olması, cinsel bir etkinliği başlatamama yanında, partner tarafından başlatılan bir cinsel etkinliğe ya da erotik uyarılara yanıt vermemesi, cinsel bir etkinlik sırasında haz alamama ve genital yanıtın yeterli olmaması gibi daha nesnel ve ayrıntılı ölçütler bulunmaktadır [25]. Cinsel uyarılma bozukluğu cinsel istekte bir değişiklik olmadığı halde cinsel eylem sırasında uyarılmada azalma veya kayıp olmasıdır. Tekrarlayıcı veya sürekli olarak cinsel uyarılmanın yetersiz olması, yeterli lubrikasyon olmaması, cinsel uyarılmayı sağlayamama ya da cinsel aktivite bitene kadar bu süreci sürdürememe durumudur. Doğum sonu süreçte yaşanan hormon düzeyi değişiklikleri cinsel uyarılma evresine verilen normal vajinal yanıtları olumsuz etkilediği için, bu süreçte cinsel uyarılma sorunu tek başına da görülebilmektedir [25]. Cinsel ilgi/uyarılma bozukluklarının sebebi biyolojik (genetik) etkiler, deneyimler ve mevcut koşullar arasındaki etkileşimden kaynaklanmaktadır [26]. Postpartum dönemde cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu için en önemli risk faktörü emzirmedir [1].

### Postpartum Dönemde Orgazm Bozukluğu

Kadında orgazm, cinsel birleşme ile çözülebilen myotoninin bulunduğu, pelvik vajinal çizgili kas grubunda istemsiz ritmik kasılmaların beraberinde uterus ve anal kasılmaların eşlik edebildiği, her bireyde farklılık gösterebilen doruk hissi ve yoğun zevk oluşturan bilişsel bir durumdur [27]. Postpartum dönemde annede, eşlerin cinsel yaşamını etkileyen birçok fizyolojik değişiklik oluşur. Bu süreçte ovülasyon gerçekleşmez. Bu nedenle vajinanın vazokonjesyonu ve lubrikasyonu yeterli olmaz. Ayrıca postpartum dönemde, östrojen seviyesindeki azalmaya bağlı vajinal duvarlar daha incedir. Labia minörler, orgazm evresinde kan akımındaki artışa bağlı daha koyu kırmızı renge dönüşür. Fakat postpartum dönemde labia minörler daha soluk renkli olup, vazokonjesyonu yetersizdir. Postpartum 3. ayda

vajina ve uterusun eski haline geri döndüğü, labia minör ve majörlerin cinsel uyarıya daha hızlı cevap verdiği, vajinal lubrikasyonun gebelik öncesi düzeyine geri döndüğü belirtilmiştir [28].

### Postpartum Dönemde Genital /Pelvik Ağrı Bozukluğu: Disparoni

Ağrılı cinsel ilişki için tıbbi terim disparonidir. Disparoni yinelenen veya cinsel ilişki öncesinde, sırasında veya sonrasında meydana gelen kalıcı rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır. Disparoni yüzeysel ve derin olarak sınıflandırılmaktadır. Yüzeysel disparoni vajinanın hemen girişinde veya vajina içerisinde hissedilen ağrı, acı hissi olarak tanımlanmaktadır. Acı hissi tekrarlayıcıdır ve perinenin herhangi bir bölgesinde hissedilebilir. Yüzeysel disparoni sadece seksüel uyarılarla değil günlük yaşamın her alanında ortaya çıkabilir. Derin disparoni derin penetrasyona bağlı ağrıdır [29]. Doğumdan 6 hafta ve 6 ay sonra kadınların sırayla %80 ve %75 yüzeysel disparoni yaşadığı belirlenmiştir. Doğum, doğum sonrası dönem disparoni gelişimi için risk faktörüdür. Serati ve ark. tarafından yapılan çalışmada kadınların doğumdan 6 hafta sonra %74.2'sinin cinsel ilişkiye yeniden başladığı ve bu süreçte %51'inin disparoni yaşadıkları belirtilmiştir [23]. Yardımlı vajinal doğum geçiren kadınlarla, normal vajinal doğum yapan kadınlar kıyaslandığında disparoni gelişme riski daha yüksek bulunmuştur. Emzirme, farklı çalışmalarda doğum sonu 6 aya kadar disparoninin temel faktörü olarak bildirilmiştir. Var olan disparoni öyküsü de postpartum disparoni gelişmesi için önemli bir risk faktörüdür. Doğum sırasında spontan perineal travmalar yaşanırken çoğu doğumda epizyotomi kullanılmaktadır [30]. Epizyotomi, perianal onarım, kullanılan dikiş türü, sağlık çalışanlarının tutumu gibi faktörler doğum sonu perianal ağrı ile ilişkilidir. Perianal iyileşme süreci epizyotominin iyileşme sürecine bağlıdır. Epizyotomi iyileşme süreci doğum sonu cinsel yaşamı etkileyebileceği gibi disparoni gelişimine de yol açmaktadır. Basen ve Rathfich tarafından yapılan bir çalışma sonucuna göre epizyotomi ve perianal yırtık onarımında kullanılan kesintili sütür tekniğinin disparoni gelişimini azalttığı gözlenmiştir [31]. Ayrıca primipar kadınların multiparlara oranla daha fazla disparoni yaşadıkları belirtilmiştir [32]. Yapılan çalışmalarda disparoni ve cinsel işlev bozukluğunda koruyucu faktör olarak sezaryen anlamlı bulunmamıştır. Hatta doğum sonu 6 ay sonra sezaryen geçirmiş annelerin daha fazla cinsel işlev bozukluğu gözlenmiş, cerrahi işlemin uzun süreli etkisi olarak yorumlanmıştır. Lübnan'da doğum sonu ilk altı ayda doğum türü ile disparoni ve sağlık hizmeti arama davranışı arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan bir çalışmada, kadınların yaklaşık üçte ikisinin disparoni bildirdiği ve sağlık hizmeti aramadığı gözlenmiştir. Kadınların ayrıca disparoni şiddetini hafif yaşamaları nedeniyle bu sorunu ifade etmedikleri öngörülmüştür [1].

