



e-ISSN: 2718-0972

2025

YOBÜ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DERGİSİ
YOBU FACULTY OF HEALTH SCIENCES JOURNAL



Cilt/Volume: 6
Sayı/Number:3
Yıl/Year: 2025

DERGİ YAZI KURULU /EDITORIAL MANAGEMENT

Baş Editör/Chief Editor

Prof.Dr. Sevinç POLAT, Yozgat Bozok Üniversitesi, Yozgat, TÜRKİYE

Editörler/ Editors

Doç. Dr. Sevim ÇİMKE Yozgat Bozok Üniversitesi, Yozgat, TÜRKİYE

Doç. Dr. Funda Tosun GÜLEROĞLU, Yozgat Bozok Üniversitesi, Yozgat, TÜRKİYE

Dr. Öğr. Üyesi Şenay ARAS DOĞAN, Yozgat Bozok Üniversitesi, Yozgat, TÜRKİYE

Alan Editörleri/Field Editors

Doç. Dr. Ayşe ŞENER TAPLAK

Doç. Dr. Betül ÜNSAL

Doç. Dr. Erdiñ KALAYCI

Doç. Dr. Esin CERİT

Doç. Dr. Gökçen AYDİN AKBUĞA

Doç. Dr. Özlem DOĞAN YÜKSEKOL

Doç. Dr. Rukiye HÖBEK AKARSU

Doç. Dr. Tuğba UZUNÇAKMAK

Dr. Öğr. Üyesi Gamze YALÇINKAYA ÇOLAK

Dr. Öğr. Üyesi Hamza ÖZ

Dr. Öğr. Üyesi Münevver ÖZCAN

Dil Editörleri/ Language Editors

Dr. Öğr. Üyesi Gülay YILMAZ

Dr. Öğr. Üyesi Selda YÜZER ALSAÇ

İstatistik Editörleri/ Statistics Editors

Dr. Öğr. Üyesi Dilek YILDIRIM GÜRKAN

Dr. Öğr. Üyesi Özlem AKBOĞA

Mizanpaj Ekibi/ Mizanpaj Team

Dr. Öğr. Üyesi SELİM TOSUN

Dr. Öğr. Üyesi HACER DEMİRKOL

Dr. Öğr. Üyesi ŞENİZ ASLAN

Arş. Gör. SAFA YALÇIN

Arş. Gör. SEHER DÖNER

Öğr. Gör. Emine DURAN

Arş. Gör. AYŞENUR GÜVENİR

Son Okuma Ekibi/ Final Reading Team

Dr. Öğr. Üyesi ASLI URAL

Dr. Öğr. Üyesi YETER ŞENER

Dr. Öğr. Üyesi DİLARA ONAN

Dr. Öğr. Üyesi ESRA ÖZBUDAK ARICA

Dr. Öğr. Üyesi HABİBULLAH AKINCI

Öğr. Gör. EMİNE İLKİN AYDIN

Öğr. Gör. ESMA KIR

Öğr. Gör. AYDAN DOĞAN

Arş. Gör. ESRA YALÇIN

Danışma Kurulu/Advisory Board

Prof.Dr. Ayhan Aytekin LASH, Northern Illinois University, Illinois,USA

Prof. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU, Mersin Üniversitesi, Mersin, TÜRKİYE

Prof. Dr. Ayfer TEZEL, Ankara Üniversitesi, Ankara, TÜRKİYE

Prof. Dr. Ayla ÜNSAL, Ahi Evran Üniversitesi, Kırşehir, TÜRKİYE

Prof. Dr. Aynur AYTEKİN ÖZDEMİR, İstanbul Medeniyet Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE

Prof. Dr. Behice ERCİ, İnönü Üniversitesi, Malatya, TÜRKİYE

Prof. Dr. Dilek KILIÇ, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, TÜRKİYE

YOBU SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DERGİSİ
YOBU FACULTY OF HEALTH SCIENCES JOURNAL

- Prof.Dr. Duygu GÖZEN, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul,TÜRKİYE
- Prof. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU, Erzurum Teknik Üniversitesi, Erzurum, TÜRKİYE
- Prof.Dr. Evşen NAZİK, Çukurova Üniversitesi, Adana,TÜRKİYE
- Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, TÜRKİYE
- Prof. Dr. Hatice YILDIRIM SARI, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir, Türkiye
- Prof.Dr. İlknur AYDIN AVCI, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun,TÜRKİYE
- Prof.Dr. Kodchakon PIASAI, Suranaree University of Technology, Nakhon Ratchasima, THAİLİND
- Prof.Dr. Meral Bayat, Erciyes Üniversitesi, Kayseri, TÜRKİYE
- Prof. Dr. Murat KORKMAZ, Yozgat Bozok Üniversitesi, Yozgat, TÜRKİYE
- Prof. Dr. Nurcan ÖZYAZICIOĞLU, Uludağ Üniversitesi, Bursa, TÜRKİYE
- Prof.Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ, Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE
- Prof.Dr. Paz Fernandez ORTEGA, Catalan Institute of Oncology, Girona, SPAIN
- Prof.Dr. Sevban ARSLAN, Çukurova Üniversitesi, Adana, TÜRKİYE
- Prof. Dr. Suzan YILDIZ, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE
- Prof. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, TÜRKİYE
- Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU, SANKO Üniversitesi, Gaziantep, TÜRKİYE
- Prof. Dr. Yurdagül ERDEM, Kırıkkale Üniversitesi, Kırıkkale, TÜRKİYE
- Doç.Dr. Ayfer AÇIKGÖZ, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir, TÜRKİYE
- Prof. Dr. Ayşe GÜROL, Erzurum Teknik Üniversitesi, Erzurum, TÜRKİYE
- Doç.Dr. Birgül ÖZKAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara, TÜRKİYE
- Prof. Dr. Cantürk ÇAPIK, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, TÜRKİYE
- Prof. Dr. Dilek KÜÇÜK ALEMDAR, Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE
- Doç. Dr. Dilek ÖZMEN, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE
- Doç. Dr. Emriye Hilal YAYAN, İnönü Üniversitesi, Malatya, TÜRKİYE
- Doç.Dr. Fawaz Mirna AWNİ, Beirut Arab Üniversitesi, LEBANON
- Doç. Dr. Fatma ÖZKAN TUNCAY, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, TÜRKİYE
- Prof. Dr. Hava ÖZKAN, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, TÜRKİYE
- Prof. Dr. İlknur KAHRİMAN, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon, TÜRKİYE
- Prof. Dr. Metin GÜLDAŞ, Uludağ Üniversitesi, Bursa, TÜRKİYE

- Prof. Dr. Murat BEKTAŞ, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, TÜRKİYE
- Prof. Dr. Nazan KILIÇ AKÇA, Bakırçay Üniversitesi, İzmir, TÜRKİYE
- Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, TÜRKİYE
- Prof. Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA, Hitit Üniversitesi, Çorum, TÜRKİYE
- Prof. Dr. Sevil ALBAYRAK, Kırıkkale Üniversitesi, Kırıkkale, TÜRKİYE
- Prof. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA, Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir, TÜRKİYE
- Prof. Dr. Şule Ergöl, Kırıkkale Üniversitesi, Kırıkkale, TÜRKİYE
- Prof. Dr. Hüsnâ ÖZVEREN, Kırıkkale Üniversitesi, Kırıkkale, TÜRKİYE
- Prof. Dr. Sibel KÜÇÜKOĞLU, Selçuk Üniversitesi, Konya, TÜRKİYE
- Doç. Dr. Rukiye HÖBEK AKARSU, Yozgat Bozok Üniversitesi, Yozgat, TÜRKİYE
- Doç. Dr. Dilek EFE ARSLAN, Erciyes Üniversitesi, Kayseri, TÜRKİYE
- Doç. Dr. Elif ULUDAĞ, Pamukkale Üniversitesi, Denizli, TÜRKİYE
- Doç. Dr. Figen ALP YILMAZ, Yozgat Bozok Üniversitesi, Yozgat, TÜRKİYE
- Doç. Dr. Nursel VATANSEVER, Uludağ Üniversitesi, Bursa, TÜRKİYE
- Dr. Sarah CHURCHS, London South Bank University & Barts Health NHS Trust, London, ENGLAND
- Doç. Dr. Sinem SUNER KEKELİK, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, TÜRKİYE
- Doç. Dr. Ümran ÇEVİK, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat, TÜRKİYE
- Doç. Dr. İlknur YILDIZ, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, TÜRKİYE
- Doç. Dr. Arzu KUL UÇTU, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, TÜRKİYE
- Doç. Dr. Arzu SARIALIOĞLU, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, TÜRKİYE
- Dr. Öğr. Üyesi Büşra KEPENEK VAROL, Nuh Naci Yazgan Üniversitesi, Kayseri, TÜRKİYE
- Dr. Öğr. Üyesi Didem KAYA, Nuh Naci Yazgan Üniversitesi, Kayseri, TÜRKİYE
- Dr. Leila SHAHVİRDİ - IRANIAN

Sayı Hakemleri

- Prof. Dr. Aynur AYTEKİN ÖZDEMİR, İstanbul Medeniyet Üniversitesi
- Prof. Dr. Diler AYDIN YILMAZ, Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi
- Prof. Dr. Sibel KÜÇÜKOĞLU, Selçuk Üniversitesi
- Prof. Dr. Yeliz AKKUŞ, KAFKAS ÜNİVERSİTESİ

- Doç. Dr. Aysun EKŞİOĞLU, Ege Üniversitesi
- Doç. Dr. Betül SÖNMEZ, İstanbul Üniversitesi
- Doç. Dr. Sevda KARAKAŞ, Gümüşhane Üniversitesi
- Doç. Dr. Suzan TEK AYAZ, Bozok Üniversitesi
- Doç. Dr. Zehra ÇALIŞKAN, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi
- Doç. Dr. Zeynep KIZILCIK ÖZKAN, Trakya Üniversitesi
- Doç. Dr. Zila Özlem KIRBAŞ, Bayburt Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi Burcu YILMAZ, Ardahan Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi Duygu DEMİR, Yalova Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi Elif AKYİĞİT ALBAYRAK, Bitlis Eren Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi Emre DUMAN, Siirt Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi Gamze AKAY, Artvin Çoruh Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi Gizem ÖZATA UYAR, Sağlık Bilimleri Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi Gizem KERİMOĞLU YILDIZ, Mustafa Kemal Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi Gülsüm GÜNDOĞDU DOĞANAY, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi Gülüzar SADE, Tarsus Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT, Atatürk Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi Müjdat YEŞİLDAL, Selçuk Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi Nevra KALKAN, Gazi Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi Seda ÖNAL, Fırat Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi Semiha DERTLİ, Fırat Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi Simge KALAV, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi Zeynep TEMEL MERT, Cumhuriyet Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi Çiler ÖZENİR, Kırıkkale Üniversitesi
- Dr. Ayşe UÇAR, Necmettin Erbakan Üniversitesi
- Dr. Rasiha GÖZENKAN, Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi
- Dr. Sedat DOĞAN, Iğdır Üniversitesi
- Dr. Zeynep SAĞLAM, Ondokuz Mayıs Üniversitesi

AMAÇ

YOBU Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, sağlık bilimleri alanında nitelikli çalışmaların paylaşılmasını amaçlayan açık erişimli ve hakemli bilimsel e-dergidir.

KAPSAM

YOBU Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, orijinal araştırma, meta analizi, sistematik derleme, olgu sunumu, derleme yazıları ve editöre mektup yazılarını kabul etmektedir. Dergiye Türkçe veya İngilizce çalışmalar kabul edilmektedir. Dergi yılda üç sayı olarak Nisan, Ağustos ve Aralık aylarında yayınlanmaktadır. Dergiye gönderilen bilimsel çalışmaların yayınlanması sürecinde herhangi bir ücret talep edilmemektedir. Derginin tüm sayılarına <https://yobusbf.bozok.edu.tr/saglikbilimleridergisi> web sitesinden ücretsiz olarak erişilebilir.

Dergide yayınlanan makalelerde ifade edilen bilgi, fikir ve görüşler yazar(lar)ın bilgi ve görüşlerini yansıtır. Baş editör, editör kurulu, yayın kurulu ve yayıncı, yazarlara ait bilgi ve görüşler için hiçbir sorumluluk ya da yükümlülük kabul etmemektedir.

İLETİŞİM

Adres/Address: Bozok Üniversitesi Erdoğan Akdağ Kampüsü Atatürk Yolu 7. Km Medrese Mahallesi Adnan Menderes Bulvarı No:118 66200 YOZGAT

Tel/Phone: 0354 242 10 34/6400-6401

E-posta/E-mail: sevinc.polat@yobu.edu.tr

Web site: <https://yobusbf.bozok.edu.tr/saglikbilimleridergisi>

Yayın Türü/Sort of Publication: Bilimsel süreli yayın, periyodik olarak yılda üç kez yayınlanır.

Yayın Tarihi ve Yeri/ Date of Publication and Place: 04/12/2025, Yozgat Bozok Üniversitesi, Yozgat, TÜRKİYE

Yayınlanma Türü/Publishing Kind: Online

İÇİNDEKİLER/CONTENTS

Sayfa/Page

Editörden /From the Editor

Araştırma Makaleleri/ Research Articles

1. Savunmasız Bir Grupta Çocuklarda Obezite ve Yüksek Kan Basıncı Sıklığı

Hatice Bayındır , Rümeyza Et , Elif Nur Uyanık , Zehra Bozdoğan , Gizem Deniz Büyükysoy

Sayfa: 274-281

2. Metabolik Sendromlu Ergenlerde Makro Besin Öğeleri, Antropometrik Ölçümler ve Biyokimyasal Parametreler Arasındaki İlişki

Eftal Geçgil Demir , Muazzez Garipağaoğlu

Sayfa: 282-291

3. The Relationship Between Insomnia-Fatigue Level, And Mediterranean Diet Compliance Of Healthcare Professionals: A Pilot Study in a Tertiary Hospital Example During the COVID-19 Pandemic Process

Aylin Bayındır Gümüş , Şahinde Canbulat , Sema Milli , Hülya Yardımcı

Sayfa: 292-302

4. Periferik İntravenöz Kateter Uygulanan Hematolojik Onkoloji Hastalarında Flebit Gelişme Durumu ve Etkileyen Faktörler

Vahide Atay , Nazan Kılıç Akça

Sayfa: 303-315

5. HPV Awareness and Acceptance of Mothers With a Girl's Child: The Sample Of Turkey

Özlem Şahan , Rukiye Höbek Akarsu , Şahide Akbulut

Sayfa: 316-324

6. Evli Kadınların Genital Hijyen İle Sağlık Arama Davranışları Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

İkbal Beyza Kılıç , Şükran Ertekin Pınar

Sayfa: 325-338

7. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebekleri Bakım Alan Annelerin Memnuniyetleri ve Hemşirelik İmaj Alguları: Tanımlayıcı Ve Kesitsel Bir Araştırma

Meltem Sönmez Gezgin , İlknur Kahrıman

Sayfa: 339-354

8. Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Güvenlik Algıları ve Mesleki Kaygı Düzeyleri
İlayda Koçtan , Sema Dalkılıç , Güzin Öztürk , Busenur Karataş

Sayfa: 355-365

9. The Effect of Complementary and Supportive Medicine Practices on Sleep and Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis: A Cross-Sectional Study
Zümrüt Şahin , Yunus Demirel

Sayfa: 366-377

Sistemantik Derlemeler ve Meta Analiz/ Systematic Reviews and Meta-Analyses

1. Kemoterapi Alan Çocuklarda Oral Mukozite Yönelik Hemşirelik Alanında Yürütülen Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi

Büşra Sema Altunsuyu , Ulviye Günay

Sayfa: 378-390

Derlemeler/Reviews

1. Sessiz İstifa Kavramı ve Hemşirelik için Önemi

Derya Cora Kadioğlu, Nezaket Yıldırım

Sayfa: 391-396

2. Çocuğun Gelişiminde Şefkatli Bakımın Önemi

Tuğçenur Doğan, Hava Özkan

Sayfa: 397-408

3. Üretra Darlığı, Tedavi Yöntemleri, Üretroplasti ve Üretroplasti Uygulanan Hastanın Hemşirelik Bakımı

Ayla Yavuz Karamanoğlu , Ali Ersin Zümriübaş

Sayfa: 409-421

Olgu Sunumu/ Case Presentation

1. Yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeline göre çölyak hastalığı olan çocuğun değerlendirilmesi ve hemşirelik bakımı: olgu sunumu

İlknur Günay , Sibel Karaca Sivrikaya

Sayfa: 421-435



Değerli Okurlarımız,

Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi'nin 6. Cilt 3. sayısını sizlerle buluşturmanın mutluluğunu yaşıyoruz. Bu sayımız çocuk sağlığından kadın sağlığına, kronik hastalık yönetiminden sağlık profesyonellerinin mesleki deneyimlerine kadar uzanan geniş bir yelpazede güncel ve nitelikli bilimsel çalışmaları içermektedir. Araştırmacılar tarafından titizlikle yürütülen bu çalışmaların sağlık bilimleri alanında bilgi birikimine katkı sağlayacağına ve klinik uygulamalara ışık tutacağına inanıyoruz.

Bu sayıda dokuz araştırma makalesi, bir sistematik derleme, iki derleme ve bir olgu sunumu yer almaktadır. Araştırma makaleleri bölümünde; Savunmasız çocuk gruplarında obezite ve hipertansiyon sıklığını ele alan sonuçlar, Ergenlerde metabolik sendrom ile beslenme alışkanlıklarının ilişkisini irdeleyen bulgular, COVID-19 pandemisi döneminde sağlık profesyonellerinin uyku, yorgunluk ve beslenme özelliklerini değerlendiren bir pilot çalışma, Hematolojik onkoloji hastalarında flebit gelişimi ve etkileyen faktörler, Türkiye örneğinde annelerin HPV farkındalığı, Evli kadınlarda genital hijyen davranışları ve sağlık arama süreçleri, Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği bulunan annelerin memnuniyeti ve hemşirelik imajı, Sağlık bilimleri öğrencilerinin güvenlik algıları ve mesleki kaygıları, Romatoid artritli bireylerde tamamlayıcı tıp uygulamalarının uyku ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri detaylı biçimde ele alınmıştır.

Sistematik derleme bölümünde kemoterapi alan çocuklarda oral mukozit yönetimine yönelik hemşirelik tezleri incelenmiş ve literatürdeki eğilimler, müdahale alanları ve uygulama boşlukları ortaya konmuştur.

Derleme yazıları ise güncel bir kavram olan sessiz istifa olgusunu hemşirelik mesleği özelinde tartışmakta ayrıca şefkatli bakımın çocuk gelişimindeki yeri multidisipliner bir bakışla ele alınmaktadır. Ürolojik cerrahi bakımına yönelik üçüncü derleme klinisyenler ve hemşireler için kapsamlı bir kaynak niteliği taşımaktadır.

Son olarak olgu sunumu çölyak hastalığı olan bir çocuğun Yaşam Aktiviteleri Modeli doğrultusunda değerlendirilmesini ve hemşirelik bakım sürecini kapsamlı bir biçimde ortaya koyarak uygulamaya yönelik önemli bir katkı sağlamaktadır.

Bu sayıda yer alan çalışmaların tümü akademik etik ilkeler doğrultusunda değerlendirilmiş ve çift kör hakemlik sürecinden geçirilmiştir. Bilimsel niteliği artırmayı hedefleyen tüm yazarlarımıza, hakemlerimize ve editör kurulumuza değerli katkıları için teşekkür ederiz.

Dergimizin bu sayısının araştırmacılara, klinisyenlere, öğrencilerimize ve tüm sağlık profesyonellerine ilham vermesini ve yeni araştırmalara zemin hazırlamasını diliyoruz.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Sevinç POLAT

Baş Editor

SAVUNMASIZ BİR GRUPTA ÇOCUKLARDA OBEZİTE VE YÜKSEK KAN BASINCI SIKLIĞI

Çocuklarda Sağlık Taraması

THE PREVALENCE OF OBESITY AND HIGH BLOOD PRESSURE AMONG CHILDREN IN A VULNERABLE GROUP

The Health Screening in Children

Hatice BAYINDIR¹ , Rümeyza ET¹ , Elif Nur UYANIK¹ ,
Zehra BOZDOĞAN¹ , Gizem Deniz BÜYÜKSOY² 

¹ Öğrenci, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kırşehir, Türkiye.

² Doç. Dr., Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kırşehir, Türkiye.

Özet

Giriş: Savunmasızlık; toplumsal eşitsizlikler nedeniyle sağlık problemleri ve sosyal sorunlara karşı, toplumdaki diğer bireylerden daha dayanıksız olmak anlamına gelir. Literatürde savunmasızlığın çocuklarda çeşitli sağlık sorunlarına yol açtığı bildirilmiştir.

Amaç: Bu araştırmanın amacı; sosyoekonomik düzeyi düşük bir mahalledeki çocuklarda obezite ve yüksek kan basıncı prevalansının belirlenmesidir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini, il merkezinde yer alan sosyoekonomik düzeyi düşük bir mahallede yaşayan 0-12 yaş arası çocuklar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini, 04 Mart-24 Mayıs 2024 tarihleri arasında ulaşılan 452 çocuk oluşturmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan tanıtıcı özellikler formu kullanılmıştır. Veriler, bilgisayar ortamında sayı, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma testleri kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmaya başlanmadan önce etik kurul izni, Valilik izni ve bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Bulgular: Araştırmada 6-12 yaş arası çocukların %14.8'i obez olup %20'sinin sistolik, %19.5'inin de diastolik kan basıncı 95. persantilin üzerindedir. Araştırmada 3-5 yaş arası çocukların %17.3'ünün boya göre vücut ağırlığı fazla olup %9.9'unun sistolik kan basıncı, %17.3'ünün de diastolik kan basıncı 95. persantilin üzerindedir.

Sonuç: Araştırmada 6-12 yaş arasında her beş çocuktan birinin, 3-5 yaş arasında da yaklaşık her on çocuktan birinin kan basıncının normalden yüksek olduğu; ayrıca 6-12 yaş arasında ise her üç çocuktan birinin fazla kilolu ya da obez olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda; savunmasız gruplardaki çocuklarda yüksek kan basıncı ve obezitenin önlenmesi, kontrolü ve izlemine yönelik ileriye dönük çalışmaların planlanması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Halk Sağlığı Hemşireliği, Savunmasızlık.

Abstract

Introduction: The vulnerability means being less resistant to health and social problems than other individuals in society due to social inequalities. It has been reported in the literature that vulnerability leads to various health problems in children.

Aim: The aim of this study was to determine the prevalence of obesity and high blood pressure in children in a low socioeconomic neighborhood.

Methods: The population of this descriptive study consisted of 0-12 aged children living in a low socioeconomic neighborhood in a city center. The sample of the study consisted of 452 children reached between March 04 and May 24, 2024. A descriptive characteristics form prepared by the researchers based on the literature was used to collect the data. The data were analyzed using number, percentage, mean, median, standard deviation tests in computer environment. Ethics committee permission, permission of the Governorate and informed consent from the participants were obtained before the study was started.

Results: In the study, 14.8% of children aged 6-12 years were obese, 20% had systolic and 19.5% had diastolic blood pressure above the 95th percentile. In the study, 17.3% of children aged 3-5 years were overweight, 9.9% had systolic and 17.3% had diastolic blood pressure above the 95th percentile.

Conclusion: In the study, it was determined that one in every five children between the ages of 6-12 years and one in every ten children between the ages of 3-5 years had higher than normal blood pressure, and one in every three children between the ages of 6-12 years was overweight or obese. In line with these results, it is recommended to plan prospective studies for the prevention, control and follow-up of high blood pressure and obesity in children in vulnerable groups.

Keywords: Child, Public Health Nursing, Vulnerability.

ORCID ID: H.B. 0009-0008-9133-4263, R.E. 0009-0008-7134-1175, E.N.U. 0009-0000-1001-4201,

Z.B. 0009-0003-2313-209X, G.D.B. 0000-0003-2957-2451

Sorumlu Yazar: Gizem Deniz BÜYÜKSOY, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

E-mail: gizemdenizbulucu@gmail.com

Geliş tarihi/ Date of receipt: 12.11.2024

Kabul tarihi / Date of acceptance: 01.08.2025



GİRİŞ

Savunmasızlık; toplumda yapısal eşitsizlikler sonucu ortaya çıkan sağlık risklerine maruz kalmak, sağlık problemleri ve sosyal sorunlara karşı, toplumdaki diğer bireylerden daha dayanıksız olmak şeklinde tanımlanmaktadır (1). Tallman'a göre dini, politik, kültürel, ekonomik ve ekolojik unsurların bir sonucu olarak ortaya çıkan savunmasızlık; gıda ve su güvencesizliği, sağlık hizmetine erişememe, düşük sosyal statü ve yetersiz sosyal destek nedeniyle birçok fiziksel ve psikolojik sağlık sorununa yol açmaktadır (2).

Birey ve ailenin sosyoekonomik koşullarının hane halkının sağlık durumu ile yakından ilişkili olduğu, çeşitli çalışmalarda ortaya konmuştur. Yapılan bir çalışmada sosyoekonomik düzeyle ilişkili olumsuz yaşam koşulları ve düşük gelirin, prediyabet ve tip 2 diyabet riskini artıran önemli unsurlar olduğu bildirilmiştir (3). Bir diğer çalışmada ise toplumda savunmasızlık düzeyindeki artışın hipertansiyon riskini artırdığı ve savunmasız gruplarda hipertansiyon sıklığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (4).

Savunmasızlık, toplumda sağlığın sosyal belirleyicilerinin etkisini görünür hale getiren ya da derinleştiren bir unsur olarak da ele alınmaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicileri; gelir düzeyi, eğitime erişim, sağlık hizmetlerine erişim, mahalle ve konut özellikleri ile sosyal ve toplumsal durum olarak tarif edilmekte olup savunmasızlık ile yakından ilişkilidir (5). Yapılan bir çalışmaya göre sosyal olarak dezavantajlı olmak, sağlığın sosyal belirleyicilerinin etkisi ile obezite riskini artıran bir etmendir (6). Yapılan başka bir çalışmada savunmasızlığın çocukların beslenme durumu üzerinde önemli bir etkisinin olduğu vurgulanmış ve düşük sosyoekonomik düzeye sahip olmanın çocuklarda bodurluk ve zayıflığa yol açtığı bildirilmiştir (7). Ayrıca Tanzania ve Nijerya'da yapılan çalışmalarda savunmasız bölgelerde yaşayan çocuklarda yüksek kan basıncı sıklığı sırasıyla %13.3 ve %15.2 olarak belirlenmiş ve yüksek kan basıncı sıklığının, savunmasız gruplardaki çocuklarda önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu bildirilmiştir (8, 9).

Halk sağlığı hemşiresi, sağlık eşitsizlikleri ile mücadelede, sosyoekonomik koşulların sağlık durumu ile ilişkisinin açıklanması ve eşitsizliklerin neden olduğu olumsuz sağlık sonuçlarının ortaya konması konusunda birçok rol ve sorumluluk taşır. Halk sağlığı hemşireliği uygulamaları ile sağlık eşitsizliklerinin belgelenmesi ve izlenmesi için gerekli güncel veriler toplanır ve değerlendirilir (1, 2, 10). Buradan hareketle bu çalışma; halk sağlığı hemşireliği uygulaması ile savunmasız bir gruptaki çocuklarda kan basıncı ve obezite sıklığına ait güncel verilerin ortaya konulması amacıyla planlanmıştır. Ayrıca çalışmanın sonuçlarının sağlıkta eşitsizlikler ve çocuk sağlığı göstergeleri konusunda kanıt oluşturması ve literatüre katkıda bulunması hedeflenmektedir.

Bu araştırmanın amacı, savunmasız bir gruptaki 0-12 yaş arası çocuklarda obezite ve yüksek kan basıncı prevalansının belirlenmesidir.

Araştırmada aşağıdaki sorulara cevaplar aranmıştır:

1. Savunmasız bir gruptaki çocuklarda obezite sıklığı nedir?
2. Savunmasız bir gruptaki çocuklarda yüksek kan basıncı sıklığı nedir?

GEREÇ YÖNTEM

Araştırmanın tipi

Araştırma tanımlayıcı tiptedir.

Evren ve Örneklem

Araştırma, il merkezine uzakta bulunan, çoğunlukla sosyal konutların, müstakil evlerin ya da gecekonduların bulunduğu, sosyoekonomik düzeyi düşük olduğu bilinen bir mahallede yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, bir il merkezinde sosyoekonomik düzeyi düşük bir mahallede yaşayan 0-12 yaş arası çocuklar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini, 04 Mart-24 Mayıs 2024 tarihleri arasında ulaşılan 452 çocuk oluşturmuştur. Bu aşamada yapılan post hoc güç analizinde 0.1 etki büyüklüğü ve %95 güven düzeyinde testin gücü %98 olarak hesaplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan tanıtıcı özellikler formu kullanılmıştır (3, 7).

Tanıttıcı Özellikler Formu

Tanıttıcı özellikler formu; çocuğun yaş, cinsiyet, boy, kilo, baş çevresi, kol çevresi, sistolik ve diastolik kan basıncı değerlerinin sorgulandığı sekiz adet sorudan oluşmaktadır.

Verilerin Toplanması

Veriler, 04 Mart-24 Mayıs 2024 tarihleri arasında, araştırma ekibinde yer alan hemşirelik bölümü lisans öğrencileri tarafından yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Araştırmacılar tarafından haftada en az üç gün, mahallede, mahalle sakinlerinin bir arada bulunduğu kameriye, park, bahçe gibi yerlerde ya da bireylerin evlerinde, çocuklar ve çocukların anneleri ile görüşmeler yapılmıştır. Veri toplama aşamasında tüm çocukların kilosu ve boyu ölçülmüştür. Ayrıca üç yaş ve üzerindeki çocukların kan basıncı ve beş yaş ve altındaki çocukların baş ve kol çevresi ölçülmüştür.

Verilerin toplanmasından sonra veri değerlendirme aşamasına geçilmiştir. Bu aşamada Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün grafikleri ve Amerikan Pediatri Akademisinin rehberinden yararlanılmıştır (11, 12). Öncelikle çocukların boy, kilo, baş ve kol çevresine ait veriler z skoruna dönüştürülmüştür. DSÖ'ye göre boy, kilo ve beden kütle indeksine ait z skorunun -1 ile 1 arasında olması normal, 2 olması aşırı kilolu, 3 olması obez; z skorunun -1 ile -2 arasında olması bodur, -2'nin altında olması ciddi derecede bodur olarak değerlendirilmektedir (11). Ek olarak 2 yaş altındaki çocukların baş ve kol çevresi de DSÖ tarafından belirlenen kriterlerden yararlanılarak değerlendirilmiştir. Çocukların baş çevresine ait z skorunun -1 ile 1 arasında olması normal, -2'nin altında olması mikrosefali, 2'nin üstünde olması makrosefali olarak yorumlanmaktadır. Çocukların kol çevresinin -1 ile 1 arasında olması normal, -2'nin altında olması malnütrisyon anlamına gelmektedir (11).

Çocuklara ait kan basıncı değerleri Flynn ve arkadaşlarının çalışması dikkate alınarak analiz edilmiştir. Buna göre kan basıncı, çocukların yaşı, cinsiyeti ve boy uzunluğu dikkate alınarak incelenmiştir. Bu çalışmada oluşturulan tabloda kan basıncının 90. persantil ve altında olması

normal, 95. persantilin üzerinde olması yüksek kan basıncı olarak değerlendirilmektedir (12).

Verilerin Analizi

Veriler, bilgisayar ortamında sayı, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma testi kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlanmadan önce Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Tarih: 06/02/2024, Karar no: 2024-04/11), Kırşehir Valiliği'nden kurum izni, yedi ve üzeri yaştaki çocuklardan ve katılımcıların velilerinden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

BULGULAR

Araştırma kapsamında ulaşılan çocukların %47.5'i (n=215) 6-12 yaş arasında, %18'i (n=81) 3-5 yaş arasında ve %34.5'i (n=156) de 2 yaş ve altındadır (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırma kapsamına alınan çocukların yaş ve cinsiyete göre dağılımı (n=452)

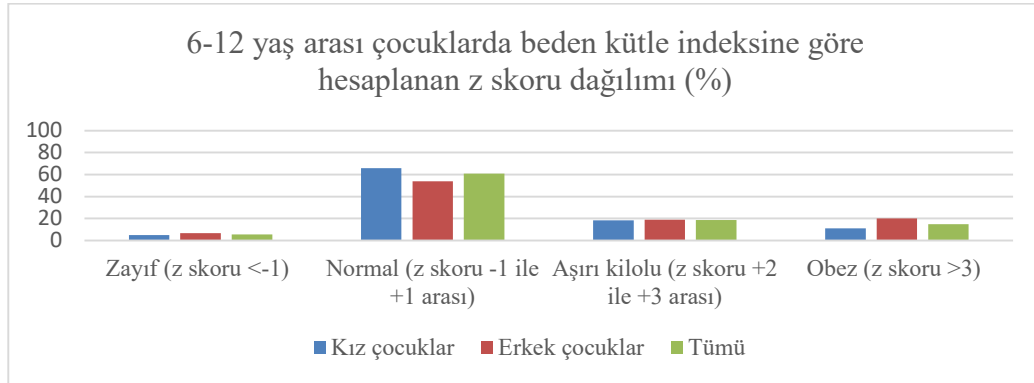
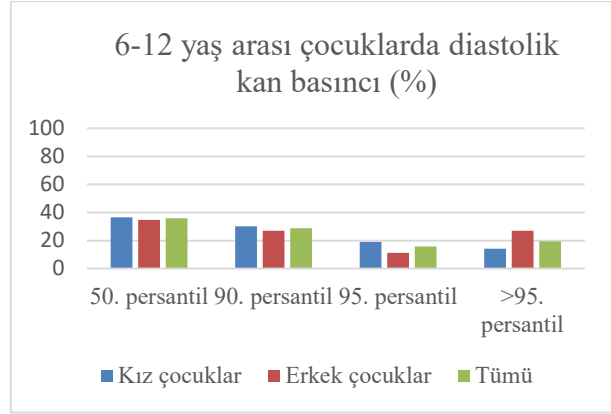
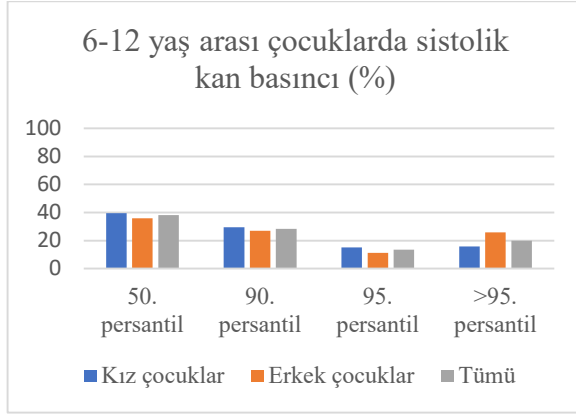
Özellikler		n	%	Toplam	
				n	%
6-12 yaş	Kız	126	58.6	215	47.5
	Erkek	89	41.4		
3-5 yaş	Kız	36	44.4	81	18.0
	Erkek	45	55.6		
2 yaş ve altı	Kız	68	43.7	156	34.5
	Erkek	88	56.3		
Toplam				452	100.0

Araştırma kapsamına alınan 6-12 yaş arası çocukların sistolik ve diastolik kan basıncı, beden kütle indeksine göre saptanan z skoru dağılımı Grafik 1'de gösterilmiştir. Buna göre 6-12 yaş arası çocukların %61'inin vücut ağırlığı normal ve %14.8'i obezdir. Ayrıca kız çocukların %65.9'u normal kilolu, %18.2'si fazla kilolu ve %11.1'i obezdir. Erkek çocukların %54'ü normal kilolu, %19'u fazla kilolu ve %20.2'si obezdir. Araştırmada 6-12 yaş arası çocukların sistolik kan basıncı %38.1'inde 50. persantilde, %20'sinde de 95. persantilin üzerindedir. Araştırmada 6-12 yaş arası çocukların diastolik kan basıncı %35.8'inde 50. persantilde, %19.5'inde de 95. persantilin üzerindedir. Kız çocuklarının %39.6'sının sistolik, %36.5'inin diastolik kan

basıncı; erkek çocukların da %36'sının sistolik, %34.8'inin diastolik kan basıncı 50. persantildedir. Kız çocuklarının %15.9'unun sistolik, %14.3'ünün diastolik kan basıncı;

Grafik 1. 6-12 yaş arası çocukların sistolik ve diastolik kan basıncı, beden kütle indeksine göre saptanan z skoru dağılımı (n=84)

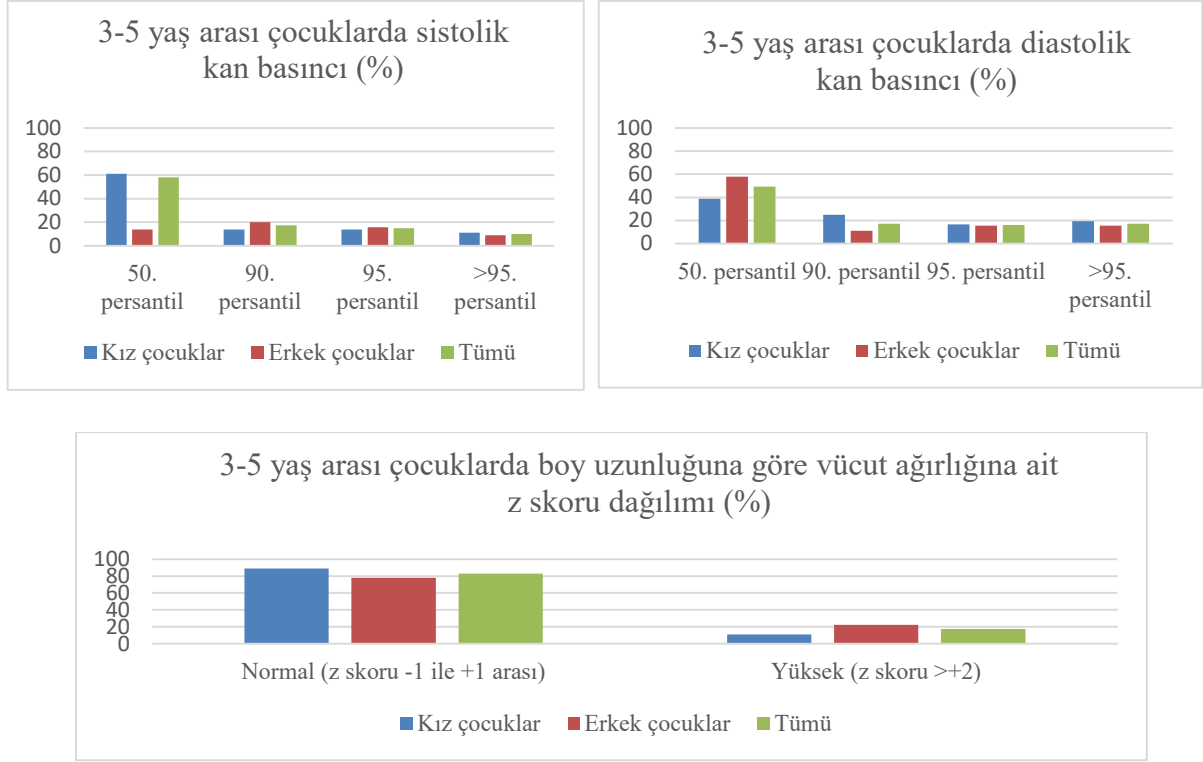
erkek çocukların da %25.8'sinin sistolik, %27'sinin diastolik kan basıncı 95. persantilin üzerindedir (Grafik 1).



Araştırma kapsamındaki 3-5 yaş arası çocukların sistolik ve diastolik kan basıncı, boya göre vücut ağırlığına ait z skoru dağılımı Grafik 2'de verilmiştir. Buna göre 3-5 yaş arası çocukların %82.7'sinde boya göre vücut ağırlığı normal olup %17.3'ünde fazladır. Kız çocuklarının %11.1'inin, erkek çocukların da %22.2'sinin boya göre vücut ağırlığı fazladır. Araştırmada 3-5 yaş arası çocukların %58'inin sistolik kan basıncı, %49.4'ünün diastolik kan basıncı 50. persantildedir. Bununla birlikte 3-5 yaş arası çocukların %9.9'unun sistolik kan basıncı, %17.3'ünün diastolik kan basıncı 95.

persantilin üzerindedir. Kız çocuklarının %61.1'inin sistolik kan basıncı, %38.9'unun diastolik kan basıncı 50. persantildedir. Erkek çocuklarının ise %13.9'unun sistolik kan basıncı, %57.8'inin diastolik kan basıncı 50. persantildedir. Araştırmada kız çocukların %11.1'inin sistolik, %19.4'ünün diastolik kan basıncı; erkek çocukların ise %8.9'unun sistolik kan basıncı, %15.6'sının diastolik kan basıncı 95. persantilin üzerindedir (Grafik 2)

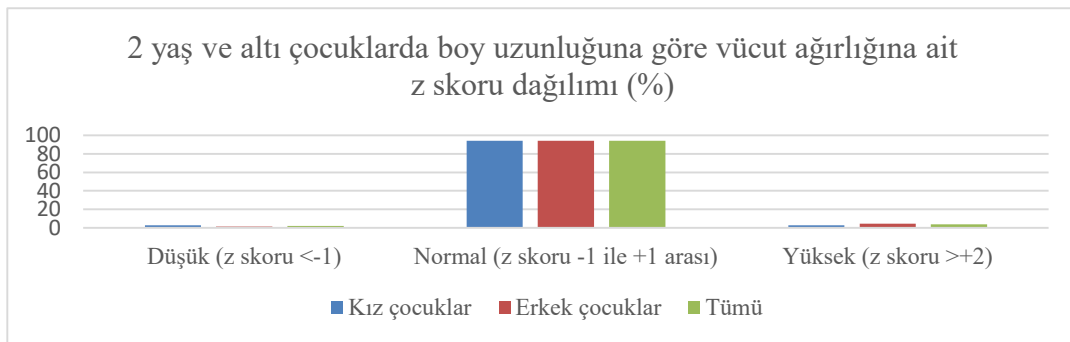
Grafik 2. 3-5 yaş arası çocukların sistolik ve diastolik kan basıncı, boya göre vücut ağırlığına ait z skoru dağılımı (n=81)



Araştırma kapsamındaki 2 yaş ve altındaki çocukların boy ve vücut ağırlığı değerlerinin z skoruna göre dağılımı Grafik 3'te verilmiştir. Buna göre 2 yaş altı çocukların %94'ünün boya göre vücut ağırlığı normaldir. Kız çocukların %3'ünün boya göre vücut ağırlığı düşük,

%3'ünün de yüksektir. Erkek çocukların %1.4'ünün boya göre vücut ağırlığı düşük, %4.6'sının ise yüksektir (Grafik 3). Araştırmada beş yaş altı tüm çocuklarda baş çevresi ve kol çevresi değerlerinin normal aralıklarda olduğu tespit edilmiştir.