### POSTPARTUM DÖNEMDE GÖRÜLEN CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARINDA TEDAVİ YAKLAŞIMI

#### Cinsel İlgi Uyarılma Bozukluğunda Tedavi Yaklaşımı

Kadında cinsel uyarılara karşı duyarsızlık tepkisi birçok faktöre (genetik, biyolojik, engeller) bağlı ise yalnızca psikolojik müdahalelerle cinsel arzuyu arttırmak zor hatta imkânsız olacaktır. Kadınları bütüncül olarak değerlendirmek ve tedavi etmek için hem tıbbi hem de psikososyal açıdan bir yaklaşım gerekmektedir [26]. Kadının cinsel isteğini etkileyebilecek psikososyal faktörleri göz önüne alan geniş tıbbi öykü alınmalıdır. Bazı ilaç tedavileri cinsel istekte azalmaya sebep olacağı için bu ilaçların kullanım durumu değerlendirilmelidir. Düşük cinsel uyarılması mevcut olan kadınların tedavisi, pelvik tabanın rehabilitasyonu ve psikososyal destek sağlanması multidisipliner bir ekiple çalışılarak planlanmalı ve bakım gerçekleştirilmelidir [33]. Türkseven ve ark. tarafından yapılan çalışmaya göre cinsel doyum ile evlilik uyumu arasında pozitif bir ilişki saptanmış, bu ilişkinin cinsel ilgi/uyarılma bozukluklarında çift terapisinde öneme vurgu yapılmıştır [34]. Cinsel ilgi/uyarılma bozukluklarında odak nokta cinsel olaylar sırasında cinsel işlevi ve memnuniyeti iyileştirmek olmalı, her hastaya yönelik kişiselleştirilmiş tedavi yaklaşımı sağlanmalıdır. Tuiten ve ark. yaptığı çalışmaya göre cinsel ilgi/uyarılma bozukluklarında kişisel tedavi yönetiminin başarılı olduğu kantlanmıştır [35]. Hucker ve McCabe yaptığı çalışma



sonucunda bilinçli farkındalık temelli online müdahalelerin genel cinsel işlevsellik düzeyine, cinsel problemlerin sıklığına ve cinsel sıkıntı düzeyine etki ettiğini gözlemlemiştir. Yargılayıcı olmadan ve kabullenici bir tutumla dikkatin anlık deneyimlere odaklanmasını vurgulayan bilinçli farkındalık temelli müdahaleler postpartum cinsel işlev bozukluğu yaşayan kadınlar için umut verici bir tedavi seçeneği olarak karşımıza çıkmaktadır [36]. Doğum sonu dönemin odak noktası bebektir ve bu dönemde ebeveynlerin sağlığı ve ihtiyaçları göz ardı edilmektedir. Uyku, beslenme, özbakım gibi ihtiyaçlarının yanı sıra bu ihtiyaçlar cinsel yaşamı da içermektedir. Kadın ve partneri için cinsel yaşam merkezi ilgi alanları olmasına rağmen postpartum dönemde ne beklentileri ve ne gibi sorunlarla karşılaşacakları, bu sorunlarla ilgili ne yapacaklarına dair çok az profesyonel bilgiye sahiptirler. Bu nedenle sağlık çalışanları doğum öncesi dönemde cinsel yaşam konularını eğitimlere eklemeli, sorunları belirlemek için çiftlerle açık bir iletişim kurarak postpartum döneme özgü cinsel ilgi uyarılma bozukluklarına dair risk faktörlerini bilmeli ve güncel tedavi yaklaşımı sergileyerek bu konuda yetkin olmalıdırlar [1].

### Postpartum Dönemde Orgazm Bozukluğunda Tedavi Yaklaşımı

Cinsel sorunların çözümü kişinin hayat kalitesini artırır. Orgazm bozukluklarında sorunun kazanılmış veya yaşam boyu olup olmadığını anlamak; tamamen gecikmiş veya yetersiz orgazm arasındaki ayrımı yapabilmek için ayrıntılı cinsel öykü alınmalıdır. Cinsel öyküye göre tıbbi veya psikososyal tedaviye karar verilir. Orgazm bozuklukları cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu veya pelvik ağrı ile ilişkili olarak karşımıza çıkmaktadır. Fizik muayenede klitoris değerlendirilmelidir. Liken sklerozu gibi fimozis varlığı değerlendirilmeli, kadınlarda klitorise zarar veren faktörler incelenmelidir [29]. Orgazm pek çok faktörden etkilenebilen bir süreçtir. Bu nedenle kadın orgazm bozukluğu incelenirken tedavisinde biyomedikal, psikososyal ve cinsel nedenlere yönelik tedavi yaklaşımı sunulmalıdır.