Grafik 3. 2 yaş ve altı çocuklarda boya göre vücut ağırlığına ait z skoru dağılımı (n=156)



TARTIŞMA

Çocukluk döneminde var olan yüksek kan basıncı, yetişkinlik dönemde sahip olunan kardiyovasküler hastalıklar ile ilişkilidir (13). Bu nedenle çocukluk döneminde kan basıncı değerlerinin ölçülmesi, izlenmesi ve normal değerler içinde olmasının sağlanması, sağlığın korunması ve geliştirilmesi açısından önemlidir. Bu araştırma, sosyoekonomik düzeyi düşük bir mahallede yaşayan çocuklarda obezite ve yüksek kan basıncı sıklığının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmada 6-12 yaş arasındaki çocukların %33.4'ünün fazla kilolu ya da obez olduğu, bu sıklığın kız çocuklarında %29.3, erkek çocuklarında %39.2 olduğu belirlenmiştir (Grafik 1). DSÖ'ye göre 5-19 yaş arasında 390 milyondan fazla çocuk, aşırı kilolu ya da obez olup çocuklarda aşırı kilo ve obezite ciddi biçimde artmaktadır (14). Küresel Obezite raporuna göre Türkiye'de kız çocukların %25'i; erkek çocukların ise %27'si obez ya da aşırı kiloludur (15). Bu araştırmada 3-5 yaş arasındaki altı çocuktan birinin (%17.3) boya göre vücut ağırlığı normalden fazladır. Ayrıca 3-5 yaş arası kız çocukların %11.1'inin, erkek çocukların da %22.2'sinin boya göre vücut ağırlığının normalden fazla olduğu belirlenmiştir (Grafik 2). DSÖ'ye göre tüm dünyada beş yaş altı çocuklarda 2012 yılında %7 olan aşırı kiloluluk sıklığının 2025 yılında %11 olacağı öngörülmektedir (16). Ayrıca DSÖ'ye göre Türkiye'de beş yaş altı çocuklarda aşırı kiloluluk sıklığı %8.1'dir (17). Bu araştırmada 3-5 yaş arasındaki çocuklarda aşırı kiloluluk sıklığının DSÖ verilerinden yaklaşık iki kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada 2 yaş altı çocukların çoğunlukla normal boy ve vücut ağırlığına sahip oldukları ancak boya göre düşük vücut ağırlığı oranının %1.4-3.0 arasında değiştiği, boya göre yüksek vücut ağırlığı oranının da %3.0-%4.6 arasında değiştiği belirlenmiştir (Grafik 3). Araştırmada 2 yaş ve altında çoğunlukla normal büyüme özellikleri görülmekle birlikte az sayıda da olsa çocuklarda hem zayıflık hem de aşırı kiloluluk durumunun birlikte görüldüğü belirlenmiştir. Araştırmanın bulguları konu ile

ilgili yapılmış sınırlı sayıdaki literatürle karşılaştırıldığında, aşırı kilo ve obezite sıklığının, bu çalışmanın yapıldığı örneklem grubunda daha yaygın olduğu görülmektedir. Bu yönüyle çalışma; savunmasız gruplardaki 0-12 yaş arası çocuklara ait kan basıncı ve beden kütle indeksine ait veri sunması ve sınırlı literatüre katkıda bulunması yönüyle önemlidir. Araştırmada yüksek kan basıncı ve obezitenin literatürden daha yüksek bulunmasının; araştırmanın sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgede yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bununla paralel şekilde DSÖ'ye göre aşırı kilo ve obezite, düşük sosyoekonomik düzeye sahip olmakla ilişkili olup düşük gelirli bölgelerde obezitenin artış eğiliminde olduğu bildirilmiştir (14).

Araştırma kapsamında 6-12 yaş arasında her beş çocuktan birinin sistolik ve diastolik kan basıncı 95. persantilin üzerinde olup kızlarda yaklaşık altı çocuktan birinde, erkeklerde ise dört çocuktan birinde kan basıncı 95. persantilin üzerindedir. Ayrıca araştırmada 3-5 yaş arası çocuklarda yaklaşık her on çocuktan birinde (%9.9) sistolik, her altı çocuktan birinde de (%17.3) diastolik kan basıncı yüksektir (Grafik 2). Yapılan bir çalışmada, Türkiye'de çocuklarda hipertansiyon sıklığı %4.4-%10.7 arasında değişmektedir (18). Bu araştırmada çocuklarda yüksek kan basıncı sıklığının Türkiye bulgularının literatürden daha yüksek olduğu görülmüştür. DSÖ'ye göre aşırı kilo ve obezitenin yaygın olması ve düşük gelirli bölgelerde yaşıyor olmak, yüksek kan basıncı açısından risk oluşturmaktadır (19). Bu araştırmanın bulgularına göre 6-12 yaş arasında erkek çocuklarda aşırı kilo ve obezitenin kız çocuklara göre daha yaygın olduğu ve aynı zamanda erkek çocukların kan basıncının kız çocuklardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Grafik 1). Buna göre araştırmada yüksek kan basıncı sıklığının literatürden daha yüksek bulunması, araştırmaya dahil edilen çocuklarda aşırı kilo ve obezitenin de yaygın olmasından kaynaklanmış olabilir. Bunun yanı sıra araştırmada yüksek kan basıncı sıklığının literatüre göre daha yüksek olması, çalışmanın sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgede

yapılmış olmasından kaynaklanmış olabilir. Literatüre göre düşük gelirli bölgelerde çocuklarda yüksek kan basıncı sıklığı %9-15 arasında değişmekte olup yüksek kan basıncı sıklığının düşük gelirli bölgelerde daha yaygın görüldüğü bildirilmiştir (8, 9, 20).

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, bir il merkezindeki sosyoekonomik düzey düşük bir mahallede, belli tarihler arasında ulaşılan katılımcılar ile yapılmıştır. Bu nedenle araştırmanın bulguları, sadece bu araştırma grubuna genellenebilir. Bu durum, araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada 6-12 yaş arasında her beş çocuktan birinin, 3-5 yaş arasında da yaklaşık her on çocuktan birinin kan basıncının normalden yüksek olduğu; ayrıca 6-12 yaş arasında ise her üç çocuktan birinin fazla kilolu ya da obez olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın yapıldığı bölgede savunmasız grupları kapsayan benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırma bulguları, konuya olan ilgiyi artırarak yeni çalışmaların planlanmasına katkı sağlayabilir. Ayrıca çalışmanın bulguları, yüksek kan basıncı ve obezitenin kontrolü için erken tanı ve tarama girişimleri ile sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik halk sağlığı politikalarının geliştirilmesi açısından yol gösterici olabilir. Bu sonuçlar doğrultusunda; savunmasız gruplarda yüksek kan basıncı ve obezitenin önlenmesi, kontrolü ve izlemine yönelik ileriye dönük çalışmaların planlanması önerilir.

Etik Kurul: Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Tarih: 06/02/2024, Karar no: 2024-04/11) alınmıştır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek: Araştırma, TÜBİTAK 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destekleme Programı kapsamında (Proje No: 1919B012300024) 2023 yılı 1. dönemde desteklenmiştir.

Yazarların Katkı Düzeyleri: Çalışma Konsepti/Tasarımı: GDB; Veri Toplama: HB,

RE, ENU, ZB, GDB; Veri Analizi ve Yorumlanma: GDB; Çalışmanın Eleştirel İncelemesi: GDB; Son Onay ve Sorumluluk: HB, RE, ENU, ZB, GDB.

Not: Bu çalışma 28-29 Ağustos 2024 tarihlerinde çevrimiçi olarak düzenlenen 3. Uluslararası Avrasya Sağlık Bilimleri Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Langer SL, Gonzalez-Castro F, Chia-Chen AC, Davis KC, Joseph RP, Kim W, et al. Recruitment and retention of underrepresented and vulnerable populations to research. *Public Health Nursing* 2021; 38(6): 1102-1115. <https://doi.org/10.1111/phn.12943>
2. Tallman PS. The index of vulnerability: An anthropological method linking socioecological systems to mental and physical health outcomes. *Social Science & Medicine* 2016; 162: 68-78. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.06.016>
3. Kyrou I, Tsigos C, Mavrogianni C, Cardon G, Stappen VV, Latomme J, et al. Sociodemographic and lifestyle-related risk factors for identifying vulnerable groups for type 2 diabetes: A narrative review with emphasis on data from Europe. *BMC Endocrine Disorder* 2020;20(Suppl 1):134. <https://doi.org/10.1186/s12902-019-0463-3>
4. King JB, Pinheiro LC, Bryan Ringel J, Bress AP, Shimbo D, Muntner P, et al. Multiple social vulnerabilities to health disparities and hypertension and death in the REGARDS study. *Hypertension* 2022; 79(1): 196-206. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAH.A.120.15196>
5. Department of Health and Human Services. Social determinants of health literature summaries 2030. 2024. Erişim adresi: <https://health.gov/news/202208/weve-updated-healthy-people-2030-sdoh-literature-summaries>. (Erişim Tarihi:01.10.2024).
6. Javed Z, Valero-Elizondo J, Maqsood MH, Mahajan S, Taha MB, Patel KV, et al. Social determinants of health and obesity: Findings

- from a national study of US adults. *Obesity* 2022; 30(2): 491–502. <https://doi.org/10.1002/oby.23336>
7. Shankar Mishra P, Jamadar M, Tripathy A, Anand A. Understanding the socio-economic vulnerability in child malnutrition between migrants and non-migrants children (12–59 months) in India: Evidence from a cross-sectional study. *Child Indicator Research* 2022; 15:1871–1888. <https://doi.org/10.1007/s12187-022-09943-3>
8. Chukwunonso E. Prevalence of hypertension in Nigerian children and adolescents: A systematic review and trend analysis of data from the past four decades. *Journal of Tropical Pediatrics* 2017; 63(3): 229–241. <https://doi.org/10.1093/tropej/fmw087>
9. Muhihi AJ, Njelekela MA, Mpembeni RNM, Muhihi B, Anaali A, Chillo O, et al. Elevated blood pressure among primary school children in Dar es salaam, Tanzania: prevalence and risk factors. *BMC Pediatrics* 2018; 18: 54. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1052-8>
10. Association of Public Health Nurses. The public health nurse's role in achieving health equity: Eliminating inequalities in health. 2015. Erişim adresi: https://www.health.state.mn.us/communities/practice/resources/equitylibrary/docs/2015_APHN-The-Public-Health-Nurse-s-Role-in-Achieving-Health-Equity.pdf. (Erişim Tarihi:01.10.2024).
11. World Health Organization. Child growth standards. 2006. Erişim adresi: <https://www.who.int/tools/child-growth-standards>. (Erişim Tarihi:01.10.2024).
12. Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, Blowey D, Carroll AE, Daniels SR, et al. Clinical practice guidelines for screening and management of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics* 2017;140(3):e20171904. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1904>
13. Yang L, Magnussen CG, Yang L, Bovet P, Xi B. Elevated blood pressure in childhood or adolescence and cardiovascular outcomes in adulthood. *Hypertension* 2020; 75(4): 948-955. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.14168>
14. World Health Organization. Obesity and overweight. 2024. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. (Erişim Tarihi:01.10.2024).
15. Global Obesity Observatory. Turkey. 2024. Erişim adresi: <https://data.worldobesity.org/country/turkey-219/> (Erişim Tarihi:01.10.2024).
16. World Health Organization. Global nutrition targets 2025: Childhood overweight policy brief. 2014. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.6> (Erişim Tarihi:01.10.2024).
17. World Health Organization. Maternal, newborn, child and adolescent health and ageing. 2024. Erişim adresi: [https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/MCA/overweight-prevalence-among-children-under-5-years-of-age-\(-\)-\(sdg-2.2.2\)](https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/MCA/overweight-prevalence-among-children-under-5-years-of-age-(-)-(sdg-2.2.2)) (Erişim Tarihi:01.10.2024).
18. Pamukçu B. Profile of hypertension in Turkey: from prevalence to patient awareness and compliance with therapy, and a focus on reasons of increase in hypertension among youths. *Journal of Human Hypertension* 2022; 36(5): 437–444. <https://doi.org/10.1038/s41371-020-00480-6>
19. World Health Organization. Hypertension. 2024. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension#:~:text=For%20most%20people%2C%20the%20goal,pressure%20less%20than%20140%2F90>. (Erişim Tarihi:01.10.2024).
20. Cheah WL, Edmund Shin CV, Ayu Akida AR. Blood pressure profile for children aged 5 to 6 years and its associated factors- A cross-sectional study in Kuching district, Sarawak. *Malaysian Family Physician* 2019;14(1):2-9.

THE RELATIONSHIP BETWEEN MACRONUTRIENTS, ANTHROPOMETRIC MEASUREMENTS AND BIOCHEMICAL PARAMETERS OF ADOLESCENTS WITH METABOLIC SYNDROME

METABOLİK SENDROMLU ERGENLERDE MAKRO BESİN ÖĞELERİ, ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER VE BİYOKİMYASAL PARAMETRELER ARASINDAKİ İLİŞKİ

Eftal GECGİL DEMİR¹, Muazzez GARIPAGAĞLU²

¹ Asst. Prof. Dr., İstanbul Medipol University, School of Health Sciences, Department of Nutrition and Dietetics.

² Prof. Dr., Fenerbahçe University Faculty of Health Sciences, Department of Nutrition and Dietetics.

Abstract

Background: With the increasing prevalence of obesity in adolescents, the prevalence of metabolic syndrome is increasing in our country.

Objective: To compare the nutritional status, anthropometric measurements and biochemical parameters of adolescents diagnosed with metabolic syndrome with their healthy peers.

Methods: The study included 40 adolescents with metabolic syndrome, 40 healthy adolescents aged 14-18 years living in Istanbul. A questionnaire including demographic information was applied. Body weight, height, and waist circumference were measured and a retrospective 24-hour dietary recall was taken by the researcher to determine their nutritional status. Glucose, insulin, triglyceride, total cholesterol, HDL cholesterol, AST, ALT, blood pressure values associated with metabolic syndrome were recorded from hospital records.

Results: Body weight, BMI, waist circumference measurements and biochemical parameters including glucose, insulin, triglycerides, total and HDL cholesterol, AST, ALT were found to be higher in adolescents with metabolic syndrome compared to their healthy peers ($p<0.01$). When food consumption records were examined, carbohydrate (%) and fiber (g) intakes of adolescents with metabolic syndrome were higher and fat (%) was lower ($p<0.01$). Positive correlation was found between fat (g) intake and BMI among anthropometric measurements and glucose among biochemical parameters ($p<0.05$). ALT and AST levels increased as the proportion of total energy coming from carbohydrate increased ($p<0.05$).

Conclusion: Adolescents with metabolic syndrome were found to consume higher amounts of energy, carbohydrates and fiber, but had a more adequate and balanced daily diet compared to their healthy peers. These findings emphasize the importance of early intervention strategies, especially for younger age groups.

Keywords: Metabolic syndrome, nutrition, insulin resistance, obesity

Özet

Giriş: Adölesanlarda obezite sıklığının artması ile birlikte ülkemizde metabolik sendrom prevalansında artış görülmektedir.

Amaç: Metabolik sendrom tanısı almış adölesanların beslenme durumlarını, antropometrik ölçümlerini ve biyokimyasal parametrelerini sağlıklı yaşlıları ile karşılaştırmaktır.

Yöntemler: Çalışmaya İstanbul ilinde yaşayan 14-18 yaş arası 40 metabolik sendromlu ve 40 sağlıklı adölesan dahil edildi. Demografik bilgileri içeren bir anket formu uygulandı. Vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel çevresi ölçüldü ve beslenme durumlarını belirlemek için araştırmacı tarafından geriye dönük 24 saatlik besin tüketim kaydı alındı. Hastane kayıtlarından, metabolik sendromla ilişkili glukoz, insülin, trigliserit, total kolesterol, HDL kolesterol, AST, ALT, kan basıncı değerleri kaydedildi.

Bulgular: Metabolik sendromlu adölesanlarda vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi ölçümleri ve glukoz, insülin, trigliserit, total ve HDL kolesterol, AST, ALT gibi biyokimyasal parametreler sağlıklı yaşlılarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.01$). Besin tüketim kayıtları incelendiğinde metabolik sendromlu adölesanların karbonhidrat (%), lif (g) alımları sağlıklı yaşlılarına göre daha yüksek, yağ (%) düşüktür ($p<0.01$). Yağ (g) alımı ile antropometrik ölçümlerden VKİ, biyokimyasal parametrelerden glukoz arasında pozitif korelasyon bulunmuştur ($p<0.05$). Toplam enerjinin karbonhidrattan gelen oranı arttıkça ALT, AST düzeyleri artmaktadır ($p<0.05$).

Sonuç: Metabolik sendromlu ergenlerin sağlıklı akranlarına kıyasla daha fazla miktarda enerji, karbonhidrat ve lif tükettiği, fakat daha yeterli ve dengeli bir günlük diyetle sahip oldukları bulundu. Bu bulgular, özellikle daha genç yaş grupları için erken müdahale stratejilerinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Metabolik sendrom, beslenme, insülin direnci, obezite

ORCID ID: E.G.D. 0000-0001-7154-7714; M.G.D. 000-0003-2172-1467

Responsible Author: Eftal GECGİL DEMİR, İstanbul Medipol University, School of Health Sciences,

Department of Nutrition and Dietetics

E-mail: eftalgecgil@gmail.com

Date of receipt: 05.03.2025

Date of acceptance: 11.09.2025



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

INTRODUCTION

Metabolic syndrome (MetS) is a systemic endocrinopathy characterized by conditions such as abdominal obesity, glucose intolerance, diabetes, dyslipidemia, hypertension, cardiovascular disease, and coronary heart disease. It is also referred to as "insulin resistance syndrome" or "syndrome X" (1).

Diagnostic criteria in MetS were determined by the USA National Cholesterol Education Program (NCEP) Adult Treatment Panel (ATP III) and the World Health Organization (WHO) (1). According to a comprehensive systematic review examining the prevalence of metabolic syndrome (MetS) in children and adolescents, the prevalence of MetS in adolescents worldwide was estimated at 4.8% (2). In studies conducted in Turkey, the frequency of MetS has been reported in the range of 20-40% for childhood and adolescence (3,4).

Obesity is one of the most important risk factors in the development of MetS in childhood and adolescence. While the prevalence of MetS is around 3-4% in the general population, this rate increases up to 28-30% in obese children (5,6). It has been reported that the most common metabolic disorders accompanying abdominal obesity in adolescents with MetS are high triglyceride levels and low high-density lipoprotein (HDL) levels (7,8).

The most important step in the treatment approach of MetS in children is the prevention of obesity. In addition, Mediterranean style eating habits increased physical activity, and adoption of a healthy fibre style are the main components of the treatment (9,10).

The aim of this study was to evaluate the nutritional status, anthropometric measurements and biochemical parameters of adolescents diagnosed with MetS in comparison with their healthy peers.

MATERIAL - METHODS

Study Design and Participants

The study was conducted with a total of 80 adolescents, 40 MetS patients (study group)

and 40 healthy adolescents (control group), admitted to a university hospital in Istanbul, Turkey between April and June 2014. Sample size calculation was performed using the G*Power 3.1.9.2 program. In order to test whether there was a significant difference between two independent groups (adolescents with MetS and healthy controls), it was determined that at least 34 participants were required for each group as a result of the calculation based on the medium effect size (Cohen's $d = 0.5$), 95% confidence level ($\alpha = 0.05$) and 80% test power ($1-\beta = 0.80$). Considering possible data losses, 40 participants were included in each group, thus the total sample size was determined as 80.

The mean age of the participants was 15.31 ± 1.31 years, with an equal distribution of genders. The study group consisted of adolescents diagnosed with MetS and followed up in the pediatric endocrinology outpatient clinic, while the control group consisted of healthy adolescents admitted to the orthopedics clinic of the hospital. Patients who were taking medication for any reason, were on a diet, had a syndromic or endocrinologic disease and refused to participate in the study were excluded.

Data Collection and Evaluation

Demographic characteristics of the adolescents participating in the study and their families were obtained with a questionnaire form prepared beforehand. The questionnaire included age, gender, educational status, and health problems.

Body weight, height and waist circumference were measured by the researcher to determine the growth, development and risk factors associated with MetS in adolescents. A wall-mounted tape measure was used for height. Measurements were taken without shoes, with heels touching and recorded in centimeters (11). Body weight was measured without shoes using a Beurer brand digital scale with a capacity of 150 kg, sensitive to 100 g, and the values were recorded in kilograms. Waist

circumference was measured by the researcher using a non-elastic measuring tape while participants stood on a flat surface, wearing minimal clothing, in a position parallel to the floor. Body mass index was calculated by dividing body weight (kg) by the square of height (m²) (11). The obtained data were entered into the WHO AntroPlus program body mass index (BMI for Age Z Score-BAZ) z-score values were calculated according to age. BMI values were evaluated with reference to WHO (World Health Organization) z-score classification (12). The values of Oztürk et al. were taken as reference in waist circumference percentiles (13). Waist circumference measurements, <5th percentile is classified as underweight, 5-85th percentile as normal, 85-95th percentile as being overweight, and 95th percentile as obese (14).

To determine nutritional status, 24-hour dietary recall were obtained. To ensure that food consumption records were reliable, detailed information was provided for adolescents and their families with replica samples and food catalogs. Dietary energy and nutrients derived from daily nutrition were analyzed using Nutrition Information System Package Program for Turkey (BEBIS 8.2.) specifically designed for Turkey (15). The values obtained were compared with the recommendations of the Turkish Food and Nutrition Guide (TUBER 2022). Reference values determined 14-18 years in TUBER 2022 were taken into consideration (16). For energy and nutrients, 67-133% of the recommended level is considered adequate, 67% and below is considered inadequate and 133% is considered excessive. This method has been used in many studies evaluating energy and nutrient intakes (17,18,19).

Biochemical parameters associated with MetS, including glucose, insulin, triglycerides (TG), total cholesterol, HDL cholesterol, and liver function tests such as alanine aminotransferase

(ALT) and aspartate aminotransferase (AST), blood pressure were obtained from hospital records of the last week for the study group. For the control group, these parameters were measured through blood samples.

Ethical statement

Bezmialem Vakif University Clinical Research Ethics Committee approved the study (approval date 28.01.2015 and numbered 71306642-050.01.04-, decision no: 2/15). The families of the participants were first explained the purpose of the study and informed about the research. A voluntary consent form was obtained from the families who wanted to participate in the study.

Data Analysis

IBM SPSS Statistics 22.0 programme was used. In addition to descriptive statistics for quantitative data, Student's t-test was used to compare normally distributed variables between two groups. Pearson correlation analysis was used to examine the relationships between normally distributed variables. Pearson correlation analysis was used to examine the relationships between normally distributed variables. The strength of the association based on the Pearson r coefficient can be interpreted as follows: 0.00–0.19 very weak, 0.20–0.39 weak, 0.40–0.59 moderate, 0.60–0.79 strong, and 0.80–1.00 very strong/excellent (20). The statistical significance level was accepted as $p < 0.05$, and $p < 0.01$ was considered as a high level of statistical significance.

RESULT

The demographic characteristics and anthropometric measurements of the adolescents participating in the study are presented in Table 1. Regardless of gender, anthropometric measurements were higher in adolescents with MetS compared to their healthy peers ($p < 0.01$).

Table 1. Demographic characteristics and anthropometric measurements of adolescent

Features	Study group (n=40)		Control group (n=40)		t/p	
	Female Mean± SD (n=22)	Male Mean± SD (n=18)	Female Mean± SD (n=18)	Male Mean± SD (n=22)	Female	Male
Age (year)	14.7±0.8	15.5±1.2	15.2±1.2	15.7±1.6	-1.51/ 0.159	-0.45/ 0.631
Height (cm)	158.6±5.8	167.5±13.4	154.3±26.1	169.1±9.4	0.68/ 0.500	-0.43/ 0.663
Body weight (kg)	88.6±16.8	102,9±29.3	55.3±26.8	57.9±8.4	5.22/ <0.001**	6.52/ <0.001**
BMI (kg/m ²)	35.4±5.7	35.1±6.2	19.4±2.4	20.3±2.3	11.55/ <0.001**	10.08/ <0.001**
WC (cm)	100.6±5.7	107.3±6.2	71.2±6.2	76.7±2.8	17.60/ <0.001**	21.65/ <0.001**

t: Independent Sample T-Test, BMI: Body Mass Index, WC: Waist Circumference, **p<0.01

The BMI Z score of the adolescents in the study group was mostly obese, while it was in the normal range in the control group. Similar

results were observed in waist circumference percentile values (Table 2).

Table 2. Distribution of adolescents according to BMI Z score and waist circumference percentile

BMI Z score	Study group		Control group		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Underweight (< -2 SD)	0	0	0	0	0	0
Normal (-2 SD -1 SD)	0	0	38	95	38	47.5
Overweight (≥1 SD - 2 SD)	2	5	1	2.5	3	3.75
Obese (≥2 SD)	38	95	1	2.5	39	48.75
WC percentile						
Under weight (<5)	0	0	0	0	0	0
Normal (5-85)	1	2.5	36	90.5	37	46.25
Overweight(≥85-95)	2	5	3	7.5	5	6.25
Obese (≥95)	37	92.5	1	2.5	38	47.5

BMI: Body Mass Index, WC: Waist Circumference.

Some biochemical measurements for adolescents are shown in Table 3. All biochemical measurements of the adolescents

in the study group were statistically higher than those of the adolescents in the control group (p <0.01).

Table 3. Biochemical parameters of adolescents

Parameters	Reference values	Study group (Mean±SD)	Control group (Mean±SD)	t/ p
Insulin (mIU/L)	5-12	40.25±25	12.09±2.43	7.09/ <0.001**
Glucose (mg/dl)	79-115	97.43±19.63	79.2±7.27	5.51/ <0.001**
Triglyceride (mg/dl)	0-200	172.38±103.45	85.92±22.72	5.16/ <0.001**
Total cholesterol (mg/dl)	120-200	188.85±36.86	130.92±27.84	7.93/ <0.001**
HDL cholesterol (mg/dl)	30-90	38.72±12.47	48.95±6.72	-4.57/ <0.001**
ALT (U/L)	14-54	35.63±23.21	20.37±5.36	4.05/ <0.001**
AST (U/L)	15-41	31.55±14.26	21.97±5.35	3.98/ <0.001**

t: Independent Sample T-Test, ALT: Alanine Aminotransferase, AST: Aspartate Aminotransferase, HDL: High-density lipoprotein, **p<0.01

In Table 4, daily energy and macronutrient intakes of adolescents and percentages of meeting recommended nutrient intake. The average daily energy intake was higher in the study group (2103.8±605.7 kcal) compared to the control group (1807.6±541.4 kcal)

(p>0.05). It was found that the amount of carbohydrate (g, %) and fiber (g) were consumed more among adolescents with MetS (p<0.01). In the control group, the ratio of total energy coming from fat was found to be higher than the study group (p<0.01).

Table 4. Daily energy and macronutrient intakes of adolescents and percentages of meeting recommended nutrient intake

Nutrition	Recommended	Study group		Control group		t/ p
		Obtained (Mean±SD)	Recommended (%)	Obtained (Mean±SD)	Recommended(%)	
Energy (kcal)	2139-3384	2103.8±605.7	76.1	1807.6±541.4	74.6	0.60/ 0.547
CHO (g)	130	257.4±85.8	169.9	184.3±69.2	141.8	3.29/ <0.001**
CHO (%)	45-60	49.9±6.7	-	41.6±8.3	-	3.29/ <0.001**
Fibre (g)	21-25	21.2±8.7	92.4	16.7±5.9	81.0	2.70/ 0.007**
Protein (g/kg)	1.04-1.11	0.8±0.3	99.4	1.3±0.5	120.9	1.22/ 0.224
Protein (%)	8-20	15.1±3.7	-	16.1±3.7	-	1.22/ 0.224
Fat (g)	-	83.4±29.5	-	85.1±28.6	-	0.57/ 0.567
Fat (%)	20-35	35.5±6.9	-	42.3±7.6	-	3.29/ <0.001**

t: Independent Sample T-Test, CHO: Carbohydrate, ** p<0.01

The correlation between energy and macronutrients and anthropometric measurements of adolescents is shown in Table 5. As the fat (g) intake increases in the study group, the BMI increases (p<0.05, r=0.328).

There is a significant positive correlation between fiber (g) intake and BMI and waist circumference (p<0.05, r=0.372, p<0.01, r=0.410).

Table 5. Correlation between macronutrients and anthropometric measurements of adolescents (r)

Nutrient		Study group		Control group	
		BMI (kg/m ²)	WC (cm)	BMI (kg/m ²)	WC (cm)
Energy (kcal)	r	0.179	0.166	0.030	0.035
	p	0.269	0.306	0.854	0.830
CHO (g)	r	0.105	0.172	-0.070	0.080
	p	0.519	0.289	0.668	0.624
CHO (%)	r	-0.153	-0.050	-0.235	0.114
	p	0.346	0.759	0.144	0.484
Fibre (g)	r	0.372	0.410	0.127	-0.138
	p	0.018*	0.009**	0.435	0.396
Protein (g)	r	0.181	0.100	0.152	-0.008
	p	0.264	0.539	0.349	0.961
Protein (%)	r	0.100	-0.053	0.206	-0.014
	p	0.539	0.745	0.202	0.932
Fat (g)	r	0.328	0.266	0.087	-0.022
	p	0.039*	0.097	0.593	0.893
Fat (%)	r	0.191	0.114	0.139	-0.112
	p	0.238	0.484	0.392	0.491

BMI: Body Mass Index, WC: Waist Circumference, CHO: Carbohydrate. *p<0.05, **p<0.01, r: Pearson's Correlation

Table 6 shows the correlation between the energy and macronutrients taken daily by adolescents and their biochemical parameters. The blood glucose level, energy, fiber (g), and protein levels in the study group are at a weak

level as they increase; as the fat intake (g) increases, it increases moderately (p<0.05).

Table 6. Correlation between macronutrients and biochemical parameters of adolescents (r)

Nutrients		Study group						Control group							
		FBG (mg/dL)	FI (mu/L)	Total-C (mg/dL)	HDL-C (mg/dL)	TG (mg/dL)	ALT (U/L)	AST (U/L)	FBG (mg/dL)	FI (mu/L)	Total-C (mg/dL)	HDL-C (mg/dL)	TG (mg/dL)	ALT (U/L)	AST (U/L)
Energy (kcal)	r	0.381*	-0.085	-0.037	-0.18	-0.173	0.220	0.227	0.087	0.134	0.195	-0.116	0.016	-0.302	-0.086
	p	0.015	0.602	0.820	0.11	0.285	0.173	0.159	0.594	0.409	0.228	0.476	0.922	0.058	0.597
CHO (g)	r	0.265	0.055	0.005	-0.072	-0.187	0.220	0.262	0.186	0.030	-0.027	-0.098	-0.037	-0.300	-0.119
	p	0.098	0.736	0.976	0.604	0.248	0.144	0.102	0.250	0.854	0.868	0.547	0.821	0.060	0.465
CHO (%)	r	-0.203	0.258	0.116	-0.205	-0.062	0.381*	0.332*	0.099	-0.058	-0.391*	-0.015	-0.190	-0.141	-0.191
	p	0.209	0.108	0.476	0.205	0.704	0.015	0.036	0.547	0.722	0.013	0.520	0.240	0.385	0.238
Fibre (g)	r	0.360*	0.099	0.039	0.055	-0.025	0.207	0.249	-0.013	-0.194	0.228	-0.114	-0.041	-0.218	-0.103
	p	0.023	0.054	0.811	0.736	0.878	0.200	0.121	0.936	0.230	0.157	0.484	0.802	0.176	0.527
Protein (g)	r	0.376*	0.075	-0.043	-0.022	-0.158	0.135	0.124	0.095	0.040	0.365*	0.057	-0.091	-0.055	0.075
	p	0.017	0.645	0.792	0.893	0.330	0.406	0.446	0.559	0.724	0.021	0.610	0.576	0.736	0.645
Protein (%)	r	0.266	0.109	-0.109	0.250	0.067	-0.101	-0.037	-0.015	-0.012	0.269	0.197	-0.182	0.339*	0.273
	p	0.097	0.503	0.503	0.090	0.681	0.535	0.820	0.927	0.941	0.093	0.223	0.261	0.032	0.088
Fat (g)	r	0.470*	0.258	0.070	-0.122	-0.005	0.051	0.156	-0.029	0.059	0.254	-0.155	0.121	-0.265	0.105
	p	0.002	0.108	0.668	0.453	0.975	0.755	0.336	0.859	0.717	0.114	0.339	0.457	0.098	0.519
Fat (%)	r	0.069	-0.333*	0.006	-0.146	-0.005	-0.122	-0.174	-0.138	0.056	0.291	-0.069	0.292	0.062	0.020
	p	0.672	0.036	0.971	0.368	0.976	0.248	0.283	0.396	0.731	0.068	0.672	0.067	0.704	0.902

FBG: Fasting Blood Sugar, FI: Fasting Insulin Total C: Total cholesterol HDL-C: High-density lipoprotein cholesterol, TG: Triglyceride, ALT: Alanine Aminotransferase, AST: Aspartate Aminotransferase, CHO: Carbohydrate. *p<0.05, r: Pearson's Correlation

DISCUSSION

By examining the dietary habits of adolescents diagnosed with MetS, this study sheds light on a point rarely addressed in the existing. While previous studies generally emphasized the relationship between MetS and unhealthy diet, this study showed that individuals may have a more balanced diet after MetS diagnosis. This fills an important gap in the literature in terms of evaluating the impact of health interventions and counseling services after diagnosis. In addition, the findings of the study provide valuable information for preventive public health strategies by revealing the potential of preventive health practices in creating behavioral change during adolescence.

Increasing physical activity, consuming a healthy and balanced diet, and preventing obesity play important roles in the treatment of MetS. As part of general nutritional guidelines, it is recommended to reduce the intake of saturated fats, trans fats, salt, sugary drinks, fast food, and high-energy foods. Conversely, increasing the consumption of vegetables, fruits, whole grains, low-fat dairy products, and fish is encouraged (21). In our study, it was found that MetS adolescents had a more adequate and balanced diet in their daily energy and macronutrient intake compared to those without MetS (Table 4). Although this finding may seem surprising at first glance, it is consistent with some recent studies in the literature (22,23). In an analysis conducted in Korea between 2008 and 2017, it was reported that despite the increase in the prevalence of MetS, certain improvements in dietary habits were observed and these changes may affect risk factors (22). In particular, high adherence to balanced dietary patterns such as the Mediterranean diet has been reported to have protective effects on MetS components such as BMI, waist circumference and insulin resistance (23). These findings support the results obtained in our study and suggest that a more balanced diet profile may emerge with increased health awareness and improved

nutritional behaviors in individuals after the diagnosis of MetS.

In a study examining the relationship between dietary habits and MetS, it was found that there was a relationship between abdominal obesity and high protein, cholesterol, saturated fat, sodium, fiber, vitamin, and mineral intake in adolescents (24). In our study, a positive correlation was found between fiber (g) intake and waist circumference and BMI values in adolescents with MetS ($p<0.01$, $p<0.05$). A similar relationship was observed between fat (g) intake and BMI ($p<0.05$). No such relationship was found in the control group. These findings suggest that focusing only on a single nutrient is not enough; the source of nutrients, portion sizes and overall dietary pattern should be considered.

Although the effects of nutrition on health are well known, determining the effect of dietary pattern on biochemical findings is an important indicator in determining the risk of chronic diseases. The relationship between carbohydrate intake and insulin sensitivity is still controversial. While simple carbohydrates have a negative effect on glucose metabolism, starches and polysaccharides may have a positive effect (25). In our study, a positive correlation was observed between energy derived from carbohydrates and biochemical parameters AST and ALT in adolescents with MetS ($p<0.05$). However, no correlation was found with insulin sensitivity ($p=0.258$). These results suggest that carbohydrate consumption may have a significant effect on liver function in adolescents, but the relationship with insulin sensitivity is shaped by more individual factors. This suggests that not only macronutrient ratios but also nutrient quality and individual metabolic differences should be considered in the assessment of metabolic disorders.

Limitations

When interpreting the results, there are several limitations of this study that should be

considered. First, dietary intake was assessed using the 24-hour dietary recall method. Although practical, this method is prone to recall bias because participants may not accurately remember all the foods they consumed in the past. Second, the study had a limited sample size, which reduced the generalizability of the findings. Furthermore, potential confounding variables such as physical activity level or socioeconomic factors were not included in the study. Finally, the cross-sectional design of the study precludes establishing causal relationships.

This study fills an important gap in the literature by examining the relationships between dietary patterns and biochemical and anthropometric parameters in adolescents with MetS. Furthermore, its simultaneous assessment of both dietary components and clinical parameters contributes to a comprehensive interpretation of the findings.

CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

Adolescents with MetS were found to have an adequate and balanced daily diet, consuming higher amounts of energy, carbohydrates (%), and fiber (g) compared to their healthy peers. A positive correlation was observed between fat intake (g) and BMI from anthropometric measurements, as well as between fat intake and glucose levels from biochemical parameters. However, no significant relationship was found between macronutrient intake and triglyceride, HDL, or total cholesterol levels.

These findings emphasize the importance of early intervention strategies, especially for younger age groups, in both clinical practice and public health policies. However, the cross-sectional design of the study limits the establishment of cause-and-effect relationships, and the sample size limits generalizability. Therefore, further studies with a longitudinal design and larger sample groups are needed to provide stronger support for the

findings. Furthermore, evaluating physical activity, sleep patterns, and lifestyle factors alongside dietary habits will contribute to a more comprehensive understanding of the multidimensional factors that play a role in the development of metabolic syndrome.

Author Contribution

E.G.D.: Planning the Research, Collecting Data, Writing the Research; M.G.D.: Planning the Study, Writing the Study, Critical Revision

Conflict of Interest

The authors declare that they have no conflict of interest.

Funding Information

No support was received from any institution or organization in conducting this study.

Ethical Approval

The study was approved by Bezmialem Vakıf University Scientific Research Ethics Committee (7130642-050.01.04-). A voluntary consent form was obtained from the families of the patients who agreed to participate in the study.

REFERENCES

1. Arslan M, Atmaca A, Ayvaz G et al. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Ankara, 2009;7-8.
2. Noubiap JJ, Nansseu JR, Lontchi-Yimagou E, Nkeck JR, Nyaga UF, Ngouo AT et al. Global, regional, and country estimates of metabolic syndrome burden in children and adolescents in 2020: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Child Adolesc Health* 2022; 6(3): 158-170.
3. Ayca Z. Çocukluk çağında obezite ve metabolik sendrom. *Turk J Pediatr* 2016; 10: XI- XII.
4. Güven S, Aktepe U, Yazar AS, Erdem A, Karakayalı B, Başat S. The prevalence of metabolic syndrome among obese and overweight children according to the

different criteria. Haydarpaşa Numune Med J 2015; 55: 170-80.

5. Sangun O, Dundar B, Kosker M, Pirgon O, Dundar N. Prevalence of metabolic syndrome in obese children and adolescents using three different criteria and evaluation of risk factors. J Clin Res Ped Endocrinol 2011 doi: 10.4274/jcrpe.v3i2.15.

6. Keser A, Yucecan S, Cizmecioglu FM, Etiler N, Hatun S. The relationship between risk factors of metabolic syndrome in childhood and nutrition patterns. J Nutr and Diet 2008; 36: 9-22.

7. Ozer S, Sonmezgoz E, Unuvar S, Yilmaz R, Demir O. Evaluation of frequency of metabolic syndrome and its components in obese Children. J Child 2015 doi: 10.5222/j.child.2015.010.

8. Araslı Yılmaz A, Ozaydin E, Demirel F, Kose G. A retrospective evaluation of the factors contributing to obesity and the existence of metabolic syndrome in adolescents. Turk J Pediatr 2015 doi: 10.12956/tjpd.2015.185.

9. van de Laar RJJ, Stehouwer CDA, van Bussel BCT, Prins MH, Twisk JWR, Ferreira I. Adherence to a Mediterranean dietary pattern in early life is associated with lower arterial stiffness in adulthood: the Amsterdam Growth and Health Longitudinal Study. J Intern Med 2012 doi: 10.1111/j.1365-2796.2012.02577.x.

10. Mendoza JA, Liu Y. Active commuting to elementary school and adiposity: an observational study. Child Obes 2014 doi: 10.1089/chi.2013.0133.

11. Casadei K, Kiel J, Anthropometric Measurement. Treasure Island, FL, USA: StatPears Publishing, 2020.

12. World Health Organization. (2024, June 3). Growth reference data for 5–19 years. World Health Organization. <https://www.who.int/tools/growth-referencedata-for-5to19-years>

13. Ozturk A, Borlu A, Cicek B, Altunay C, Unalan D, Horoz D, Balcı E, Ustunbas HB, Bayat M, Mazıcıoglu MM, Hatipoglu N, Kurtoglu S, Kesim S. Growth charts for 0-18

year old children and adolescents Turkish. TJFMPC 2011doi: 10.2399/tahd.11.112.

14. Ryder JR, Jacobs DR, Sinaiko AR, Kornblum AP, Steinberger J. Longitudinal changes in weight status from childhood and adolescence to adulthood. J Pediatr 2019 doi: 10.1016/j.jpeds.2019.07.035.

15. Bebispro for Windows, Stuttgart, Germany; Turkish Version (Bebis 4), Istanbul, 2004. Program uses data from Bundeslebensmittelschlüssel (BLS) 11.3 and USDA 15.

16. Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER)-2022. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031, Ankara 2022. Access Date: 16.04.2024 https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Rehberler/Turkiye_Beslenme_Rehber_TUBER_2022_min.pdf

17. American National Academy of Sciences, Institute of Medicine, Food and Nutrition Board. Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein and Amino Acids. National Academy Press, Washington DC, 2002.

18. Garipagaoglu M, Budak N, Oner N, Saglam O, Nisli K. The evaluation of nutritional status and body weights of female university students attending three different universities. J. Health Sci. 2006; 15: 173-81.

19. Papadaki A, Linardakis M, Codrington C, Kafatos A. Nutritional intake of children and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus in crete, Greece. Ann Nutr Metab 2008 doi: 10.1159/000151484.

20. Turney, S. (2024). *Pearson Correlation Coefficient (r) | Guide & Examples*. Scribbr. Erişim adresi: <https://www.scribbr.com/statistics/pearson-correlation-coefficient/>

21. Nogay NH, Koksall G. Nutritional management of metabolic syndrome in children. J Pediatr Res 2012 doi: 10.4274/Jcp.10.04

22. Park SI, Suh J, Lee HS, Song K, Choi Y, Oh JS et al. Ten-year trends of metabolic syndrome prevalence and nutrient intake

among Korean children and adolescents: a population-based study. *Yonsei Med J* 2021; 62 (4): 344.

23. Larruy-García A, Mahmood L, Miguel-Berges ML, Masip G, Seral-Cortés M, De Miguel-Etayo P et al. Diet Quality scores, obesity and metabolic syndrome in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Current obesity reports*, 2024; 13(4): 755-788.

24. Ramírez-López G, Flores-Aldana M, Salmerón J. Associations between dietary patterns and metabolic syndrome in adolescents. *Salud Publica Mex* 2019 doi: 10.21149/9541.

25. Elizondo-Montemayor L, Serrano-González M, Ugalde-Casas PA, Cuello-García C, Borbolla-Escoboza JR. Metabolic syndrome risk factors among a sample of overweight and obese Mexican children. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2010 doi: 10.1111/j.1751-7176.2010.00263.x.

THE RELATIONSHIP BETWEEN INSOMNIA-FATIGUE LEVEL, AND MEDITERRANEAN DIET COMPLIANCE OF HEALTHCARE PROFESSIONALS: A PILOT STUDY IN A TERTIARY HOSPITAL EXAMPLE DURING THE COVID-19 PANDEMIC PROCESS

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ UYKUSUZLUK-YORGUNLUK DÜZEYLERİ VE AKDENİZ DİYETİNE UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ: COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR HASTANEDE YAPILAN PİLOT ÇALIŞMA

Aylin BAYINDIR GÜMÜŞ¹, Şahinde CANBULAT², Sema MİLLİ³, Hülya YARDIMCI⁴

¹ Assist. Prof. Dr. Dietitian, Kırıkkale University Vocational School of Health Services First and Emergency Aid Program, Kırıkkale, Türkiye

² Dr. Lecturer, Ankara University Faculty of Nursing, Department of Surgical Nursing Ankara, Türkiye

³ Dietitian, Gülhane Education and Research Hospital Ankara, Türkiye

⁴ Prof. Dr., Ankara University Faculty of Health Sciences Department of Nutrition and Dietetics Ankara, Türkiye

Abstract

Aim: This study was aimed to determine the levels of insomnia-fatigue and compliance with Mediterranean diet of healthcare professionals and to examine relationships among them.

Material: 132 healthcare professionals working in a tertiary public hospital participated in this cross-sectional study. An online survey form that included general characteristics, levels of insomnia (Insomnia Severity Index/ISI, score range 0-28), fatigue (Chalder Fatigue Scale/CFS, score range 0-33) and compliance with Mediterranean diet (Mediterranean Diet Adherence Screener/MEDAS, score range 0-14) of participants were used. The relationships between the obtained scores were tested using Simple and Multiple Linear Regression Analyses.

Results: 93 women (70.5%) and 39 men (29.5%) with a mean age of 30.8±8.3 years, 80.3% undergraduate degrees, 62.1% nurses/midwives' healthcare professionals were included in the study. Fatigue and compliance of Mediterranean diet scale scores were found to be higher in women than men (CFS mean±standard deviation 18.2±6.8 vs 11.2±6.7, p<0.001, and MEDAS median (interquartile range) 6.0 (3) vs 6.0 (2), p=0.036). Regardless of age, sex, shift working, and working in any service related to COVID-19 (Model 4), no correlation was found between the score of compliance to Mediterranean diet and insomnia-fatigue scores (for MEDAS-ISI relationship $\beta_1=-0.066$, Beta=-0.144, 95% CI=(-0.145)-(0.012), p=0.096, and for MEDAS-CFS relationship $\beta_1=-0.039$, Beta=-0.134, 95% CI=(-0.094)-(0.017), p=0.169).

Conclusion: Further research on this subject is needed because it is thought that physical and psychological such as anxiety, fatigue, burnout, and insomnia might affect their nutrition status negatively.

Key Words: COVID-19, Job stress, Anxiety, Sleep, Mediterranean diet

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarının uykusuzluk-yorgunluk düzeylerini ve Akdeniz Diyeti'ne uyumlarının belirlenmesi ve bunlar arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya, üçüncü basamak bir devlet hastanesinde çalışan 132 sağlık çalışanı katılmıştır. Katılımcıların genel özellikleri, uykusuzluk (Uykusuzluk Şiddeti İndeksi/UŞİ, puan aralığı 0-28), yorgunluk (Chalder Yorgunluk Ölçeği/CYÖ, puan aralığı 0-33) düzeyleri ve Akdeniz diyetine uyum (Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği/MEDAS, puan aralığı 0-14) durumlarını içeren bir çevrim içi anket formu kullanılmıştır. Elde edilen skorlar arasındaki ilişki Basit ve Çoklu Doğrusal Regresyon Analizleri ile test edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya yaş ortalaması 30.8±8.3 yıl olan, %80.3'ü lisans mezunu, %62.1'i hemşire/ebe 93 kadın (%70.5) ve 39 erkek (%29.5) sağlık çalışanı katılmıştır. Yorgunluk ve Akdeniz diyetine uyum skorları kadınlarda erkeklerden daha yüksektir (CYÖ için ortalama±standart sapma 18.2±6.8 ile 11.2±6.7, p<0.001, ve MEDAS için ortanca (çeyrekler arası aralık) 6.0 (3) ile 6.0 (2), p=0.036). Yaş, cinsiyet, vardiyalı çalışma ve COVID-19 ile ilgili serviste görev alma durumundan bağımsız olarak (Model 4), Akdeniz diyetine uyum ile uykusuzluk-yorgunluk skorları arasında ilişki bulunmamıştır (MEDAS-ISI ilişkisi için $\beta_1=-0.066$, Beta=-0.144, %95 GA=(-0.145)-(0.012), p=0.096, and MEDAS-CFS ilişkisi için $\beta_1=-0.039$, Beta=-0.134, %95 GA=(-0.094)-(0.017), p=0.169).

Sonuç: Anksiyete, yorgunluk, tükenmişlik, uykusuzluk gibi fiziksel ve ruhsal etkilerin beslenme durumunu etkileyebileceği düşünüldüğünden bu konuda daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, İş Stresi, Anksiyete, Uyku, Akdeniz diyeti

ORCID ID: A.B.G. 0000-0002-1311-2429; Ş.C. 0000-0003-4264-9740;

S.M. 0000-0002-3905-1636; H.Y. 0000-0002-2664-4176

Corresponding Author: Aylin BAYINDIR GÜMÜŞ, Kırıkkale University Vocational School of Health Services First and Emergency Aid Program, Kırıkkale, Türkiye

E-mail: abayindir@kku.edu.tr

Date of receipt: 17.07.2025

Date of acceptance: 9.10.2025



INTRODUCTION

Sleep loss/impairments and some mental problems such as anxiety, depression and fatigue are common among healthcare professionals (1-3). Long continuous duty hours, reduced opportunities for sleep, and shift work are major factors contributing to impairments in physical, cognitive, and emotional functioning (3). Sleep has a critical role in promoting health and sleep impairment can cause major medical disease including depression (4). In fact, insomnia, which is the presence of difficulty with sleep, increases the risk of developing anxiety, depression, and fatigue because sleep is important for good health and well-being (2). In addition, shift work and night shift load of healthcare professionals cause sleep-related problems and therefore contributes to the emergence of mental problems (5, 6).

During the COVID-19 pandemic, the situation was no different, much worse. A high prevalence of mental disorders has been observed, especially among healthcare teams working closer to infected patients, it was found that anxiety and depression scores are significantly higher (7). A systematic review and a meta-analyze revealed that the prevalence of mental health disorders was higher among healthcare workers caring for COVID-19 infected patients and the prevalence of depression, anxiety, stress, and insomnia was higher than before the pandemic (8, 9). Additionally, a study conducted in China showed that medical health workers had a higher prevalence of insomnia, anxiety, depression, somatization, and obsessive-compulsive symptoms compared with nonmedical health workers during the pandemic (10). In a study, it was revealed that nursing staff experienced poor sleep, fatigue, and multiple psychological problems during the COVID-19 pandemic, and they worked 40 hours/week, skipped 30-minute breaks (11). These data suggest that especially working in a department related to COVID-19 means that the time spent on basic needs such as sleeping, eating is much shorter.

In the results of the studies, it is reported that the lifestyles and nutritional habits of individuals have changed in the quarantines implemented due to the pandemic (12, 13). However, in this process, healthcare professionals stay away from family and home environments. For this reason, the effects of the pandemic on healthcare professionals might be different from other people, depending on the intense working hours, which is also mostly in shifts. In addition, levels of insomnia and fatigue can be also adversely affected by the situation (14, 15). Studies are showing that the nutritional habits of healthcare workers have changed during the COVID-19 pandemic (16, 17). It has been revealed that the frequency of main and snack meals decreased among healthcare workers, and although they were aware of the importance of adequate nutrition, they had a balanced diet (16). Therefore, it is seen that the nutritional characteristics of healthcare workers are deteriorating during this period. It is reported that during the COVID-19 pandemic, poor diet quality is prevalent among doctors and nurses (18).

Studies revealing the relationship between nutritional status and insomnia-fatigue levels of healthcare workers during the pandemic period have been limited. In a study conducted with healthcare professionals in Türkiye, it was reported that perceived stress and emotional eating were associated with changes in eating/dietary habits during the pandemic period (17). Less physical activity and an unhealthy diet were associated with increased depression in a study of healthcare workers in China. On the other hand, the same study also revealed that participants who had changes in physical activity, sleeping, and diet had different levels of anxiety (19).

As with all individuals, the nutritional status of healthcare professionals is very important. Especially during the COVID-19 pandemic, while they deal intensively with other individuals who are sick, it is a matter of curiosity how their nutritional status. Along with doctors, nurses, pharmacists, dietitians,

health technicians, and other allied health professionals, they are among the occupations at high risk in this pandemic (20). It is thought that negative conditions that have been going on for a long time adversely affect the nutritional status of healthcare professionals. Considering the shift working patterns, the situation is likely to be serious and the primary hypothesis of this study was that a higher level of adherence to the Mediterranean diet may be associated with lower insomnia and fatigue scores in healthcare professionals. In this study, it was aimed to evaluate the relationships between compliance to the Mediterranean diet and the levels of insomnia and fatigue of healthcare professionals working in a state hospital and compliance with the Mediterranean diet was assessed to gain insight into the nutritional status of healthcare professionals. This is because The Mediterranean diet is a nutritional style that has been accepted as the Intangible Cultural Heritage of Humanity by UNESCO since 2013, has positive effects on health and preventive effects against chronic diseases, and is characterized by the consumption of fish and seafood, olive oil, low-fat dairy products, whole grains, legumes, fresh fruits and vegetables, and red grape products (21).

MATERIAL- METHODS

Study Type

This cross-sectional and pilot study was carried out in a tertiary public hospital in Ankara, Türkiye.

Sampling

This study was conducted through an online survey with healthcare professionals from May to July 2021. The maximum number of samples that could be reached was reached in the time allocated for data collection of this study (2 months). The reason for restricting the time range of the study was that health professionals had many rush hours during the COVID-19 pandemic. The research sample consisted of all healthcare professionals (doctors, dietitians, psychologists, nurses, midwives, health technicians, and health

technicians) between the ages of 19-52 working in a tertiary state hospital during the COVID-19 process, with or without shifts. Among the criteria for inclusion in the study; being a volunteer, not having a special health condition (such as illness, continuous drug use, pregnancy, lactation), having a device such as a computer, tablet, or phone, having internet access, having enough time to fill out the survey form. Power analysis calculation on the Free Statistics Calculators website (<https://www.danielsoper.com/statcalc/default.aspx>) was made based on the Independent t-test in the study with 0.5 observed effect size (Cohen's d), a 0.05 probability level, and 132 sample size. Observed power (two-tailed hypothesis) was 0.81, and this result indicates sufficient power and a low risk of Type II error.

Data Collection Tools

Insomnia Severity Index (ISI): It is a measurement tool with high validity and reliability developed to evaluate the severity of insomnia. It consists of seven items and each item is scored between 0-4. The scores that can be obtained from the index range from 0 to 28. Index items measures these situations respectively i) difficulties in the transition to sleep, ii) difficulties in maintaining sleep, iii) waking up very early, iv) satisfaction from sleep pattern, v) impairments in daily functioning, vi) awareness of sleep-related disturbances, and vii) stress caused by sleep problems. In addition to being a self-report tool, the index is a tool that can be used by the clinician or another person (for example, a spouse) in evaluation (22).

Chalder Fatigue Scale (CFS): The scale was developed in 1993 by Trudie Chalder et al. to assess the severity of fatigue perceived by individuals over the past month. The validity and reliability of the scale were first demonstrated in patients attending primary healthcare centers (23). This scale is an easy, fast, and useful scale that evaluates the fatigue experienced by the individual during the last month through self-report. It consists of 11 items in total. Individuals are asked to answer

the items on a four-point Likert scale (“less than usual”, “as usual”, “more than ever”, “more than ever”). As a result of the scoring made between 0-3 for each item, the total score varies between 0-33. High scores indicate greater fatigue severity. The Turkish version of the CFS was a reliable and valid instrument for assessing perceived fatigue, as demonstrated in Adın’s study (2019), with a Cronbach alpha value of 0.897 (24).

Mediterranean Diet Adherence Screener (MEDAS): The 14-item Mediterranean Diet Adherence Screener (MEDAS) questionnaire was developed by the PREDIMED consortium (25). MEDAS has subsequently proven to be a valid and practical tool for rapidly determining adherence to the Mediterranean diet (26). This scale contains 14 items related to the basic type of oil used by individuals in meals, daily consumption of olive oil, daily portions of fruit, and vegetable, daily consumption of margarine-butter and red meat, weekly consumption of wine, legumes, fish-seafood, nuts, cakes, tomato sauce with olive oil. After items are given 1 or 0 points for each item according to the amount of consumption, the total score is calculated. The cutoffs ≤ 5 indicate low, 6–9 moderate, and ≥ 10 high adherence. In Özkan Pehlivanoğlu's study, the reliability of the Turkish version was shown with a Cronbach's alpha coefficient of 0.829 (27).

Data Collection

The online survey form used in the study was created after a literature review on the subject. This survey form included questions about the general characteristics, working hours, and shift patterns of the participants. The form had Insomnia Severity Index (ISI), Chalder Fatigue Scale (CFS), and Mediterranean Diet Adherence Screener (MEDAS) index and scales. The data were collected by the "online survey technique" via the online link provided by the researchers.

Statistical Analysis

The data was tested in the IBM SPSS Statistics 15.0 package program. Mean (\bar{X}),

standard deviation (SD), lower and upper values, frequencies were calculated. After testing the normality of the data, the statistical differences between the mean values in normally distributed data and the median values in non-normally distributed data were examined. The independent variables of this research are sex, age, shift working, and working in any COVID-19 department. The dependent variables are scores of Insomnia Severity Index (ISI), Chalder Fatigue Scale (CFS), and Mediterranean Diet Adherence Screener (MEDAS). Independent t-test and Mann-Whitney U test were used to compare the values of two independent groups. One Way ANOVA test and the Kruskal Wallis test were used to compare the values between more than two independent groups. Simple and Multiple Linear Regression analyses were used to determine the relationships between MEDAS and ISI, CFS scores. The $p < 0.05$ value was taken as the significance level.

Ethical Approval

First, after applying to the Ministry of Health Scientific Research Platform and getting approval, permission was obtained from the Health Sciences University, Gülhane Health Application and Research Center. With these permissions, approval was obtained from the Ethics Committee of the Rectorate of Ankara University (numbered 68 dated 26.4.2021). The study was conducted to the principles outlined in the Declaration of Helsinki. Participants were included in the study after they were informed, and their consent was obtained through an online questionnaire.

RESULT

A total of 132 healthcare professionals, 93 women (70.5%) and 39 men (29.5%), with a mean age of 30.8 ± 8.3 years, participated in the study. 62.1% (n=82) nurse-midwife, 16.6% (n=22) health technician, 7.6% (n=10) dietitian and psychologist, 6.1% (n=8) were physicians, 7.6% (n=10) were other health professionals. 15.1% (n=20), 80.3% (n=106), and 4.5% (n=6) of them were at high school degree, at

undergraduate degree, and at postgraduate degree respectively. Working hours varied between 08.00AM-04.00PM, 04.00PM-08.00AM, and 08.00AM-08.00PM. According to their working patterns, 41.7% (n=55), 29.5% (n=39), and 28.8% (n=38) were working in irregular shifts, only daylight hours,

and regular shifts respectively. 23 (17.4%) of participants cared for COVID-19 infected patients. The mean MEDAS score of the participants was 6.3±2.2, and the majority showed moderate adherence to the Mediterranean diet (n=78, 59.1%) (Table 1).

Table 1. Sociodemographic and work-related characteristics of healthcare professionals (n=132)

Characteristics	Groups	Number	Percentage (%)
Sex	Women	93	70.5
	Men	39	29.5
Education	High school	20	15.2
	Undergraduate	106	80.3
	Postgraduate	6	4.5
Occupation	Nurse-midwife	82	62.1
	Health technician	22	16.6
	Physician	8	6.1
	Dietitian	5	3.8
	Psychologist	5	3.8
	Others*	10	7.6
Shift working	Regular shifts	38	28.8
	Only daylight hours	39	29.5
	Irregular shifts	55	41.7
Working in any COVID-19 department	Yes	23	17.4
	No	109	82.6
Age (years)	≤30	83	62.9
	>30	49	37.1
Mean±SD (min-max)	30.8±8.3 (17-52)		
MEDAS categories and total score	≤5 (Low)	45	34.1
	6-9 (Moderate)	78	59.1
	≥10 (High)	9	6.8
Mean±SD (min-max)	6.3±2.2 (1-14)		

*Physiotherapist, audiologist, social worker, speech and language therapist, patient care staff
 MEDAS: Mediterranean Diet Adherence Screener

The ISI, CFS, and MEDAS scores were 10.1±4.7 (0-23), 16.1±7.5 (0-33), and 6.3±2.2 (1-14), respectively. It was found that the mean CFS scores of women (18.2±6.8) were higher than men (11.2±6.7) (t=-5.430, p<0.001). Participants aged >30 years had a higher mean CFS score (18.4±6.7) than those aged ≤30

years (14.8±7.6) (t=-2.732, p=0.007). The median MEDAS score of women [6.0 (3)] was detected to be higher than that of men [6.0 (2)] (U=1398.000, p=0.036). ISI, CFS, MEDAS scores did not differ according to working in shifts and working in any department related to COVID-19 (p>0.05) (Table 2).

Table 2. Insomnia and fatigue scores of health professionals and their compliance with the Mediterranean diet

Features	ISI X̄±SD (lower-upper)	CFS X̄±SD (lower-upper)	MEDAS Median (IQR)/ X̄±SD (lower-upper)*
Sex			
Women	10.5±4.9 (0-23)	18.2±6.8 (0-32)	6.0 (3) [6.6±2.3 (1-14)]
Men	9.2±3.4 (2-19)	11.2±6.7 (0-33)	6.0 (2) [5.6±1.7 (1-8)]
Test results	t=-1.562 p=0.121	t=-5.430 p<0.001	U=1398.000 p=0.036
Age (years)			
≤30 (n=83)	10.0±4.9 (0-23)	14.8±7.6 (0-31)	6.0 (2) [6.2±2.3 (1-14)]
>30 (n=49)	10.4±4.4 (2-18)	18.4±6.7 (2-33)	6.0 (3) [6.5±1.9 (2-11)]
Test results	t=-0.488 p=0.629	t=-2.732 p=0.007	U=1860.500 p=0.409
Shift working			
Regular shifts	9.7±5.0 (0-23)	14.2±8.9 (0-33)	6.5 (3) [6.3±2.1 (1-9)]
Only daylight hours	11.0±4.4 (2-22)	17.7±6.2 (4-31)	6.0 (2) [6.0±1.9 (1-14)]
Irregular shifts	9.4±4.6 (0-18)	15.7±7.2 (0-32)	6.0 (3) [6.7±2.5 (2-12)]
Test results	F=1.548 p=0.217	F=2.546 p=0.082	H=1.912 p=0.385
Working in any COVID-19 department			
Yes (n=23)	10.0±4.0 (3-17)	17.4±7.2 (3-33)	6.0 (2) [6.0±2.1 (2-11)]
No (n=109)	10.1±4.8 (0-23)	15.9±7.5 (0-32)	6.0 (3) [6.4±2.2 (1-14)]
Test results	t=-0.096 p=0.924	t=0.872 p=0.385	U=1105.000 p=0.366

ISI: Insomnia Severity Index, CFS: Chalder Fatigue Scale, MEDAS: Mediterranean Diet Adherence Screener

X̄: mean, SD: standard deviation, IQR: interquartile range

Independent t-test, Mann-Whitney U test, One Way ANOVA test, and the Kruskal Wallis test were used.

*The MEDAS scores did not show a normal distribution and median (IQR) values were compared.

Independent t, Mann-Whitney U, One Way ANOVA and Kruskal Wallis tests were used. While one-point changes in ISI and CFS scores do not statistically significantly decrease the

MEDAS score, this result did not change when adjustments were made for age, sex, working in shifts, and working any departments related to COVID-19 (p>0.05) (Table 3).

Table 3. The Relationship between insomnia and fatigue scores and MEDAS score

	MEDAS					
	B1	Beta	95% CI	R ² -adjusted R ²	t	p
ISI						
Model 1	-0.051	-0.110	(-0.130)-(-0.029)	0.012-0.004	-1.267	0.207
Model 2	-0.066	-0.144	(-0.145)-(-0.012)	0.021-0.014	-1.673	0.097
Model 3	-0.066	-0.144	(-0.145)-(-0.013)	0.021-0.014	-1.662	0.099
Model 4	-0.066	-0.144	(-0.145)-(-0.012)	0.021-0.014	-1.677	0.096
CFS						
Model 1	-0.001	-0.004	(-0.051)-(-0.049)	1.4x10 ⁻⁵ /0.008	-0.042	0.967
Model 2	-0.004	-0.140	(-0.096)-(-0.015)	0.016/0.008	-1.454	0.148
Model 3	-0.041	-0.141	(-0.096)-(-0.015)	0.016/0.008	-1.445	0.151
Model 4	-0.039	-0.134	(-0.094)-(-0.017)	0.015/0.007	-1.382	0.169

ISI: Insomnia Severity Index, CFS: Chalder Fatigue Scale, MEDAS: Mediterranean Diet Adherence Screener, CI: Confidence Intervals

Model 1: unadjusted; Model 2: adjusted for age and sex; Model 3: Model 2 + adjusted for the status of shift working; Model

4: Model 2 + adjusted for the status of working in any unit related to COVID-19

Simple and Multiple Linear Regression Analyses were used.

DISCUSSION

One of the occupational groups most affected by the COVID-19 epidemic is healthcare professionals working on the front line. The fact that working hours were different during the pandemic changed the usual living conditions. There are studies reporting that the mental health of healthcare workers weakened, and their nutritional status deteriorated during this period (8-10, 16, 17). However, evidence addressing the relationship between the changing nutritional status and mental health of healthcare workers during the pandemic is limited. In this study, the relationship between compliance with the Mediterranean diet and fatigue-insomnia levels of healthcare professionals working in a hospital during the COVID-19 pandemic was examined. Most participants were women and nurse-midwives, and two in three worked shifts regularly or irregularly. Most majority were below 30 years and approximately one in five worked in a COVID-19 department. Participants' mean MEDAS score was in the moderate category and the mean MEDAS was higher in women than men. There was no relationship between ISI and CFS scores and MEDAS score. However, while the literature focuses on burnout, sleep quality, physical activity, and diet quality of healthcare professionals during the COVID-19 pandemic, this study is among the few studies that evaluate the fatigue-insomnia relationship with MEDAS specifically.

The Mediterranean Diet, which is accepted as a healthy diet, focuses on the consumption of fish and other seafood, olive oil, vegetables and fruits, whole-grain foods, legumes, and oilseeds. This type of diet is a diet rich in fiber, unsaturated fatty acids, vitamins, and minerals and characterized by its resveratrol contents. With all these aspects, there is evidence about its positive effects on weight control, reduction of oxidative stress, and various diseases such as cancer and cardiovascular diseases (28-32). Various tools such as PREDIMED, KIDMED, and MEDAS are used to determine compliance with the Mediterranean diet. These scales give an idea related to the level of compliance to the

Mediterranean diet and their adherence to this diet type (26, 27, 33). According to the MEDAS scale used in this study, it is seen that the mean score of all healthcare professionals indicates a moderate (acceptable) level of compliance. The fact that the MEDAS median value differs only by gender suggests that women are more having information about this issue. Median MEDAS scores did not differ according to age, shift working, and working in any COVID-19 department in the hospital (Table 2).

In the study of Ataç et al. conducted with healthcare professionals, 10.8% of whom were physicians, it was determined that 52.3% had generalized anxiety disorder and 53.1% had insomnia (14). In the study, in which the rate of patients with both generalized anxiety disorder and insomnia was 36.9%, generalized anxiety disorder and insomnia were found to be common among healthcare professionals working at the forefront in the fight against the pandemic. In another study, it was observed that the state anxiety levels of healthcare professions were 50.5% and the severity of insomnia was 35.4% (34). In a study conducted with large participation (54231 participants from 13 countries), sleep disorders such as sleep interruption, falling asleep, sleeping late, and having nightmares were also reported. While the prevalence of sleep disorders is 32.3% in the general population, it has been reported to be 36% in healthcare professionals (35). Therefore, along with the pandemic, the frequency of situations such as insufficient or unbalanced nutrition, decreased sleep duration and deterioration of sleep quality, and working under intense physical and mental stress are increasing in healthcare professionals (36). As can be seen, there are studies to identify problems with anxiety, stress, and sleep in general during the pandemic process, together with healthcare professionals. In addition, due to lack of time not having rest and breaks between shifts during the pandemic process can cause fatigue and insomnia. In this study, insomnia and fatigue were moderate. However, while mean fatigue scores do not change according to the shift working and working in any unit related

to COVID-19; it is noteworthy that it is higher in females and in those aged >30 years (Table 2).

Dietary factors have a significant impact on physical and mental health, affecting the ability of healthcare professionals to cope with the challenges posed by the pandemic effectively (37-39). In addition, nutrition is known to play a significant impact in sleeping wellness (39). Evidence supports that diet is a mediating and modifiable factor concerning mental health and in terms of preventing such problems, it is important to have high compliance with the Mediterranean diet (37). In this study, when examining the relationship between fatigue-insomnia scores and MEDAS score, the crude and all models (adjusting age, gender, shift work status, and working in a COVID-19 service) showed no statistically significant results (Table 3). Although a study conducted in Türkiye during the pandemic found a negative relationship between the MEDAS score and depression ($t=-55.229$, $p<0.001$) and anxiety scores ($t=-39.078$, $p<0.001$), and a positive relationship between the MEDAS score and sleep quality (when adjusting gender, physical activity, income, and marital status) ($t=-50.365$, $p<0.001$) (Multiple linear regression results $R^2: 0.710$ $p<0.001$) (40). A study conducted with 567 healthcare professionals has shown that Adherence to the Mediterranean diet was linked to a reduced risk of depression [odds ratio 0.63, 95% CI (0.41, 0.96), $p = 0.033$] (41). On the other hand, in a study conducted in Türkiye, 91 emergency healthcare professionals' emotional exhaustion was associated with higher adherence to the Mediterranean diet (correlation coefficient 0.37, $p<0.01$) (42). In this study, there may be several reasons why there is no relationship between the MEDAS and insomnia-fatigue scores of healthcare professionals, including unmeasured confounders (like other eating habits and diet quality factors) and measurement errors. This is a pilot study, and further studies with more health centers and healthcare professionals are needed to address this gap in the literature.

Limitations of the Study: There are some limitations to the study. Firstly, the study was conducted in one hospital. The intense and long work hours of healthcare professionals during the COVID-19 pandemic were the factors that reduced participation. Secondly, this study was conducted with an online survey. However, this may be more advantageous for studies in such special situations rather than being a limitation. Thus, there is some evidence showing online surveys are more reliable or advantageous than face-to-face surveys (43). In addition, this study could not present the results of the food records of participants. This could have been more reliable for evaluating of nutritional status of health professionals. Lastly, the non-homogeneity of the occupational distribution, working status in a COVID-19 department, and shift working status of healthcare professionals are also likely to influence the results. The use of a convenience sampling method also limited the generalizability of the results.

Strengths of the Study

The period during which this study was conducted holds great significance both globally and particularly for healthcare workers. The data presented in this study regarding variables such as work-related stress, anxiety, and dietary patterns of healthcare professionals during this extraordinary time provide unique insights that cannot be observed under ordinary circumstances. Furthermore, the modeling approaches employed in this research offered valuable evidence on how increased insomnia and fatigue experienced by healthcare professionals in this specific period were reflected in their nutritional status. Finally, similar to other cross-sectional studies, although the causal inferences are limited, the study yielded associative findings.

CONCLUSION

It is thought that the changing lifestyle, worsening working conditions, as well as changes and irregularities in eating patterns because of the pandemic process, may be related to the low compliance of healthcare

professionals with the Mediterranean diet. The results of this study show that healthcare professionals' compliance with the Mediterranean diet was not high during the pandemic. However, no varied depending on the working a pandemic service or shift work compliance with the Mediterranean diet and insomnia-fatigue scores, and no relationship between MEDAS and insomnia-fatigue scores was not among the expected results of this study. This may be due to inaccurate statements made by the participants because of the participants not being able to spend enough time on the online survey form. Comprehensive studies should be conducted on this subject with more participants to clarify the issue.

Informed Consent: The study was conducted to the principles outlined in the Declaration of Helsinki. Participants were included in the study after they were informed, and their consent was obtained through an online questionnaire.

Author Contributions: Concept – ABG, SM; Design – ABG, SM, ŞC, HY; Supervision – HY; Resources – ABG, SM, ŞC, HY; Materials – ABG, SM, ŞC, HY; Data Collection and Processing– ABG, SM; Analysis and Interpretation – ABG; Literature Search – ABG, SM, ŞC, HY; Writing Manuscript – ABG, SM, ŞC, HY; Critical Review – HY.

Declaration of Interests: Authors declared no conflict of interest.

Funding: This study was conducted without support from any institution or organization.

Ethical Approval: First, after applying to the Ministry of Health Scientific Research Platform and getting approval, permission was obtained from the Health Sciences University, Gülhane Health Application and Research Center. With these permissions, approval was obtained from the Ethics Committee of the Rectorate of Ankara University (numbered 68 dated 26.4.2021). The study was conducted to the principles outlined in the Declaration of

Helsinki. Participants were included in the study after they were informed, and their consent was obtained through an online questionnaire.

REFERENCES

1. AbuRuz ME, Hayeah HMA. Insomnia induced by night shift work is associated with anxiety, depression, and fatigue, among critical care nurses. *Advanced Studies in Biology*. 2017;9(3):137-56.
2. Khade Y, Behera S, Koraddi S, Parvathi R. A Study on relationships amongst insomnia, fatigue, anxiety and depression in nurses. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology*. 2019;63:246-51.
3. Owens JA. Sleep loss and fatigue in healthcare professionals. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2007;21(2):92-100.
4. Irwin MR. Why sleep is important for health: a psychoneuroimmunology perspective. *Annual Review of Psychology*. 2015;66(1):143-72.
5. Bajraktarov S, Novotni A, Manusheva N, Nikovska DG, Miceva-Velickovska E, Zdraveska N, et al. Main effects of sleep disorders related to shift work—opportunities for preventive programs. *EPMA Journal*. 2011;2:365-70.
6. Zhang H, Wang J, Zhang S, Tong S, Hu J, Che Y, et al. Relationship between night shift and sleep problems, risk of metabolic abnormalities of nurses: a 2 years follow-up retrospective analysis in the National Nurse Health Study (NNHS). *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2023;96(10):1361-71.
7. da Silva FCT, Neto MLR. Psychiatric symptomatology associated with depression, anxiety, distress, and insomnia in health professionals working in patients affected by COVID-19: A systematic review with meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2021;104:110057.

8. da Silva FCT, Neto MLR. Psychiatric disorders in health professionals during the COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*. 2021;140:474-87.
9. Mahmud S, Hossain S, Muyeed A, Islam MM, Mohsin M. The global prevalence of depression, anxiety, stress, and, insomnia and its changes among health professionals during COVID-19 pandemic: A rapid systematic review and meta-analysis. *Heliyon*. 2021;7(7):e07393.
10. Zhang W-r, Wang K, Yin L, Zhao W-f, Xue Q, Peng M, et al. Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2020;89(4):242-50.
11. Sagherian K, Steege LM, Cobb SJ, Cho H. Insomnia, fatigue and psychosocial well-being during COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey of hospital nursing staff in the United States. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;32(15-16):5382-95.
12. Rodríguez-Pérez C, Molina-Montes E, Verardo V, Artacho R, García-Villanova B, Guerra-Hernández EJ, et al. Changes in dietary behaviours during the COVID-19 outbreak confinement in the Spanish COVIDiet study. *Nutrients*. 2020;12(6):1730.
13. Yılmaz C, Gökmen V. Neuroactive compounds in foods: Occurrence, mechanism and potential health effects. *Food Research International*. 2020;128:108744.
14. Ataç Ö, Sezerol MA, Taşçı Y, Hayran O. COVID-19 pandemisinde görev yapan sağlık çalışanlarında anksiyete belirtileri ve uykusuzluk. *Turkish Journal of Public Health*. 2020;18(COVID-19 Special):47-57.
15. Söğütü Y, Söğütü L, Göktaş SŞ. Relationship of COVID-19 pandemic with anxiety, anger, sleep and emotion regulation in healthcare professionals. *Journal of Contemporary Medicine*. 2021;11(1):41-9.
16. Doğan YN, Doğan İ, Kilic I. The Perception of health and the change in nutritional habits of healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. *Progress in Nutrition*. 2021;23:12.
17. Yaman GB, Hocaoğlu Ç. Examination of eating and nutritional habits in health care workers during the COVID-19 pandemic. *Nutrition*. 2023;105:111839.
18. Wang Q, Chu H, Li H, Li C, Li S, Fang H, et al. Deep neural network for prediction of diet quality among doctors and nurses in North China during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Public Health*. 2023;11:1196090.
19. Jin L, Zhang N, Zhu J. Healthy lifestyle changes and mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in China. *Current Psychology*. 2024;43(15):13953-62.
20. Çalışkan-Pala S, Metintaş S. Helathcare professionals in the COVID-19 pandemic. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2020;5:156-68.
21. Sikalidis AK, Kelleher AH, Kristo AS. Mediterranean diet. *Encyclopedia*. 2021;1(2):371-87.
22. Boysan M, Güleç M, Besiroglu L, Kalafat T. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi'nin Türk örneklemindeki psikometrik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2010;11(3):248.
23. Chalder T, Berelowitz G, Pawlikowska T, Watts L, Wessely S, Wright D, et al. Development of a Fatigue Scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 1993;37(2):147-53.
24. Adın RM. Turkish adaptation of Chalder Fatigue Scale and investigating its psychometric properties in young adults: Hacettepe University; 2019.
25. Martínez-González MÁ, Corella D, Salas-Salvadó J, Ros E, Covas MI, Fiol M, et al. Cohort profile: design and methods of the PREDIMED study. *International Journal of Epidemiology*. 2012;41(2):377-85.
26. Schröder H, Fitó M, Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvadó J, et al. A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women. *The Journal of Nutrition*. 2011;141(6):1140-5.

27. Pehlivanoğlu EFÖ, Balcıoğlu H, Ünlüoğlu İ. Akdeniz diyeti bağlılık ölçeği'nin türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2020;42(2):160-4.
28. Dayı T, Erge S. Diyet Posasının ve Bağırsak Mikrobiyotasının Kolon Kanseri Riskine Etkileri. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 2020;48(1):91-7.
29. Górka P, Górna I, Przysławski J. Mediterranean diet and oxidative stress. *Nutrition & Food Science*. 2021;51(4):677-89.
30. Martínez-González MA, García-López M, Bes-Rastrollo M, Toledo E, Martínez-Lapiscina EH, Delgado-Rodríguez M, et al. Mediterranean diet and the incidence of cardiovascular disease: a Spanish cohort. *Nutrition, Metabolism And Cardiovascular Diseases*. 2011;21(4):237-44.
31. Shai I, Schwarzfuchs D, Henkin Y, Shahar DR, Witkow S, Greenberg I, et al. Weight loss with a low-carbohydrate, Mediterranean, or low-fat diet. *New England Journal of Medicine*. 2008;359(3):229-41.
32. Trichopoulou A, Bamia C, Trichopoulos D. Mediterranean diet and survival among patients with coronary heart disease in Greece. *Archives of Internal Medicine*. 2005;165(8):929-35.
33. Serra-Majem L, Ribas L, Ngo J, Ortega RM, García A, Pérez-Rodrigo C, et al. Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutrition*. 2004;7(7):931-5.
34. Abbas A, Al-Otaibi T, Gheith OA, Nagib AM, Farid MM, Walaa M. Sleep quality among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and its impact on medical errors: Kuwait experience. *Turkish Thoracic Journal*. 2021;22(2):142.
35. Kocavska D, Blanken TF, Van Someren EJ, Rösler L. Sleep quality during the COVID-19 pandemic: not one size fits all. *Sleep Medicine*. 2020;76:86-8.
36. Turkish Medical Association. [Available from: <https://www.tb.org.tr>].
37. Esquivel MK. Nutrition strategies for reducing risk of burnout among physicians and health care professionals. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2021;15(2):126-9.
38. Migdanis A, Tsolis K, Migdanis I, Kaltsa AG, Fytsilis FA, Manouras A, et al. The effect of shift working on dietary patterns of healthcare practitioners during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Medicina*. 2024;60(4):627.
39. Zhao M, Tuo H, Wang S, Zhao L. The effects of dietary nutrition on sleep and sleep disorders. *Mediators of Inflammation*. 2020;2020(1):3142874.
40. Özcan BA, Yeşilkaya B, Yılmaz HÖ, Günel AM, Özdemir AA. Effects of adherence to the Mediterranean diet on depression, anxiety, and sleep quality during the Covid-19 pandemic in Turkey. *International Journal of Innovative Research and Reviews*. 2021;5(2):39-44.
41. Amiri S, Alajlouni O, Al-Rawi SO, Samra A, Jamil G, Kieu A, et al. Effect of Mediterranean diet and physical activity on healthcare professional depression, burnout and professional fulfillment during COVID-19. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. 2025;31(1):240-7.
42. Bakirhan H, Bakirhan YE, Yaşar G. Shift work, sleep, and burnout: The impact of Mediterranean dietary pattern and nutritional status on emergency healthcare workers. *Nutrition & Food Science*. 2023;53(2):402-15.
43. Vasantha Raju N, Harinarayana N, editors. Online survey tools: A case study of Google Forms. National conference on scientific, computational & information research trends in engineering, GSSS-IETW, Mysore; 2016.

**PERİFERİK İNTRAVENÖZ KATETER UYGULANAN
HEMATOLOJİK ONKOLOJİ HASTALARINDA FLEBİT
GELİŞME DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER
THE DEVELOPMENT OF PHLEBITIS IN HEMATOLOGIC
ONCOLOGY PATIENTS WITH PERIPHERAL INTRAVENOUS
CATHETER AND AFFECTING FACTORS**

Vahide ATAY¹, Nazan KILIÇ AKÇA²

¹Uzman Hemşire, Ankara Üniversitesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Ankara, Türkiye

² Prof. Dr. İzmir Bakırçay Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, İzmir, Türkiye

Özet

Amaç: Periferik intravenöz kateter uygulanan hematolojik onkoloji hastalarında flebit gelişme durumunu ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve yöntem: Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapıldı. Araştırmanın evrenini bir yıl boyunca bir hastanenin hematoloji kliniğine yatan (N=1050) hastalar oluşturdu. Örneklem ise Temmuz 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında yatarak tedavi gören ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan (n=150) hastalar alındı. Araştırmanın verileri hasta bilgi formu ve görsel infüzyon flebit skalası kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde Shapiro-Wilk, Ki-Kare ve Pearson korelasyon testleri kullanıldı. p<0.05 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Bu çalışmada periferik intravenöz kateter uygulanan hematoloji onkoloji hastalarının %5.3'ünde flebit geliştiği saptandı. Araştırma kapsamına alınan hastalarda en fazla 49-72 saat aralığında %2.7 oranında (dört hasta) birinci derece flebit geliştiği belirlendi. Hastalardan obez, hastanede 15 gün ve üzeri yatan, nötropenik, sürekli izotonik sıvı infüzyonu alan, günlük intravenöz yoldan 3 ve üzeri ilaç uygulanan ve intravenöz yoldan geniş spektrumlu antibiyotik kullanan hastalarda flebit gelişme oranı daha yüksek saptandı (p<0.05).

Sonuç: Hastaların %5.3'ünde çeşitli derecelerde flebit geliştiği ve tedavi süreciyle ilgili bazı değişkenlerin flebit gelişimini etkilediği saptandı. Hemşirelerin uygun protokol doğrultusunda intravenöz kateterizasyon girişini sağlaması, intravenöz ilaçları uygun içerikte uygulaması, giriş bölgesinin flebit açısından düzenli takip etmesi ve hastaları flebit belirtileri yönünden bilgilendirmesi flebit gelişimini azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: Periferik intravenöz kateter, Flebit, Ağrı, Hematoloji, Kanser, Hemşirelik

Abstract

Objectives: To determine the development of phlebitis and the factors affecting it in hematological oncology patients who received peripheral intravenous catheters.

Materials and methods: The study was conducted descriptive and cross-sectional. The population of the study consisted of 1050 patients hospitalized in the hematology clinic of a hospital for one year. The sample of the study included 150 patients who were hospitalized between July 2018 and April 2019, were suffering from oncological hematology and met the inclusion criteria. The data of the study was collected using a patient information form and the visual infusion phlebitis scale. For data analysis, Shapiro-Wilk, Chi-square and Pearson correlation tests were used. The results were assessed significance level of p<0.05.

Results: In this study, it was determined that 5.3% of hematology oncology patients who were applied peripheral intravenous catheters developed phlebitis. Among the peripheral intravenous catheters inserted to the patients included in the study, it was observed a t most 49-72 hours first degree phlebitis developed in 2.7% (4 patients) of catheters. It was also determined that development rate of phlebitis was higher among patients who were obese, neutropenic, were receiving continuously isotonic fluid infusion, were hospitalized for 15 or more days, were receiving their medication via catheter 3 or more times per day, were using broad-spectrum antibiotics intravenously (p<0.05).

Conclusion: It was found that 5.3% of the patients developed phlebitis at various degrees and that some variables related to the treatment process affected the development of phlebitis. Nurses who open catheters in accordance with appropriate protocol, properly administer drugs, regularly monitor the insertion site for phlebitis, and inform patients about the symptoms of phlebitis may decrease the development of phlebitis.