Kadın orgazm bozukluğunun tedavisinde en önemli nokta bilişsel davranışsal terapidir [35]. Kadında orgazm sırasında klitoris ve vajinal girişten alınan uyarılar sonucunda pelvik taban kasları kasılmaktadır. Doğum sonu dönemde kegel egzersizleriyle vajen kasları güçlendirilerek, bu bölgeye kan akımının artması sağlanarak cinsel haz dolayısıyla orgazm fonksiyonlarının istenen düzeyde olması sağlanır. Güçlü pelvik kas yapısı kolay ve uzun süreli orgazmı sağlar [33]. Yapılan çalışmalarda uyumlu bir evlilik algısı olan çiftlerin cinsel doyumlarının daha fazla olduğu gözlenmiştir. Kadınların eşleriyle cinsel ilişkilerini bilişsel ve duygusal düzeyde deneyimledikleri yolları araştırmak gelecekteki araştırmalar için önemlidir. Bu, kadın orgazmını daha iyi anlamamıza ve tanımlamamıza, aynı zamanda orgazm disfonksiyonu için danışmanlığı geliştirmemize olanak sağlar [37].

### Postpartum Dönemde Genital/Pelvik Ağrı Bozukluğu Tedavi Yaklaşımı

Genital pelvik ağrı bozukluklarında disparoni tedavisinde etkene yönelik yaklaşıma odaklanılmalıdır. Lokal anestezi ve kortikosteroidleri birleştiren, vajinal tetik noktalarında (vajinal perianal muayenenin maksimum ağrı yoğunluğu ortaya koyduğu) verilen yanıtı değerlendiren bir çalışmada orta ve şiddetli disparoni ve pelvik ağrı yaşayan kadınların hızlı bir şekilde iyileştiği gözlenmiştir [28].

Sağlık çalışanları çiftlere; ağrısız cinsel ilişki elde etmek için yeterli uyarılma ve yağlanmanın önemini vurgulamalıdır. Emziren veya emzirmeyen uyarılma güçlüğü çeken kadınlarda yeterli kayganlığı sağlamak için kayganlaştırıcı veya östrojen peserleri kullanılması önerilir. Ancak emziren kadınlarda bu araçların kullanılmasının etkisini araştıran çalışmaların eksik olduğu belirtilmiştir [23]. Doğum sırasında perineal travmanın en aza indirilmesi doğum sonu dönemde cinsel aktivitenin yeniden başlaması için önemlidir Literatürde sürekli dikişlerin kullanımı perineal rahatsızlığı en aza indirdiği için kullanımı önerilmektedir [31].

### POSTPARTUM DÖNEMDE HEMŞİRENİN ROLÜ VE CİNSEL DANIŞMANLIK

Doğum sonu ilk haftalarında kadınlar fiziksel, psikolojik, duygusal ve sosyal zorlukların yanında cinsel yaşantıları ile ilgili sorunlarla karşılaşır. Doğum sonu dönem hem yeni doğan hem de annenin sağlığını korumak ve yükseltmek açısından önemli bir zamandır. Doğum sonrası dönemde cinsel danışmanlık dünya çapında artan, ilgi gerektiren kadın sağlığı hizmetlerinde tanımlanan önemli bir unsurdur.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tavsiyelerine göre doğumdan sonra tüm kadınlar cinsel yaşama yeniden başlama ve olası cinsel sorunlar açısından değerlendirilmelidir. Cinsel işlev bozukluğunun yaygınlığına rağmen hem sağlık çalışanları hem de kadınlar cinsellik hakkında konuşmaya başlama ve sağlık profesyonelleri tarafından uygun bir cinsel danışmanlığa yönelik eğitim almaması nedeniyle doğum sonu döneme ilişkin cinsel kaygılar ve sorunlar göz ardı edilmektedir. Literatür incelendiğinde doğum sonrası cinsel işlev bozukluğu olan 67 kadının sadece %19'u cinsel sorunlarını sağlık hizmeti sağlayıcıları ile paylaşmıştır. Bu nedenle doğum sonrası kadınların önemli bir kısmı doğumdan sonra cinsel yaşama yönelik bilgi ve tavsiye alamamaktadır. Cinsel yaşamın değerlendirilmesinde KAPLAN, PLISSIT, ALARM, BETTER gibi modeller kullanılmaktadır [25]. Aghababaei ve ark. tarafından yapılan başka bir çalışmada cinsel istekleri azalmış emziren kadınların REDI modeline dayalı cinsel danışmanlık yoluyla desteklenmesinin cinsel işlevlerinde önemli bir fark yarattığı gözlenmiştir. Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanları tarafından doğum sonu cinsel danışmanlık alan annelerin gelecekteki doğumlar için özgüveninin arttığı gözlenmiştir. Ayrıca kadınların çoğunun doğumdan sonra altı hafta içinde cinsel ilişkiye yeniden başladığı belirtilmiştir [38].