Key words: Peripheral intravenous catheter, Phlebitis, Pain, Hematology, Cancer, Nursing

ORCID ID: V.A. 0000-0002-1862-7907; N.K.A. 0000-0001-6007-1896

Sorumlu Yazar: Vahide Atay, Ankara Üniversitesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi

E-mail: vahideatay@outlook.com

Geliş tarihi/ Date of receipt: 03.07.2024

Kabul tarihi / Date of acceptance: 08.10.2025

GİRİŞ

İntravenöz (İV) tedavi, ilaç, sıvı ya da kan ürünlerini damar içine uygulama yöntemidir (1). İntravenöz uygulamanın yapılabilmesi için, yatan hastaların %70'den fazlasına invaziv bir uygulama olan periferik intravenöz kateter (PİVK) yerleştirilmektedir. Araştırmalarda komplikasyonlarla ilgili çok fazla bilgiye ulaşılamamasıyla birlikte hastanede yatan hastalarda her saniye PİVK'nın neden olduğu komplikasyonlardan en az birinin geliştiği bildirilmektedir. Bu komplikasyonların en sık görüleni ise flebittir (2-4). Flebit; venlerin tunika intima tabakasının inflamasyonudur ve önlenebilir bir komplikasyondur (5,6). Flebit semptomları ise bölgede eritem, sıcaklık, şişme ve venöz geçiş yolu boyunca hissedilebilen fibröz doku oluşumlarıdır. Klinik önemini yanı sıra çeşitli çalışmalar flebitin sağlık sistemi için ek maliyetlere neden olabildiğini, uzun hastanede kalışlar gerektirdiği için daha ciddi tıbbi komplikasyonlara yol açabildiğini göstermiştir (7,8).

Dünya genelinde flebit insidansındaki eşitsizlik (%0-80) flebit değerlendirme konusunda standart yöntemin olmamasına bağlanabilir (3,9). Bu nedenle flebit insidansı araştırılan örnekleme ve kullanılan tanılama skalasına bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda ortalama 330 milyon PİVK uygulanmaktadır. Flebit oranı yılda ortalama 150 milyon PİVK'de %5 olarak bildirilmiştir (10). Flebit gelişme oranı Portekiz dahiliye servisinde uygulanan çalışmada %11 (11), İran'da cerrahi servisinde en az 72 saat tutulan PİVK uygulanan hastalarla yapılan bir çalışmada %44 (12), Çin'de bir hastane genelinde yapılan çalışmada hematoloji hastalarında %5.7 olarak bildirilmiştir. Türkiye'de flebit oranlarına bakıldığında, pediatri dahil 4 farklı klinikte yapılan bir çalışmada %67.2 ve karma hasta gruplarıyla yapılan bir çalışmada ise kanser hastalarda %28.9 olarak bildirilmiştir (5,13).

PİVK ilişkili flebit genetik faktörler, yaş, cilt yapısı, kilo vb. faktörlerle birlikte periferik venlerde ortaya çıkan mekanik, kimyasal

veya bakteriyel faktörlere bağlı olabilir (8,14). Flebit gelişimini etkileyen faktörler arasında, çoklu ve osmolaritesi yüksek intravenöz ilaç kullanımı, uzun süreli kortikosteroid tedavisi, nötropeni, malnütrisyon, dolaşım bozukluğu, kateterin yapıldığı madde, kater büyüklüğü, kateter ucunun damar duvarını tahriş etmesi, tekrarlı girişler gibi nedenler sayılabilir (8,15-17).

Son yıllarda kanser vakalarının giderek artması, ileri tetkik ve tedavi ekipmanlarının gelişmesi nedeni ile hastaya uygulanan PİVK işlemleri artmış ve bu da flebit önleme konusunda hemşirelerin görev ve sorumluluklarını arttırmıştır. Kanser hastalarında İV kemoterapi, çoklu antibiyoterapi, kan ürünleri uygulaması ve yeterli hidrasyonun sağlanması için PİVK uygulanması ve kateter açıklığının uzun zaman sağlaması hem hastalar hem de hemşireler açısından oldukça zorlayıcıdır (1,18). Hemşireler hastaların PİVK girişini yapar, izler ve bakım yapar. PİVK komplikasyonları, hastaların hastanede kalış süresinin ve tedavisinin uzamasına, hastanın ağrı yaşamasına, sağlık çalışanının iş yükünün artmasına ve yüksek maliyetlere neden olmaktadır (8). Bu nedenle, flebite neden olan faktörlerin belirlenerek ortaya konması hasta ve çalışan güvenliği açısından oldukça önemlidir (4).

Ülkemizde değişik hasta gruplarında flebit gelişme durumu ve etkileyen faktörlere ilişkin çalışmalar sınırlı sayıda olup hematolojik onkoloji hastalarında flebit oranı, ağrı şiddeti ve etkileyen faktörlere ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmanın hematolojik onkoloji kliniğinde PİVK uygulanan hastalarda flebit gelişme durumu ve etkileyen faktörleri ortaya koyacağı ve hemşirelik uygulamalarında ve bakımında farkındalık kazandıracığı düşünülmektedir.

GEREÇ YÖNTEM

Bu çalışma hematolojik onkoloji tanısı almış olup kemoterapi protokolünü tamamlamış sonrasında çeşitli komplikasyonlar nedeniyle yatarak takip edilen hastalarda flebit gelişimini, ağrı şiddetini ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu çalışma bir üniversitenin 24 yataklı hematoloji kliniğinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini bir yıl boyunca bir üniversite hastanesinin hematoloji kliniğine yatan 1050 hasta oluşturmuştur. Örneklem seçimi ise evreni bilinen örneklem formülü ile yapılmıştır. Örneklem sayısı en az 132 bulunmuş olup Temmuz 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında yatarak tedavi gören onkolojik hematoloji hastalığı bulunan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan 150 hasta örnekleme alınmıştır.

P: Anakütlede gözlenen oran (%5.7) (19).

E: Kabul edilen hata oranı (%1)

Z: Seçilen güven aralığındaki standart normal dağılım (1.96)

N: Evren büyüklüğü (1050)

n: Araştırma örneklemi

$$N t^2 p q$$

$$N = \frac{N t^2 p q}{d^2(N-1) + t^2 p q}$$

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Onkolojik hematoloji tanısı ile kliniğe yatışı yapılan
- Aktif kemoterapi alma döneminde olmayan
- 18 yaş üstü
- Periferik intravenöz kateter uygulanan
- BKİ ≤18- ≥35 olmayanlar
- İletişim problemi olmayan
- Çalışmaya katılmayı kabul edenler

Araştırmaya alınmama kriterleri;

- Kemoterapi tedavisi alan
- Ekstravazasyon gelişen

Kateterler acil servisten kliniğe kabul edilen ve hematoloji kliniğinde bulunan hastalara hemşireler tarafından takılmaktadır.

Hastalar klinikte ortalama 1-1.5 ay süreyle kalmaktadır. Klinikte ziyaret yasak olup her hastanın yanında bir refakatçisi bulunmaktadır. Klinikte teflon (PTFE: Polytetrafluoroethylene) içerikli kateterler kullanılmaktadır. PVK uygulama öncesinde bölge %70'lik alkollü pamuk ile temizlenmekte, kateterin sabitlenmesi beyaz flaster ile sağlanmaktadır. Hematoloji kliniğinin PİVK girişim protokolü bulunmaktadır. Bütün girişim ve kontroller bu protokole göre hemşireler tarafından yapılmaktadır.

Kateter giriş yerini hemşireler değerlendirilmekte olup bölgede ısı artışı, ağrı, hassasiyet gibi semptomlar bulunuyorsa kateter çıkarılmaktadır. PİVK giriş bölgesinde bu gibi semptomlar yoksa kateter 96 saatte bir değiştirilmektedir. PİVK giriş bölgesi sabah ve akşam vardiyasında birer kez olmak üzere günde 2 kez gözlenmektedir. Araştırmanın yapıldığı klinikte damar yolu açıklığı sürdürmek için serum fizyolojik kullanılmaktadır. Hastaya PİVK'den verilen sıvılar, ilaçlar ve kateterin takılma ve çıkarılma tarihleri hemşire izlem formuna sistematik olarak kaydedilmektedir.

Veri Toplama Araçları

Araştırma Anket formundaki hastalara ilişkin bilgiler hastanenin kullandığı bilgi işlem sistemi ve hemşire izlem formu kullanılarak toplanmıştır. Görsel İnfüzyon Flebit Skalası ile 96 saatte kadar araştırmayı yapan hemşire tarafından hastanın PİVK bölgesi değerlendirilmiştir. Hastada flebit görüldüğünde bölgenin genişliğini belirlemek için kâğıt milimetrik cetvel ve bölgenin ağrı şiddetini değerlendirmek için VAS kullanılmıştır. Bunun dışında, hastanın bölge ile şikâyeti olduğunda kateter bölgesi aynı ölçekle değerlendirilerek kateter çıkartılmıştır.

Hasta bilgi formu; literatür taranarak oluşturulan formda hastanın yaşı, cinsiyeti, tanısı, kronik hastalığı, çoğunlukla kullandığı ekstremiteler, vücut kitle indeksi, kateterin kullanıldığı süre, kateter boyutu, flaster tipi, dosiflow kullanımı, üç yollu musluk kullanımı, kateterin takılı olduğu ekstremiteler, kateterin

uygulandığı yer, kateterin olduğu bölgeye girişim sıklığı, hastaya kullanılan ilaçlar, ilaçların verilmiş süresi, infüzyonların verilmiş hızı, kateteri uygulayan kişinin eğitim durumu ve kateteri uygulayan kişinin deneyim süresi gibi bilgileri elde etmeye ilişkin 28 sorudan oluşmaktadır (4,13,15,20,24,25).

Görsel İnfüzyon Flebit Tanılama Skalası-GİFTS (Visual Infusion Phlebitis Assessment Scale, Staging Key – Peripheral IV'sVIPAS): Yaygın olarak kullanılan İntravenöz Hemşireler Birliği'nin yayınlamış olduğu, Schultze ve Gallant (2006) tarafından geliştirilen, Türkçe dil ve içerik geçerliği Paşalıoğlu ve Kaya (2014) tarafından yapılan GİFTS 5 aşamadan oluşmaktadır. GİFTS, PİVK'den ilaç uygulanırken kateterin olası riskler açısından gözlemlenmesi ve flebit gelişmesi halinde flebitin her aşamasında belirtileri ile derecelendirmesini içermektedir (26).

Vizüel Ağrı skalası (VAS): Flebit bölgesi ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde VAS kullanıldı. VAS; anlaşılır, etkin, tekrar tekrar uygulanabilen ve az malzeme gerektiren ağrı şiddeti ölçüm aracıdır. Klinik ortamda ağrı şiddetinin hızlı bir şekilde ölçülmesini sağlar. VAS, yatay veya dikey olarak çizilmiş eksen üzerinde 0'dan 10 kadar sayılardan oluşur. Bu çizginin iki ucunda öznel tanımlayıcı kriteri bulunur (ağrı yok ve çok şiddetli ağrı). Hastaya bu eksen üzerinde ağrısının şiddetine uyan sayıyı göstermesi söylenir. Hastanın ağrı şiddeti sayısal olarak bulunmuş olur (26).

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın kurumda yürütülebilmesi için Bozok Üniversitenin Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuru yapılmış ve araştırmanın yapılabileceğine dair etik kurul kararı (Karar no: 2017-KAEK-189_2018.05.30_08) 30.05.2018 tarihinde alınmıştır. Araştırmada Helsinki Bildirgesi'ndeki etik ilkelere uyularak bireylerin bilgilerinin gizlilikleri korunmuştur. Araştırmanın yürütüldüğü kurumdan, çalışmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu ile yazılı başvuruda bulunularak yazılı izinler alınmıştır. Araştırmada, araştırmaya

dahil edilebilen hastalar öncelikle araştırma konusunda bilgilendirilmiş ve yazılı onamları alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS paket program kullanılarak değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler, tanımlayıcı istatistikler (yüzdeler, ortalama, standart sapma) ve Ki-Kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Bütün testlerde sonuçlar %95 güven aralığında $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmada yer alan hastaların %60.7'sinin erkek ve yaş ortalamalarının 56.8 ± 16.3 olduğu saptandı. Hastaların %41.3'ünün obez olduğu, %67.3'ünün tanısının lenfoma olduğu, %34'ünün ikincil bir kronik hastalığı bulunduğu belirlendi. Hastaların %80'inin iki haftadır hastanede yattığı, hastanede yatma süresi ortalamalarının $18.0 \pm 10.3(4-36)$ ve %78'inde ise nötropeni olduğu tespit edildi. Hastalara takılan PİVK'ların %76.7'sinin 22 numaralı olduğu, %70.9'unun hastanın sağ tarafına, %74'ünün ön kol iç yüzüne ve %80'inin birinci denemede takıldığı belirlendi. Klinikte hastalara PİVK takılan hemşirelerin klinik deneyimleri değerlendirildiğinde %70.7'sinin 61 ay ve üstü deneyime sahip oldukları saptandı. Klinikte takılana PİVK'lerin damarda kalma sürelerine bakıldığında %82.7'sinin 73-96 saat kaldığı ve sadece %8.7'sinin 0-24 saatte çıkarıldığı belirlendi. PİVK'lerin çıkarılma nedenine bakıldığında ise sırasıyla; %87.3'ünün son kullanım süresi olan 96 saati doldurması, %7.4'ünün tıkanması ve %5.3'ünün flebit gelişmesidir (Tablo 1).

Araştırma kapsamına alınan hastalarda kalış zamanına göre PİVK ilişkili flebit gelişme durumu değerlendirildiğinde; 0-24 saatte %1.3'ünde (2 hasta) birinci derece, 49-72 saatte %2.7'sinde (4 hasta) birinci derece ve 73-96 saatte %0.7'sinde (1 hasta) ikinci derece, %0.7'sinde (1 hasta) ise dördüncü derece flebit geliştiği tespit edildi. Araştırma kapsamına alınan hastalarda PİVK ilişkili flebite bağlı ağrı

şiddeti değerlendirildiğinde 0-24 saatte ortalama 2.5 (3-5), 49-72 saatte ortalama 2.25 (1-6) ve 73-96 saatte 2.1 (1-6) şiddetinde ağrı yaşadıkları saptandı (Tablo 2).

Tablo 1. Hematolojik onkoloji hastalarının PİVK özelliklerine göre dağılımı (n=150)

Özellikler	n	%
Kateter numarası		
20 numara	35	23.3
22 numara	115	76.7
PİVK'in takıldığı bölge		
Ön kol iç yüzü	111	74.0
El üstü	18	12.0
Dirsek ön yüzü	9	6.0
El bileği iç yüzü	7	4.7
Üst kol	5	3.3
PİVK takma başarısı		
Birinci deneme	120	80.0
İki ve üzeri deneme (üç kişi üç defa bir kişi dört defa)	30	20.0
Kateteri takan kişinin deneyimi		
0-60 ay	44	29.3
61 ay ve üstü	106	70.7
PİVK takılan kol		
Sağ	94	62.7
Sol	56	37.3
PİVK kalma süresi		
0-24 saat	8	5.3
25-48 saat	4	2.7
49-72 saat	7	4.7
73-96 saat	131	87.3
PİVK çıkarılma nedeni		
96 saatin dolması	124	87.3
Tıkanma	18	7.4
Flebit gelişme	8	5.3

Araştırmaya katılan hastaların BKİ'sine göre PİVK ilişkili flebit gelişme durumu değerlendirildiğinde BKİ'si 25.01 ve üstü olanların %8.7'sinde flebit geliştiği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p=0.047). Hastaların hastanede yatma sürelerine göre PİVK ilişkili flebit

gelişme durumlarına bakıldığında 15 gün ve daha uzun süre hastanede yatan hastaların %10'unda flebit geliştiği saptandı (p=0.019). Nötropenik hastaların (<1500) hastaların %6.8'inde flebit geliştiği ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (p= 0.013) (Tablo 3).

Tablo 2. Hematolojik onkoloji hastalarının PİVK ilişkili flebit ve ağrı gelişme durumuna göre dağılımı (n=150)

	0-24saat Sayı (%)	25-48 saat Sayı (%)	49-72 saat Sayı (%)	73-96 saat Sayı (%)	Toplam Sayı (%)
Flebit					
Evet	2(%1.3)	0	4(%2.7)	2(%1.3)	8(%5.3)
Hayır	148(%98.7)	150(%100)	146(%97.3)	148(%98.7)	142(%94.7)
Flebit derecesi					
0					
1	2(%1.3)		4(%2.7)		
2				1(%0.7)	
3					
4				1(%0.7)	
Flebit zamanına göre ağrı şiddeti (VAS)	2.5(3-5)	2.5(2-5)	2.25(1-6)	2.1(1-6)	

Hemşirenin hastaya kateter takma başarısı ile PİVK ilişkili flebit gelişme durumuna bakıldığında, birinci denemede kateteri takılanlarda %4.2 oranında ve iki ve üzeri denemede kateter takılanlarda %10 oranında flebit geliştiği görüldü (p=0.019). Hemşirenin PİVK takma sırasındaki damar içindeki hamle sayısı ile flebit gelişme durumu değerlendirildiğinde, katetere damar içinde müdahale yapılanlarda %21.4 oranında PİVK ilişkili flebit geliştiği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p=0.009). Kateterin vende kalış süresinin PİVK ilişkili flebit gelişimine etkisi incelendiğinde, vende kalış süresi 49-72 saat olan kateterlerin %57.1'inde flebit geliştiği ve ardaki farkın diğer zaman dilimlerine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p<.001) (Tablo 4).

Hastalara hastanede yattığı süre içinde uygulanan PİVK'lerden sürekli sıvı desteği verilen kateterlerin %8.3'ünde, izotonik sıvı desteği verilen kateterlerin %6.8'inde flebit gelişti. Hastanın aldığı sıvı desteği ve cinsi ile flebit gelişme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (p<0.05). Hastalara hastanede yattığı süre içinde uygulanan PİVK'lerden günde üç ve daha fazla intravenöz ilaç uygulanan kateterlerin %6.8'inde, intravenöz bolusla ilaç uygulanan kateterlerin %7.1'inde ve geniş spektrumlu antibiyotik uygulananların %6.3'ünde PİVK ilişkili flebit geliştiği ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (p<0.05) (Tablo5).

Tablo 3. Hematolojik onkoloji hastalarında PİVK ilişkili flebit oluşumu için risk faktörleri (n=150)

Özellikler	Flebit				Test(χ^2) P	OR	95%CI for OR
	Evet		Hayır				
	n	%	n	%			
Beden kütle indeksi							
Normal (20-25)	2	2.3	86	97.7	.047	4.34	0.84-22.28
Kilolu (25.01 ve üstü)	6	8.7	56	90.3			
Hastanede yatış süresi ortalaması							
14 gün ve altı	5	4.2	115	95.8	.019	2.55	0.57-11.35
15 gün üstü	3	10.0	27	90.0			
Günlük intravenöz yolla verilen ilaç sayısı							
2 ve altı	1	1.5	66	98.5	.044	6.07	0.72-50.69
3 ve üstü	7	8.4	76	91.6			
Hemşirenin PİVK takma başarısı							
Birinci deneme	5	4.2	115	95.8	.019	2.55	0.57-11.35
İkinci ve üzeri	3	10.0	27	90.0			
PİVK takılırken sabitlemeden önce yapılan pozisyonel (sağ, sol, ileri, geri) damar içinde müdahale etme							
Evet	4	21.4	15	78.9	0.009	8.33	0.80-62.66
Hayır	4	3.1	127	96.9			
Intravenöz bolus yöntemiyle ilaç uygulama							
Evet	7	7.1	92	92.9	.017	3.80	0.55-12.15
Hayır	1	2.0	50	98.0			
Kateter kalış süresi							
0-24 saat	2	25.0	6	75.0	<.001**		
25-48 saat	0	0.0	4	100.0			
49-72 saat	4	57.1	3	42.9			
73-96 saat	2	1.5	129	98.5			
İntravenöz sıvı infüzyon şekli*							
Sürekli	8	8.3	88	91.7	.025		
Aralıklı	0	0.0	54	100.0			
Nötrofil sayısı*							
<1500	8	6.8	109	93.2	.013*		
≥1500	0	0.0	33	100.0			
İntravenöz antibiyotik uygulama*							
Evet	8	6.3	119	93.7	0.042		
Hayır	0	0.0	23	100.0			

*Bölen sıfır olduğu için OR hesaplanamamıştır. **4x2 olduğu için OR hesaplanamamıştır.

OR: Odds Ratio

PİVK: Periferik intravenöz kateter

TARTIŞMA

Hematolojik onkoloji hastalarında PİVK'ler sıvı-elektrolitlerin, kan ve kan ürünlerinin, ilaç ve parenteral beslenmenin,

kemoterapi ilaçlarının uygulanması ve hemodinamik takip için oldukça sık kullanılmaktadır. Yapılan geniş çaplı bir

çalışmada PİVK ile ilişkili komplikasyonlar arasında flebit en yaygın görülen komplikasyon olarak belirtilmiştir (27). Bu çalışmada kemoterapi protokolü dışında kalan 150 hastanın yatışından taburculuğuna kadar PİVK ilişkili flebit gelişme durumu, bölgedeki ağrı şiddeti ve etkileyen faktörler incelendi. Bu çalışmada kemoterapi protokolü dışında olan hematolojik onkoloji hastalarında PİVK ilişkili flebit gelişme oranı %5.3 saptandı. Gao ve ark., (2015) kanser hastalarında yaptığı çalışmada kateter bölgesinde komplikasyon oranını %5.7, flebit oranını ise %1.86 olarak belirtilmiştir. Fernandez ve ark., (2017) karışık hasta popülasyonu ile yaptığı çalışmada kemoterapi alan kanser hastalarında flebit gelişme oranı %7.8 olarak saptanmıştır. Bulgularımız uluslararası literatürle benzerdir. Çalışmamızda hematolojik onkoloji hastalarında flebit sıklığı İnfüzyon Hemşireler Birliği tarafından kabul edilen %5 orana yakın bir oranda (%5.3 (8 hasta)) bulundu (28). Hasta ayırımı yapılmadan yapılan çalışmalarda ise flebitin tanımlanması, değerlendirilmesi, değişkenlerine ve çalışılan popülasyona bağlı olarak flebit sıklığının değişebildiğini göstermektedir. Ülkemizde ise flebit gelişmesi üzerine yapılan çalışmalarda bakıldığında onkoloji hastalarıyla yapılan spesifik bir çalışma olmamakla beraber genel servislerde ve PİVK protokolü olmayan hastanelerde yapılan çalışmalarda flebit oranı %41.2-67.2 arasında olduğu görülmüştür (4,13,18,22). Çalışmada hastalarda flebit oranının düşük çıkma nedeni çalışmanın yapıldığı klinikte PİVK takma girişim protokolü kullanılması olarak düşünülmektedir. Aynı zamanda flebit varlığını analiz etmek için kullanılan metotlar ve skalaların farklı olması da tanı ve ciddiyeti standartlaştırmayı zorlaştırmaktadır. Flebit hasta açısından değerlendirildiğinde hastanın ağrı yaşamasına neden olan bir durumdur. Araştırma kapsamına alınan ve PİVK ilişkili flebit gelişen hastaların flebit derecelerine göre ağrı şiddeti değerlendirildiğinde 0-24 saatte flebit gelişenlerin hafif şiddette, 49-72 saatte flebit gelişenlerin ve 73-96 saatte flebit gelişenlerinde orta şiddette ağrı yaşadıkları saptanmıştır.

İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da flebit derecesi arttıkça hastaların ağrı şiddetinin de arttığı belirlendi. Kuş ve Büyük Yılmaz'ın (2018) çalışmasında da hastaların flebit derecesi arttıkça ağrı şiddetinin arttığı saptanmıştır.

İnfüzyon Hemşireler Birliği'nin infüzyon tedavisi uygulama standartlarında PİVK'lerin 8 saatte bir kontrol edilmesi şartıyla 96 saatte bir değiştirilme gerektiğini vurgulamaktadır ((28). Ayrıca, Rickard ve ark., (2012)'in çalışmasında, eğer bir PİVK hala kullanılabilir durumdaysa ve enfeksiyon belirtileri yoksa, kateteri değiştirmenin gereksiz olabileceğini vurgulamıştır. Chang ve Peng 2018 yılında 12 çalışmayla yaptıkları meta analizde >96 saat flebit riskinin arttığını, ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirtmişlerdir (Klinikte uygulanan prosedüre göre komplikasyon yoksa 96 saat dolduğunda kateter çıkartılır). Araştırmamızda da PİVK kalış süresi en çok 73-96 saat (%87.3) arasında olmuştur ve süre dolduğu için kateterler çıkarılmıştır. Nyika ve ark., (2018) da yaptıkları çalışmada kateter kalış süresinin en çok %86.96 ile 96 saatten fazla kullanılan kateterler olduğunu bulmuşlardır. Yapılan bir meta analizde de kalış süresinin flebit gelişiminde anlamlı olmadığı saptanmıştır (29). Bulgularımız literatürle benzerdir. Araştırmamızda vende kalış süresi 49-72 saat olan PİVK'lerin %2.7 (4 hasta)'inde flebit geliştiği ve süre açısından istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Fernandez ve ark., (2017) yaptıkları çalışmada en çok flebitin 49-72 saatlerde geliştiğini bulmuşlardır. Bulgularımız literatürle uyumludur.

İnfüzyon Hemşireler Birliği uygulama protokolünde hemşirelik bakımının etkinliği ile birlikte PİVK'de flebit gelişimini önlemede; kullanılan kateterin yapıldığı materyal, PİVK yerleştirilen anatomik bölge, takan kişinin deneyimi, kateterin uzunluğu ve kalınlığı, kateterin vende kalış zamanı, kateterden uygulanan ilaç cinsi, sıvının konsantrasyonunun da etkili olduğu belirtilmektedir (28-30). Yapılan bu çalışmada tercih edilen kateter giriş bölgesi kateterden maksimum yararlanım sağlamak açısından, hastanın konforu

düşünülerek çok ince, kısa, dallanan zorlu venler olmadıkça eklem yerlerinden ve el üstünden seçilmemiştir. PİVK takılırken en çok ön kol kullanılmıştır. En çok ön kol iç yüzü kullanılan hastalarda (%6.3'ünde) flebit gelişmiştir. Çalışma ile benzer şekilde yapılan başka çalışmalarda da PİVK uygulamalarında en fazla ön kolda flebit geliştiği belirtilmiştir (6,18,30,31). Bu araştırmada da benzer şekilde takılan bölge flebit gelişiminde anlamlılık göstermemiştir.

Hasta güvenliğini ve sağlık bakım kalitesini sağlamak için, PİVK girişiminden sorumlu olan hemşire PİVK'yi uygun bir şekilde damar içine yerleştirmelidir. PİVK yerleştirilirken damarda oluşan mekanik travma PİVK'ye bağlı oluşan komplikasyonları etkiler (21). Hemşirenin kateter uygulama başarısının flebit gelişimi ile ilişkisine bakıldığında iki ve üzeri deneme yapılanlarda %10 (OR 2.55) ve girdikten sonra damar içindeki hamle sayısı iki ve daha fazla ise %21.4 (OR 8.33) olduğu saptandı. Aydın ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada da aynı bölgeden 2 ve üzeri denemeye takılan PİVK'lerin komplikasyon gelişimini anlamlı derecede etkilediği belirtilmiştir. Tekrarlı girişlerin ve damar içindeki müdahalelerin damarın intima tabakasına zarar vermesi inflamasyon riskini arttırmaktadır. Çalışma literatürle benzerlik göstermektedir. PİVK'den verilen sıvılar kimyasal flebitlere yol açabilir (11,32,33). İnfüze edilen sıvının pH düşüklüğü, osmolaritesinin fazla olması, infüzyon sıvısının partikül içermesi başlıca sebeplerdir (21,33). Araştırmadaki hastaların hematolojik kanser hastaları olmaları, sürekli infüzyon tedavisi almaları, kemoterapi tedavisi almaları, immünsupresyona bağlı gelişen enfeksiyon sonucunda geniş spektrumlu antibiyoterapi almaları, kan ve kan ürünü kullanımı tunika intimada harabiyete yol açabilmektedir. Çalışmaya alınan hastalardan sürekli infüzyon yapılan, izotonik sıvı tedavisi alan, günlük üç ve üzeri İV tedavi uygulanan, bolus yöntemiyle ilaç uygulanan, İV geniş spektrumlu antibiyotik alanlarda anlamlı olarak flebit gelişme oranı

daha yüksek tespit edildi. Yapılan çalışmalarda da İV uygulamalarda veni irrite eden osmolaritesi yüksek sıvıların ve ilaçların tek seferde ve sık verilmesinin PİVK ilişkili flebit riskini arttırdığı saptanmıştır (18,31,34). Bulgularımız literatürle benzerdir.

Cinsiyet, yaş, vücut kitle indeksi, beslenme durumu, hastalığın ve komorbiditeleri de dahil olmak üzere hastanın fizyolojik özellikleri de venöz komplikasyon oluşumunu etkiler (35); ancak bunlar hemşirelerin kontrol edemediği potansiyel risk faktörleridir. Flebit gelişimine neden olan kişiye bağlı faktörlerden biri obezitedir (36). Araştırmaya alınan hastalardan BKİ'si 25 ve üzerinde olan obez hastaların %8.7'sinde flebit geliştiği ve diğer gruplara göre anlamlı olduğu bulunmuştur. Aydın ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada da obez olan hastalarda PİVK'lere bağlı komplikasyon gelişiminin anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir. Araştırma bulguları literatürle benzerlik göstermektedir.

Hastanede kalış süresi uzadıkça kullanılan PİVK girişim sayısı da artmaktadır (37). Hastaların hastanede kalış sürelerine göre flebit gelişme durumu incelendiğinde çalışmamızda 15 gün ve daha uzun süre hastanede yatan hastaların %10'unda flebit geliştiği ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Fernandez ve ark.'nın 2017'te yaptıkları çalışmada 10 günden az hastanede kalan hastalarda flebit görülme sıklığı %15.8 iken, 10-19 gün arasında hastanede kalanlarda %55.3 olarak bulunmuştur. Fernandez ve ark yaptıkları bu çalışma bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Çalışmamızda araştırmaya alınan hastaların büyük çoğunluğunun kliniğe ilk yatışından itibaren lökopenisi bulunmaktadır. Araştırmaya alınan hastalardan nötropenisi (<1500) olan hastalarda (%6.8) flebit gelişiminin daha fazla olduğu bulunmuştur. Nyika ve ark., (2018) çalışmalarında lökopenisi olan hastaların %13.04'ünde flebit geliştiğini belirtmiştir.

Hematoloji kliniğinde yatmakta olan hematolojik onkoloji hastalarında flebit gelişme çalışmada, hastaların %7.4'ünün kateterinde obstrüksiyon geliştiği, %5.3'ünde PİVK ilişkili flebit geliştiği, flebitin en fazla 49-72 saat arasında kalan kateterde olduğu ve 49-72 saat kalan kateterde daha çok birinci derece flebit geliştiği saptandı. Flebit gelişen hastaların orta şiddette ağrı yaşadığı değerlendirildi. Flebit gelişimini etkileyen faktörler değerlendirildiğinde; obezite, 15 gün ve üzerinde hastanede yatma, nötropeni, PİVK yerleştirilirken iki ve üzeri deneme, kateterle damar içinde işlem yapma, kateter kalış süresi, sürekli sıvı infüzyonu, 24 saatte 3 ve üzeri İV ilaç ve antibiyotik verilmesi ve İV bolus yöntemiyle ilaç uygulama olduğu saptandı.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın kurumda yürütülebilmesi için Bozok Üniversitenin Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuru yapılmış ve araştırmanın yapılabileceğine dair etik kurul kararı (Karar no: 2017-KAEK-189_2018.05.30_08) 30.05.2018 tarihinde alınmıştır. Araştırmada Helsinki Bildirgesi'ndeki etik ilkelere uyularak bireylerin bilgilerinin gizlilikleri korunmuştur. Araştırmanın yürütüldüğü kurumdaki, çalışmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu ile yazılı başvuruda bulunularak yazılı izinler alınmıştır. Araştırmada, araştırmaya dahil edilebilen hastalar öncelikle araştırma konusunda bilgilendirilmiş ve yazılı onamları alınmıştır.

Sınırlılıklar

Bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar doğrultusunda; hastalara PİVK uygulama protokolü kullanılması, girişimi yapan personelin eğitiminin yapılması, PİVK giriş bölgesinin görsel flebit skalasına göre değerlendirmesi ve İV tedavi uygulamalarının standart protokoller doğrultusunda yapılması önerilir. Bu çalışma bir üniversite hastanesinin erişkin hematoloji kliniğinde yapılan tek merkezli bir çalışmadır. Başka erişkin hematoloji kliniklerini de içeren çok merkezli çalışmalar evrene genellenebilir.

durumu ve etkileyen faktörlerin incelendiği bu

Finansal Destek

Bu araştırma için finansal destek alınmamıştır.

Yazar Katkısı

Fikir/kavram: VA, NKA; Tasarım: NKA, VA; Danışmanlık: NKA; Veri toplama ve /veya veri işleme: VA; Analiz ve /veya yorum: VA, NKA; Kaynak tarama: VA, NKA; Eleştirel inceleme: NKA.

Çıkar çatışması

Makalenin yazarları arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Özkaraman A, Yeşilbakan Ö. Periferik intravenöz kemoterapi uygulamasına yönelik hemşirelik yönetimi. Osmangazi Tıp Dergisi. 2014; 36(1): 27-34.
2. Arpa Y, Cengiz A. İntravenöz infüzyon tedavisine bağlı flebit ve tromboflebit gelişimini önleme ve tanılamada sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2016; 13(1): 21-26.
3. Di Nisio M, Peinemann F, Porreca E, Rutjes AWS. Treatment for superficial infusion thrombophlebitis of the upper extremity. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015;11. (3)
4. Kuş B. ve Büyükyılmaz F. Görsel İnfüzyon Flebit Tanılama Skalası: Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum Çalışması. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2018; 26(3): 179-186.
5. Erdoğan BC, ve Denat Y. Periferik İntravenöz Kateter Komplikasyonlarından İnfiltrasyon ve Hemşirelik Bakımı. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD). 2016;13(2): 157-162.

6. Cicolini G, Manzoli L, Simonetti V, Flacco ME, Comparcini D, Capasso L, Di Baldassarre A, ve Eltaji Elfarouki G. Phlebitis risk varies by peripheral venous catheter site and increases after 96 hours: a large multicentre prospective study. *Journal of Advanced Nursing*. 2014; 70(11): 2539-2549.
7. Nassaji-Zavareh M, Ghorbani R. Peripheral intravenous catheter-related phlebitis and related risk factors. *Singapore Med J*. 2007;48(8):733-6.
8. Urbanetto JS, Peixoto CG, May TA. Incidência de flebites durante o uso e após a retirada de cateter intravenoso periférico. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2746.
9. Webster J, McGrail M, Marsh N, Wallis MC, Ray-Barruel G, Rickard CM. Postinfusion Phlebitis: incidence and risk factors. *Nurs Res Pract*. 2015;1-3.
10. Hadaway L. Short peripheral intravenous catheters and infections. *Journal of Infusion Nursing*. 2012; 35(4): 230-40.
11. Anabela S O, Pedro V. Incidence of phlebitis in patients with peripheral intravenous catheters: the influence of some of risk factors. *The Australian Journal of Advance Nursing*. 2012; 30 (2).
12. Abadi P, Etemadi, Sui Abed Saedi Zh. Investigating role of mechanical and chemical factors in the creation of peripheral vein inflammation in hospitalization patients in hospital in Zahedan, Iran. *Life Science Journal*. 2013;10 (1s): 379-383.
13. Karadeniz G, Kutlu N, Tatlisumak E, Özbakkaloglu B. Nurses' knowledge regarding patients with intravenous catheter and phlebitis interventions. *Journal of Vascular Nursing*. 2003; 21(2): 44-47.
14. Polat HAT, Akpınar RB. İki farklı materyalle tespit edilen periferik venöz kateterlerin mikrobiyolojik kolonizasyon açısından karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014;3(2): 749-760.
15. Macklin D. Phlebitis: A painful complication of peripheral IV catheterization that may be prevented. *AJN The American Journal of Nursing*. 2003;103(2): 55-60.
16. Miller SL. Vascular access challenges: small, fragile veins and tissue-paper skin. *Nursing*. 2012;42(2):62-3.
17. Fernández LA, Suárez-Mier B, Martínez-Ortega M, Lana A. "Incidence and risk factors of phlebitis associated to peripheral intravenous catheters". *Enfermeria Clinica*. 2017;27(2):79-86.
18. Pasalioglu KB, Kaya H. Catheter indwell time and phlebitis development during peripheral intravenous catheter administration. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2014;30(4): 725.
19. Maki DG, Ringer M. Risk factors for infusion-related phlebitis with small peripheral venous catheters: a randomized controlled trial. *Annals of Internal Medicine*. 1991;114(10): 845-854.
20. Lundgren A, Jorfeldt L, Ek AC. The care and handling of peripheral intravenous cannulae on 60 surgery and internal medicine patients: an observation study. *Journal of Advanced Nursing*. 1993;18(6): 963-971.
21. Uslusoy E, Mete S. Predisposing factors to phlebitis in patients with peripheral intravenous catheters: a descriptive study. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008;20(4):172-80.

22. Groll D, Davies B, Mac Donald J, Nelson S, Virani T. Evaluation of the psychometric properties of the phlebitis and infiltration scales for the assessment of complications of peripheral vascular access devices. *J Infus Nurs.* 2010; 33(6):385-90. doi: 10.1097/NAN.0b013e3181f85a73.
23. Karadağ A. Ven içi sıvı tedavisi: komplikasyonlar ve hemşirelik bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 1999; 3(1), 39-47.
24. Phillips L, Gorski LA. *Manual of IV Therapeutics: Evidence Based Practice for Infusion Therapy*; 2014.
25. Gallant P, ve Schultz AA. Evaluation of a visual infusion phlebitis scale for determining appropriate discontinuation of peripheral intravenous catheters. *Journal of Infusion Nursing.* 2006; 29(6): 338-345.
26. Büyükyılmaz F, Aştı T. The effect of relaxation techniques and back massage on pain and anxiety in Turkish total hip or knee arthroplasty patients. *Pain Management Nursing.* 2013; 14(3): 143-154.
27. Miliani K, Taravella R, Thillard D, Chauvin V, Martin E, Edouard S, Astagneau P; CATHEVAL Study Group. Peripheral Venous Catheter-Related Adverse Events: Evaluation from a Multicentre Epidemiological Study in France (the CATHEVAL Project). *PLoS One.* 2017;12(1).
28. Infusion NS. *Infusion Nursing Standards of Practice.* *Journal of infusion nursing: the official publication of the Infusion Nurses Society.* 2006; 29(1 Suppl): 1-92.
29. Rickard CM, Webster J, Wallis MC, Marsh N, McGrail MR, French V, Foster L, Gallagher P, Gowardman J, McClymont A. Routine versus clinically indicated replacement of peripheral intravenous catheters: a randomised controlled equivalence trial. *The Lancet.* 2012;380(9847):1066-1074.
30. Chang WP, Peng YX. Occurrence of phlebitis: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Research.* 2018; 67(3): 252-260.
31. Nyika ML, Mukona D, Zvinavashe M. Factors contributing to phlebitis among adult patients admitted in the medical-surgical units of a central hospital in Harare, Zimbabwe. *J Infus Nurs.* 2018;41(2):96-102.
32. Rego Furtado LC. Incidence and predisposing factors of phlebitis in a surgery department. *British Journal of Nursing.* 2011; 20(14):16-8.
33. Enes SM, Opitz SP, Faro AR, Pedreira Mde L. Phlebitis associated with peripheral intravenous catheters in adults admitted to hospital in the Western Brazilian Amazon. *Rev Esc Enferm USP.* 2016; 50(2): 263-71. doi: 10.1590/S0080-623420160000200012.
34. Aydın H, Korfalı G, Gören S, Efe EM, ve Moustafa BR. Periferik yerleştirilen santral venöz kateterleri takiben komplikasyon gelişmesi risk faktörleri: 850 hastanın retrospektif analizi. *Journal of Clinical and Experimental Investigations.* 2014; 5(1): 29-35.
35. LaRue GD, Peterson M. The impact of dilution on intravenous therapy. *Journal of Infusion Nursing.* 2011;34:117-123.
36. Salgueiro-Oliveira, A., Parreira, P. & Veiga, P. (2012). Incidence of phlebitis in patients with peripheral intravenous catheters: The influence of some risk factors. *Australian Journal of Advanced Nursing.* 2012;30(2): 32.

37. Panadero A, Iohom G, Taj J, Mackay N, Shorten G. A dedicated intravenous cannula for postoperative use effect on incidence and severity of phlebitis. *Anaesthesia*, 2002;57(9): 921-925.
38. Ulusal Damar Erişimi Yönetimi Rehberi, Hastane İnfeksiyonları Dergisi 2019;23(Ek 1):1-54
39. Zhu A, Wang T, Wen S. Peripheral intravenous catheters in situ for more than 96 h in adults: What factors affect removal? *International Journal of Nursing Practice*. 2016;22(6): 529-537.
40. Washington GT, Barrett, R. Peripheral phlebitis: a point-prevalence study. *Journal of Infusion Nursing*. 2012;35(4):252-258.
41. Marucci F, Beretta A, Yasuoka M. Chamomilla Recommended Use as Treatment and Prevention of Phlebitis in Patients with Cancer: Literature Review. *World Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*. 2018;7(9): 220-227.
42. Zingg W, Pittet D. Peripheral venous catheters: an under-evaluated problem. *International Journal of Antimicrobial Agents*. 2009;34: 38-42.
43. Gao Y, Liu Y, Ma X, Wei L, Chen W, Song L. The incidence and risk factors of peripherally inserted central catheter-related infection among cancer patients. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2015;11: 863.

HPV AWARENESS AND ACCEPTANCE OF MOTHERS WITH A GIRL'S CHILD: THE SAMPLE OF TURKEY KIZ ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN HPV FARKINDALIĞI VE KABULÜ: TÜRKİYE ÖRNEĞİ

Özlem ŞAHAN¹, Rukiye HÖBEK AKARSU², Şahide AKBULUT³

¹Doctoral lecturer, Antalya Bilim University Faculty of Health Sciences Midwifery Department, Antalya, Türkiye

²Assist. Prof. Dr. Yozgat Bozok University Health Sciences Faculty Midwifery Department, Yozgat, Türkiye

³Doctoral lecturer, Batman University School of Health Nursing, Batman, Türkiye

Abstract

Objective: The awareness, level of knowledge and attitudes of mothers with female children about HPV vaccine were targeted.

Material- Methods: This is a cross-sectional descriptive study. The Research was conducted with 228 parents in Turkey girls studying in primary and secondary schools of the state in the Mediterranean region. In the evaluation of the data, descriptive statistics were shown as mean and standard deviation for the quantitative variables of the research determined by measurement, and as numbers and percentages for qualitative variables determined by counting.

Results: It was determined that 44.7% of the mothers had heard of HPV before and 76.3% of them stated that protection from HPV could be possible with vaccination. It was determined that not all mothers had their children vaccinated.

Conclusion: In our study, it was determined that the mothers' level of knowledge about HPV vaccine was quite low and their attitude towards HPV vaccine was negative. It was determined that the mothers believed that the vaccine was protective, but did not vaccinate their children.

Keywords: HPV, Cervical cancer, Immunization, HPV vaccine, Nurse.

Özet

Giriş: Bu çalışmanın amacı kız çocuğu olan annelerin HPV aşısı hakkındaki farkındalık, bilgi düzeyi ve tutumlarının belirlenmesidir.

Gereç- Yöntem: Bu çalışma kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma, Türkiye'de Akdeniz Bölgesi'ndeki bir büyük şehirde yer alan bir devlet okulunun ilk ve ortaokullarında öğrenim gören 228 kız çocuğunun ebeveyni ile yürütülmüştür. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, ölçme yoluyla belirlenen araştırmanın nicel değişkenleri için ortalama ve standart sapma, sayma yoluyla belirlenen nitel değişkenler için ise sayı ve yüzde olarak gösterilmiştir.

Bulgular: Annelerin %44,7'sinin daha önce HPV'yi duyduğu ve %76,3'ünün HPV'den korunmanın aşısı ile mümkün olabileceğini belirttiği belirlenmiştir. Tüm annelerin çocuklarına aşısı yaptırmadığı belirlenmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda annelerin HPV aşısı hakkındaki bilgi düzeylerinin oldukça düşük olduğu ve HPV aşısına karşı tutumlarının olumsuz olduğu belirlenmiştir. Annelerin aşının koruyucu olduğuna inandıkları ancak çocuklarına aşısı yaptırmadıkları belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: HPV, Serviks kanseri, Bağışıklama, HPV aşısı, Hemşire

ORCID ID: Ö.Ş. 0000-0002-3340-3186; R.H.A. 0000-0002-3476-0740; Ş.A. 0000-0002-3551-7873

Sorumlu Yazar: Rukiye Höbek Akarsu, Yozgat Bozok University Health Sciences Faculty Midwifery Department

E-mail: rukiye-hobek@hotmail.com

Geliş tarihi/ Date of receipt: 15.04.2025

Kabul tarihi / Date of acceptance: 04.09.2025

INTRODUCTION

Cervical cancer ranks fourth among cancers seen in women in the world and ninth in our country, and constitutes 4.5% of cancers seen in women (1,2). Although cervical cancer, whose main factor is HPV, is seen with a low frequency in our country, HPV-related cancers are held responsible for 1% of male cancers and 5-10% of female cancers in the analyzes performed by the International Cancer Research Agency. Similarly, when the data of our country are examined, it is estimated that HPV-related cancers affect women more, and women have approximately five times more HPV-related cancers than men. HPV infections constitutes 96% of cervical cancers, 40-51% of vulva cancers, 90-93% of anal cancers, 36-40% of penile cancers, 40-64% of vaginal cancers, 12-63% of oropharyngeal cancers (3).

About 45,300 cancers occur each year associated with HPV in the United States. Cervical cancer among women is the most common HPV-related cancer, affecting approximately 25,400 women each year (4). With the recommendation of the World Health Organization, community-based screening programs are carried out for breast, cervical and colorectal cancers in our country. The early diagnosis of cervical cancer as a result of its inclusion in the national cancer screening program cannot prevent cervical cancer from being fatal. However, considering the psychological and socioeconomic burden brought by the treatment process, it is obvious how important it is to prevent the disease before it appears. For this reason, country-based health policies and families should be sensitive to primary prevention methods by healthcare professionals (5,6).

HPV vaccine is in the national vaccine program in many European countries (such as America, Australia). Despite being approved to take part in the national immunization program in Turkey since 2007 for HPV Vaccine, by the Social Security Institution (SGK) is not take part in the vaccine payment (7,8). Especially in recent years, vaccination opposition among

parents, including vaccines in the national vaccination program, has been increasing in our country (9). For individuals living in developing countries such as Turkey, which has difficulty allocating to income for private health spending, the fee for the vaccine also supports to the opposition. The most important factors that will affect the vaccination rates in cultures that attach importance to treatment services rather than protection are; parents must have knowledge, opinion and income levels on this subject.

The fact that the rate of applying for HPV vaccine is quite low in our country may be due to the fact that the parents of adolescents who are the target group for HPV vaccine are not aware of the existence and effectiveness of the vaccine, and cannot access the vaccine financially. However, in the literature, the number of studies in large sample groups determining the reasons of families not being able to access the HPV vaccine, their opinions about having it in the future, and their attitudes about the vaccine is quite limited. It is believed that this study will also help raise awareness of the HPV vaccine in families, turn negative attitudes about the vaccine into positive ones, and help us have an idea of the future of the HPV vaccine in Turkey.

For this reason, this study was planned to determine the awareness, level of knowledge and attitudes of families with girls about the HPV vaccine.

MATERIAL- METHODS

Research Type

It is a cross-sectional descriptive study.

Setting and Participants

Research was carried out in primary and secondary education department at a state school in the Mediterranean region in Turkey. In the study, it was planned to reach the mothers of female students who were studying at this school, without going to the sample selection. The study included all parents who were literate, over the age of 18, did not have any

physical disability and agreed to participate. The lists containing the names and surnames of the female students and their mothers were taken. Thus, the parents who participated in the study and did not were followed up. Interviews were made with mothers who came to pick up their children from school in the evening. Data were collected by face-to-face interview method in a room reserved for data collection at school with mothers who accepted the study.

Data Collection

The data were collected by a questionnaire form consisting of 35 questions prepared by the researchers to determine the demographic characteristics (age, gender, economic status etc.) of the mothers and their knowledge about HPV vaccine. The questions asking about HPV vaccine knowledge levels were sent to five experts and necessary corrections were made in line with their recommendations.

Statistical Analysis

Data was evaluated using SPSS 21 package program in computer environment.

Percentile, average and t tests were used to evaluate the data.

Ethical Statement

Before starting the study, written permission was obtained from the Yozgat Bozok University Clinical Ethics Committee (date:19.05.2020, Decision number: 2017_KAEK-189_2020.05.19_03) and the state school where the study would be conducted. Before data was collected, the purpose of the study was explained to the participants and informed consent forms were received.

RESULT

The socio-demographic characteristics of the mothers are given in Table 1. It was observed that the mean age of the mothers who made the sample was 37.47 ± 6.22 . When the educational status was evaluated, it was found that half of the mothers were primary school graduates. The majority of the mothers (63.2%) are unemployed and again the majority (81.6%) stated that their income is medium-poor.

Table 1. Sociodemographic characteristics of the mothers and analysis results

Characteristics	n	%	
The average age (X±SD)	37.47±6.22		
Education Status	Primary Education	114	50.0
	High school	96	42.1
	Undergraduate and above	18	7.9
Working Status	Working	84	36.8
	Not working	144	63.2
Income status	Income equal or less than expenses (medium-poor)	186	81.6
	More than income (good)	42	18.4

The level of knowledge of mothers about HPV infection is given in table 2. 44.7% of the mothers stated that they had heard of HPV before, and 47.7% of the mothers who heard HPV stated that they heard about HPV from sources such as internet, television, newspapers and magazines. 47.4% of the mothers stated that they have no idea about HPV. 55.3% of the mothers reported that they did not know how HPV was transmitted, 28.9%

were transmitted during sexual intercourse, and 28.9% were transmitted by blood and other body fluids. While 65.8% of the mothers reported that HPV is seen in women, 52.6% of them stated that HPV is a predisposing factor for cervical cancer. The majority of mothers stated that protection from HPV can be achieved by vaccination (76.3%) and regular health check-ups (55.3%).

Table 2. Mothers ' level of knowledge about HPV infection (n=228)

		n	%
<i>Have you heard of HPV?</i>	Yes	102	44.7
	No	126	55.3
<i>Where did you first hear about HPV? *</i>	I heard it from the internet, television, newspaper, magazine	102	47.7
	From my family / friend	36	15.8
	From the doctor or nurses	42	18.4
	From school conferences	24	10.5
	From the health knowledge lesson	18	7.9
<i>What comes to mind when it comes to HPV? *</i>	I have no idea	108	47.4
	Cancer	78	34.2
	Sexually transmitted diseases	54	23.7
	Genital warts	66	28.9
<i>How is HPV transmitted? *</i>	I don't know	126	55.3
	By digestion	12	5.3
	During sexual intercourse	66	28.9
	With blood and other body fluids	66	28.9
	Transmission through the skin	30	13.2
	By inhalation	18	7.9
<i>Who gets HPV?</i>	In male	18	7.9
	In women	150	65.8
	In both men and women	60	26.3
	Ovarian cancer	60	26.3
<i>What type of cancer is HPV prepared for? *</i>	Prostate / Penis cancer	36	15.8
	Uterine cancer	78	24.2
	Cervical cancer	120	52.6
	Vaccine	174	76.3
	Condom	42	18.4
<i>What are HPV protection ways? *</i>	Monogamy	48	21.1
	Having fewer children	24	10.5
	Not smoking	54	23.7
	Regular health checks	126	55.3
	Avoiding sexual intercourse at an early age	36	15.8
	Paying attention to the cleansing of the sexual area	60	26.3

* More than one answer was given.

The level of knowledge of mothers about HPV vaccine is given in Table 3. The mothers of 65.8% had heard of HPV vaccine before and of 39.5% heard about HPV vaccine was from sources such as internet, television, newspapers and magazines and of 34.2% heard their family and friends and of 21.1% heard from school conferences. While 47.4% of the mothers stated that HPV vaccine should be given to women, 21.1% stated that it should be given to everybody who is sexually active. While it was observed that almost all of the mothers (92.1%) did not vaccinate their own HPV vaccine, it was found that not all mothers vaccinated HPV vaccine for their children. 63.2% of the mothers had never heard of the

HPV vaccine, 18.4% did not know the side effects of the vaccine, 18.4% did not know where it was made, 15.8% thought it was harmful, 5,3% of them reported that they found the vaccine too expensive and 2.6% found the vaccine's protection low. Again, as the reasons for mothers not to have their children vaccinated with HPV, 47.4% had never heard of it, 28.9% did not know the side effects of the vaccine, 21.2% did not know where it was made, and 18.4% found the vaccine too expensive. The majority of the mothers stated that they did not know that HPV vaccine could encourage early sexuality and polygamy. 78.9% of the mothers reported that they did not know both HPV vaccine could encourage unprotected

risky sexual intercourse and HPV vaccine could cause social stigma. The issues that mothers most want to learn about the HPV vaccine are the reliability of the vaccine at 63.2%, the protection time of the vaccine at 52.6%, and the

effectiveness of the vaccine at 47.4%. All of the mothers stated that they did not know the most appropriate age range of HPV vaccine, the price of the vaccine and the social security.

Table 3. Knowledge level of mothers about HPV vaccine (n = 228)

		n	%
Have you heard of the HPV vaccine?	Yes	150	65.8
	No	78	34.2
Where did you first hear about the HPV vaccine? *	I heard it from the internet. television. newspaper. magazine	78	39.5
	From my family / friend	90	34.2
	From the doctor or nurses	24	10.5
	From school conferences	48	21.1
	From the health knowledge lesson	12	5.3
Who should be given HPV vaccine? *	To women	108	47.4
	To men	30	13.2
	To anyone who is sexually active	48	21.2
	I do not know	42	18.4
Have you had yourself the HPV vaccine? (Parent)	Yes	18	7.9
	No	190	92.1
If no. why didn't you do it? (Parent)*	I've never heard of	144	63.2
	The vaccine is too expensive	12	5.3
	I do not know the side effects of the vaccine	42	18.4
	I don't know where it was made	42	18.4
	I think it is harmful	36	15.8
	I find your protection low	6	2.6
Can HPV vaccine promote early sexuality?	Yes	0	0
	No	42	18.4
	I do not know	186	81.6
Can the HPV vaccine promote polygamy?	Yes	6	2.6
	No	42	18.5
	I do not know	180	78.9
HPV vaccine can promote unprotected. risky sexual intercourse?	Yes	6	2.6
	No	42	18.4
	I do not know	180	78.9
HPV vaccine can cause social stigma?	Yes	12	5.3
	No	36	15.8
	I do not know	180	78.9
What would you like to learn about the HPV vaccine? *	Reliability of the vaccine	144	63.2
	Vaccine efficacy	108	47.4
	Duration of vaccine	120	52.6
Have you had your girl child HPV vaccine?	Yes	0	0
	No	228	0.0
If no. why didn't you do it? *	I have never heard of it	108	47.4
	The vaccine is too expensive	42	18.4
	I don't know the side effects of the vaccine	66	28.9
	I don't know where it was made	48	21.2
	I think it is harmful	12	5.3
	I find your protection low	6	2.6

*More than one answer was given.

The relationship between the mothers' level of education with monthly income and their awareness of HPV vaccine is given in Table 4. A significant difference was found between the mothers' educational status and their awareness of HPV vaccine. As the education levels of the mothers increase. their awareness of HPV vaccine increases ($p < 0.05$). However, although 45% of the mothers were aware of the HPV

vaccine. none of them vaccinated their daughters. When the income status of the mothers and their awareness of HPV vaccine were examined. a significant difference was found ($p < 0.05$). It was found that as the monthly income status of the mothers decreased. their awareness of HPV vaccine decreased.

Table 4. Education and monthly income levels of mothers and being aware of HPV vaccine

Education level of mothers	Being aware of HPV vaccine			X ²	p
	Yes n (%)	No n(%)	Total n (%)		
Primary education	30 (26.3)	84 (73.7))	114 (50)	12.043	0.001
High school	36(37.5)	60(62.5)	96 (42.1)		
University and above	12(66.7)	6(33.3)	18 (7.9)		
Total	108 (45.6)	(67.3)	228 (100)		
Monthly income					
Income equal or less than expenses (medium-poor)	6 (14.3)	36 (85.7)	42 (18.4)	9.081	0.002
More than income (good)	72 (38.7)	114 (61.3)	186 (81.6)		
Total	78 (34.2)	150 (65.8)	228 (100)		

Chi-Square (χ^2). $P < 0.05$

DISCUSSION

Screening programs are effective in the prevention and early diagnosis of cervical cancer. However, deaths from cervical cancer still occur despite effective screening programs. In addition to screening, vaccination is the most effective approach in reducing the incidence of cervical cancer. In studies on HPV vaccine in different countries, parents' attitudes towards HPV and HPV vaccine have been different. In our study, it was determined that the mothers' level of knowledge about HPV vaccine was not good. It was found a majority of people answered the questions about HPV as "I do not know". In a study conducted in the USA, it was reported that 26% of the parents had a low level of knowledge about HPV vaccination (4.10). In addition, it was determined that less than half of the mothers (44.7%) had heard of HPV. 65.8% had heard of the HPV vaccine before, and 39.5% had access to HPV-related information on the internet. In a study conducted by Pınar et al. (2010), it was found that 42.9% of women obtained information about the HPV vaccine

through the press, and Ozan et al. (2011) reported that 44.6% of women heard about the HPV vaccine and 37.8% of them the source of information was television. In another study investigating parents' internet usage for information about HPV vaccine; It has been reported that mothers have higher HPV knowledge. HPV vaccine desire and with increased behavior of getting information from the doctor (11-13). The study reveals that positive parental beliefs and attitudes are one of the important determinants of HPV vaccination. It shows that mothers 'or parents' belief that HPV vaccine is effective, protective and beneficial will increase vaccination rates (14-16). However, the internet is not a reliable source of information most of the time. Although the mothers can easily access information in the city center, their knowledge of HPV infection is low, suggesting that they do not consult health institutions sufficiently and have no information on this issue.

In a study in which parents' knowledge attitude and vaccination practices were investigated in Italy. it was determined that only 19.3% of the parents vaccinated their children. although 60% of the parents looked positively on the HPV vaccine.¹⁴ In a study conducted with parents whose children are in the age range suitable for HPV vaccination. most of the parents have heard about the HPV and HPV vaccine (84% - 87%). but only 30% of them stated that they administered HPV vaccine to their children (17). Again. most of the mothers in our study stated that the HPV vaccine was effective in preventing the disease. but none of them had their daughter vaccinated. The fact that they stated that they did not have detailed information about the vaccine suggests that the level of knowledge about the vaccine is more important than the education level in terms of vaccine applicability. Our findings are in line with the findings of studies in other countries. The fact that none of the mothers had their daughters vaccinated in our study shows that there is a bad attitude towards vaccines in our country.

Thomas et al. (2019) emphasizes that vaccination will cause stigmatization. and that 80% of them will leave their children infertile and that they continue to hesitate about vaccination.¹⁰ In our study. the majority of the mothers stated that they did not know that HPV vaccine could encourage early sexuality and polygamy. Again. the majority of the mothers reported that they did not know both that HPV vaccine could encourage unprotected risky sexual intercourse and that HPV vaccine could cause social stigma. In the studies. the factors affecting the willingness to vaccinate against HPV; Lack of knowledge about HPV. education level. cost. income. concern about vaccine-related side effects. health and religious beliefs. racial. ethnic and cultural differences are stated (5.6.10.8.16.18). In our study. the majority of the mothers stated that they would like to learn about the reliability of the vaccine. the protection time of the vaccine and the effectiveness of the vaccine. In addition. in our

study. it was determined that the education level and working status affected the vaccine awareness. This situation indirectly affects the willingness to the vaccine. As our study shows. the biggest obstacle to HPV vaccination can be considered as not having enough information. In our country. the HPV vaccine can be purchased from pharmacies by families for a fee. In our study. it was determined that most of the mothers (81.6%) did not have a good income level. This suggests that awareness of HPV vaccine may decrease in communities with low income levels.

CONCLUSION

Healthcare professionals need to educate parents about HPV and establish appropriate strategic goals for vaccine acceptance and administration. with the promotion of vaccine acquisition for target groups. In order to increase social sensitivity and awareness. it is recommended that healthcare professionals should create training plans for parents or mothers to increase their knowledge about HPV. taking into account regional sensitivities. It is thought that the Ministry of Health's studies on HPV and cervical cancer using mass media will be beneficial in raising public awareness.

Ethical Statement

Before starting the study, written permission was obtained from the Yozgat Bozok University Clinical Ethics Committee (date:19.05.2020, Decision number: 2017_KAEK-189_2020.05.19_03) and the state school where the study would be conducted. Before data was collected, the purpose of the study was explained to the participants and informed consent forms were received.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Financial support

The study did not receive any financial support or relationships that may pose potential conflict of interest.

Author contribution

Concept- Ö.Ş., R.H.A; Design- Ö.Ş., R.H.A, Ş.A; Literature Review- Ö.Ş., R.H.A, Ş.A; Data collection and analysis- Ö.Ş., R.H.A, Ş.A; Writing the article- Ö.Ş., Ş.A; Final reading- Ö.Ş., R.H.A, Ş.A.

REFERENCES

1. Bozkurt HB. An Overview of Vaccine Rejection and Review of the Literature. *Kafkas J Med Sci.* 2018;8:71-6.
2. Centers for Disease Control Prevention. (2014). National, regional, state, and selected local area vaccination coverage among adolescents aged 13–17 years. Washington (DC). Erişim tarihi 09.01.2021. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6429a3.htm>
3. Chaturvedi AK. Beyond cervical cancer: burden of other HPV-related cancers among men and women. *J Adolesc Health.* 2010;46(4):S20–6.
4. Facciola A, Visalli G, Orlando A, Bertuccio MP, Spataro P, Squeri R, Picerno I, Pietro AD. Vaccine hesitancy: An overview on parents' opinions about vaccination and possible reasons of vaccine refusal. *Journal of Public Health Research.* 2019;8(1):1436.
5. Fua LY, Zimet GD, Latkin CA, Joseph JG. Associations of trust and healthcare provider advice with HPV vaccine acceptance among African American parents. *Vaccine.* 2019;35(5): 802-807.
6. Galbraith-Gyan KV, Lechuga J, Jenerette CM, Palmer MH, Moore AD, Hamilton JB. African-American Parents' and Daughters' Beliefs about HPV Infection and the HPV Vaccine. *Public Health Nurs.* 2019;36(2):134–143.
7. Karafillakis E, Simas C, Jarrett C, et al. HPV vaccination in a context of public mistrust and uncertainty: a systematic literature review of determinants of HPV vaccine hesitancy in Europe. *Hum Vaccin Immunother.* 2019;15(7-8): 1615-1627
8. Kepka D, Bodson J, Lai D, et al., Coulter H, Stark LA. (2018). Diverse caregivers' HPV vaccine-related awareness and knowledge. *Health Equity.* 2018;2(1): 223–232.
9. Kirchhoff AC, Mann K, Warner EL, et al. HPV vaccination knowledge, intentions, and practices among caregivers of childhood cancer survivors. *Hum Vaccin Immunother.* 2019;15(7-8):1767-1775.
10. Köse D, Erkorkmaz Ü, Çınar N, Altınkaynak S. Mothers' Knowledge and Attitudes about HPV Vaccination to Prevent Cervical Cancers. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention.* 2019;36(2):134-143.
11. McRee AL, Reiter PL, Brewer NT. Parents' Internet use for information about HPV vaccine. Published in final edited form as: *Vaccine.* 2012;30(25):3757–3762.
12. Muhwezi WW, Banura C, Turiho AK, Mirembe F. Parents' Knowledge, Risk Perception and Willingness to Allow Young Males to Receive Human Papillomavirus (HPV) Vaccines in Uganda. *PLoS One.* 2014;9(9):7-10.
13. Ozan H, Demir BÇ, Atik Y, Gümüş E, Özerkan K. Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Hastaların Human Papilloma Virüs ve Hpv Aşısı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.*2011;37 (3):145-148.

14. Pınar G. Topuz Ş. An Ş. Doğan N. Kaya N. Algier L. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran kadınların HPV aşısı ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri. *Jinekolojik Onkoloji Dergisi*. 2010;11-8.
15. Schiller JT. Müller M. Next generation prophylactic human papillomavirus vaccines. *Lancet Oncol*. 2015;16(5):217–25.
16. Seale H. Trung L. Mackiec F. et al. A qualitative study investigating knowledge and attitudes regarding human papillomavirus (HPV) and the HPV vaccine among parents of immunosuppressed children. *Vaccine*. 2012;30(49): 7027-31.
17. Underwood NL. Gargano LM. Jacobs S. et al. Influence of Sources of Information and Parental Attitudes on Human Papillomavirus Vaccine Uptake among Adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;29 (6): 617-622.
18. Vamos CA. Calvo AE. Daley EM. Giuliano AR. Lopez CH. Knowledge. Behavioral. and Sociocultural Factors Related to Human Papillomavirus Infection and Cervical Cancer Screening Among Inner-City Women in Panama. *Journal of Community Health*. 2015;40 (6): 1047-56.

EVLİ KADINLARIN GENİTAL HİJYEN İLE SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN GENITAL HYGIENE AND HEALTH-SEEKING BEHAVIORS OF MARRIED WOMEN AND THE AFFECTING FACTORS

İkbal Beyza KILIÇ¹, Şükran ERTEKİN PINAR²

¹ Yüksek Lisans Öğrencisi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Ana Bilim Dalı, Sivas, Türkiye

² Prof. Dr., Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Programları Bölümü, Sivas, Türkiye

Özet

Amaç: Araştırma evli kadınların genital hijyen ile sağlık arama davranışları arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacı ile yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı türdeki araştırmanın örneklemini İç Anadolu Bölgesi'nde yer alan bir ilçenin tüm Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran 195 evli kadın oluşturmuştur. Veriler 01-05-2024 ile 30-07-2024 tarihleri arasında, Kişisel Bilgi Formu, Genital Hijyen Davranışları Ölçeği (GHDÖ) ve Sağlık Arama Davranışı Ölçeği (SADÖ) ile toplanmıştır.

Bulgular: Kadınların yaş ortalaması 43.82±10.80 (min:19-max:80) olup, GHDÖ toplam puan ortalaması 93.18±10.21 (min: 60-max: 115), SADÖ toplam puan ortalaması 41.53±10.39 (min:12-max: 60)'dur. SADÖ puanları ile GHDÖ puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.05). Yaşı 19-50 arasında, lise ve üzeri eğitilmiş, çalışan, çekirdek ailede yaşayan, menopoza girmeyen, vajinal kaşıntısı olmayan, günlük hazır ped kullanan, ayakta duş alarak banyo yapan, düzenli kadın doğum uzmanına giden, hiç gebelik geçirmeyen ve yaşayan çocuğu olmayan kadınların genital hijyen davranışları; hiç gebelik yaşamayan, yaşayan çocuğu olmayan ve pap smear testi yaptırmayan kadınların da sağlık arama davranışları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha iyidir (p<0.05).

Sonuç: Kadınların genital hijyen ve sağlık arama davranışları ortalamasının üzerindedir. Yaş, eğitim, çalışma durumu, aile tipi, menopoz, vajinal akıntı, ped kullanımı, banyo yapma şekli, düzenli kadın doğum uzmanına gitme, gebelik ve yaşayan çocuk sayısı genital hijyen davranışlarını etkilemektedir. Pap smear yapma, gebelik ve yaşayan çocuk sayısı da sağlık arama davranışlarını etkilemektedir. Ayrıca sağlık arama davranışı arttıkça genital hijyen davranışı da artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Davranış, Genital Hijyen, Kadın, Sağlık Arama.

Abstract

Aim: The study was conducted to examine the relationship between genital hygiene and health-seeking behaviors of married women and the affecting factors.

Methods: The sample of the descriptive study consisted of 195 married women who applied to all Family Health Centers of a district in Central Anatolia Region. Data's collected between 01-05-2024 and 30-07-2024 using the Personal Information Form, the Genital Hygiene Behavior Scale (GHBS) and the Health Seeking Behavior Scale (HSBS).

Results: The women's mean age was 43.82±10.80 years (min: 19-max: 80), the mean total score of the GHBS's 93.18±10.21 (min: 60-max: 115), and the mean total score of the HSBS's 41.53±10.39 (min: 12-max: 60). It's detected statistically significant positive correlation between the HSBS scores and GHBS scores (p<0.05). The genital hygiene behaviors of women who were between 19-50 years of age, educated at high-school and above, working, living in nuclear family, not going through menopause, not having vaginal itching, using daily pads, bathing with standing shower, going to the gynecologist regularly, never had a pregnancy and having no living children, and the health-seeking behaviors of women who never had a pregnancy, having no living children and not having a pap-smear test is statistically significantly better (p<0.05).

Conclusion: Women's genital hygiene and health-seeking behaviors are above average. Age, education, employment status, family type, menopause, vaginal discharge, pad use, bathing style, regular gynecologist visits, pregnancy, and the number of living children all influence genital hygiene behaviors. Pap smear status, pregnancy, and the number of living children also affect health-seeking behaviors. Furthermore, genital hygiene behavior increases as health-seeking behavior increases.

Keywords: Behavior, Genital Hygiene, Women, Health-Seeking.

ORCID ID: İBK ; 0009-0008-0129-9143, ŞEP; 0000-0002-5431-8159

Sorumlu Yazar: Şükran ERTEKİN PINAR, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Programları Bölümü, Sivas/Türkiye
E-mail: sepinar09@gmail.com

Geliş tarihi/ Date of receipt: 24.02.2025

Kabul tarihi / Date of acceptance:03.11. 2025



GİRİŞ

Toplumun temel unsuru olan kadınların sağlıklı olması sadece kendisi için değil aynı zamanda aile ve toplum sağlığı için de gereklidir (1). Doğurganlığın gerçekleştiği 15–49 yaş dönemi genital enfeksiyonlar açısından risklerin en fazla olduğu bir dönemdir (2). Yapılan bir çalışma evli kadınlarda genital enfeksiyon görülme oranının (%55.2) oldukça yüksek olduğunu göstermiştir (3).

Kadınlarda genital bölgenin dış ortamla temasının az, sıcak ve nemli olması, üretra, anüs ve vajinanın anatomik yakınlığı mikroorganizmalara yatkınlığı arttırmaktadır (4,5). Ayrıca hatalı genital bölge temizliği, yetersiz el yıkama alışkanlığı, bölgenin çok sık yıkanması, uygunsuz iç çamaşırı kullanımı, hatalı menstrüel hijyen ve vajinal duş uygulaması enfeksiyona yatkınlığı artıran diğer faktörlerdir (6-8). Kadınların jinekoloji polikliniklerine en sık başvurma nedenlerinden biri de genital enfeksiyonlardır (6,9). Yapılan bir çalışmada kadınların %80'inin, yaşamları boyunca bir veya daha fazla vajinal/genital sorun yaşadıkları bildirilmiştir (10). Tekrarlayan ve tedavi edilmeyen genital enfeksiyonlar ektopik gebelik, prematüre doğum, sepsis, yenidoğanda konjenital enfeksiyonlar, pelvik inflamatuvar hastalık, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, infertilite ve serviks kanseri gibi sorunlara neden olabilmekte ve kadının yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (5,7,10).

Genital yol enfeksiyonu olan kadınlarda sıklıkla vajinal veya üretral kötü kokulu ve renkli akıntı, genital bölgede yara ve cilt lezyonları, siğiller, inguinal bölge bezlerinde büyüme, alt karında ağrı, kaşıntı, vulva irritasyonu, dizüri, dispareni gibi belirtiler görülmeyle beraber korku, endişe, anksiyete gibi psikolojik sorunlar da yaşanabilmektedir (11,12).

Genital enfeksiyonlar özellikle sosyo-ekonomik düzeyi düşük kadınlar tarafından hastalık olarak kabul edilmemekte, bazen de muayene olmaktan çekindikleri ve utandıkları için tıbbi tedavi görmek yerine kendi kendini

tedavi etmeye çalışmaktadırlar (6,13). Yapılan bir çalışmada akıntının kendiliğinden iyileşeceğini düşünme, utanma, evdeki sorumluluklar, bilgisizlik ve sağlık çalışanlarının ilgisizliği nedeni ile kadınların sağlık kuruluşuna başvurmadıkları belirlenmiştir (14).

Genital enfeksiyonlarının önlenmesi, kadın sağlığının korunması ve üreme sağlığının iyileştirilmesindeki en önemli basamak doğru genital hijyen uygulamalarıdır (5,15). Bu nedenle kadınların kendi sağlıkları konusunda daha fazla sorumluluk almaları gerekmekte ve sağlık arama davranışları ön plana çıkmaktadır. Sağlık arama davranışı “sağlık problemi olan kişilerin uygun tedavi bulmak amacı ile kendi bireysel sorumluluklarını alarak yaptıkları herhangi bir aktivitedir” (16,17). Ayrıca, kendini rahatsız hissetmese bile belirli bir hastalığın semptomlarını gösteren, hastalık riski hisseden ve tıbbi yardım arayan bireylerin sağlıklarıyla ilgili davranışlarını gösterir (18). Sağlık arama davranışları tanı, tedavi, iyileşme süreci, sağlık riskleri, sağlığı geliştirme davranışları, hastalığa uyum ve olumsuz sağlık sonuçlarını etkiler (1,19,20). Örneğin, hastalığın bulaşma riskini, hastalık yükünü artırabilir ve ölüme neden olabilir (16). Yapılan bir çalışma sağlık arama davranışının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını %21 oranında etkilediğini göstermiştir (21). Sosyo-demografik özellikler, sağlık okuryazarlığı, sağlık ve hastalık algısı, hastalığın şiddeti, toplumun hastalığa bakışı, tedavi olanakları, sağlık hizmetlerine erişilebilirlik gibi faktörler bireylerin hangi sağlık davranışını arayacağını etkileyen faktörlerdir (5,16-18,22).

Genital enfeksiyonlar, genital hijyen uygulamalarının doğru bir şekilde yapılması ve uygun sağlık davranışlarının geliştirilmesi ile önlenir (6). Bu durumda öncelikle genital hijyene yönelik yanlış ve yetersiz uygulamalar tespit edilmeli, temel sağlık hizmetlerini sağlamak ve sürdürmek amacıyla tedavi arayanların davranışları belirlenmelidir (15,17). Genital enfeksiyonların önlenmesi, sağlığın

korunması ve geliştirilmesi için kültürel farklılıkları da kapsayan durum tespitinin yapıldığı, genital hijyen alışkanlıkları ve sağlık arama davranışlarının belirlendiği çalışmaların literatürde yer alması önemlidir. Ayrıca kadınların hijyen alışkanlıkları ve sağlık arama davranışlarının belirlenmesi sağlığı koruyucu çalışmalarının yapılmasında, belirtilerin erken dönemde fark edilmesinde, eğitim ve danışmanlıkların planlanmasında, uygulanmasında, olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesinde, kadınlarda farkındalık oluşturmada, erken tanı ve tedavinin sağlanmasında da yol gösterici olabilir. Bu bağlamda araştırma evli kadınların genital hijyen ile sağlık arama davranışları arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacı ile yapılmış ve aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. Kadınların genital hijyen ve sağlık arama davranış düzeyleri nasıldır?
2. Kadınların genital hijyen ve sağlık arama davranışları arasında ilişki var mıdır?
3. Kadınların sosyo-demografik özellikleri ile genital hijyen ve sağlık arama davranışları arasında fark var mıdır?
4. Kadınların obstetrik, menopoz ve genital bölgeye yönelik özellikleri ile genital hijyen davranışları arasında fark var mıdır?
5. Kadınların obstetrik, menopoz ve genital bölgeye yönelik özellikleri ile sağlık arama davranışları arasında fark var mıdır?

YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel olarak yürütülmüştür.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye'nin İç Anadolu Bölgesi'nde yer alan bir ilçenin tüm Aile Sağlığı Merkezi'ne (ASM) kayıtlı evli kadınlar oluşturmuştur. Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 1500 evli kadın bulunmaktadır. Evreni bilinen formül ($n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / (N-1) \cdot d^2 + t^2 \cdot p \cdot q$) ile örneklem hesabı yapılmış ve araştırmaya en az 153 kadının alınması planlanmıştır. $n=1500 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,20) \cdot (0,80) / (1499) \cdot (0,06)^2 + (1,96)^2 \cdot (0,20) \cdot (0,80)$. Ancak veri kayıpları göz önüne alınarak ve araştırmanın

güvenirliğini artırmak için araştırma 195 kadın ile tamamlanmış, veriler 01-05-2024 ile 30-07-2024 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

Yaşı 18 ve üzeri, evli, ASM'ye muayene olmak üzere başvuran, işitme ve algılama problemi olmayan ve araştırmaya katılımında gönüllü olan kadınlar araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmanın Dışlama Kriterleri

Yaşı 18 ve altında, bekar, yabancı uyruklu, engelli olan kadınlar ve araştırma formlarını tamamlamayan vb. kadınlar araştırma dışı bırakılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu

Kadınların sosyo-demografik (yaş, eğitim, aile tipi, ekonomik durum vb.), obstetrik (gebelik, yaşayan çocuk sayısı vb.) ve genital hijyene yönelik özelliklerini belirlemeye yönelik literatür taranarak oluşturulan 26 maddelik formdur (2-4,8,12,22).

Genital Hijyen Davranışları Ölçeği (GHDÖ)

Karahan tarafından (2017) geliştirilen ve geçerlik güvenirliği yapılan ölçek beşli likert tipindedir. "Tamamen katılıyorum"dan "hiç katılmıyorum"a doğru 5'ten 1'e doğru derecelendirilmektedir ve 23 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekte genel hijyen (ilk 12 ifade), adet hijyeni (13-20. ifadeler) ve anormal bulgu farkındalığı (21-23. ifadeler) olmak üzere üç alt boyut bulunmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde 7, 14, 19, 20, 23. ifadeler ters kodlanmakta olup, ölçekten en düşük 23, en yüksek 115 puan alınabilmektedir. Ölçekten yüksek puan alınması, kadınların genital hijyen davranışının iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında tümüne ait Cronbach Alpha değeri toplam ölçek için 0.80 olarak belirlenmiş (8), araştırmamızda ise 0.75 olarak saptanmıştır.

Sağlık Arama Davranışı Ölçeği (SADÖ)

Kıraç ve Öztürk (2021) tarafından geliştirilen ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek üç boyuttan (online, profesyonel, geleneksel) ve 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri beşli likert yöntemi ile hazırlanmış olup "kesinlikle

katılıyorum=5”, “Katılıyorum=4”, “Kararsızım=3”, “Katılmıyorum=2”, “Hiç katılmıyorum=1” şeklindedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 60’tır. Toplam ve alt boyutlarından alınan puan arttıkça sağlık arama davranışları artmaktadır. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alpha değeri toplam ölçek için 0.75 olarak saptanmış olup (23), araştırmamızda 0.88 olarak bulunmuştur.

Verilerin Toplanması

Uygulamaya başlamadan önce evli kadınlara ASM ortamında araştırma konusu ve amacı açıklanmış, yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara Kişisel Bilgi Formu, GHDÖ ve SADÖ araştırmacılar tarafından tek oturumda, ASM’nin sessiz sakin, mahremiyet içeren bir odasında yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Formların doldurulması 10-15 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 23.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluk durumu Kolmogorov-Smirnow testi ile belirlenmiş, veriler parametrik şartları sağladığında iki grup için bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup için tek yönlü varyans analizi (Anova), hangi grubun farklı olduğunu belirlemek için Tukey testi kullanılmıştır. Veriler parametrik şartları sağlamadığında bağımsız iki grup için Mann Whitney U, ikiden fazla bağımsız grup için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve düzeyini belirlemek için Pearson korelasyon katsayısı kullanılmış, yanılma düzeyi $p < 0.05$ anlamlı olarak alınmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik onay (karar no: 2024-02/42; tarih: 22-02-2024) ve çalışmanın yapıldığı kurumdan izin (karar no: 2024/07; tarih: 30-04-2024) alınmıştır. Kadınlara veri toplama formu üzerinde herhangi bir kimlik bilgisi olmayacağı, istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları, elde edilen bulguların sadece araştırma için kullanılacağı, isimlerinin gizli tutulacağı bilgisi verilmiş ve

yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Araştırma Helsinki Deklerasyonu Prensipleri’ne göre yapılmıştır.

BULGULAR

Kadınların yaş ortalaması 43.82 ± 10.80 (min:19-max: 80), %53.8’i 36-50 yaş arasındadır. Kadınların %45.1’inin ilköğretim mezunu, %75.9’unun herhangi bir işte çalışmadığı, %86.7’sinin çekirdek ailede yaşadığı, %59.5’inin gelir giderinin eşit olduğu, %73.3’ünün sigara kullanmadığı, %82.1’inin ailede alınan kararlara katıldığı, %57.9’unun sağlık durumunu orta düzeyde algıladığı ve %67.2’sinin kullandığı düzenli ilaç olmadığı saptanmıştır (Tablo 1).

Kadınların %66.7’sinin menopoza girmediği, %78.5’inin yaşamlarında hiç genital yol enfeksiyonu geçirmediği, %85.1’inin vajinal kaşıntısının olmadığı, %62.1’inin günlük hazır ped kullanmadığı saptanmıştır. Katılımcıların %73.8’i oturarak banyo yaptığını, %67.7’si düzenli olarak kadın doğum uzmanına kontrole gitmediğini belirtmiştir. Kadınların gebelik sayısı ortalamasının 2.97 ± 1.74 (min:0; max:13), %61’inin bir-üç arası gebelik yaşadığı, yaşayan çocuk sayısı ortalamasının 2.52 ± 1.40 (min:0; max:7), %70.3’ünün bir-üç arası yaşayan çocuğu olduğu ve abortus sayısı ortalamasının 0.57 ± 1.15 (min:0; max:10), %66.2’sinin hiç abortusu olmadığı belirlenmiştir (Tablo 5).

Ayrıca katılımcıların %78.5’i iç çamaşırlarını makinada, beyaz çamaşırlar ile yüksek ısıda yıkadığını belirtmiş, %54.9’u vajinal duş yaptığını ve %63.1’inin ise pap smear yaptırmadığı saptanmıştır.

GHDÖ alt boyutlarından genital hijyen puan ortalaması 49.69 ± 5.79 (min: 30-max: 60), adet hijyeni 31.40 ± 5.03 (min:17-max:40), anormal bulgu farkındalığı 12.08 ± 2.48 (min: 3-max:15), GHDÖ toplam puan ortalaması 93.18 ± 10.21 (min: 60-max: 115) olarak bulunmuştur. SADÖ alt boyutlarından online sağlık arama 18.51 ± 7.20 (min: 6-max: 30), profesyonel sağlık arama 13.13 ± 2.44 (min:3-max: 15), geleneksel sağlık arama 9.88 ± 3.42 (min: 3-max: 15) ve SADÖ toplam puan

ortalaması 41.53±10.39 (min: 12-max: 60) olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 1. Kadınların sosyo-demografik Özellikleri (n=195)

Özellikler	n (%)
Yaş ortalaması	43.82±10.80 (min:19-max: 80)
Yaş	19-35 43 (22.1) 36-50 105 (53.8) 51 ve üzeri 47 (24.1)
Eğitim	Okuryazar 28 (14.4) İlköğretim 88 (45.1) Lise ve üzeri 79 (40.5)
Çalışma durumu	Çalışmıyor 148 (75.9) Çalışıyor 47 (24.1)
Aile tipi	Çekirdek 169 (86.7) Geniş 26 (13.3)
Ekonomik durum	Gelir giderden az 42 (21.5) Gelir gidere eşit 116 (59.5) Gelir giderden fazla 37 (19.0)
Sigara kullanma	Kullanıyor 52 (26.7) Kullanmıyor 143 (73.3)
Ailedeki kararlara katılma	Katılıyor 160 (82.1) Katılmıyor 35 (17.9)
Sağlık durumunu algılama	İyi 82 (42.1) Orta 113 (57.9)
Düzenli ilaç kullanma	Kullanıyor 64 (32.8) Kullanmıyor 131 (67.2)

Araştırmada SADÖ alt boyutlarından online sağlık arama ile genital hijyen ($r=0.270$; $p=0.001$) ve GHDÖ toplam ($r=0.227$; $p=0.001$) puan, profesyonel sağlık arama davranışı ile genital hijyen ($r=0.356$; $p=0.001$), anormal bulgu farkındalığı ($r=0.387$; $p=0.001$) ve GHDÖ toplam ($r=0.362$; $p=0.001$) puan arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Ayrıca SADÖ toplam puan ile genital hijyen ($r=0.311$; $p=0.001$) ve GHDÖ toplam ($r=0.249$; $p=0.001$) puan arasında da zayıf düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Kadınlarda online, profesyonel ve genel sağlık arama davranışı azalırken genital hijyen davranışı da azalmaktadır (Tablo 3).