Doğum sonrası cinsel sağlık; cinsellik ve cinsel işlevin ayrılmaz bir parçası olması nedeniyle doğum sonrası cinsel danışmanlığın doğum sonu bakıma entegre edilmesi önemlidir [39]. Postpartum dönemde çiftlere cinsel ilişkiye en erken iki hafta içerisinde başlamamanın önemi anlatılmalıdır. Bu sürecin 2-6. haftalarında kadın cinsel yaşamı değerlendirilmelidir. Bu dönemde cinsel yaşamla ilgili konularda çiftlere birlikte danışmanlık hizmeti verilmelidir. Hastaneden taburcu olmadan önce, çiftlere aile planlaması yöntemleri anlatılarak, kullanacağı aile planlaması yöntemine karar vermesi sağlanmalıdır. Kadınlara postpartum ilk 3-6 ayda cinsel yaşamı ile ilgili değişim olabileceği, istek, orgazm ve cinsel ilişki sıklığında azalma yaşanabileceği, bunun normal ve geçici bir süreç olduğu açıklanmalıdır. Cinsel ilişki sırasında uyarılma ile birlikte memeden süt gelmesi utanç kaynağı olabilir. Bu durumu önlemek için cinsel ilişki öncesi bebeğin emzirmesi veya sütün boşaltılması faydalı olabilir. Ayrıca cinsel ilişki esnasında sütyen veya tişört giymek, göğüs pedi kullanmak memeden gelen sütü gizlemek için başka bir yoldur. Bunun yanında ön sevişme sırasında memenin oksanmaması önerilebilir. Çiftin nasıl bir yol izleyeceği konusundaki olasıkların hepsi konuşulmalıdır [29-40]. Postpartum dönemde perine bölgesi de değerlendirilmelidir.

Bebeğin bakımıyla ilgili çiftlerde meydana gelen yorgunluk cinsel yaşamı olumsuz etkileyebilir. Cinsel uyarılma bozukluğuna karşı elle yapılan masaj, müzik ve banyo uyarılmayı kolaylaştırabilir. Bu dönemde çiftlere, cinselliğin sadece vajinal birleşmeden oluşmadığı anlatılarak en büyük erojen organ olan derinin öneminden bahsedilmelidir. Perineal yırtıkları veya epizyotomisi olan kadınlara ise kadının üstte olduğu cinsel pozisyonlar önerilmelidir. Cinsel ilişki sırasında kadının rahatsızlığının önlenmesi için su bazlı vajinal kayganlaştırıcı kullanılması söylenebilir [40]. Kasların tonus ve gücünün artırılması, vajinal açıklığın eski haline dönmesi, üriner ve fekal inkontinansı azaltması veya cinsel doyumunu arttırması için kadınlara kegel egzersizleri öğretilmelidir. 2015 ve 2019 yılında yapılan sistematik incelemede doğum sonrası pelvik taban kas eğitiminin doğum sonrası cinsel işlevi iyileştirdiği sonucuna varılmıştır [37]. Eşlere cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve korunma yolları ile ilgili bilgi verilmelidir. [29,40].

## SONUÇ

Doğum sonu dönemde kadın fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden birçok soruna karşı risk altındadır. Bu sorunların yanı sıra ebeveynlere yüklenmiş anne baba rolü, aileye katılan yeni bir bebeğin bakımı gibi faktörler nedeniyle çiftler doğum sonu cinselliği göz ardı etmektedir. Cinsellik temel insan gereksinimidir ve postpartum dönemde kadının cinsel yaşamını etkileyen birçok faktör vardır. Postpartum dönem beden imajı, pelvik ağrı, epizyotomi gibi birçok faktör kadının cinsel yaşamını etkilemektedir. Hemşire ve ebeler doğum sonu dönemde annelerle birebir iletişim halinde olan sağlık profesyonelleri olmaları nedeniyle anne için mevcut risk faktörlerini ve olası cinsel sağlık sorunlarını değerlendirmede anahtar rol üstlenmektedir. Bu dönemin riskleri ve sebep olan faktörler çiftlere açıklanmalı, doğum sonu bakıma doğum sonu cinsel yaşam mutlaka eklenmelidir. Sağlık profesyonelleri bebek bakımı, kontraseptif yöntemlere dair eğitimin yanı sıra cinsel sağlığa yönelik eğitimleri de programlarına eklemelidir. Doğum sonu dönemin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden tam anlamıyla sağlıklı bir süreçle geçmesini sağlayarak, postpartum dönemde olası gelişebilecek cinsel sağlık sorunları önlenerek annelerin kaliteli bir postpartum döngüsü yaşaması sağlanmalıdır.

**Teşekkür:** Yok

**Çıkar çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

**Finansal destek:** Yok

**Yazar katkısı:** Fikir: ÇB, KB; **Literatür taraması:** ÇB, KB; **Makale yazımı:** ÇB, KB; **Eleştirel inceleme:** ÇB, KB.