Tablo 2. Kadınların Genital Hijyen Davranışları Ölçeği ve Sağlık Arama Davranışları Ölçeği puan ortalamaları (n=195)

Ölçekler	Min-Max	$\bar{X}\pm SS$
Genital hijyen	30-60	49.69±5.79
Adet hijyeni	17-40	31.40±5.03
Anormal bulgu	3-15	12.08±2.48
GHDÖ toplam	60-115	93.18±10.21
Online sağlık arama	6-30	18.51±7.20
Profesyonel sağlık arama	3-15	13.13±2.44
Geleneksel sağlık arama	3-15	9.88±3.42
SADÖ toplam	12-60	41.53±10.39

Kadınların yaş, eğitim, çalışma durumu ve aile tipine göre GHDÖ toplam ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$) Yaşı 19-35 ve 36-50 yaş arasında olan kadınların 51 yaş ve üzeri olan kadınlara göre adet hijyeni ve toplam puan yönünden, 36-50 yaş arasında olanların 51 ve üzeri yaşta olanlara göre anormal bulgu farkındalığı anlamlı düzeyde daha yüksektir. Eğitimi lise ve üzeri olan kadınların diğer gruplara göre, çalışan kadınların da çalışmayan kadınlara göre adet hijyeni, anormal bulgu farkındalığı ve toplam puan yönünden genital hijyen davranışları anlamlı düzeyde daha yüksektir. Çekirdek ailede yaşayan kadınların genital hijyen, anormal bulgu farkındalığı ve toplam puan yönünden genital hijyen davranışları daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 3. Kadınların Genital Hijyen Davranışları Ölçeği ve Sağlık Arama Davranışları Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki (n=195)

Ölçekler		SADÖ ve Alt Boyutları			
		Online sağlık arama	Profesyonel sağlık arama	Geleneksel sağlık arama	SADÖ toplam
GHDÖ ve Alt Boyutları	Genital hijyen	r= 0.270** p=0.001	r=0.356** p=0.001	r=0.121 p=0.091	r=0.311** p=0.001
	Adet hijyeni	r=0.134 p=0.062	r=0.134 p=0.062	r=-0.044 p=0.546	r=0.110 p= 0.126
	Anormal bulgu	r=0.031 p=0.662	r=0.387** p=0.001	r=-0.113 p=0.117	r=0.076 p=0.293
	GHDÖ toplam	r=0.227** p=0.001	r=0.362** p=0.001	r=0.020 p=0.781	r=0.249** p=0.001

**Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır. r: Pearson korelasyon analizi; GHDÖ: Genital Hijyen Davranışları Ölçeği; SADÖ: Sağlık Arama Davranışları Ölçeği

Tablo 4. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Genital Hijyen Davranışları Ölçeği Puanları (n=195)

Özellikler		GHDÖ			
		Genital hijyen X̄±SS	Adet hijyeni X̄±SS	Anormal bulgu X̄±SS	GHDÖ toplam X̄±SS
Yaş	19-35	49.90±6.27	33.30±5.22	12.30±2.59	95.51±11.53
	36-50	49.48±5.84	32.33±4.27	12.37±2.50	94.19±9.80
	51 ve üzeri	49.95±5.33	27.59±4.49	11.25±2.18	88.80±8.62
	F / p	0.144/0.866	22.357/0.001*	3.582/0.030*	6.256/0.002*
Eğitim	Okuryazar	50.46±5.84	28.00±4.30	11.46±2.13	89.92±7.90
	İlköğretim	48.95±6.19	30.25±4.48	11.81±2.59	91.02±10.21
	Lise ve üzeri	50.24±5.27	33.89±4.70	12.60±2.39	96.74±9.97
	F / p	1.317/0.270	22.536/0.001*	3.205/0.043*	8.860/0.001*
Çalışma durumu	Çalışmıyor	49.32±6.17	30.84±4.81	11.83±2.56	92.00±10.33
	Çalışıyor	50.85±4.25	33.17±5.34	12.89±2.02	96.91±8.95
	t / p	-1.578/0.116	-2.810/0.005*	-2.594/0.010*	-2.929/0.004*
Aile tipi	Çekirdek	50.11±5.37	31.59±5.12	12.24±2.45	93.95±9.81
	Geniş	46.96±7.59	30.19±4.24	11.03±2.42	88.19±11.48
	t / p	2.618/0.010*	1.323/0.187	2.340/0.020*	2.721/0.007*

*p<0.05; t: Bağımsız örneklem t testi; F: tek yönlü varyans analizi (Anova); GHDÖ: Genital Hijyen Davranışları Ölçeği

Kadınların menopoza girme, genital yol enfeksiyonu geçirme, vajinal kaşıntı, günlük hazır ped kullanımı, banyo yapma şekli, düzenli kadın doğum uzmanına gitme durumu, gebelik ve yaşayan çocuk sayısına göre GHDÖ toplam ve alt boyutları istatistiksel olarak incelendiğinde anlamlı farklar saptanmıştır (p<0.05). Menopoza girmeyen, genital yol enfeksiyonu geçirmeyen, günlük hazır ped kullanan ve banyosunu ayakta duş olarak yapan kadınların adet hijyeni, anormal bulgu

farkındalığı ve toplam puan yönünden genital hijyen davranışları anlamlı düzeyde daha yüksektir. Vajinal kaşıntısı olmayan, düzenli kadın doğum uzmanına giden kadınların ise genital hijyen, anormal bulgu farkındalığı ve toplam puan yönünden genital hijyen davranışları daha yüksektir. Ayrıca hiç gebelik geçirmeyen ve hiç yaşayan çocuğu olmayan kadınların dört ve üzeri gebelik geçiren ve yaşayan çocuğu olanlara göre adet hijyeni ve toplam puan yönünden genital hijyen

davranışları daha iyidir (Tablo 5). Kadınların abortus sayısına göre GHDÖ toplam ve alt

boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$; Tablo 5).

Tablo 5. Kadınların obstetrik, menopoz ve genital bölgeye yönelik özelliklerine göre Genital Hijyen Davranışları Ölçeği Puanları (n=195)

Özellikler	GHDÖ				GHDÖ toplam $\bar{X}\pm SS$
	n (%)	Genital hijyen $\bar{X}\pm SS$	Adet hijyeni $\bar{X}\pm SS$	Anormal bulgu $\bar{X}\pm SS$	
Menopoza girme					
Evet	65 (33.3)	50.20±5.58	28.83±4.70	11.49±2.16	90.52±9.14
Hayır	130 (66.7)	49.4±5.91	32.69±4.69	12.38±2.58	94.51±10.49
t / p		0.864/0.389	-5.409/0.001*	-2.395/0.018*	-2.611/0.010*
Genital yol enfeksiyonu geçirme					
Evet	42 (21.5)	50.38±6.18	29.80±4.62	11.69±2.36	91.88±9.86
Hayır	153 (78.5)	49.50±5.69	31.84±5.06	12.19±2.51	93.54±10.31
t / p		0.868/0.386	-2.348/0.020*	-1.170/0.243	-0.933/0.352
Vajinal kaşıntı					
Var	29 (14.9)	47.41±6.44	47.41±6.44	11.03±3.08	89.72±11.62
Yok	166 (85.1)	50.09±5.60	50.09±5.60	12.27±2.32	93.78±9.86
t / p		-2.319/0.021*	-0.150/0.881	-2.509/0.013*	-1.992/0.048*
Günlük hazır ped kullanma					
Kullanıyor	74 (37.9)	50.63±4.97	33.05±4.88	12.70±2.40	96.39±9.42
Kullanmıyor	121 (62.1)	49.11±6.19	30.39±4.86	11.71±2.46	91.22±10.21
t / p		1.785/0.076	3.695/0.001*	2.753/0.006*	3.528/0.001*
Banyo yapma şekli					
Ayakta duruş	51 (26.2)	49.58±5.97	33.50±5.14	12.76±2.54	95.86±11.41
Oturarak	144 (73.8)	49.72±5.75	30.65±4.78	11.84±2.42	92.23±9.61
t / p		-0.149/0.882	3.581/0.001*	2.293/0.023*	2.200/0.029*
Düzenli kadın doğum uzmanına gitme					
Evet	63 (32.3)	51.01±4.64	32.38±5.38	13.03±2.03	96.42±8.71
Hayır	132 (67.7)	49.06±6.19	30.93±4.80	11.63±2.55	91.63±10.54
t / p		2.224/0.027*	1.884/0.061	3.795/0.001*	3.132/0.002*
Gebelik sayısı (ortalama: 2.97±1.74; min:0; max:13)					
Hiç yok	14 (7.2)	51.78±5.11	33.64±4.93	12.64±2.134	98.07±8.99
Bir-üç	119 (61.0)	49.63±5.61	32.01±5.01	12.11±2.439	93.76±10.46
Dört ve ↑	62 (31.8)	49.33±6.27	29.72±4.68	11.90±2.647	90.96±9.56
F / p		1.034/0.357	6.016/0.003*	0.527/0.591	3.332/0.038*
Yaşayan çocuk sayısı (ortalama: 2.52±1.40; min:0; max:7)					
Hiç yok	17 (8.7)	51.82±4.65	33.35±5.134	12.70±2.05	97.88±8.93
Bir-üç	137 (70.3)	49.59±5.70	31.94±5.04	12.24±2.46	93.78±10.68
Dört ve ↑	41 (21.0)	49.12±6.44	28.80±4.03	11.29±2.56	89.21±7.72
F / p		1.369/0.257	8.081/0.001*	2.975/0.053	5.355/0.005*
Abortus sayısı (ortalama: 0.57±1.15; min:0; max:10)					
Hiç yok	129 (66.2)	49.75± 5.71	31.46±4.9	12.18±2.50	93.41±10.03
Bir	40 (20.5)	48.17±6.00	31.60±5.50	11.87±2.54	91.65±10.48
İki ve ↑	26 (13.3)	51.6±5.44	30.80±4.90	11.92±2.34	94.42±10.80
F / p		2.983/0.053	0.221/0.802	0.303/0.739	0.672/0.512

* $p<0.05$; t: Bağımsız örneklem t testi; F: tek yönlü varyans analizi (Anova); GHDÖ: Genital Hijyen Davranışları Ölçeği

Kadınların gebelik, yaşayan çocuk sayısı ve pap smear yaptırma durumlarına göre SADÖ toplam ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0.05$). Hiç gebelik yaşamayan kadınların bir ve üzeri gebeliği olanlara göre SADÖ alt boyutlarından profesyonel ve geleneksel sağlık arama davranışı daha yüksektir. Hiç yaşayan

çocuğu olmayanların bir ve üzeri yaşayan çocuğu olanlara göre profesyonel, bir-üç arası çocuğu olanlara göre ise geleneksel sağlık arama davranışı daha yüksektir. Ayrıca hiç pap smear testi yaptırmayan kadınların online ve toplam puan yönünden sağlık arama davranışları anlamlı düzeyde daha iyidir (Tablo 6).

Tablo 6. Kadınların Obstetrik ve Pap Smear Yaptırma Durumlarına Göre Sağlık Arama Davranışları Ölçeği Puanları (n=195)

Özellikler	SADÖ alt boyutları			
	Online sağlık arama $\bar{X}\pm SS$	Profesyonel sağlık arama $\bar{X}\pm SS$	Geleneksel sağlık arama $\bar{X}\pm SS$	SADÖ toplam $\bar{X}\pm SS$
Gebelik sayısı				
Hiç yok	20.78±5.61	14.71±0.82	12.50±2.24	48.00±5.84
Bir-üç	18.58±7.30	13.05±2.53	9.65±3.52	41.29±10.77
Dört ve ↑	17.87±7.33	12.93±2.40	9.72±3.26	40.53±10.05
F / p	0.947/0.390	3.277/0.040*	4.564/0.012*	3.093 / 0.050
Yaşayan çocuk sayısı				
Hiç yok	20.47±5.76	14.52±1.00	12.00±2.62	47.00±6.85
Bir-üç	18.37±7.36	13.05±2.47	9.60±3.50	41.02±10.53
Dört ve ↑	18.19±7.23	12.82±2.60	9.92±3.22	40.95±10.66
F / p	0.690/0.503	3.242/0.041*	3.795/0.024*	2.619/0.075
Pap smear yaptırma				
Evet	16.75±6.89	13.26±2.460	9.30±3.69	39.31±10.19
Hayır	19.55±7.21	13.05±2.44	10.21±3.23	42.82±10.33
t / p	-2.661/0.008*	0.570/0.569	-1.806/0.072	-2.300/0.022*

* $p<0.05$; t: Bağımsız örneklem t testi; F: tek yönlü varyans analizi (Anova); SADÖ: Sağlık Arama Davranışları Ölçeği

TARTIŞMA

Önemli bir halk sağlığı sorunu olan genital enfeksiyonlar gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde oldukça yaygındır (5). Bu nedenle kadınların jinekoloji polikliniklerine en sık başvurma nedenlerinden birini oluşturmaktadır (6,24). Yapılan bir sistematik inceleme uygunsuz genital hijyen uygulamaları olan kadınlarda daha yüksek oranda genital enfeksiyon geliştiğini göstermiştir (5). Bu enfeksiyonların oluşmasında ve önlenmesindeki en önemli davranış kadınların

genital hijyen davranışlarını doğru ve hatasız uygulamasıdır (25).

Yapılan araştırmada, kadınların genital hijyen davranışlarının ortalama değerinin üstünde olduğu bulunmuştur. Yapılan bu araştırmadan farklı olarak bazı araştırmalarda kadınların genital hijyen uygulamalarının yetersiz olduğu bildirilmiştir (15,24-29). Bu farklılık örnekleme alınan kadınların yaşam biçimlerinin, sosyo-demografik ve kültürel özelliklerinin farklı olması ile açıklanabilir. Literatürde bizim bulgumuza benzer şekilde genital hijyen

davranışlarının yüksek saptandığı çalışmaların da yer aldığı görülmektedir (4,9,30-32). Ayrıca Sinan ve ark. (2019) çalışmalarında kadınların genital hijyen davranış puan ortalamalarının iyi düzeyde olduğunu, bazı genital hijyen davranışlarının olumsuz olduğunu da belirtmişlerdir (33). Bu araştırmadan elde edilen genital hijyen davranışlarının ortalama değerinin üstünde olması sonucu, Sinan ve ark. (2019) araştırması ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların sağlık arama davranışlarının ortalama değerinin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bu araştırmadaki kadınlar sırası ile en fazla online, profesyonel ve geleneksel sağlık arama davranışını kullanmaktadır. İnternet sağlık bilgisine kolay erişimi, görsel-işitsel sağlık kaynaklarını ve uzmanların görüşlerini alma fırsatı sunar (21). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışma online sağlık arama davranışlarının orta düzeyde olduğunu göstermiş, sağlık durumunun çok iyi olduğunu belirten öğrencilerin daha fazla online sağlık arama davranışı geliştirdikleri bildirilmiştir (20). Profesyonel sağlık arama davranışı ise bireylerin hastalıklarının çözümü için sağlık kuruluşuna giderek tedavi hizmeti almasıdır (21). Yapılan bazı çalışmalar katılımcıların sağlık sorunu yaşadıklarında en sık gerçekleştirdikleri sağlık arama davranışının, profesyonel sağlık arama davranışı olduğunu da göstermiştir (18,22). Başka bir araştırmada ise güven ve sağlık arama davranışı arasında pozitif ilişki olduğu, sağlık hizmet sunum sürecinde güven düzeyinin en yüksek sağlık profesyonellerine yönelik olduğu bildirilmiştir (34). Bu nedenle de araştırmaya katılan kadınların ikinci sırada daha çok sağlık çalışanlarından doğru sağlık bilgisi aramaya çalıştığı düşünülebilir. Kadınların sağlık arama davranışlarının incelendiği bir araştırmada internette sağlık bilgisi arama davranışlarında zamanla artış olduğu, en az düzeyde de geleneksel kanallardan arandığı ve zamanla geleneksel sağlık arama davranışında düşüş olduğu saptanmıştır (19). Yapılan çalışmalarda Gharegouzloei ve ark. (2022) sağlık aramada kadınların öncelikle internet kaynaklarını

kullandığını, doktora başvurmanın daha az olduğunu (1), Ergün ve ark. (2020) da genital hijyene yönelik en çok yazılı görsel basından, ikinci sırada sağlık profesyonellerinden, üçüncü sırada da komşu ve arkadaştan bilgi alındığını saptaması (31) mevcut araştırmadan elde edilen sonucu desteklemektedir. Yapılan bu araştırmadaki kadınlar en az düzeyde geleneksel yöntemleri kullanmaktadır. Bunun nedeni mevcut araştırmadaki kadınların yarıya yakınının (%40.5) lise ve üzeri eğitilmiş olmasından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca geleneksel sağlık arama davranışının daha az kullanılması sağlık kurumlarına başvuruyu arttırarak daha hızlı ve doğru tanı konulmasını ve daha hızlı iyileşmenin gerçekleşmesini sağlayabilir. Sağlık arama davranışları üzerine hem kadın hem de erkekler ile yapılan bir çalışmada (18) en çok profesyonel sağlık arama davranışının, ikinci sırada da geleneksel sağlık arama davranışının tespit edilmesi bu araştırmadan elde edilen geleneksel sağlık arama davranışının en az düzeyde kullanılması bulgusunu desteklemektedir. Üniversite öğrencileri ile yürütülen başka bir çalışmada da benzer şekilde geleneksel sağlık arama davranışını daha az tercih ettikleri tespit edilmiştir (21). Mevcut araştırma bulgusundan farklı olarak kadınların geleneksel yöntemleri daha fazla kullandıkları ve kendi kendine ilaç almayı tercih ettikleri de belirtilmektedir (16).

Yapılan bu araştırmada kadınların sağlık arama davranışı artarken genital hijyen davranışları da artmaktadır. Literatürde kadınların bilgi eksikliği, belirtilerin normal algılanması, sağlık çalışanlarının ilgisizliği, ulaşım zorluğu, utanma ve evdeki sorumluluklar nedeniyle genital hijyen uygulamaları hakkında sağlık arama davranışı göstermedikleri belirtilmektedir (13,14). Yapılan bazı çalışmalarda katılımcıların çoğunluğunun genital hijyene yönelik eğitim almadıkları saptanmıştır (24,27,35). Bu nedenle de kadınların sağlığını geliştirecek davranışları öğrenemediklerinde hijyen davranışlarının da azaldığı düşünülmektedir. Yapılan başka bir çalışmada genital hijyen hakkında bilgi alan kadınların üreme sağlığını korumaya yönelik

genel sağlık davranışlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (36).

Kadınlarda ilerleyen yaş genital hijyen davranışlarını olumsuz etkileyebilmektedir (25). Bu araştırmada da 50 yaş ve altında olan kadınların 51 yaş ve üzeri olan kadınlara göre genital hijyen davranışları daha olumludur. Genital hijyen davranışlarının olumlu olmasının nedeni 19-50 yaş arasındaki kadınların üretken çağda olması, henüz menopoza girmemesi ve kendi vücutlarındaki değişimlere önem vermeleri ile açıklanabilir. Literatür incelendiğinde bizim bulgumuz ile uyumlu olarak yaşı genç olan kadınların genital hijyen davranışlarının yüksek olduğu, yaş ilerledikçe genital hijyen davranışlarının azaldığı çalışmalar bulunmaktadır (2,25,28,29,32,33). Ancak yapılan bazı çalışmalar yaş ile genital hijyen arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığını da göstermiştir (26,30). Bu farklılık çalışmaya dahil edilen kadınların özelliklerinin farklı olması ve çalışmanın farklı bölgelerde yapılması ile açıklanabilir.

Eğitim düzeyi genital hijyen davranışlarını etkileyebilmektedir (2,30). Yapılan bir çalışma okuryazar olmayan kadınların diğer eğitim düzeylerine göre genital hijyen davranışlarının daha kötü olduğunu, çalışan kadınların da çalışmayan kadınlara göre genital hijyen davranışlarının daha iyi olduğunu göstermiştir (25). Yapılan bu araştırmada da benzer şekilde eğitimi lise ve üzeri olan kadınların diğer gruplara göre, çalışan kadınların da çalışmayan kadınlara göre adet hijyeni, anormal bulgu farkındalığı ve toplam puan yönünden genital hijyen davranışları anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bunun nedeni kadınların eğitim düzeyi ile birlikte bilgi düzeyinin ve beden farkındalığının artması, bireysel hijyen alışkanlıklarına karşı daha dikkatli olmaları ile açıklanabilir. Genital enfeksiyonlara bağlı gelişen kötü koku ve genital kaşıntı kadınlarda sosyal izolasyona neden olarak, sosyal yaşamı olumsuz yönde etkilemektedir (6). Bu nedenle çalışan kadınların toplum içinde olmaları, hijyen alışkanlıklarının olumlu yönde artmasına neden olmuş olabilir. Yapılan bir çalışmada kadınların

patolojik vajinal akıntı (%45.1) ve koku (%34.6) şikayeti olduğu bildirilmiştir (29). Başka bir çalışmada eğitim düzeyine göre vajinal enfeksiyon görülme durumu arasında anlamlı fark bulunmamasına rağmen, okuryazar olmayan grupta vajinal enfeksiyonun daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (28). Ayrıca kadınların eğitim düzeyinin artması (2,4,9,25,26,29,30,32,37) ve çalışma hayatına katılım ile hijyen alışkanlıklarının arttığını gösteren diğer çalışmalar da literatürde yer almaktadır (2,25,30,32). Bu araştırmadan elde edilen eğitim düzeyi yüksek ve çalışan kadınların genital hijyen davranışlarının daha olumlu olduğu sonucu literatürde yer alan bu araştırmalar ile paralellik göstermektedir.

Bu araştırmada çekirdek ailede yaşayan kadınların genital hijyen, anormal bulgu farkındalığı ve toplam puan yönünden genital hijyen davranışları daha yüksek bulunmuştur. Çekirdek ailede yaşayanlarda anormal bulgu farkındalığının ve genital hijyen davranışlarının olumlu olması ev ortamında kadınların rahatlıkla hijyenlerini gerçekleştirebilmesi ve bireysel muayenelerini rahatlıkla yapabilmesinden kaynaklı olabilir. Ayrıca benzer şekilde diğer çalışmalar da çekirdek ailede yaşayan kadınların genital hijyen davranışlarının yüksek düzeyde olduğunu göstermiştir (2,9,25,29,30,32,37). Mevcut araştırmada çekirdek ailede yaşayan kadınların genital hijyen davranışlarının daha olumlu olduğunun bulunması literatürde yer alan araştırma bulguları ile uyumluluk göstermektedir.

Araştırmada menopoza girmeyen, genital yol enfeksiyonu geçirmeyen, günlük hazır ped kullanan ve banyosunu ayakta duş olarak yapan kadınların adet hijyeni, anormal bulgu farkındalığı ve toplam puan yönünden genital hijyen davranışları daha olumludur. Östrojen azlığı nedeni ile postmenopozal dönemde vajina epitelinin incilmesi ve pH'ın artması sonucu özellikle bakteriyel enfeksiyonlar daha fazla ortaya çıkabilmektedir (30). Yapılan bir çalışmada menopoza girmeyen kadınlarda sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışlarının yüksek

bulunması dikkat çekicidir (36). Araştırmamızda kadınların yarısından fazlasının (%66.7) menopoza girmediği belirlenmiştir. Bu bulgu hijyen davranışlarının yüksek olmasını açıklayabilir. Yapılan çalışmalarda da vajinal enfeksiyonu olmayan kadınların %86.7'sinin, benzer şekilde %87.8'inin hazır ped kullandığı belirtilmiştir (24,28). Literatürdeki diğer çalışmalar banyo şekli olarak tabureye oturarak duş alanlarda genital enfeksiyon görülme oranının diğer şekillerde banyo yapanlardan yüksek olduğunu göstermiştir (3,24,35). Ayrıca mevcut araştırmadan elde edilen sonuç Ergün ve ark.'nın (2020) araştırmasındaki ayakta duş yapanlarda genital hijyen davranışlarını yüksek saptanması (31) sonucu ile paralellik göstermektedir.

Vajinal kaşıntısı olmayan, düzenli kadın doğum uzmanına giden kadınların ise genital hijyen, anormal bulgu farkındalığı ve toplam puan yönünden genital hijyen davranışları daha yüksektir. Ayrıca bu araştırmada kadınların yarısına yakınında (%45.1) vajinal kaşıntı bulunmadığı, üçte birinin (%32.3) düzenli kadın doğum uzmanına gittiği belirlenmiştir. Böylece kadınların kendisini güvende hissetmesi, sağlıklı olarak algılaması ve problem olmadığını düşünmesi olumlu genital hijyen algısını göstermiş olabilir. Yapılan bir çalışmada anlamlı olmamakla beraber daha önce genital hastalık geçirenlerin geçirmeyenlere göre genital hijyen davranışlarının yüksek olduğu saptanmıştır (25). Başka bir çalışmada da benzer şekilde vajinal enfeksiyon tanısı alan ve son bir yıl içinde kötü kokulu akıntı sorunu yaşayan kadınların genital hijyenleri kötü bulunmuştur (30). Ayrıca bu araştırmadan elde edilen sonuç literatürde yer alan vajinal kaşıntısı olmayan (32), kadın doğum uzmanına düzenli giden (31,32) kadınların genital hijyen davranışlarının yüksek saptanması sonucu ile paralellik göstermektedir. Literatürdeki bu çalışmalarda kadınların genital bölge ile ilgili sağlık sorunu yaşamaması ve problem olmadan düzenli sağlık kontrollerine gitmesi genital hijyen davranışlarının yüksek olmasını açıklayabilir.

Hiç gebelik geçirmeyen ve hiç yaşayan çocuğu olmayan kadınların dört ve üzeri gebelik geçiren ve yaşayan çocuğu olanlara göre adet hijyeni ve toplam puan yönünden genital hijyen davranışları daha iyidir. Genital yol enfeksiyonları kadınlarda infertiliteye yol açabilmektedir (30). Bu nedenle de kadınların üretkenliklerinin etkilenmemesi için genital hijyenlerine dikkat ettikleri düşünülebilir. Yapılan bazı çalışmalarda mevcut araştırmadan elde edilen bulguya benzer şekilde gebelik ve çocuk sayısı artarken genital hijyen davranışlarının azaldığı görülmüştür (25,29). Ayrıca bu araştırmada hiç gebelik yaşamayan ve hiç yaşayan çocuğu olmayan kadınların profesyonel ve geleneksel sağlık arama davranışı daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni infertiliteye çare arama davranışlarının bir sonucu olduğu şeklinde açıklanabilir. Yapılan bir çalışmada düşük/kürtaj öyküsü olan kadınların vajinal akıntı durumunda sağlık arama davranışlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (14). Böylelikle kadınlar erken tanı ve tedaviyi sağlamak, gebe kalabilmek ve çocuk doğurabilmek için hem sağlık kuruluşlarına başvurarak hem de geleneksel yöntemleri kullanarak sağlık arama davranışlarına yönelmiş olabilirler. Yapılan bir çalışmada da hiç gebelik geçirmeyen ve çocuğu olmayan kadınların üreme sağlığı ile ilgili sorunlar için doktor ziyaretlerine başvurma düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (36). Son bir yıl içinde doğum yapan kadınlar ile yapılan başka bir çalışmada da kadınların gebelik sayısı arttıkça düzenli bakım yaptırmama riski de artmıştır (38).

Yapılan mevcut araştırmada hiç pap smear testi yaptırmayan kadınların online ve toplam puan yönünden sağlık arama davranışlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir. İnternetin gelişmesiyle bilgiye ulaşım daha kolay olduğu için online sağlık arama davranışı daha fazla öne çıkmaktadır. Ayrıca internet üzerinden bilgi sahibi olan kişiler, benzer hastalığı geçirmiş diğer hastalarla iletişim içerisinde olup tecrübelerinden bilgi alabilmektedir (20). Online sağlık arama davranışı sonucu kadınların bilgi sahibi olması

ve pap smear testi yaptırmaya gerek duymaması nedeni ile online sağlık arama davranışlarının daha olumlu olduğu düşünülebilir.

Sınırlılıklar

Bu araştırmanın birkaç sınırlılığı bulunmaktadır. Araştırmadan elde edilen bulgular sadece Türkiye'nin İç Anadolu bölgesinde yer alan bir ilçede yaşayan, evli ve 18 yaş üzeri kadınları kapsamakta olup, elde edilen sonuçlar tüm kadınlar için genellenemez. Ayrıca araştırmanın tanımlayıcı nitelikte olması, neden-sonuç ilişkisi kurma imkânını sınırlamaktadır. Evli kadınların cinsel yaşamlarının aktif olması, bekarlara göre genital enfeksiyon görülme oranının yüksek olması nedeni ile bu çalışmada sadece evli kadınların örnekleme alınması da başka bir sınırlılıktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadınların sağlık arama davranışı arttıkça genital hijyen davranışı da artmaktadır. Genital hijyen ve sağlık arama davranışları ortalamasının üzerindedir. Yaş, eğitim, çalışma durumu, aile tipi, menopoza, vajinal akıntı, ped kullanımı, banyo yapma şekli, düzenli kadın doğum uzmanına gitme, gebelik ve yaşayan çocuk sayısı genital hijyen davranışlarını, pap smear yaptırmaya, gebelik ve yaşayan çocuk sayısı da sağlık arama davranışlarını etkilemektedir. Bu sonuçlara göre kadınların sağlık profesyonelleri tarafından izlenmesi, genital enfeksiyon açısından risk altındaki kadınların saptanması, genital hijyen ve profesyonel sağlık arama davranışlarının yükseltilmesine yönelik eğitim ve danışmanlıkların verilmesi önerilmektedir.

Araştırmanın Etik Yönü

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (karar no: 2024-02/42; tarih: 22-02-2024 tarih: 22-02-2024) ve çalışmanın yapıldığı kurumdan izin (karar no: 2024/07; tarih: 30.04.2024) alınmıştır.

Teşekkür

Araştırmacılar olarak araştırmaya katılan tüm kadınlara teşekkür ederiz.

Yazar Katkıları

İ.B.K.: Araştırmanın Planlanması, Verilerin Toplanması, Araştırmanın Yazılması;
Ş.E.P.: Araştırmanın Planlanması, Verilerin Analizi, Araştırmanın Yazılması, Kritik Revizyon

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek

Bu araştırma için herhangi bir kurumdan finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Gharegouzloei M, Zare A, Heidari G. A study of women's health information seeking behavior (30 to 50 years) in Kermanshah. *J Clin Res Paramed Sci* 2022; 11(2): e128524. <https://doi.org/10.5812/jcrps-128524>.
2. Ilgaz A, Sevinç Ö, Uzun SU. İki farklı aile sağlığı merkezine kayıtlı doğurgan çağıdaki evli kadınların genital hijyen davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2015; 14(2): 153–160. <https://doi.org/10.5455/pmb1-1409231552>.
3. Kahyaoğlu Süt, H. 18-49 yaş arası kadınlarda genital hijyen davranışları ile genital enfeksiyon arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2016; 6(1): 8–13.
4. Adıbelli D, Kılınc NÖ. Kırsal alanda örtü altı tarımında çalışan 18-49 yaş grubu kadınlarda genital hijyen uygulamaları. *JAREN* 2021; 7(1): 26–35. <https://doi.org/10.55646/jaren.2021.43255>.
5. Umami A, Paulik E, Molnár R, Bhisma M. The relationship between genital hygiene behaviors and genital infections among women: A systematic review. *Jurnal Ners* 2022; 17(1): 89–101. <https://doi.org/10.20473/jn.v16i1.34402>.
6. Palas P, Karaçam Z. Kadınların tutukevinde bulunmalarının genital hijyen uygulamalarına etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 16(1): 27–35.

7. Pete PMN, Biguioh RM, Izacar AGB, Adogaye SBC, Nguemo C. Genital hygiene behaviors and practices: A cross-sectional descriptive study among antenatal care attendees. *Journal of Public Health in Africa* 2019; 10(1): 746. <https://doi.org/10.4081/jphia.2019.746>.
8. Karahan N. Genital Hijyen Davranışları Ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik güvenirlik çalışması. *Istanbul Medical Journal* 2017; 18(3): 157–162. <https://doi.org/10.5152/imj.2017.82957>.
9. Yılmaz Sezer N, Aker MN. Determining the genital hygiene behaviors and the possibilities of maintaining genital hygiene among women in reproductive age. *Genel Tıp Dergisi* 2023; 33(5): 517–522. <https://doi.org/10.54005/genel TIP.1300803>.
10. Crann SE, Cunningham S, Albert A, Money DM, O'Doherty KC. Vaginal health and hygiene practices and product use in Canada: A national cross-sectional survey. *BMC Women's Health* 2018; 18(1): 52. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0543-y>.
11. Rahman S, Ozan AT. Vajinal akıntı şikayeti olan kadınlarda sık görülen genital yol enfeksiyonlarının incelenmesi. *CBU-SBED* 2020; 7(4): 469-475. <https://doi.org/10.34087/cbusbed/742223>.
12. Ayvaz G, Kaygusuz S. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların tanı ve tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2021; 23(1): 143-156. <https://doi.org/10.24938/kutfd.884916>.
13. Ravi RP, Kulasekaran RA. Care seeking behaviour and barriers to accessing services for sexual health problems among women in rural areas of Tamilnadu State in India. *Journal of Sexually Transmitted Diseases* 2014; 2014: 292157. <https://doi.org/10.1155/2014/292157>.
14. Okumuş F, Demirci N. Kırsal bölgede yaşayan kadınların vajinal akıntı durumunda sağlık arama davranışları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015; 18(3): 204–213. <https://doi.org/10.17049/ahsbd.27900>.
15. Demirağ H, Hindistan S, Cin A, Tuncay B. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu öğrencilerinin genital hijyen davranışlarının incelenmesi. *Bozok Tıp Dergisi* 2019; 9(1): 42–50. <https://doi.org/10.16919/bozoktip.446246>.
16. Hamzah KQA, Zulkefli NAM, Ahmad N. Health-seeking behaviour during times of illness among urban poor women: A cross-sectional study. *BMC Women's Health* 2024; 24(1): 334. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03178-w>.
17. Joshi GS, Gurav RB, Samel DR. Health care seeking behaviour and its socio-demographic determinants among women in rural area: A community based cross sectional study. *International Journal of Community Medicine and Public Health* 2024; 11(6): 2349–2353. <https://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20241497>.
18. Deniz S, Çimen M. Sağlık arama davranışı üzerine bir araştırma. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi* 2021; 7(3): 639–646.
19. Ajayi KV, Flores S, Fan Q, Ezenwanne F, Garney W. Prevalence, correlates, and sources of women's health information-seeking behaviors in the United States. *Patient Education and Counseling* 2023; 111: 107703. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107703>.
20. Çağatay A, Kıbrıs Ş, Kızılkaya S. Online sağlık arama davranışı: Karşılaştırmalı bir çalışma. *BANÜ Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi* 2023; 5(1): 65–73. <https://doi.org/10.46413/boneyusbad.1263753>.
21. Mansur F, Ülke Şimdi R. Sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık arama davranışı ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına etkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2022; 25(1): 127–138.
22. Özişli Ö. Sağlık arama davranışı üzerine bir saha çalışması. *Sosyal Bilimler Metinleri* 2023; 2023(1): 40–47. <https://doi.org/10.56337/sbm.1244490>.

23. Kıraç R, Öztürk YE. Health seeking behavior: Scale development study. Süleyman Demirel University Visionary Journal 2021; 12(29): 224–234. <https://doi.org/10.21076/vizyoner.754526>.
24. Akça D, Türk T. Kadınların genital hijyene ilişkin davranışlarının belirlenmesi. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi 2021; 11(1): 1–9. <https://doi.org/10.5505/kjms.2021.30633>.
25. Kurt Durmuş M, Zengin N. Kadınların genital hijyen davranışlarının incelenmesi. Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi 2020; 2(3): 113–120.
26. Gözüyeşil E. Investigation of genital hygiene behavior: An example of slum area. Ortadoğu Tıp Dergisi 2020; 12(2): 186–193. <https://doi.org/10.21601/ortadogutipdersigi.715599>.
27. Toraman B, Çalım Sİ, Biçici S. Kadın konukevinde yaşayan kadınların genital hijyen davranışları: Manisa ili örneği. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi 2021; 6(3): 625–640. <https://doi.org/10.47115/jshs.986723>.
28. Yağmur Y, Orhan Ergin İ. Mevsimlik tarım işçisi kadınların yaşam koşulları ve genital hijyen uygulamaları. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2017; 10(51): 614–620. <http://dx.doi.org/10.17719/jisr.2017.1796>.
29. Yesilcicek Calik K, Erkaya R, Ince G, Yıldız NK. Genital hygiene behaviors of women and their effect on vaginal infections. Clinical and Experimental Health Sciences 2020; 10(3): 210–216. <https://doi.org/10.33808/clinexphealthsci.565845>.
30. Çankaya S, Ege E. Evli kadınların genital hijyen davranışlarının ürogenital semptomlar ile ilişkisi. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2014; 6(2): 94–101.
31. Ergün S, Gök G, Karlıdağ EG, Güneri SE. Kadınların genital hijyen davranışlarının belirlenmesi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2020; 14(4): 540–547. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.706830>.
32. Özkan E, Tosun H. Kadın doğum polikliniğine başvuran kadınlarda genital hijyen davranışları ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2022; 31(6): 418–427. <https://doi.org/10.17942/sted.1021695>.
33. Sinan Ö, Çamözü E, Tosun B. Genital hygiene behaviors among married women and the outcomes of counseling practices. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2019; 21(1-2): 12–22.
34. Metin A. Sağlık hizmetlerine güvenin sağlık arama davranışı üzerine etkisi. Uluborlu Mesleki Bilimler Dergisi 2023; 6(2): 29–41.
35. Dalbudak S, Bilgili N. GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran kadınların genital hijyen davranışları ve bu davranışların vajinal enfeksiyona etkisi, Gülhane Tıp Dergisi 2013; 55(4): 281–287.
36. Erkin G, Şahin E. The effect of reproductive health protective attitudes of married women on sexual life. Kırşehir Ahi Evran University Journal of Health Sciences 2023; 7(3): 214–225.
37. Hadımlı A, Demirelöz Akyüz M, Çetintaş Öner S, Karaca Saydam B, Çeber Turfan E, ve ark. Evaluation of genital hygiene behaviors and vaginal douching practices of married women aged 15-49 in fertile period. Balıkesir Journal of Health Sciences 2024; 13(1): 67–74. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1376483>.
38. Toe SY, Higuchi M, Htay SS, Hamajima N. Health care seeking behaviors regarding maternal care and the associated factors among married women in Naung Cho Township, Myanmar. Nagoya J Med Sci 2021; 83: 727–740. <https://doi.org/10.18999/nagjms.83.4.727>.

**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE BEBEKLERİ
BAKIM ALAN ANNELERİN MEMNUNİYETLERİ VE
HEMŞİRELİK İMAJ ALGILARI: TANIMLAYICI VE KESİTSEL
BİR ARAŞTIRMA**
*SATISFACTION AND NURSING IMAGE PERCEPTIONS OF THE
MOTHERS TAKING CARE OF INFANT IN THE NEONATAL
INTENSIVE CARE UNIT: A DESCRIPTIVE AND CROSS-SECTIONAL
STUDY*

Meltem SÖNMEZ GEZGİN¹, İlknur KAHRİMAN²

¹Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon, Türkiye.

² Prof. Dr. , Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Trabzon, Türkiye.

Özet

Amaç: Bu çalışma yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) bebekleri bakım alan annelerin memnuniyet düzeyleri ile hemşirelik imaj algılarını incelemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte yapıldı.

Yöntem: Araştırma bir üniversite hastanesinin YYBÜ'nde bebeği en az bir hafta yatan 100 anne ile yürütülmüştür. Araştırmanın verileri, Annelerin Tanıtıcı Bilgi Formu, Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeği, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde Ebeveyn Memnuniyet Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde ikili grupların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi ve üç ve üzeri gruplarda Kruskal Wallis testi kullanıldı. Hastaneye ilk yatış ve taburculuktaki hemşirelik imaj ölçeği puanlarının karşılaştırılmasında Wilcoxon testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan annelerin %76.0'ı 18-34 yaş aralığında, %39.0'unun lise eğitim düzeyinde olduğu belirlendi. Annelerin %53.7'sinin hastanede yatış süresinin sekiz gün ve üzerinde olduğu belirlendi. Araştırmamızda annelerin memnuniyet ölçeği bilgilendirme alt boyut puan ortalaması 5.64, bakım ve tedavi 5.78, ebeveyn katılımı 5.69, organizasyon 5.79 ve profesyonel tutum 5.77 olarak elde edildi. Annelerin hemşirelik imaj puan ortancası yatışta 86.0, taburculukta 84.5 olarak elde edildi. Hastaneye ilk yatış ve taburculuktaki hemşirelik imaj ölçeği toplam puan ortanca değerleri arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p=0.744). Araştırmamızda annelerin hem yatışta hem taburculukta hemşirelik imaj algılarının "zayıf" olduğu ancak memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu saptandı. Annelerin memnuniyet durumları ile hemşirelik imaj algıları puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olmadığı görüldü.

Sonuç: Pandemi sürecinde yaşanan zorluklar ve ağır çalışma koşulları annelerin hemşirelik imajını olumsuz yönde etkilemiş ancak annelerin bu zor koşullarda hizmet veren hemşirelere karşı duydukları güven, takdir duyguları ve minnettarlıkları memnuniyeti artırmıştır.

Anahtar Kelimeler: Algı, Anne, Bebek, Hemşirelik, Kişisel Memnuniyeti, Yenidoğan, Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri.

Abstract

Objective: The research was conducted in a descriptive and cross-sectional manner in order to examine the nursing image perceptions and satisfaction levels of mothers who take care of their infant in the neonatal intensive care unit. **Material and Methods:** The study was conducted with 100 mothers whose infant were hospitalized for at least one week in the Neonatal Intensive Care Unit of a university hospital. The data of the study were collected using the Descriptive Mother Information Form, the Image Scale for Nursing Profession, and the Parent Satisfaction Scale in the Neonatal Intensive Care Unit. In evaluating the data, the Mann-Whitney U test was used to compare the scores of two groups and the Kruskal Wallis test was used for groups of three or more. Wilcoxon test was used to compare nursing image scale scores first admission and at discharge. **Results:** It was determined that 76.0% of the mothers participating in the study were between the ages of 18-34 and 39.0% were at high school education level. 54.0% of the mothers had previous hospitalization experience and 70.37% of these mothers were hospitalized for themselves and 9.63% for their children. It was determined that 53.70% of the mothers had a hospital stay of eight days or more for themselves or their child. The study, mothers' satisfaction scale information sub-dimension mean score was 5.64, care and treatment 5.78, parental involvement 5.69, organization 5.79 and professional attitude 5.77. The mothers' median nursing image score was 86.0 at admission and 84.5 at discharge. No significant difference was found between the median total score of the Nursing Profession Scale in terms of hospitalization and discharge (p=0.744). The study, it was determined that mothers' nursing image perceptions were "poor" both at admission and at discharge, but their satisfaction levels were high. It was observed that there was no significant relationship between the mothers' satisfaction levels and their nursing image perception score averages.