## KAYNAKLAR

- Gutzeit O, Levy G, Lowenstein L. Postpartum female sexual function: risk factors for postpartum sexual dysfunction. *Sex Med.* 2020;8(1):8-13.
- Paladine HL, Blenning CE, Strangas Y. Postpartum care: An approach to the fourth trimester. *Am Fam Physician.* 2019;100(8):485-491.
- Millheiser L. Female sexual function during pregnancy and postpartum. *J Sex Med.* 2012;9(2):635-636.
- McDonald E, Woolhouse H, Brown SJ. Consultation about sexual health issues in the year after childbirth: A cohort study. *Birth.* 2015;42(4):354-361.
- Rezaei N, Azadi A, Sayehmiri K, et al. Postpartum sexual functioning and its predicting factors among Iranian women. *Malays J Med Sci.* 2017;24(1):94-103.
- Hipp LE, Kane Low L, van Anders SM. Exploring women's postpartum sexuality: Social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. *J Sex Med.* 2012;9(9):2330-2341.
- Guendler J, Katz L, Flamini ME, Lemos A, Amorim M. Prevalence of sexual dysfunctions and orientations on sexuality in postpartum women: cross-sectional study. *Obstet Gynecol.* 2019;133(1):213-214.
- Zamani M, Roudsari RL, Moradi M, Esmaily H. The effect of sexual health counseling on women's sexual satisfaction in postpartum period: A randomized clinical trial. *Int J Reprod Biomed.* 2019;17(1):41-50.
- Malakouti J, Golizadeh R, Mirghafourvand M, Farshbaf-Khalili A. The effect of counseling based on ex- PLISSIT model on sexual function and marital satisfaction of postpartum women: A randomized controlled clinical trial. *J Edu Health Promot.* 2020;30(9):284-290.
- Nemati ALJ, Weitkamp K. The female orgasmic state and the different dimensions of the female sexual experience: Lessons learned from expert interviews. *Sex Relatsh Ther.* 2020;1-24.
- Selimoğlu EŞ, Beydağ KD. Doğum sonu dönemde emzirmenin cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisi. *ACU Sağlık Bil Derg.* 2020;11(1):174-180.
- Szöllösi K, Szabó L. The association between infant feeding methods and female sexual dysfunctions. *Breastfeed Med.* 2020;15(10):1-6.
- Alp Yılmaz F, Şener Taplak A, Polat S. Breastfeeding and sexual activity and sexual quality in postpartum women. *Breastfeed Med.* 2019;14(8):587-591.
- Matthies LM, Wallwiener M, Sohn C, Reck C, Müller M, Wallwiener S. The influence of partnership quality and breastfeeding on postpartum female sexual function. *Arch Gynecol Obstet.* 2019;299(1):69-77.
- Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E, Nissen E. Woman's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scand J Caring Sci.* 2005;19(4):381-387.
- Spaich S, Link G, Alvarez SO, et al. Influence of peripartum expectations, mode of delivery, and perineal injury on women's postpartum sexuality. *J Sex Med.* 2020;17(7):1312-1325.
- Maamri A, Badri T, Boujemla H, El Kissi Y. Sexuality during the postpartum period: study of a population of Tunisian women. *Tunis Med.* 2019;97(5):704-710.
- Kasap E, Aksu EE, Şahin N, Güçlü S, Gür EB. Doğum şeklinin seksüel fonksiyon üzerine etkisi var mıdır?. *Tepecik Eğit ve Araşt Hast Dergisi.* 2016;26(3):201-206.
- Zeren F, Özerdoğan N. Postpartum dönemde cinselliği etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci.* 2018;10(4):354-362.
- Çiftçi H, Pelit ES, Katı B. Kadın cinselliğinde kültürel farklılıkların rolü. *Androl Bul.* 2018;20(3):95-98.
- Özdamar Ö, Yılmaz O, Beyca H, Muhcu M. Gebelik ve postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar (Common psychiatric disorders in pregnancy and postpartum period). *Zeynep Kamil Tıp Bülteni.* 2014;45(2):71-77.
- Johannes CB, Clayton AH, Odom DM, et al. Distressing sexual problems in United States women revisited: Prevalence after accounting for depression. *J Clin Psychiatry.* 2009;70(12):1698-1706.
- Serati M, Salvatore S, Siesto G, et al. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *J Sex Med.* 2010;7(8):2782-2790.
- Akarsu RH, Beji NK. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler. *Androl Bul.* 2016;18(65):134-137.
- Beji NK, Çayır G. Pelvik taban disfonksiyonu tanımı, tedavi ve bakımda hemşirelere yönelik güncel yaklaşımlar. *İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.* 2019;76-81.
- Bilgin Z, Kömürçü N. Kadın cinselliği ve kanıt temelli yaklaşımlar. *Androl Bul.* 2016;18(64):48-55.
- Akdeniz M. Kadınlarda orgazm bozukluğu. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics.* 2015;6(2):56-65.
- Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(5):881-890.
- Özcan H, Beji NK. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları: 2018 güncelleme. *Androl Bul.* 2018;20(4):133-137.
- Kettle C, Tohill S. Perineal care. *BMJ Clin Evid.* 2008;14(1):1-17.
- Aydın Besen M, Rathfisch G. The effect of suture techniques used in repair of episiotomy and perineal tear on perineal pain and dyspareunia. *Health Care Women Int.* 2020;41(1):22-37.
- Sheikhi ZP, Navidian A, Rigi M. Effect of sexual health education on sexual function and resumption of sexual intercourse after childbirth in primiparous women. *J Educ Health Promot.* 2020;9(1):87-94.
- Demir R, Taşpınar, A. Kadın sağlığının korunmasında kegel egzersizlerinin önemi ve ebelik yaklaşımı. *EGEHFD.* 2018;34(2):77-88.
- Türkseven A, Söylemez İ, Dursun P. Cinsel işlev bozuklukları ile evlilik uyumu arasındaki ilişki. *Kriz Dergisi.* 2020;28(1):9-20.
- Dişsiz M, Mamuk R, Oskay Ü. Genitopelvik ağrı/penetrasyon bozuklukları ve güncel yaklaşımlar. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg.* 2019;9(3):201-207.
- Hucker A, McCabe MP. Incorporating mindfulness and chat groups into an online cognitive behavioral therapy for mixed female sexual problems. *J. Sex Res.* 2015;52(6):627-639.
- Adam F, Thoveron M, Day J, Sutter PD. Comprendre l'orgasme féminin afin de mieux appréhender le trouble de l'orgasme chez la femme. *Sexologies.* 2015;24(4):155-162.
- Aghababaei S, Refaei M, Roshanaei G, Rouhani Mahmoodabadi SM, Heshmatian T. The effect of sexual health counseling based on REDI model on sexual function of lactating women with decreased sexual desire. *Breastfeed Med.* 2020;15(11):731-738.
- Mekonnen, BD. Factors associated with early resumption of sexual intercourse among women during extended postpartum period in Northwest Ethiopia: A cross sectional study. *Contracept Reprod Med.* 2020;5(1):1-8.
- Koç E, Oskay Ü. Postpartum dönemde cinsellik ve danışmalık. *KASHED.* 2016;2(1):15-26.



## HYPERBARIC OXYGEN THERAPY IN A DIALYSIS-RELATED PNEUMOCEPHALUS CASE DİYALİZ İLİŞKİLİ PNÖMOSEFALİ VAKASINDA HİPERBARİK OKSİJEN TEDAVİSİ

Elif Ebru Özer<sup>1\*</sup>, Serkan Ergözen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>University of Medical Sciences, Bozyaka Training and Research Hospital, Underwater and Hyperbaric Medicine Department, İzmir, Turkey

<sup>2</sup>Muğla Sıtkı Koçman University, School of Medicine, Underwater and Hyperbaric Medicine Department, Muğla, Turkey

### ABSTRACT

The presence of gas in the cranial cavity is called “pneumocephalus”, and is usually seen after invasive surgical procedures. Although symptoms are non-specific, such as headache, it can cause neurological distortion, coma, and death. Oxygen therapy is the most effective way to treat pneumocephalus and accelerates the reabsorption of the air. Hyperbaric oxygen treatment (HBOT), with its direct high pressure effect, causes the air mass to shrink. In the case reported in this paper, the pneumocephalus manifested with the symptom of sudden loss of consciousness and the etiology was an invasive intervention of dialysis catheter placement while the patient was in a sitting position. HBOT was applied as an emergency treatment, after which a dramatic radiological improvement was detected with computed tomography. Although this patient needed consecutive HBOT sessions for the best result, only a single session of HBOT could be applied because she was under the observation in the intensive care unit of another hospital due to the lack of space in the intensive care unit of our hospital. One of the main points is that the clinicians should not decide to cease HBOT only after the first session. Consecutive HBOT sessions can dramatically improve the radiological and clinical findings in these cases.

**Keywords:** Hyperbaric oxygen therapy, Pneumocephalus, Dialysis catheter

### ÖZ

İntrakranial kavitedeki gaz varlığı “pnömosefali” olarak adlandırılır ve genellikle invaziv cerrahi işlemlerden sonra görülür. Baş ağrısı gibi spesifik olmayan semptomlar görülse de nörolojik bozulma, koma ve ölüme neden olabilir. Oksijen tedavisi, pnömosefaliyi tedavi etmenin en etkili yoludur ve havanın rezolüsyonunu hızlandırır. Hiperbarik oksijen tedavisi (HBOT), doğrudan yüksek basınç etkisiyle hava kütesinin küçülmesine neden olur. Bu yazıda bildirilen olguda pnömosefali ani bilinç kaybı semptomu ile kendini göstermiş ve etiolojisinde; hastanın oturur pozisyonda iken diyaliz kateteri yerleştirilmesine yönelik invaziv bir girişim yer almaktadır. Acil tedavi olarak HBOT uygulanan vakada, tedavi sonrası bilgisayarlı tomografi ile dramatik radyolojik düzelme saptandı. Bu hastada en iyi sonucun alınabilmesi için ardışık HBOT seanslarına ihtiyaç duyulmasına rağmen hastanemizin yoğun bakım ünitesinde yer olmaması nedeniyle başka bir hastanenin yoğun bakım ünitesinde müşahade altında olduğu için sadece tek seans HBOT uygulanabildi. Ana noktalardan biri, klinisyenlerin HBOT’ni sadece ilk seanstan sonra bırakma kararı vermemeleri gerektiğidir. Bu vakalarda ardışık HBOT seansları radyolojik ve klinik bulguları önemli ölçüde iyileştirebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hiperbarik oksijen tedavisi, Pnömosefali, Diyaliz kateteri

### INTRODUCTION

The introduction of air into the venous or arterial system can cause cerebral air embolism which can lead to severe neurological deficits. The most common causes reported in the literature are iatrogenic, with the embolism occurring as a result of invasive medical procedures or surgery. Normally, the lungs have a very effective filtering capacity against venous gas embolism. If the gas volume exceeds 1.5-3 ml/kg, the filtration capacity of the lungs is overwhelmed. In another condition, if there is a right-to-left intracardiac shunt (e.g. patent foramen ovale is observed at the rate of 30% in the community), the risk of paradoxical arterialization of the bubbles increases significantly [1]. Neurological deficit has been estimated to occur in 19-50% of the patients with cerebral gas embolism. Arterial gas embolism, which requires urgent treatment, has high morbidity and mortality. The primary treatment modality is hyperbaric oxygen treatment (HBOT). A delay in recompression therapy of more than 4 hours reduces the recovery chance by nearly 50% [2]. We aimed to present our treatment approach to a very rare case with the presence of air in the skull (pneumocephaly).