Conclusion: The difficulties experienced during the pandemic and harsh working conditions negatively affected the mothers' image of nursing, but the trust, appreciation and gratitude that mothers felt towards nurses who provided services under these difficult conditions increased satisfaction.

Key Words: Infant, Intensive Care Units, Mothers, Neonatal, Nursing, Perception, Personal Satisfaction

ORCID ID:MSG; 0000-0002-2091-7372, İK; 0000-0002-6968-9446

Sorumlu Yazar: İlknur KAHRİMAN, Prof.Dr.Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon, Türkiye.

E-mail: ilknurkahrیمان@ktu.edu.tr

Geliş tarihi/ Date of receipt: 26.09.2025

Kabul tarihi / Date of acceptance:24.11. 2025

GİRİŞ

Hemşirelik, “bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık hâlinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu, bilim ve sanattan oluşan sağlık disiplindir (1). Yenidoğan yoğun bakım hemşireliği ise görevi doğum sonrası ilk 28 günü içinde bulunan bebeklerin özel bakım ihtiyaçlarını karşılamak, tedavilerini sürdürmek, izlemek, bakım vermek ve iyileştirmek olan bilgili ve donanımlı hemşirelik dalıdır (2). Hemşirelerin hastanelerde bakım hizmetlerini yürüttüğü yenidoğan yoğun bakım üniteleri (YYBÜ) ise bebeklerin 24 saat aralıksız takip edildiği, tedavilerin uygulandığı, bakımın sürdürüldüğü, genel durumu kötü olan, solunum desteğine, cerrahi müdahaleye, ilaç tedavisine, invaziv işlemlere ihtiyacı olan bebeklerin yatırıldığı bölümlerdir (3).

Bebeklerin YYBÜ’ne yatması ve bu süre içinde bakıma katılmak ebeveynler üzerinde endişe ve kaygı yaratan bir durum olup anneler için endişe verici ve zorlayıcı olabilir (4,5). Endişe ve kaygı düzeyinde artışa paralel olarak anne-bebek bağlantısı kesintiye uğrayabilmektedir (6). Bu ünitelerde bebeği yatan ebeveynlerin daha iyi anlaşılması ve etkin müdahalelerin geliştirilmesi için stres ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi önemlidir. Özellikle yoğun bakımda ebeveynlerin bebeklerinden ayrı olmaları, bebeklerinin tüp ve kablolarla bağlı olmaları, sağlık durumundaki ani değişiklikler ailelerde önemli derecede stres oluşumuna neden olan faktörlerden bazılarıdır (4).

Bebeği bu ünitelerde yatan annelerin fizyolojik ihtiyaçlarıyla beraber, bebek hakkında bilgi alma, destek olunma, bebeğine yakın olma gibi birçok ihtiyacı oluşmaktadır (7-10). Türkiye’de bebeği YYBÜ’de tedavi olan annelerin ihtiyaçlarına yönelik birçok çalışma yapılmıştır (11,12). Yapılan bir çalışmada annelerin bebeğin yanında bulunması, duygusal destek, anlaşılma ihtiyacı ailelerin en önemli

gereksinimleri olarak belirtilmiştir (13). Bu ünitelerde çalışan hemşirelerin, annelerin bu gereksinimlerinin farkında olmaları ve hemşirelik sürecini ve bakım hizmetlerini sağlıklı ve sistematik bir şekilde sunmaları anne memnuniyeti açısından son derece önemlidir (14). Hemşireler ailelere karşı hassas ve dürüst olmalı, anne ve bebeğin vakit geçirmesine ortam yaratmalı, anneyi bakıma katmalı kanguru bakımını sağlamalı, bu konuda eğitici ve öğretici olmalıdır (15). Hemşirelerin bu süreçle ilgili planlama, uygulama ve değerlendirmeleri ile süreci takip etmeleri, anne bebek ilişkisini en erken dönemde başlatmaları ve anneleri de bakımın içine katmaları annelerin memnuniyetini arttırmaktadır (16).

Günümüzde mesleki imajı ile toplumda ön plana çıkan meslek gruplarından biri olan hemşirelik mesleğinin statüsü toplumun oluşturduğu imajla örtüşmektedir (17,18). Hemşirelerin geçen yıllar içerisinde mesleğe bağlılık, otoriter çalışma ve çekicilik imajı azalırken; bilimsel çalışma, mesleki yeterlilik, yenilikçi ve yaratıcı olma imajlarının giderek ön plana çıktığı belirlenmiştir (17,18). Yapılan bir çalışmada ise hemşirelik mesleğinin bilgi ve beceriye dayalı bir meslek olduğu belirtilmektedir (19). Meslek imajını oluşturan belirli unsurlarda bulunmaktadır. Mesleğe olumlu ya da olumsuz bir imaj oluşmasını sağlayan bu unsurları; mesleğin profesyonellik düzeyi, mesleğin kişiye sağladığı toplumsal konum, saygınlık, mesleki etik, meslek sahibi kişinin özellikleri ve davranışlarının oluşturduğu düşünülmektedir (20). Hemşirelik imajını toplumun eğitim seviyesi, medeni hali, ataerkil düzeni ve ekonomik durumu da etkilemektedir. Türkiye’de hemşirelik mesleğinin kadın mesleği olarak görüldüğü, verilen hizmetlerin kolay olduğu, eğitim olarak yüksek ihtisas gerektirmediği düşünceleri hemşirelik imajını olumsuz yönde etkilemektedir (21). Bunun dışında Türkiye’de hemşirelik meslek imajına yönelik yapılan araştırmalarda; bireylerin hemşireleri doktorun yardımcısı olarak gördükleri, hemşirelik mesleğini ise yardımcı meslek olarak algıladıkları (22), başka bir çalışmada ise

hemşireleri çalışkan, düşünceli bireyler olarak, mesleği ise doktorun söylediklerini yapan bir meslek olarak gördükleri belirlenmiştir (23). Düşük toplumsal imaj algısı, yarattığı bu negatif etkilerle toplum ve meslek grubu arasındaki iletişimi olumsuz etkileyebilmekte ve meslek grubunun topluma verdiği hizmetin kalitesini düşürebilmektedir (24). Pediatri hemşirelerinin büyük bir kısmını geleneksel hemşirelik imajını benimseyen kadınlar oluşturmaktadır. Eğitim düzeyi yükselmiş olsa bile profesyonellik henüz gelenekselliğin önüne geçememiştir (22). Yoğun bakım sürecinde hemşire ve aileler arasındaki profesyonellik, hemşirelik imajını olumlu ya da olumsuz etkileyen önemli faktörlerden biridir (23,24).

Bu bağlamda bu araştırma, YYBÜ’de bebekleri bakım alan annelerin memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi ve annelerin hemşirelerle etkileşimleri sonucunda hemşirelik imajlarının değişip değişmediğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Türü ve Yeri

Tanımlayıcı ve kesitsel desende yapılan bu araştırma Mayıs 2021- Nisan 2022 tarihleri arasında, Türkiye'nin kuzeyinde yer alan bir ildeki birinci, ikinci ve üçüncü basamak hastaların bakımı ve tedavilerinin uygulandığı bir hastanenin YYBÜ’nde yürütülmüştür. Araştırmanın yapıldığı YYBÜ birinci, ikinci ve üçüncü basamak hastaların bakımı ve tedavilerinin uygulandığı 20 adet küvöz ve 2 adet anne uyum odası kapasiteli bir ünedir. Anne ve babalara bebek YYBÜ’ne alındıktan sonra günlük işleyiş, tedavi süreci, bebeğin beslenmesi ve bakımı hakkında bilgilendirme yapılmaktadır. Taburculuk öncesinde anneler beslenme saatlerinde gelip emzirme ve beslenme teknikleri ile ilgili eğitim alarak taburculuğa hazır hale getirilmektedir. Araştırmanın yürütüldüğü pandemi döneminde ziyaretçi kısıtlaması uygulanmıştır. Beslenmelere katılan annelere PCR testi zorunlu tutulmuştur. Sadece test sonucu negatif çıkan anneler bebeklerini beslemeye

katılabilmişlerdir. Anne uyum odasında kalmak için annenin PCR testi negatif olmasının beraberinde herhangi bir semptom göstermemesi zorunlu tutulmuştur. Eğer herhangi bir semptom var ise anne üniteye alınmamıştır. Anne izolasyonda veya covid şüphesi var ise bebek taburcu olurken PCR testi negatif olan aileden başka bir kişi üniteye kabul edilerek gelen kişiye taburculuk eğitimi verilmiştir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini YYBÜ’nde yatan bebeklerin anneleri oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeyip araştırmanın yapıldığı tarihler arasında YYBÜ’nde yatan toplam 201 bebekten 29’u bir haftadan az süre yattığı, 10 bebek hayatını kaybettiği için bu bebeklerin anneleri araştırmaya dahil edilmemiştir. Diğer bebeklerin annelerinin 40’ı covid pozitif, 13’ü izolasyonda, yedisi araştırmaya katılmak istemediği, ikisi ise hayatını kaybettiği için araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırma 100 anne ile yürütülmüştür.

Araştırmaya kabul edilme ölçütleri şu şekildedir.

Araştırmaya sözel iletişim kurabilen ve zihinsel sorunu olmayan, YYBÜ’nde bebeği bir haftadan fazla yatan anneler dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veriler “Anne Tanımlayıcı Bilgi Formu”, “Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeği” (HMYİÖ) ve “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Ebeveyn Memnuniyet Ölçeği” (YYBÜEMÖ) formlarıyla toplanmıştır.

Anne Tanımlayıcı Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form annelerin tanımlayıcı özelliklerini (annenin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, daha önce hastaneye yatış deneyimi, yatan kişi, yatış sıklığı ve süresi) içeren toplam 6 sorudan oluşmuştur.

Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeği: Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeği, Dost ve Bahçeçik (2015) tarafından bireylerin hemşirelik imajını ölçmek için geliştirilen ölçeğin madde sayısı 42’dir. Ölçek beşli likert

tipi bir ölçektir. Ölçeğin altı tane alt boyutu bulunmaktadır. Alt boyutları çalışma koşulları, eğitim, cinsiyet, mesleki nitelik, mesleki statü, dış görünümünden oluşmaktadır. Ölçekteki 8, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29 ve 31. maddeler ters puanlamaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puanlar 42-210 arasındadır. Puan toplamına göre 178-210 arası puan alınması “Çok İyi İmaj Algısı”, 144-177 puan “İyi İmaj Algısı”, 110-143 puan “Orta Düzey İmaj Algısı”, 76-109 puan “Zayıf İmaj Algısı”, 42-75 puan “Çok Zayıf İmaj Algısı” olarak sınıflandırılmaktadır. Ölçekten alınan puanın artması hemşirelerin mesleki imaj algılarının olumlu yönde arttığını göstermektedir. Ölçeğin toplamı için Cronbach’s alpha katsayısı $\alpha=0.885$ olarak hesaplanmıştır (24).

Araştırmada hemşirelik imaj ölçeği annelere bebekleri YYBÜ’ne yattıkları ilk gün içinde ve taburcu olacakları gün olmak üzere iki kez uygulanmıştır. Bu ölçeğin genel Cronbach’s Alpha katsayısı yatışta 0.881 ve taburculukta 0.940 olarak elde edilmiştir. Ölçek her iki dönemde yüksek derecede güvenilir olarak elde edilmiştir. Mesleki nitelikler yatış ve taburculukta yüksek derecede güvenilir olarak elde edilmiştir. Cinsiyet alt boyutu yatışta oldukça güvenilir ve taburculukta yüksek derece güvenilir bulunmuştur. Çalışma koşulları alt boyutu, yatışta oldukça güvenilir ve taburculukta yüksek derece güvenilir bulunmuştur. Eğitim her iki dönemde de oldukça güvenilir olarak elde edilmiştir. Mesleki statü ve dış görünüm Cronbach’s Alpha değerleri 0.857-0.920 aralığında elde edilmiştir.

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Ebeveyn Memnuniyet Ölçeği:Bu ölçek, 2009 yılında Latour ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Albayrak ve Büyükgöncü tarafından Türkçe’ye uyarlanmış, 57 maddeden oluşan Likert tipte bir ölçektir. Ölçek altı seçenekli olup bir de uygulanmaz seçeneği vardır. Ölçeğin beş tane alt boyutu bulunmaktadır. Alt boyutları bakım ve tedavi, organizasyon, profesyonel tutum, ebeveyn katılımı, bilgilendirmeden oluşmaktadır. Ölçekte “6” en

yüksek memnuniyet, “1” en düşük memnuniyet olarak değerlendirilir. Hesaplama alt boyutlarda “uygun değildir” maddesi varsa bu madde çıkarıldıktan sonraki maddelerin puan ortalaması ile hesaplanmaktadır. Maddelerde 5’in altındaki puanlar memnuniyetsizlik olarak ifade edilmektedir. Puanlarla memnuniyet doğru orantılıdır, puan arttıkça memnuniyet artar, azaldıkça memnuniyet azalmaktadır. Albayrak ve Büyükgöncü’nün çalışmasında ölçeğin Cronbach’s Alpha katsayısı 0.89-0.96 arasında bulunmuştur (25).

Araştırmamızda bilgilendirme alt boyutu ortalaması 5.64, bakım ve tedavi ortalaması 5.78, ebeveyn katılımı puan ortalaması 5.69, organizasyon ortalaması 5.79 ve profesyonel tutum ortalaması 5.77 olarak elde edilmiştir. Ölçeğin Cronbach’s Alpha değerleri Bilgilendirme alt boyutu için 0.879, bakım ve tedavi alt boyutu için 0.861, ebeveyn katılımı alt boyutu için 0.872, organizasyon alt boyutu için 0.812 ve profesyonel tutum alt boyutu için 0.902 olarak elde edilmiştir. Elde edilen Cronbach’s Alpha katsayılarına göre alt boyutlar yüksek derecede güvenilir olarak elde edilmiştir.

Verilerin Toplanması

Veriler toplanmaya başlamadan önce araştırmaya katılan annelere araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Anneler YYBÜ’ne yattığı ilk gün içinde bilgilendirme odasında tanımlayıcı bilgi formu ve hemşirelik imaj ölçeğini, bebekleri YYBÜ’den taburcu olurken ise memnuniyet ölçeği ile ikinci kez hemşirelik imaj ölçeğini doldurmuştur. Formların anneler tarafından doldurulması ortalama 20-25 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde IBM SPSS V23 programı kullanılmıştır. Shapiro-Wilk testi yapılarak normal dağılıma uygunluğu değerlendirildi. Veriler normal dağılmadığı için ikili grupların puanlarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi ve üç ve üzeri gruplarda Kruskal Wallis testi kullanıldı.

Annelerin bebekleri hastaneye ilk yattığı gün ile taburcu olurken hemşirelik imaj ölçęęi puanlarının karşılaştırılmasında Wilcoxon testi kullanıldı. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama±s. sapma ve ortanca (minimum-maksimum) şeklinde kategorik veriler frekans ve yüzde olarak sunuldu. Önem düzeyi $p<0.05$ olarak alındı.

Araştırmanın Etik Kurulu ve Yasal Onayı

Araştırmanın verilerini toplamaya başlamadan önce 12.03.2021 tarihli E-38263028-622.01-14844 sayılı kurum izni ve 18.05.2021 tarihli 441 sayılı etik kurul izni alınmıştır. Araştırmada “Gönüllü Bilgilendirme Onam Formu” alındı ve Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak yürütüldü. Araştırmaya dahil edilen annelere gerekli bilgilendirme yapılmıştır. Annelerin araştırmaya katılımda gönüllüğü gözetilmiş, istedikleri zaman araştırmayı bırakabilecekleri iletilmiştir.

BULGULAR

Annelerin %76.0'ının 18-34 yaş aralığında olduğu, %39.0'ının lise mezunu olduğu, %42.0'ının çalıştığı, %54.0'ının hastanede yatış deneyiminin olduğu, %70.4'ünün kendisinin hastanede yattığı, %55.6'sının iki kez ve üstü hastanede yattığı, %53.7'sinin sekiz gün ve üstü yatış süresinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Araştırmada yatış ve taburculukta HMYİÖ toplam puan ortanca değerleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.744$). Yatışta puan ortancası 86.0 iken taburculuk 84.5 olarak elde edilmiştir. Yatış ve taburculuk “çalışma koşulları”, “eğitim”, “cinsiyet”, “mesleki nitelikler”, “mesleki statü”, “dış görünüm” alt boyutlarının puan ortanca değerleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 2).

Tablo 1: Annelerin tanımlayıcı özelliklerine ait bulgular (n=100)

Annelerin Özellikleri	Gruplar	n	%
Yaş grupları (Yıl)	18-34 yaş	76	76.0
	35 yaş ve üstü	24	24.0
Eğitim durumu	İlköğretim	19	19.0
	Lise	39	39.0
	Ön Lisans	8	8.0
	Lisans	28	28.0
	Lisansüstü	6	6.0
Çalışma durumu	Çalışıyor	42	42.0
	Çalışmıyor	58	58.0
Daha önce hastanede yatış deneyimi	Var	54	54.0
	Yok	46	46.0
Daha önce hastanede yatan kişi (n=54)	Kendisi	38	70.4
	Çocuğu	16	29.6
Hastaneye yatış sıklığı (n=54)	1 kez	24	44.4
	2 kez ve üstü	30	55.6
Daha önce hastanede yatış süresi (n=54)	1-7 gün	25	46.3
	8 gün ve üstü	29	53.7
Toplam		100	100.0

Tablo 2: Yatış ve taburculuk HMYİÖ toplam ve alt boyut puan ortancalarının karşılaştırılması (n=100)

	Yatış		Taburculuk		Test istatistiği	P
	Ort.±SS	Ort. (min. - maks.)	Ort.±SS	Ort. (min. - maks.)		
HMYİÖ toplam	88.2±16.3	86.0 (43.0-157.0)	91.7±26.1	84.5 (44.0-210.0)	Z=-0.327	0.744
Çalışma koşulları	20.2±4.8	20.0 (10.0-37.0)	20.6±6.5	20.0 (10.0-50.0)	Z=-0.47	0.639
Eğitim	9.7±2.9	10.0 (5.0-20.0)	9.5±4.2	10.0 (5.0-30.0)	Z=-0.956	0.339
Cinsiyet	25.3±5.6	26.0 (9.0-43.0)	25.8±6.6	27.0 (8.0-40.0)	Z=-0.568	0.570
Mesleki nitelikler	17.8±6.6	16.0 (11.0-55.0)	19.6±10.7	17.0 (11.0-55.0)	Z=-0.848	0.397
Mesleki statü	9.8±3.8	10.0 (5.0-25.0)	10.4±5.0	10.0 (5.0-25.0)	Z=-0.619	0.536
Dış görünüm	5.6±2.3	6.0 (3.0-15.0)	5.7±2.8	6.0 (3.0-15.0)	Z=-0.169	0.866

Z: Wilcoxon test istatistiği

Araştırmada 18-34 yaş ile 35 yaş ve üzeri yaş grubundaki annelerin yatış ve taburculuk HMYİÖ toplam puan ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Annelerin yaş gruplarına göre taburculukta HMYİÖ cinsiyet alt boyutunda gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p=0.014$), diğer alt boyutlarda ise yatış öncesi ve taburculukta anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Annelerin eğitim durumlarına göre grup içi ve gruplar arası HMYİÖ toplam ve alt boyut puanlarının ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Annelerin çalışma durumuna göre ise yatışta grup içi HMYİÖ eğitim alt boyutu puan ortancaları arasında anlamlı farklılık vardır ($p=0.026$). Araştırmada daha önce hastanede yatış deneyimine göre yatışta mesleki statü puan ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p=0.022$). Yatış ve taburculukta diğer alt boyutlarda anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Araştırmada daha önce hastanede yatan kişilere göre annelerin yatışta HMYİÖ mesleki statü alt boyut puan ortanca değerleri gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur

($p=0.035$). Yatış ve taburculukta diğer alt boyutlarda anlamlılık saptanmamıştır ($p>0.050$). Araştırmada yatışta annelerin daha önce hastanede yatış sürelerine göre gruplar arasında HMYİÖ mesleki statü alt boyutu ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.034$). Hastanede yatış sürelerine göre yatış ve taburculukta HMYİÖ toplam ve diğer alt boyut puan ortanca değerleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3). Annelerin tanımlayıcı özelliklerine göre YYBÜEMÖ puanlarının ortanca değerleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4).

Araştırmada HMYİÖ toplam puanı ile YYBÜEMÖ'nin "bilgilendirme" ($r=-0.26$; $p=0.009$) ve "bakım ve tedavi" ($r=-0.208$; $p=0.038$) alt boyutları arasında anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 3: Annelerin tanımlayıcı özelliklerine göre HMYİÖ puan ortancalarının karşılaştırılması (n=100)

	Yaş grupları (Yıl)		Test İstatistiği	P
	18-34 yaş	≥35 yaş		
	Ort.±SS Ortanca (min. - maks.)	Ort.±SS Ortanca (min- maks.)		
Yatış HMYİÖ	88.6±15.3 87.0 (43.0 - 157.0)	86.9±19.2 84.5 (57.0-152.0)	U=779	0.283
Taburculuk HMYİÖ	92.8±27.1 85.5 (44.0-210.0)	88.1±23.0 84.0 (58.0-160.0)	U=803.5	0.381
Test istatistiği	Z=-0.52	Z=-0.114		
p	0.603	0.910		
Yatış cinsiyet	25.4±5.9 26.0 (9.0-43.0)	24.9±4.9 25.5 (14.0-34.0)	U=846	0.593
Taburculuk cinsiyet	26.8±6.5 27.0 (8.0-40.0)	22.5±6.1 24.0 (8.0-30.0)	U=608.5	0.014
Test istatistiği	Z=-1.279	Z=-1.301		
p	0.201	0.193		
	Çalışma durumu			
	Çalışıyor	Çalışmıyor		
Yatış HMYİÖ	87.7±16.7 84.5 (55.0-157.0)	88.6±16.0 88.0 (43.0-152.0)	U=1089.5	0.369
Taburculuk HMYİÖ	90.0±26.8 84.0 (58.0-187.0)	92.9±25.7 87.5 (44.0-210.0)	U=1068.5	0.296
Test istatistiği	Z=-0.202	Z=-0.211		
p	0.840	0.833		
Yatış eğitim	10.4±3.0 10.5 (5.0-20.0)	9.1±2.7 9.0 (5.0-17.0)	U=902	0.026
Taburculuk eğitim	9.5±4.5 9.0 (5.0-30.0)	9.5±3.9 10.0 (5.0-25.0)	U=1161.5	0.690
Test istatistiği	Z=-1.593	Z=-0.202		
p	0.111	0.840		
	Hastanede yatış deneyimi			
	Yattı	Yatmadı		
Yatış HMYİÖ	87.8±17.6 87.5 (43.0-157.0)	88.7±14.7 86.0 (57.0-152.0)	U=1231	0.939
Taburculuk HMYİÖ	91.6±28.8 84.0 (44.0-210.0)	91.7±22.8 87.5 (65.0-187.0)	U=1174.5	0.640
Test istatistiği	Z=-0.278	Z=-0.263		
p	0.781	0.793		
	Daha önce hastanede yatan kişi			
	Kendisi	Çocuğu		
Yatış HMYİÖ	89.2±19.5 89.5 (43.0-157.0)	84.6±12.1 84.5 (69.0-102.0)	$\chi^2=1.090$	0.580
Taburculuk HMYİÖ	90.8±25.8 84.0 (63.0-210.0)	93.8±35.9 83.0 (44.0-172.0)	$\chi^2=0.276$	0.871
Test istatistiği	Z=-0.091	Z=-0.596		
p	0.928	0.551		
Yatış mesleki statü	9.3±3.4 10.0 (5.0-20.0) ^{ab}	8.2±3.5 8.0 (5.0-17.0) ^a	$\chi^2=6.678$	0.035
Taburculuk mesleki statü	10.6±5.0 10.0 (5.0-25.0)	11.3±6.8 8.0 (5.0-25.0)	$\chi^2=0.035$	0.983
Test istatistiği	Z=-0.905	Z=-1.226		
p	0.365	0.220		

Tablo 3. (Devam): Annelerin tanımlayıcı özelliklerine göre HMYİÖ puan ortancalarının karşılaştırılması (n=100)

	Hastaneye yatış sıklığı		χ^2	p		
	Bir kez	İki ve ikiden fazla				
Yatış HMYİÖ	90.1±19.9 88.0 (68.0-157.0)	86.0±15.6 87.5 (43.0-109.0)	0.006	0.997		
Taburculuk HMYİÖ	96.3±33.8 86.5 (58.0-210.0)	88.0±24.1 83.5 (44.0-172.0)	1.174	0.556		
Test istatistiği	Z=-0.666	Z=-0.37				
p	0.506	0.711				
	Yatış süresi		χ^2	p		
	1 - 7 gün	8 gün ve sonrası				
Yatış HMYİÖ	91.8±20.1 85.0 (63.0-157.0)	84.3±14.6 88.0 (43.0-102.0)	0.838	0.658		
Taburculuk HMYİÖ	94.0±24.3 87.0 (63.0-160.0)	89.7±32.5 83.0 (44.0-210.0)	1.488	0.475		
Test istatistiği	Z=-0.157	Z=-0.159				
p	0.875	0.873				
Yatış mesleki statü	9.6±3.8 10.0 (5.0-20.0)ab	8.4±3.0 8.0 (5.0-17.0)a	6.771	0.034		
Taburculuk mesleki statü	11.4±5.2 10.0 (5.0-25.0)	10.2±5.8 9.0 (5.0-25.0)	1.948	0.378		
Test istatistiği	Z=-1.14	Z=-0.889				
p	0.254	0.374				
	Eğitim durumu				χ^2	p
	İlköğretim	Lise	Üniversite	Yüksek lisans		
Yatış HMYİÖ	85.3±17.1 85.0 (55.0-118.0)	92.2±18.2 88.0 (63.0-157.0)	87.2±11.4 86.0 (63.0-108.0)	86.2±16.2 82.5 (68.0-109.0)	2.908	0.573
Taburculuk HMYİÖ	93.6±26.3 84.0 (58.0-172.0)	89.8±26.7 87.0 (44.0-210.0)	94.0±30.6 84.0 (65.0-187.0)	90.0±12.7 86.0 (77.0-111.0)	0.342	0.987
Test istatistiği	Z=-0.568	Z=-0.863	Z=-0.469	Z=-0.527		
p	0.570	0.388	0.639	0.598		

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği, Z: Wilcoxon test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur, ortalama±s. sapma, ortanca (minimum-maksimum)

HMYİÖ “çalışma koşulları” ile YYBÜEMÖ’nin “bilgilendirme” (r=-0.247; p=0.013), “bakım ve tedavi” (r=-0.247; p=0.013) ve “organizasyon” alt boyutları (r=-0.272; p=0.006) arasında anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur. HMYİÖ “eğitim” alt boyutu ile YYBÜEMÖ’nin “bilgilendirme” (r=-0.308; p=0.002) ve “bakım ve tedavi” alt boyutları arasında anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır (r=-0.321; p=0.001). HMYİÖ “eğitim” alt boyutu ile YYBÜEMÖ “organizasyon” (r=-0.284; p=0.004) ve “profesyonel tutum” (r=-0.206; p=0.04) alt

boyutları arasında anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki belirlenmiştir (Tablo 5).

HMYİÖ “cinsiyet” alt boyutu ile YYBÜEMÖ’nin “organizasyon” (r=0.233; p=0.02) ve “profesyonel tutum” (r=0.232; p=0.02) alt boyutları arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır. HMYİÖ “dış görünüm” alt boyutu ile YYBÜEMÖ “bilgilendirme” alt boyutu arasında anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki belirlenmiştir. (r=-0.23; p=0.021). Diğer değişkenler arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.050) (Tablo 5).

Tablo 4: Annelerin tanımlayıcı özelliklerine göre YYBÜEMÖ puan ortancalarının karşılaştırılması (n=100)

	Bilgilendirme	Bakım ve tedavi	Ebeveyn Katılımı	Organizasyon	Profesyonel Tutum
Yaş grubu (Yıl)					
18-34	5.61±0.71 6.00 (2.08-6.00)	5.75±0.44 6.00 (3.82-6.00)	5.65±0.69 6.00 (2.88-6.00)	5.77±0.48 6.00 (3.75 - 6.00)	5.74±0.55 6.00 (3.33-6.00)
35 yaş ve üzeri	5.71±0.48 5.96 (3.92 - 6.00)	5.86±0.27 6.00 (5.12-6.00)	5.81±0.48 6.00 (3.88-6.00)	5.83±0.29 6.00 (5.13-6.00)	5.86±0.22 6.00 (5.17-6.00)
Test istatistiği	U=908	U=805,5	U=815,5	U=911,5	U=908
p	0.972	0.325	0.347	0.996	0.969
Hastanede yatış deneyimi					
Evet	5.69±0.51 6.00 (3.58-6.00)	5.79±0.40 6.00 (3.82-6.00)	5.71±0.61 6.00 (2.88-6.00)	5.81±0.35 6.00 (4.50-6.00)	5.79±0.40 6.00 (4.42-6.00)
Hayır	5.57±0.80 5.96 (2.08-6.00)	5.76±0.43 6.00 (4.18-6.00)	5.66±0.69 6.00 (3.00-6.00)	5.76±0.53 6.00 (3.75-6.00)	5.74±0.59 6.00 (3.33-6.00)
Test istatistiği	U=1203	U=1179	U=1219.5	U=1219.5	U=1206
p	0.771	0.618	0.851	0.852	0.768
Daha önce hastanede yatan kişi					
Kendisi	5.71±0.46 6.00 (3.92-6.00)	5.77±0.44 6.00 (3.82-6.00)	5.69±0.63 6.00 (2.88-6.00)	5.79±0.36 6.00 (4.50-6.00)	5.77±0.40 6.00 (4.50-6.00)
Çocuğu	5.65±0.62 5.92 (3.58-6.00)	5.86±0.26 6.00 (5.24-6.00)	5.75±0.59 6.00 (3.88-6.00)	5.86±0.33 6.00 (4.75-6.00)	5.84±0.41 6.00 (4.42-6.00)
Test istatistiği	$\chi^2=0.418$	$\chi^2=0.492$	$\chi^2=0.067$	$\chi^2=0.567$	$\chi^2=1.491$
p	0.812	0.782	0.967	0.753	0.475
Hastaneye yatış sıklığı					
Bir kez	5.79±0.31 5.96 (4.83-6.00)	5.88±0.25 6.00 (5.18-6.00)	5.71±0.76 6.00 (2.88-6.00)	5.86±0.28 6.00 (5.00-6.00)	5.86±0.33 6.00 (4.83-6.00)
İki ve ikiden fazla	5.61±0.62 6.00 (3.58-6.00)	5.72±0.47 6.00 (3.82-6.00)	5.71±0.47 6.00 (4.13-6.00)	5.78±0.40 6.00 (4.50-6.00)	5.73±0.45 6.00 (4.42-6.00)
Test istatistiği	$\chi^2=0.186$	$\chi^2=1.577$	$\chi^2=1.483$	$\chi^2=0.724$	$\chi^2=1.301$
p	0.911	0.455	0.476	0.696	0.522

χ^2 . Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği, ortalama±ss, ortanca (minimum-maksimum)

Tablo 4: (Devam) Annelerin tanımlayıcı özelliklerine göre YYBÜEMÖ puan ortancalarının karşılaştırılması (n=100)

Daha önce hastanede yatma deneyimi		Bilgilendirme	Bakım ve tedavi	Ebeveyn Katılımı	Organizasyon	Profesyonel Tutum
1- 7 gün		5.79±0.32 6.00 (5.00-6.00)	5.85±0.30 6.00 (4.88-6.00)	5.68±0.75 6.00 (2.88-6.00)	5.90±0.21 6.00 (5.25-6.00)	5.87±0.26 6.00 (4.92-6.00)
8 gün ve sonrası		5.60±0.62 6.00 (3.58-6.00)	5.74±0.46 6.00 (3.82-6.00)	5.74±0.48 6.00 (4.13-6.00)	5.74±0.43 6.00 (4.50-6.00)	5.72±0.48 6.00 (4.42-6.00)
	Test istatistiği	$\chi^2=0.671$	$\chi^2=1.396$	$\chi^2=0.194$	$\chi^2=1.447$	$\chi^2=0.774$
	p	0.715	0.498	0.907	0.485	0.679
Eğitim durumu		Bilgilendirme	Bakım ve tedavi	Ebeveyn Katılımı	Organizasyon	Profesyonel Tutum
İlköğretim		5.57±0.65 5.92 (3.58-6.00)	5.70±0.42 6.00 (4.35-6.00)	5.48±0.88 6.00 (2.88-6.00)	5.73±0.48 6.00 (4.50-6.00)	5.65±0.58 6.00 (4.17-6.00)
Lise		5.61±0.77 6.00 (2.08-6.00)	5.80±0.43 6.00 (3.82-6.00)	5.72±0.49 6.00 (4.13-6.00)	5.82±0.39 6.00 (4.38-6.00)	5.80±0.40 6.00 (4.42-6.00)
Üniversite		5.67±0.57 6.00 (3.42-6.00)	5.78±0.38 6.00 (4.18-6.00)	5.73±0.69 6.00 (3.00-6.00)	5.77±0.49 6.00 (3.75-6.00)	5.78±0.54 6.00 (3.33-6.00)
Yüksek lisans		5.61±0.83 5.96 (3.92-6.00)	5.85±0.36 6.00 (5.12-6.00)	6.00±0.00 6.00 (6.00-6.00)	5.90±0.26 6.00 (5.38-6.00)	5.93±0.17 6.00 (5.58-6.00)
Diğer		5.83±0.26 5.92 (5.25-6.00)	5.78±0.45 6.00 (4.71-6.00)	5.63±0.74 6.00 (3.88-6.00)	5.77±0.57 6.00 (4.38-6.00)	5.73±0.73 6.00 (3.92-6.00)
	Test istatistiği	$\chi^2=0.547$	$\chi^2=2.628$	$\chi^2=4.413$	$\chi^2=1.045$	$\chi^2=1.464$
	p	0.969	0.622	0.353	0.903	0.833
Çalışma durumu		Bilgilendirme	Bakım ve tedavi	Ebeveyn Katılımı	Organizasyon	Profesyonel Tutum
Çalışıyor		5.66±0.59 6.00 (3.42-6.00)	5.78±0.36 6.00 (4.18-6.00)	5.74±0.61 6.00 (3.00-6.00)	5.81±0.42 6.00 (3.75-6.00)	5.78±0.47 6.00 (3.33-6.00)
Çalışmıyor		5.62±0.71 5.96 (2.08-6.00)	5.78±0.44 6.00 (3.82-6.00)	5.65±0.68 6.00 (2.88-6.00)	5.77±0.46 6.00 (4.38-6.00)	5.76±0.51 6.00 (3.92-6.00)
	Test istatistiği	U=1182.5	U=1113.5	U=1140.5	U=1164.5	U=1162
	p	0.789	0.403	0.513	0.655	0.643

χ^2 . Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği, ortalama±ss, ortanca (minimum-maksimum)

Tablo 5: Annelerin taburculukta YYBÜEMÖ durumları ile HMYİÖ puan ortancaları arasındaki ilişki (n=100)

HMYİÖ \ YYBÜEMÖ		Bilgilendirm e	Bakım ve tedavi	Ebeveyn Katılımı	Organizasyo n	Profesyonel Tutum
HMYİÖ toplam	r	-0.260	-0.208	-0.145	-0.150	-0.097
	p	0.009	0.038	0.149	0.135	0.335
Çalışma koşulları	r	-0.247	-0.247	-0.116	-0.272	-0.173
	p	0.013	0.013	0.251	0.006	0.085
Eğitim	r	-0.308	-0.321	-0.154	-0.284	-0.206
	p	0.002	0.001	0.127	0.004	0.040
Cinsiyet	r	0.120	0.048	0.072	0.233	0.232
	p	0.234	0.635	0.475	0.020	0.020
Mesleki nitelikler	r	-0.189	-0.157	-0.121	-0.165	-0.121
	p	0.059	0.119	0.231	0.100	0.230
Mesleki statü	r	-0.130	-0.012	-0.091	-0.017	-0.032
	p	0.198	0.906	0.370	0.865	0.749
Dış görünüm	r	-0.230	-0.128	-0.183	-0.093	-0.160
	p	0.021	0.204	0.068	0.357	0.112

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı

TARTIŞMA

Bu araştırmada bebekleri yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bakım alan annelerin yatış ve taburculuktaki hemşirelik imaj algısının karşılaştırılması ve taburcu olurken memnuniyetlerini değerlendirilerek elde edilen veriler ilgili literatür ile karşılaştırılarak yorumlanmıştır. Hemşirelik imajını yaş, daha önce hastaneye yatma durumu ve bu durumda oluşan ön yargılar, bebeğin hastanede yatış süresi, eğitim durumu araştırmanın pandemi zamanına denk gelmesi ve ailelerin ziyaret sürelerinin kısıtlı olması gibi faktörlerin etkilediği belirtilmiştir (26). Bu araştırmada annelerin HMYİÖ yatış ve taburculuktaki ortanca puanları arasında anlamlı fark olmadığı ve hem yatış hem de taburculuktaki hemşirelik algılarının "zayıf imaj algısı" na sahip oldukları belirlenmiştir. Araştırmamızın pandemi döneminde yapılmış olması, dolayısıyla genel durumu kötü olan bebeklerin aileleriyle bu

süreçte telefonda iletişim kurulması, viral bulaş riskini önlemek için beslenme saatlerinde annelerin üniteye alınamaması, sadece bebeğin genel durumu düzeldikten sonra annelerin izolasyon koşulları altında bakıma katılmalarının sağlanması bu imaj algısının düşük çıkmasını etkilemiş olabilir. Bunun yanında hastanelerde ve özellikle de yoğun bakımlardaki hasta sayısındaki artış, uzun ve yoğun çalışma saatleri, düşük ücret, covid'i ailelerine bulaştırma riski ve bazı hastane prosedürlerinin de buna katkı sağlamış olduğu düşünülmüştür. Araştırmanın yapıldığı YYBÜ'nde bebeğin fotoğrafının çekilmesinin yasak olması nedeniyle annelerin bebeklerini görememeleri, endişe ve huzursuzluk hissedip bunu tepki olarak hemşirelere yansıtmaları, hastane işleyişi olarak ailelerle doktorlar iletişim kurduğu için hemşirelerin geri planda kalması nedeniyle ailenin gözünde hemşirenin

profesyonelliğini ortaya koyamaması gibi nedenler ailelerin sahip olduğu hemşirelik algısının azalmasına neden olmuş olabilir. Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde yapılan bazı çalışmalarda da hemşirelik mesleğinin toplumdaki saygınlığının düşük olduğu belirtilmiştir (27). Hemşirelik imaj algısının iyi olduğunu gösteren çalışmalarda mevcuttur. Bu çalışmalardan biri olan Ön'ün yaptığı çalışmada YYBÜ'de ebeveynlerin hemşirelik mesleğine yönelik 'iyi imaj algısı'na sahip oldukları saptanmıştır (28). Karakaplan ve Ulupınar'ın çalışmasında da hastaların HMYİÖ puan ortalamasının iyi düzeyde imaj algısı olduğu belirtilmiştir (29). Mat ve Baykal'ın çalışmasında ise katılımcıların hemşirelik imajının orta derecede olduğu saptanmıştır (30). Diğer bir çalışmada ise bireylerin hemşirelerle ilgili çalışkan, düşünceli ve anlayışlı düşüncelere sahip oldukları belirlenmiştir (22). Bu bağlamda yetersiz iletişim, pandemi süreci, bebeklerinden uzak kalma durumu, annelerin içinde bulunduğu lohusalık süreci gibi durumlar hemşirelik algılarının oluşumunda etkili olmuş olabilir.

Bu çalışmada annelerin çoğunun 18-34 yaş grubunda, ortaöğretim düzeyinde eğitime sahip ve daha önce hastaneye yatış deneyimine sahip oldukları belirlenmiştir. Her iki yaş grubundaki annelerin HMYİÖ ortanca değerlerine bakıldığında ise iki yaş grubunda da annelerin hemşirelik imajında azalma olduğu ve her iki grupta da yatış öncesi ve taburculukta ortanca değer puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Hemşirelerle yapılan bir çalışmada, araştırma sonuçlarımızdan farklı olarak yaş grubuyla annelerin hemşirelik mesleğine yönelik imaj puanı ortalaması doğru orantılı bir şekilde artmış olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (31). Birinci basamak bir sağlık kuruluşuna başvuran kişilerle yapılmış bir çalışmada ise 41-50 yaş grubundaki annelerin diğer yaş gruplarından daha düşük puan aldığı belirlenmiş olup anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (30). Hemşirelerle yapılmış başka bir çalışmada ise HMYİÖ puanlarının yaş grubu açısından anlamlı fark olmadığı

saptanmıştır (32). Bu sonuçlar yaş ilerledikçe hastane ve hemşirelik bakım hizmeti deneyiminin artması ile hemşirelik imaj algısının etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada annelerin eğitim durumları ve HMYİÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak ilköğretim, lise, üniversite mezunu olan annelerin HMYİÖ ortanca değeri azalırken, yüksek lisans grubunda artış olduğu gözlemlenmiştir. Araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde pandemi servisinde yapılan bir çalışmada lisansüstü eğitim seviyesindeki kişilerin HMYİÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (33). Yine benzer şekilde yapılan diğer bir çalışmada eğitim seviyesi arttıkça imaj algısının da arttığı belirlenmiştir (24). Sezer ve arkadaşları (2017) tarafından yapılmış olan çalışmada HMYİÖ puan ortalamaları ve eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir (32). Araştırma sonuçlarımızın aksine Aşçı (2017) tarafından yapılmış olan çalışmada eğitim durumu ters orantılı olup eğitim seviyesi arttıkça puan ortalaması azalmıştır (31). Hemşirelerin bilgili ve iletişime açık olmasının, hasta ve hemşire arasındaki olumlu iletişimin artması ve toplumda saygın bir imaj oluşturulması için son derece önemli olduğu belirtilmektedir (34). Araştırma sonucu farklı eğitim düzeyindeki annelerin hemşirelerin iletişim konusunda daha açık olmalarını beklediklerini düşündürmektedir.

Annelerin çalışma durumlarına göre HMYİÖ ortanca değerleri yatış ve taburculuk puan ortanca değerleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan bir çalışmada ise sonuçlarımızdan farklı olarak istatistiksel olarak anlamlılık olmamakla beraber çalışan annelerin hemşirelik imajının daha olumlu olduğu belirlenmiştir (28).