### Makale Bilgisi/Article Info

**Gönderim tarihi/Submitted:** 12.07.2021, **Revizyon isteği/Revision requested:** 18.10.2021, **Son düzenleme tarihi/Last revision received:** 25.10.2021, **Kabul/Accepted:** 28.10.2021, **Çevrimiçi yayım tarihi/Published online:** 31.12.2021.

**Sorumlu yazar/ Corresponding author:** University of Medical Sciences, Bozyaka Training and Research Hospital, Underwater and Hyperbaric Medicine Department, İzmir, Turkey

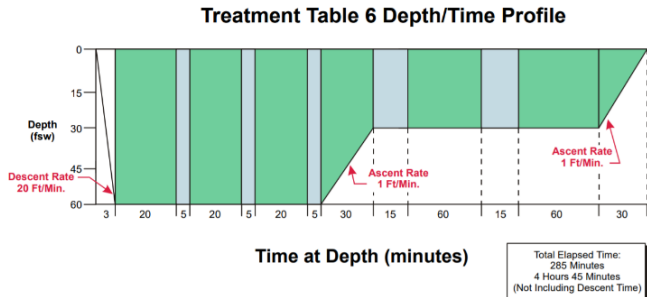
<sup>1\*</sup>Email: elifebruozer@yahoo.com. <sup>2</sup>Email: serkanergozen@mu.edu.tr

### CASE REPORT

A 69-year-old female patient with diabetes mellitus, chronic renal failure, hypertension and coronary arterial disease was consulted by the emergency medicine department. Sudden loss of consciousness and convulsion when placing a dialysis catheter in her right hand, in the sitting position were reported. The patient was intubated after respiratory arrest and was unresponsive to painful stimuli (Glasgow coma score=3). Both pupils were myotic, direct and indirect light reflexes were bilaterally weak, but there was no neck stiffness. Blood creatinine level was 1.76 mg/dL. The head computed tomography (CT) was immediately examined by a radiologist after the incident and a large number of pneumocephalic areas in the right hemisphere and an appearance compatible with leukorysis in the periventricular area were reported. The patient was referred to the Neurosurgery Department, but surgical intervention was not considered. Afterwards, the patient was referred to our department for HBOT at the 8th hour after the first symptoms.



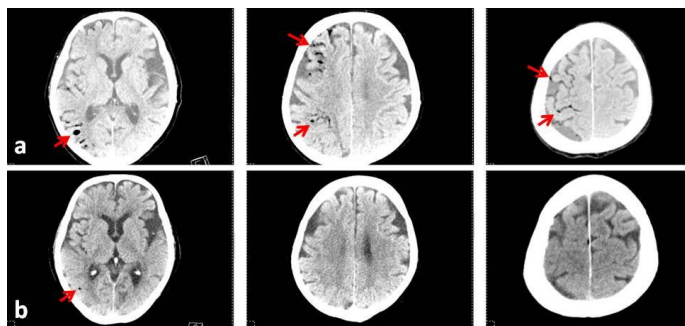
The United States Navy Treatment Table 6 (USN TT-6) (Fig. 1) was applied in our multiplace hyperbaric chamber (Barotech Multi12®-2016-Turkey) accompanied by an anesthesiologist inside with the diagnosis of arterial gas embolism. There were no complications developed during HBOT. Brain and diffusion weighted magnetic resonance imaging (MRI) were planned immediately after the HBOT session to eliminate the dialysis disequilibrium syndrome and cerebrovascular diseases due to sudden hypotension.



**Fig 1.** The United States Navy Treatment Table 6 (USN TT-6). (USN Diving Manual, Revision 7. SS521-AG-PRO-010. 01 December 2016)

Mega sisterna magna variation was observed in the posterior fossa on diffusion weighted MRI. In the right temporal, parietal and occipital regions, moderate thickening and suspicious diffusion restriction were observed in the cortex (Fig. 2a). The appearance was considered to be postictal change due to seizure which happened during the catheterization.

The follow-up CT revealed regression of the free air densities after the first HBOT session (Fig. 2b). At the level of vertex, in the right lateral neighborhood of the falx in the parietooccipital sulcus in the right hemisphere, millimetric density of free air (pneumocephalus) was observed.



**Fig 2a/b.** Pneumocephalus areas on CT images before/after hyperbaric oxygen therapy

Neurological examination showed no changes during the HBOT session or immediately after. Any complications did not occur due to HBOT during this first session. Due to the need for advanced intensive care, the patient was referred to another hospital. Despite additional HBOT sessions were planned by hyperbaric medicine specialists, her condition was unstable and she could not be transferred for further HBOT sessions. Unfortunately, on the 5th day after the incident, the patient died due to cardiac arrest.

**DISCUSSION**

Cerebral arterial gas embolism (CAGE) can usually present with stroke-like findings, such as changes in consciousness, confusion, seizures, or neurological deficit. Patient position during invasive procedures, and the direction, speed and amount of air are considered to be important for the development of air embolism. The mechanism of bubble-induced tissue damage depends not only on mechanical blockage of the blood stream, but also on bubble-induced inflammatory processes. CAGE can be easily detected on CT or MRI, but it may

rapidly disappear from the images. However, cerebral infarcts can be observed on diffusion-weighted MRI [3].

Gas embolism affects both the shaped elements of the blood and the biochemical processes. Platelet aggregation leads to complement activation, endothelial damage, adhesion of the polymorphic leukocytes to the damaged endothelium, and an activated inflammatory response. The activation of C5a activates neutrophils, leading to the formation of various membrane attack complexes and thus the destruction of cells with damaged membranes. With the adhesion of activated leukocytes to the vascular endothelium, increased permeability and diapedesis is observed. The activation of free oxygen radicals formed by the leukocytes activates the inflammatory cascade, further impairs perfusion due to edema and thrombosis, and decreases gas elimination, resulting in permanent damage [4]. Although there are rare cases reported in the literature, pneumocephalus generally responds well to HBOT. In a case report by Lin et al, the patient was treated immediately at the 8th hour after endoscopic lumbar discectomy and recovered without neurological deficit [5].

In another study of 24 cases, Paiva et al. compared patients, who received normobaric or hyperbaric oxygen, and observed that the size of the gas bubbles was decreased on the follow-up CT after HBOT, the length of hospital stay was shorter in the HBOT group and complications such as meningitis were less common [6].

Popa et al. reported a case of iatrogenic arterial gas embolism due to esophagogastroduodenoscopy. The presented patient was with bradycardia, hypoxia, and tonic and clonic convulsions. After multiple HBOT sessions, a significant improvement was seen in the neurological status. It was emphasised that emergency physicians must be aware of CAGE [7]. Shih et al. presented a summary of reported severe complications caused by epidural injection or epidural anesthesia-associated pneumocephalus. All the patients were mechanically ventilated and only one patient was treated with HBOT. The consciousness of the patient, who underwent HBOT, improved rapidly compared to the other patients, and no deaths were reported [8].

The effects of HBOT are explained by several mechanisms. In accordance with Boyle's Law, the volume of a gas is inversely proportional to the pressure on it. Smaller bubbles pass from the arterial circulation to the capillary and venous system and can be retained in the lungs. A reduction in gas volume minimizes the surface area of the bubbles. Therefore, the inflammatory effects of the bubble/blood interface are reduced. The high nitrogen/oxygen partial pressure gradient inside and outside of the bubble makes the nitrogen pass into the blood and finally the bubble shrinks. Cerebral edema, which is characteristic of cerebral gas embolism, also decreases with HBOT [9].

**CONCLUSION**

In conclusion, CAGE is a complication of various invasive medical interventions. It should be kept in mind especially in open heart surgery, neurosurgery, and diagnostic or therapeutic neuroradiology. Preventative strategies should be employed as CAGE contributes to increased procedural morbidity and mortality. In case of any suspicion, the patient should be transferred to a pressure chamber immediately with oxygen support. Even if sometimes the diagnosis cannot be confirmed radiologically, it can be made according to the patient's response to the HBOT. Another extremely important point is that sometimes the patient will need consecutive HBOT sessions for the best results, so clinicians should not decide to cease HBOT after the first session.

*Ethical approval: The informed consent was obtained.*

*Acknowledgements: None.*

*Conflict of interest: The authors have declared no conflict of interest for this article.*

*Funding: None.*



*Author contribution: Concept: EEÖ,SE; Desing: EEÖ,SE; Data collecting: EEÖ,SE; Statistical analysis: EEÖ,SE; Literature review: EEÖ,SE; Writing: EEÖ,SE; Critical review: SE*

## REFERENCES

1. Jain KK, eds. 4th ed. Hogrefe&Huber Publishers; 2004:101-108.
2. Pearson RR. Diagnosis and treatment of gas embolism. The Physician's Guide to Diving Medicine. Shilling CW, Cartstom CB, Mathias RA, eds. New York: Plenum Press; 1984:333-367.
3. Kaichi Y, Kakeda S, Korogi Y, et al. Changes over time in intracranial air in patient with cerebral air embolism: radiological study in two cases. Case Rep Neurol Med. 2015;2015:491017.
4. Moon R. Air or Gas Embolism. The Hyperbaric Oxygen Therapy Committee Report 2003: Indications and Results. Undersea Hyperb Med. 2003;5-11.
5. Lin HY, Wu HS, Peng TH, et al. Pneumocephalus and respiratory depression after accidental dural puncture during epidural analgesia—a case report. Acta Anaesthesiol Sin. 1997;35(2):119-123.
6. Paiva WS, Andrade AF, Figueiredo EG, Amorim RL, Prudente M, Jacobsen T. Effects of hyperbaric oxygenation therapy on symptomatic pneumocephalus. Ther Clin Risk Manag. 2014;10:769-773.
7. Popa D, Grover I, Hayden S, Witucki P. Iatrogenic arterial gas embolism from esophagogastroduodenoscopy. J Emerg Med. 2019;57(5):683-688.
8. Shih CC, Tsai SH, Liao WI, Wang CJ, Hsu CW. Successful treatment of epidural anesthesia-induced severe pneumocephalus by hyperbaric oxygen therapy. Am J Emerg Med. 2015;33(8):1116.e1-3.
9. Çimşit M. Hyperbaric Medicine. 1st ed. Ankara: Eflatun Publisher; 2009:198-199.