Bu çalışmada daha önce hastanede yatan annelerin yatış ve taburculuk puan ortancaları arasında grup içi ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Daha önce hastanede yatan annelerin HMYİÖ puan ortancalarında azalma

olurken, hastanede hiç yatmayan annelerin puan ortancalarında artış olduğu saptanmıştır. Araştırmada daha önce hastanede kendisi ya da çocuğu için yatan annelerin ortanca değerlerinde azalma olduğu gözlenmiş olup, HMYİÖ ortanca puanları ile gruplar arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. Araştırmanın yapıldığı YYBÜ ziyaretçi kısıtlaması uygulanan ve içeriye sadece anne babaların belirli saatlerde alındığı özel bir birimdir. Bu üniteye yeni yatan hastalar ilk gününde servis ziyaretçi alımına uygunsuz anne baba bebeğini beraber görebilmektedir. Hastanenin prosedürlerine göre annelere bu kısıtlamaların uygulanması daha önce hastanede yatmış kişilerden olumsuz geri bildirimlerin alınmasına neden olmuştur. Örneğin bu geri bildirimler 'başka hastanelerde böyle değil, diğer servislerde ziyaretçi kısıtlaması bu kadar katı kurallı değil' şeklindeydi. Araştırmamızın aksine Mat ve Baykal'ın (2016) araştırmasında daha önce hastaneye yatmış ve refakatçi olmuş katılımcıların hemşirelik imaj algısında olumlu düşünceye sahip oldukları belirlenmiştir (30). Araştırmada HMYİÖ alt boyutlarından "mesleki statü" alt boyutunda daha önce hastaneye yatmayan annelerin yatan annelere göre ortanca puanları daha yüksek olduğu ve gruplar arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç daha önce hastaneye yatmayan annelerin hemşirelik mesleğini toplumda bilinen, saygı duyulan, diğer sağlık meslekleri ile eş değer prestije sahip olduğunu düşünmelerinden kaynaklanmış olabilir.

Hasta ve hasta yakınlarının memnuniyeti hemşirelik hizmetlerinin kalitesini ve mesleğin saygınlığını arttırmak için önemli bir ölçüt olarak kabul edilmektedir. Memnuniyet üzerine yapılan araştırmalarda hasta memnuniyetinin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyine bağlı olarak değişiklik gösterebildiği belirtilmiştir (35,36). Hastaların ve ebeveynlerin memnuniyeti personelin davranışı, hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi, hasta ve yakınlarıyla kurulan iletişim, hasta ve yakınlarına gösterilen ilgi, kişisel özellikler gibi sağlık ekibinin

niteliklerine bağlı olduğu saptanmıştır (37,38). Aile merkezli bakımın stresörleri olabildiğince azalttığı, annenin sorunları kolayca çözmesine yardımcı olduğu, hemşire anne arasındaki iletişimi arttırdığı ve oluşan bu etkileşimlerin sonucunda annelerin memnuniyet düzeyinin arttığı saptanmıştır (39). Yürütülen araştırmada ise annelerin tanımlayıcı özellikleri (yaş grubu, eğitim durumu, çalışma durumu gibi), annelerin memnuniyetlerini etkilememiştir. Bununla birlikte annelerin tanımlayıcı özelliklerine göre YYBÜEMÖ puan ortancalarına bakıldığında tüm alt boyutlarda en düşük puanın 5.62 olduğu bulunmuştur. YYBÜEMÖ puan ortanca değerlerinin beş ve üzerinde olması anne memnuniyet düzeyinin yüksek olduğunu göstermiştir. Araştırmamızın yapıldığı YDYBÜ' de bebeklerin birçoğu üniteye uzun süreli yatmakta ve taburcu edilirken kullanılması gereken ilaçlar ve araçlarla taburcu edilerek eve gönderilmektedirler. Taburcu olmadan önce annelerin bakım ve tedaviye katılımı sağlanarak bebeğin kullanması gereken ilaçlar, yapılması gereken bakımlar anlatılmaktadır. Annelerin taburcu olmadan önce bebeklerini nasıl emzirmesi gerektiği, aktif bir emme olmadığı takdirde nasıl beslenmesi gerektiği, süt sağma ve saklama koşulları, bebek banyosunun öğretilmesi, bez değişimi gibi bakımı kapsayan bütün girişimler annelere anlatılmakta ve annenin de bakıma katılımı sağlanmaktadır. Bu nedenle anlamlı bir farklılık olmamasına rağmen annelerle kurulan bu bağın ve bebekleriyle zaman geçirmelerinin memnuniyetini artırdığı söylenebilir.

Araştırmada annelerin taburculukta YYBÜEMÖ alt boyutlarından bilgilendirme, bakım ve tedavi ile HMYİÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu sonuç pandemi şartlarından dolayı annelerin üniteye ilk yatışta sahip oldukları hemşirelik mesleğine yönelik imaj algılarının taburculukta azalmasından kaynaklanmış olduğunu düşündürmektedir. Araştırmanın pandemi sürecinde yapılmış olması annelerin hemşirelik mesleğine bakışını olumsuz yönde değiştirmiş

olabilir. Ayrıca pediatri hemşirelerinin bu süreçte yaşadıkları olumsuzluklar, hemşirelerin olumsuz şartlarda ve zor çalışma koşullarında hizmet vermeleri ve çalışma koşullarının ağırlığı ve annelerin bebekleri üniteye yattığı sürenin artması ile hemşirelik imaj algılarının taburculukta daha da düşmesine neden olmuş olabilir. Bunun yanında bu olumsuzluklara rağmen pediatri hemşirelerinin annelere yeterli bilgilendirme, bakım ve tedavi yaklaşımlarını sağlamaları anne memnuniyetini olumlu yönde etkilemiş ve bu süreçte hemşirelere duyulan sevgi, saygı ve minnettarlığın artması da hasta ve yakınlarının memnuniyetini artırmış ve hemşirelik bakımının önemini ortaya koymuş olmasının bu sonucu doğurmuş olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmada bebekleri bakım alan annelerin YYBÜ'de hem yatışta hem de taburculukta hemşirelik imaj algılarının "zayıf" düzeyde olduğu belirlenmiştir. Araştırmada annelerin memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda YYBÜ gibi izole ve özel birimlerde hemşirelik imajına yönelik çalışmaların artırılması ve daha fazla örneklem üzerinde çalışmaların yapılması ve meslekte çalışma süresinin dikkate alınması önemlidir. Hemşirelerin üstlenmiş olduğu rollerin ve görevlerin görünür hale getirilmesi için kurum prosedürlerinin geliştirilmesi, olumsuz çalışma koşullarının iyileştirilmesi, hemşirelerin iş tanımlarının, sorumluluklarının yasal olarak detaylandırılması ve uygulanması, yapılan çalışmalarda ortaya çıkan değerlendirmelerin hemşirelerle düzenli olarak paylaşılması önerilmektedir.

Sınırlılıklar

Araştırma YYBÜ'nde bebeği en az bir hafta yatmış annelerin cevapları ile sınırlıdır. YYBÜ'ne yatan bütün anneleri kapsamamaktadır. Araştırmanın pandemi sürecinde ve tek merkezde yapılmış olması da araştırmanın sınırlılığdır.

Araştırmanın Etik Kurulu ve Yasal Onayı

Araştırmanın verilerini toplamaya başlamadan önce 12.03.2021 tarihli E-38263028-622.01-14844 sayılı kurum izni ve 18.05.2021 tarihli 441 sayılı etik kurul izni alınmıştır. Araştırmada "Gönüllü Bilgilendirme Onam Formu" alındı ve Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak yürütüldü. Araştırmaya dahil edilen annelere gerekli bilgilendirme yapılmıştır. Annelerin araştırmaya katılımda gönüllüğü gözetilmiş, istedikleri zaman araştırmayı bırakabilecekleri iletilmiştir.

Finansal Destek

Bu araştırma için finansal destek alınmamıştır.

Yazar Katkısı

Yazar Katkısı: Fikir/Kavram M.S.G. ve İ.K.; tasarım M.S.G. ve İ.K.; denetleme/danışmanlık İ.K.; veri toplama ve/veya işleme M.S.G.; analiz ve/veya yorum M.S.G. ve İ.K.; kaynak taraması M.S.G.; makalenin yazımı M.S.G. ve İ.K.; eleştirel inceleme İ.K.; kaynaklar ve fon sağlama M.S.G.. Malzemeler: M.S.G.

Çıkar çatışması

Makalenin yazarları arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Teşekkür

Yazarlar, çalışmaya katılan annelere teşekkürlerini sunar.

Yazar Notu

Bu makale, Meltem Sönmez GEZGİN'in İlknur KAHRİMAN danışmanlığında hazırladığı yüksek lisans tezine dayanmaktadır.

KAYNAKLAR

1. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Hemşirelik Meslek Esasları Tekniğine Giriş. 2012. Erişim tarihi:10.06.2016.
http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Meslek%20Esasları%20Tekniğine%20Giriş.pdf

2. Çarıkçı F, Girgin B, Gözen D. Yenidoğan yoğun bakım hemşireliğinin geliştirilmesinde inovasyonun rolü. *Eurasian Journal of Health Sciences* e-ISSN 2651-3501 Eurasian JHS 2024; 7(2): 130-138. doi: 10.53493/avrasyasbd.1347047
3. Altundağ DS, Bayat M, Erdem EN. Yenidoğan ünitelerinin düzeyleri ve organizasyonu. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011;20(2): 137-142.
4. Busse M, Stromgren K, Thorngate L, Thomas KA. Parents' Responses to stress in the neonatal intensive care unit. *Critical Care Nurse*. 2013; 33(4): 52-59. doi: 10.4037/ccn2013715
5. Uludağ A. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerin annelerinde stres oluşturan faktörler; stresle başa çıkmada birinci basamağın rolünün belirlenmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2012; 4(3): 19-26.
6. Akbaş M, Akça E, Şenoğlu A, Gökyıldız Sürücü Ş. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan anne-babaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. *STED*. 2019; 28(2):87-9.
7. Konukbay D, Arslan F. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan yenidoğan ailelerinin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011; 14(2): 16-22.
8. Abdelmuktader AM, Abd Elhamed KA. Egyptian mothers' preferences regarding how physicians break bad news about their child's disability: A structured verbal questionnaire. *BMC Medical Ethics*. 2012; 13(14): 1-5. doi: 10.1186/1472-6939-13-14.
9. Guillaume S, Michelin N, Amrani E, et al. Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: A qualitative multicenter study with 60 parents. *Biomed Central Pregnancy and Childbirth*. 2013;13(18): 1-9. doi: 10.1186/1471-2431-13-18.
10. Gund A, Sjöqvist A, Wigert H, Hentz E, Lindcrantz K, Bry K. A Randomized controlled study about the use of e-Health in the home health care of premature infants. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2013;13(22): 1-11. doi: 10.1186/1472-6947-13-22.
11. Çırlak A, Erdemir F. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatan bebeklerin ebeveynlerinin rahatlık düzeyi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;16(2): 73-81.
12. Türkoğlu N, Yalçınöz Baysal H, Küçüköğlü S (2014). Sağlıklı ve hasta bebeğe sahip annelerin doğum sonu depresyon düzeylerinin karşılaştırılması. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 3(1): 1-8.
13. Aliabadi F, Kamali M, Borimnejad L, Rassafiani M, Rasti M, Shafaroodi N, Rafei F, Kachooosangy RA. Supporting-emotional needs of Iranian parents with premature infants admitted to neonatal intensive care units. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2014;28(53): 1-8.
14. Basit G. Bakımın rehberi: Hemşirelik süreci. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2020; 2(2).77-90.
15. Gülgün M. Bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatışının aile üzerine etkileri. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. 2014.
16. Törüner EK, Büyükgönenç L. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. 1. Baskı. Ankara: Göktuğ Yayıncılık; 2012.
17. Ünsal A. Hemşireliğin dört temel kavramı: İnsan, çevre, sağlık & hastalık, hemşirelik. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017; 1(1): 11-28.
18. Özata M, Aslan Ş. Hastanede çalışan hemşirelerin mesleki imaj algılamalarının araştırılması. *The Journal of Social Economic Research* 2010;10(19): 251-268.
19. Şimşek AK ve Alpar ŞE. Toplumun hemşirelik mesleğine yönelik imaj algısı: sistematik derleme. *SAUHSD*. 2019; 2(1):32-46.

20. Akkol Gök A, Derin N. Pazarlama bölümü öğrencilerinin meslek imajı algıları ve meslek imajını oluşturan faktörlerin belirlenmesine dair bir araştırma. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi.2014; 28(2): 133-156.
21. Özveren H, Gülnar E, Özden D. Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Turkish Journal of Clinics and Laboratory. 2017; 8(2): 57-64.
22. Keçeci A, Durmuş SÇ, Oruç D, Kapisiz ÖÖ. The society's view of nursing in Turkey. Hospital Topics. 2014; 92(2): 3643. [doi:10.1080/00185868.2014.906838](https://doi.org/10.1080/00185868.2014.906838)
23. Meiring A, Van Wyk NC. The image of nurses and nursing as perceived by the south african public. Africa Journal of Nursing and Midwifery, 2013;15(2): 3–15.
24. Dost A, Bahçecik AN. Hemşirelik mesleğine yönelik imaj ölçeği geliştirilmesi. GOP. Taksim E.A.H. JAREN. 2015; 1(2): 51-59.
25. Albayrak S, Büyükgönenç LA. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde ebeveyn memnuniyet ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. 2019; 16(4): 313-323.
26. Sis A, Pasinlioğlu T, Kocabeyoğlu T, Çetin S. Hemşirelik mesleğinin toplumdaki imajının belirlenmesi. F.N. Hem. Derg 2013; 21(3): 147-153.
27. Orkun N, Çetin, P. Hemşirelik İmajı ve 1950'li Yıllarda Bir Seri İlan. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi 2017; 10(4): 275-8.
28. Ön S. Yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki bebeklerin ebeveynlerinin hemşirelik algılarının üniteye yatış ve taburculuk süreçlerinde karşılaştırılması İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. 2019.
29. Karakaplan S, Ulupınar S. Hastaların penceresinden: COVID-19 pandemi sürecinde hemşirelerin mesleki imajı. JAREN. 2023;9(2):118-126.
30. Mat ST, Baykal Ü. Birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlananların hemşirelik imajına ilişkin algıları ve etkileyen faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021; 24(3): 357-364.
31. Aşçı B. Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin hemşirelik imajı ve etkileyen faktörler. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi 2017.
32. Sezer Y, Esenay F, Korkmaz G. Çocuk hemşirelerinin mesleki imajları: Profesyonel mi, Geleneksel mi? Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2017; 19(3): 45-54.
33. Kahvecioğlu Y. Covid-19 nedeniyle hastanede yatan hastaların hemşirelik bakımı ve hemşirelik imajına yönelik algılarının değerlendirilmesi. Acıbadem Mehmet Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. 2021.
34. Tan A. K. (2015). Emphasizing caring components in nurse-patient-nurse bedside reporting. International Journal of Caring Sciences 2015;8(1):188-93.
35. Erdem R, Rahman S, Avcı L, Demirel B, Köseoğlu S, Fırat Gve ark. Hasta memnuniyetinin hasta bağlılığı üzerine etkisi. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2008; 31: 95-110.
36. Shan L, Li Y, Ding D, Wu Q, Liu C, Jiao M, et al. Patient satisfaction with Hospital Inpatient Care: Effects of Trust, Medical Insurance and Perceived Quality of Care. PLoS One. 2016; 11(10): e0164366.
37. Yalçın N, Aştı T. Hemşire-hasta etkileşimi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2011;19(1): 54-59.
38. Başol E. Hasta ile sağlık çalışanları (doktor ve hemşire) arasındaki iletişim sorunları ve çözüm önerileri. International Anatolia Academic Online Journal. 2018; 2(1): 76-93.
39. Garlı E. Çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin hemşirelerin aile merkezli hemşirelik bakımıyla ilgili deneyimleri. EGE HFD. 2020;36 (1): 35-44.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÖĞRENCİLERİNİN GÜVENLİK ALGILARI VE MESLEKİ KAYGI DÜZEYLERİ HEALTH SCIENCE STUDENTS' PERCEPTIONS OF SAFETY AND LEVELS OF OCCUPATIONAL ANXIETY

*İlayda KOÇTAN¹, Sema DALKILIÇ², Güzin ÖZTÜRK¹,
Busenur KARATAŞ¹*

¹ Yozgat Bozok Üniversitesi, Sağlık Yönetimi, Yozgat, Türkiye

² Dr. Öğr. Üyesi, Yozgat Bozok Üniversitesi, Sağlık Yönetimi, Yozgat, Türkiye

Özet

Amaç: Sağlık hizmetlerinde çalışacak lisans öğrencilerinin şiddete karşı güvenlik ve güven algıları ile mesleki kaygı düzeyi arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. Aynı zamanda öğrencilerin şiddete karşı güvenlik ve güven algısının ve mesleki kaygı düzeyinin cinsiyet, bölüm ve ekonomik durum değişkenlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın evreni, Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp, Sağlık Bilimleri, Diş Hekimliği Fakülteleri ve Sağlık Yönetimi bölümü öğrencileridir. Örneklem büyüklüğü %95 güven düzeyi ve %5 hata payı ile 319 olarak hesaplanmış ve toplam 345 öğrenciye ulaşılmıştır. Veri toplama yöntemi olarak anket kullanılmıştır. Üç bölümden oluşan anketin ilk bölümde öğrencilerin cinsiyeti, fakültesi ve bölümü sorulmaktadır. İkinci bölümde Sağlık Hizmetleri Öğrencilerine Yönelik Mesleki Kaygı Ölçeği ve üçüncü bölümde Sağlık Profesyonellerinin Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde betimsel istatistikler, t-testi, ANOVA ve Pearson korelasyon analizleri yapılmıştır.

Bulgular: Cinsiyet, bölüm, fakülte ve ekonomik duruma göre öğrencilerin mesleki kaygı ve şiddete karşı güven düzeyleri anlamlı şekilde farklılaştığı görülmüştür. Mesleki kaygı düzeyi; kızlarda, gideri gelirinden az olanlarda, diş hekimliği ve sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde daha yüksektir. Şiddete karşı güven ise sadece geliri yüksek olanlarda anlamlı bir şekilde farklılaşmıştır. Şiddete karşı güven ve mesleki kaygı arasında negatif (-0.177) ve anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur. Yani katılımcıların şiddete karşı güven duyguları arttıkça mesleki kaygı düzeyleri azalmaktadır.

Sonuç: Sağlık hizmetlerinde çalışacak öğrencilerde şiddete karşı güvenlik durumlarının, mesleki kaygı düzeyleri üzerinde önemli bir rol oynadığı belirlenmiştir. Özellikle sağlık hizmetlerinde çalışacak olan öğrencilere şiddetle mücadele eğitimleri, psikolojik destek hizmetleri gibi çeşitli eğitimlerle müfredatları geliştirilebilir. Ayrıca şiddete yönelik politikalar ve sağlık kurumlarında güvenlik önlemleri için önemli stratejiler geliştirilebilir. Sağlıklı iletişim ve şiddetin önlenmesi konularında halkın farkındalığını artıracak adımlar atılması da önemli katkılar sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Şiddet; Kaygı; Sağlık meslek okulu öğrencileri

Abstract

Objective: To investigate the relationship between perceptions of safety and trust against violence and the level of occupational anxiety of undergraduate students who will work in health services. At the same time, it was examined whether the students' perceptions of safety and trust against violence and the level of occupational anxiety differed according to gender, department and economic status variables.

Material and Methods: The population of the study is Yozgat Bozok University Medicine, Health Sciences, Dentistry and Faculty of Economics and Administrative Sciences (Health Management Department). The sample size was calculated as 319 with 95% confidence level and 5% margin of error, and a total of 345 students were included in the data. A questionnaire was used as the data collection method and the data were collected through face-to-face interviews by the researchers. The questionnaire consisted of 3 parts. In the first part, the type, faculty and department are asked. In the second part, the Professional Anxiety Scale for Change in Health Services and in the third part, the Health Professionals' Safety and Confidence Scale against Violence were used. In the analysis of the data, descriptive statistics, t-test, ANOVA and Pearson's chi-square analyses were performed using the SPSS package.

Results: As a result of the analyses, it was seen that individuals' professional anxiety and confidence against violence differed significantly according to gender, department, failure and economic status. The level of occupational anxiety is higher in girls, in those whose expenditure is less than their income, in dentistry and health sciences faculty. Trust in violence differed significantly only in those with higher income. There is a negative (-0.177) and significant ($p<0.05$) relationship between trust against violence and professional anxiety. In other words, women's political anxiety decreases with confidence against violence.

Conclusion: It was established that the safety of healthcare professionals from violence is a significant factor in the prevalence of professional anxiety. In particular, health services can benefit from the implementation of comprehensive training programmes, including regular combat training and psychological support services. Additionally, the development of effective policies and security measures to combat violence in the health sector is crucial. Promoting healthy communication and implementing control mechanisms are also essential strategies.

Keywords: Violence; Anxiety; Health vocational school

ORCID ID: İK 0009-0008-2071-3223, SD 0000-0002-0620-6195, GÖ 0009-0008-1939-6718, BK 0009-0001-5876-0550

Sorumlu Yazar: Sema Dalkılıç, Yozgat Bozok Üniversitesi, Sağlık Yönetimi, Yozgat, Türkiye

E-mail: sema.dalkilic@yobu.edu.tr

Geliş tarihi/ Date of receipt: 23.02.2025

Kabul tarihi / Date of acceptance: 03.10.2025

GİRİŞ

Sağlıkta şiddet olayları sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini, fiziksel ve zihinsel sağlığını ciddi bir şekilde etkilemektedir (1,2). Sağlık hizmetlerinde şiddet ile ilgili yapılan çalışmalar göstermektedir ki, hemşireler ve doktorlar diğer gruplara göre daha yüksek saldırı oranlarına maruz kalsa bile, tüm sağlık çalışanları şiddet sebebiyle mağdur olabilmektedir ve bu iş verimliliğinin azalmasına, hasta bakım kalitesinin etkilenmesine sebep olmaktadır (3,4).

Sağlık kurumlarında şiddet olayları sağlık personelinde kaygı ve tükenmişliğe sebep olmaktadır. Duygusal tükenmedeki artışlar doğrudan bir başa çıkma mekanizması olarak duyarsızlaşmanın artmasına neden olur, bu da daha sonra hastalara karşı olumsuz bir davranış değişikliği olarak ortaya çıkar ve böylece personeli daha fazla saldırganlığa karşı daha savunmasız hale getirir (5). Yapılan araştırmalara bakıldığında; daha mesleğe başlamadan bu kaygı ve tükenmişliğin lisans öğrencilerinde de görüldüğü, tıp fakültesi öğrencilerinin daha eğitimleri sırasında şiddete maruz kaldığı, bu sebeple kaygılı ve umutsuz oldukları (6), şiddetle karşılaşma durumunun tıp fakültesi öğrencilerinin tükenmişlikleri ile ilişkili olduğu (7), şiddet olaylarının COVID-19 pandemi sırasında artış gösterdiği, öğrencilerin ve hekimlerin kariyerleri ile ilgili planlarını ve motivasyonlarını olumsuz etkilediği (8), sağlıkta şiddetin, hekimlerin uzmanlık alanı seçimlerini dahi etkilediği, bazı hekim adaylarının mesleği bırakmayı düşündükleri (9), öğrenci iken şiddete maruz kalmanın hem mesleğe hem de hastalara bakış açıları olumsuz etkilediği ve şiddete maruz kalanların sonrasında riskli hastalara tıbbi hizmet vermeyeceği (10) gibi şiddetin halk sağlığını ne kadar derinden etkilediğini gösteren sonuçlar görülmüştür.

Bu durum şiddetin halk sağlığını ne kadar derinden etkilediğini göstermektedir (10). Şiddet, sağlık bakım sistemlerinin

kalitesini daha da düşürebilir ve daha yüksek bir sosyal mali yüke neden olabilir (11). Şiddetin önlenmesi ve yönetilmesi hastane yönetimi için kritik bir önceliktir (4). Çünkü şiddet, sağlık personelinin fiziksel ve sosyal iyilik halini, hizmetim kalitesini, halk sağlığını, hasta hekim arasındaki iletişim gibi birçok durumu olumsuz yönde etkilemektedir (11, 12).

Bu konuda toplumun eğitilmesi, anayasal süreçte alınan kararların caydırıcı olması, şiddete sebep olabilecek sağlık sistemindeki sorunların düzeltilmesi ve medyanın etkin kullanımı sağlıkta şiddetin önlenmesinde oldukça önemlidir (9).

Sağlıkta şiddetin yalnızca sağlık personeli üzerinde değil, aynı zamanda meslek öncesinde eğitim gören öğrenciler üzerinde de kaygı ve tükenmişlik yarattığı göz önüne alındığında, bu çalışmanın amacı; sağlık hizmetlerinde çalışacak olan lisans öğrencilerinin şiddete karşı güvenlik algılarının mesleki kaygı düzeyi ile ilişkisini araştırmaktır. Bir sağlık kurumunda çalışırken kendini güvende hissetme durumu ya da bir şiddet durumunu yönetebilme kabiliyetinin mesleki kaygı düzeyini etkileyeceği düşünülmektedir.

Daha önce yapılmış çalışmalar çoğunlukla Tıp Fakültesi öğrencilerini kapsamış olup sağlık kurumlarında istihdam edilecek bütün çalışana yönelik böyle bir çalışmaya rastlanmamıştır. Aynı zamanda öğrencilerin mesleki kaygı düzeylerini araştıran pek çok çalışma, bu düzeyi etkileyen faktörler arasında cinsiyet, ailenin ekonomik durumu, bölümü isteyerek seçme durumu, yaşanılan çevre ve yalnızlık hissi gibi unsurların yer aldığını bildirmiştir. Bu çalışma, sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin şiddet karşısındaki güvenlik algılarının mesleki kaygılarına nasıl yansıdığını inceleyerek, literatürdeki önemli bir boşluğu doldurmayı hedeflemektedir.

Tüm bunlar ışığında sağlıkta şiddetin sağlık hizmetlerinde eğitim gören öğrencilerin meslekleri ile ilgili kaygı içerisinde olduğu anlaşılabilir.

Bu doğrultuda araştırmanın hipotezleri;
H1a. Cinsiyete göre öğrencilerin şiddete karşı güven düzeyi ortalamaları farklılık gösterir.

H1b. Ekonomik duruma göre öğrencilerin şiddete karşı güven düzeyi ortalamaları farklılık gösterir.

H1c. Fakülteleere göre öğrencilerin şiddete karşı güven düzeyi ortalamaları farklılık gösterir.

H1d. Bölümlere göre öğrencilerin şiddete karşı güven düzeyi ortalamaları farklılık gösterir.

H2a. Cinsiyete göre öğrencilerin mesleki kaygı düzeyi ortalamaları farklılık gösterir.

H2b. Ekonomik duruma göre öğrencilerin mesleki kaygı düzeyi ortalamaları farklılık gösterir.

H2c. Fakülteleere göre öğrencilerin mesleki kaygı düzeyi ortalamaları farklılık gösterir.

H2d. Bölümlere göre öğrencilerin mesleki kaygı düzeyi ortalamaları farklılık gösterir.

H3. Öğrencilerin mesleki kaygı düzeyi ile şiddete karşı güven düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

YÖNTEM

Evren ve örneklem:

Çalışmanın evreni; Yozgat Bozok Üniversitesinde Sağlık Bilimleri Fakültesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Tıp Fakültesi ve İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi (Sağlık Yönetimi bölümü) Öğrencileridir. Örneklem belirlemek için tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Öğrenci işleri daire başkanlığından alınan verilere göre ifade edilen fakülte ve bölümde toplam 2309 öğrenci bulunmaktadır. %95 güven düzeyi ve %5 örnekleme hatası varsayımlarında gerekli asgari örneklem ≈ 329 olarak hesaplanmıştır. Mevcut örneklem büyüklüğü $n=345$ 'tir. Fakülteleer arası temsil adaletini sağlamak amacıyla oransal tabakalı dağıtım esas alınmış; her fakülte için hedef örneklem sayıları evrendeki paylarıyla orantılı biçimde belirlenmiştir. Hedef dağılım Tablo 1'de sunulmaktadır.

Tablo 1. Evren büyüklükleri ve oransal tabakalı hedef örneklem

Fakülte	Evren	Hedef (n=329)
Sağlık Bilimleri Fakültesi	1239	177
Diş Hekimliği Fakültesi	150	21
Tıp Fakültesi	705	100
Sağlık Yönetimi Bölümü	215	31
Toplam	2309	329

Araştırmanın sınırlılıkları ve etik yönü:

Araştırmaya, üniversitenin Tıp, Sağlık Bilimleri, Diş Hekimliği fakülteleeri ile Sağlık Yönetimi bölümünde lisans eğitimi alan; 18 yaş ve üzeri, Türkçe anketi okuyup anlayabilen ve gönüllü aydınlatılmış onam veren öğrenciler dahil edilmiştir. Çalışma için Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulu'ndan 17.04.2024 tarih ve 215997 sayılı onay alınmıştır. Bu çalışma tek merkezli ve kesitsel tasarıma sahip olduğundan, nedensel çıkarımlar sınırlı olup bulguların genellenebilirliği kısıtlıdır.

Veri toplama yöntemi ve aracı:

Veriler, Nisan–Mayıs 2024 döneminde, üniversite kampüsü ve bağlı yerleşkelerde (fakülte kantinleri, kütüphane/etüt alanları ve yurt ortak kullanım alanları) araştırmacılar tarafından yüz yüze toplanmıştır. Fakülte ve bölümlere ait güncel kayıtlı öğrenci sayıları Öğrenci İşleri'nden temin edilerek tabakalar bölüm düzeyinde tanımlanmış; toplam örnek hacmi her tabakaya orantılı tabakalı örnekleme yaklaşımıyla önceden belirlenen kotalar halinde dağıtılmıştır. Araştırmacılar, standartlaştırılmış bilgilendirme metni eşliğinde uygun görülen alanlarda öğrencileri tesadüfi sırayla davet etmiş; kota dolana kadar her tabakadan veri derlemiştir.

Veri toplama formu üç bölümden oluşmaktadır: (1) öğrencilerin demografik özellikleri ile bölüm/fakülte bilgileri, (2) Sağlık Hizmetleri Öğrencilerine Yönelik Mesleki Kaygı Ölçeği, (3) Sağlık Profesyonellerinin Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Ölçeği.

1. Sağlık Hizmetleri Öğrencilerine Yönelik Mesleki Kaygı Ölçeği:

Çelebi ve diğerleri (2022) tarafından ölçeğin geçerliği ve güvenilirliği yapılmış ve Sağlık hizmetleri öğrencilerinde, mesleki kaygıyı ölçmek için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirtilmiştir (13). Lisans programlarında öğrenim gören sağlık hizmetleri öğrencileri için 5 faktörlü 32 maddeden oluşan ölçekte toplam puan ortalaması arttıkça mesleki kaygı düzeyi de artmaktadır. Ölçek, mesleki bilgi faktör için 11 madde, çalışma hayatı faktörü için 4 madde, iş sağlığı faktörü için 5 madde, sosyal statü faktörü için 7 madde ve iletişim becerileri faktörü için 5 madde olmak üzere toplam 32 maddeden oluşur. Her madde "kaygılı değil-1 puan, kararsız -2 puan, kaygılı-3 puan" olarak puanlanır. Ölçekteki puan ne kadar yüksekse, katılımcı o kadar kaygılıdır (13).

2. Sağlık Profesyonellerinin Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Ölçeği

Kowalenko vd. (2013) tarafından geliştirilmiş, Şengül vd. (2019) tarafından geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır. Güvenliliğinin ve geçerliliğinin istenen düzeyde olması, bu ölçeğin Türkiye’de sağlık personelinin şiddete karşı, kendilerini şiddet ile başa çıkmada ne kadar yeterli gördüğünü ve ne kadar güvende hissettiklerini ortaya çıkarmada kullanılabileceğini göstermektedir. Ölçek 2 bölümden oluşmaktadır. Şiddete karşı güvenlik ve güven ölçeği alt boyut ve genel puanı maddelerin aritmetik ortalaması alınarak hesaplanmaktadır. Ölçekte 2 ve 3. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçek genel ve alt boyutlarından en az 1 puan; en çok ise 10 puan alabilmektedirler. Ölçekten alınan puan yükseldikçe, şiddete karşı güvenlik, güven ve

şiddet yönetiminin de arttığı düşünülmektedir.

Ölçek ile, “güvenlik” boyutunda sağlık personelinin kendini ne kadar güvende hissettiği; “güven” boyutundaysa şiddeti yönetebilme yeteneği ölçülmüştür (14, 15).

Verilerin analizi:

Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics v29 kullanılarak betimsel istatistikler, ikili karşılaştırmalar için bağımsız örneklem t-testi, ikiden fazla grup için tek yönlü ANOVA ve değişkenler arası ilişki için Pearson korelasyon uygulanmıştır. ANOVA sonrasında farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Levene testi ile varyansların homojenliği değerlendirilmiş; homojenlik sağlandığında Scheffé veya Gabriel çoklu karşılaştırmaları, sağlanmadığında ise Tamhane T2 ya da Games-Howell prosedürleri kullanılmıştır.

Normallik Analizi

Ölçek puanlarına ait çarpıklık ve basıklık katsayıları hesaplanmış; değerlerin -1 ile +1 aralığında olduğu görülmüştür. Bu bulgular dağılımın normale uygun olduğunu göstermektedir; bu nedenle analizlerde parametrik testler kullanılmıştır. Değerler Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2: Ölçeklerin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Ölçekler	Skewness	Kurtosis
Sağlık Profesyonellerinin Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Ölçeği	0.14	0.76
Sağlık Hizmetleri Öğrencilerine Yönelik Mesleki Kaygı Ölçeği	-0.09	-

Veri Toplama Araçlarının Geçerlik ve Güvenliliği

Veri toplama araçlarının güvenilirliği sık kullanılan bir yöntem olan Cronbach's Alpha katsayısı hesaplaması ile yapılmıştır. Tablo 3 ölçeklerin hesaplanan Cronbach's Alpha değerlerini göstermektedir.

Tablo 3: Ölçeklerin güvenilirlik değerleri tablosu

Ölçekler	C. Alpha
Sağlık Profesyonellerinin Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Ölçeği	0,6
Sağlık Hizmetleri Öğrencilerine Yönelik Mesleki Kaygı Ölçeği	0,9

BULGULAR

Bu bölümde katılımcılara ait tanımlayıcı bilgiler, ölçek ortalamaları, araştırmanın amacına uygun yapılan t testi, Anova testi ve korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4: Katılımcılara ait tanımlayıcı bilgiler

Değişkenler		Sayı	Yüzde
Yaş	18-22	308	90
	23 ve üzeri	37	10
Cinsiyet	Kadın	258	75
	Erkek	87	25
Ekonomik durum	Gelirim giderimden çok	36	10
	Gelirim giderime eşit	199	58
	Gelirim giderimden az	110	32
Fakülte	Sağlık bilimleri fakültesi	191	55
	İktisadi ve idari bilimler fakültesi	45	13
	Tıp fakültesi	88	26
	Diş hekimliği fakültesi	21	6
Bölüm	Ebelik	30	9
	Hemşirelik	131	37
	Çocuk gelişimi	30	9
	Tıp	88	26
	Sağlık yönetimi	45	13
	Diş hekimliği	21	6
İkamet	Devlet yurdu	269	78
	Özel yurt	12	3
	Aile ile özel ev	26	8
	Arkadaş ile özel ev	38	11

Tablo 4'te görüldüğü üzere, katılımcıların %90'ı kadınlardan ve 18-22 yaş aralığında olanlardan oluşmaktadır. %58'inin geliri giderine eşittir ve %78'i devlet yurdunda kalmaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin büyük çoğunluğu sağlık bilimleri fakültesi (%55) ve hemşirelik bölümü öğrencilerinden (%37) oluşmaktadır.

Tablo 5: Katılımcıların ölçeklere verdiği cevap ortalamaları

Ölçek	Alt boyut	Min-Max	Ort	S
Mesleki Kaygı	Mesleki bilgi	1-3	1.9	0.6
	Çalışma Hayatı	1-3	2.1	0.7
	İş Sağlığı	1-3	2.2	0.6
	Sosyal Statü	1-3	2.1	0.6
	İletişim Becerisi	1-3	1.9	0.6
	Toplam	1-3	2.0	0.6
Şiddete Karşı Güven Ölçeği	Güvenlik	1-10	5.4	1.9
	Güven	1-10	5.8	2.0
	Toplam	1-10	5.6	1.4

Min-Max: Minimum- Maksimum, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Katılımcıların mesleki kaygı ölçeği alt boyutları ortalamaları Tablo 5'te yer almaktadır. En yüksek ortalama iş sağlığı olan alt boyuttur. Şiddete karşı güven ölçeğinde ise güven alt boyutu en yüksek ortalamaya sahiptir.

Tablo 6: Katılımcıların tanımlayıcı bilgilerine göre mesleki kaygı ve şiddete karşı güven düzeyleri arasındaki fark

Değişkenler		N	Şiddete Karşı Güven		Mesleki Kaygı	
			x	ss	x	ss
Cinsiyet	Kadın	258	5.5	1,4	2,14	0,0
	Erkek	87	5.9	1,4	1,84	0,0
Anlamlılık			t=-1.79 p=0.07	t=4.54 p=0.001		
Ekonomik durum	Gelirim giderimden çok	36	6.2	1.5	1.83	0.6
	Gelirim giderime eşit	199	5.6	1.3	2.05	0.5
	Gelirim giderimden az	110	5.4	1.4	2.17	0.5
Anlamlılık			F=4.07 p=0.01	F=5.31 p=0.005		
Fakülte	Sağlık Bilimleri Fakültesi	191	5.5	1.3	2.1	0.5
	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	45	5.9	1.5	1.9	0.4
	Tıp Fakültesi	88	5.7	1.3	1.9	0.5
	Diş Hekimliği Fakültesi	21	5.8	1.6	2.1	0.5
Anlamlılık			F=1.02 p=0.38	F=6.2 p=0.001		
Bölüm	Ebelik	30	5.6	1.3	2.1	0.6
	Hemşirelik	131	5.4	1.3	2.1	0.5
	Çocuk gelişimi	30	5.9	1.2	2.2	0.5
	Tıp	88	5.0	1.5	1.9	0.5
	Sağlık yönetimi	45	5.9	1.3	1.9	0.4
	Diş hekimliği	21	5.8	1.6	2.1	0.5
Anlamlılık			F=1.2 p=0.28	F=3.8 p=0.002		

Tablo 6 katılımcıların tanımlayıcı bilgilerine göre mesleki kaygı ve şiddete karşı güven düzeyleri arasındaki farkı göstermektedir. Tanımlayıcı bilgilere göre ölçek toplam puanlarındaki farkları incelemek için iki gruplu karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t-testi, üç ve daha fazla grup için tek yönlü ANOVA uygulanmıştır. Şiddete karşı güven düzeyi ekonomik duruma göre anlamlı farklılık göstermiş; geliri giderinden fazla olanlarda ortalama güven düzeyi daha yüksek bulunmuştur (H1b desteklendi). Cinsiyet, bölüm ve fakülteye göre ortalamalar farklılık gösterse de anlamlı değildir (H1a, H1c, H1d desteklenmedi).

Mesleki kaygı düzeyi cinsiyet, ekonomik durum, fakülte ve bölümlere göre anlamlı biçimde farklılaşmıştır (H2a, H2b, H2c, H2d desteklendi). Post-hoc karşılaştırmalar doğrultusunda mesleki kaygı;

kadınlarda, geliri giderinden az olanlarda ve fakülte/bölüm kırılımında Diş Hekimliği ile Sağlık Bilimleri öğrencilerinde daha yüksektir.

Şiddete karşı güven ve mesleki kaygı arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular Tablo 7 'de ifade edilmiştir.

Tablo 7: Şiddete karşı güven ve mesleki kaygı arasındaki ilişki

		Mesleki Kaygı
Şiddete Karşı Güven	Pearson Correlation	-0.177**
	p	0.001
	n	345

**Korelasyon $p < 0.001$ düzeyinde anlamlıdır.

Şiddete karşı güven ve mesleki kaygı arasında negatif (-0.177) ve anlamlı ($p < 0.05$) bir ilişki bulunmuştur. Yani katılımcıların

şiddete karşı güven duyguları arttıkça mesleki kaygı düzeyleri azalmaktadır. Değişkenler üzerinde açıklanan varyans %3.2'dir. Yani mesleki kaygının %3'ü katılımcıların kendilerini güvende hissetmemelerinden kaynaklanıyor olabilir. Böylece araştırmanın 3. Hipotezi de kabul edilmiştir. Tablo 8'de hipotezlerin kabul ret durumları özetlenmiştir.

Tablo 8: Hipotezlerin kabul ve ret durumları

Hipotez		Kabul-ret
H1a	Cinsiyete göre şiddete karşı güven düzeyi ortalamaları farklılık gösterir.	Ret
H1b	Ekonomik duruma göre şiddete karşı güven düzeyi ortalamaları farklılık gösterir.	Kabul
H1c	Fakülterlere göre şiddete karşı güven düzeyi ortalamaları farklılık gösterir.	Ret
H1d	Bölgelere göre şiddete karşı güven düzeyi ortalamaları farklılık gösterir.	Ret
H2a	Cinsiyete göre mesleki kaygı düzeyi ortalamaları farklılık gösterir.	Kabul
H2b	Ekonomik duruma göre mesleki kaygı düzeyi ortalamaları farklılık gösterir.	Kabul
H2c	Fakülterlere göre mesleki kaygı düzeyi ortalamaları farklılık gösterir.	Kabul
H2d	Bölgelere göre mesleki kaygı düzeyi ortalamaları farklılık gösterir.	Kabul
H3	Mesleki kaygı düzeyi ile şiddete karşı güven düzeyi arasında anlamlı ilişki vardır.	Kabul

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada sağlık hizmetlerinde görev alacak lisans öğrencilerinin şiddete karşı güvenlik algıları ve mesleki kaygı düzeyleri arasındaki ilişki ve bu değişkenleri etkileyen faktörler incelenmiştir. Bulgular göstermektedir ki, mesleki kaygı düzeyi ve şiddete karşı güvenlik algısı demografik özelliklere ve fakülte, bölüm gibi değişkenlere göre anlamlı şekilde farklılık göstermektedir. Aynı zamanda öğrencilerin şiddete karşı güvenlik algıları azaldıkça mesleki kaygı düzeyleri de artmaktadır. Bu bulgular

literatürdeki birçok çalışmayı destekliyor olsa da değişkenlerin birlikte ele alınması çalışmayı diğerlerinden ayırmakta ve yenir perspektif sunmaktadır.

Mesleki kaygı ölçeği 5 alt boyuttan oluşmaktadır. 1-3 arası puanlanan ölçeğin ortalama puanı 2.07 dir. Bu durum öğrencilerin orta düzeyde kaygılı olduğunu gösterebilir. Katılımcıların en çok kaygı duydukları alt boyutlar sırasıyla; iş sağlığı, çalışma hayatı ve sosyal statüdür. En az kaygı duyulan ise iletişim becerisidir. Öğrenciler en çok, meslek sebebiyle bir hastalığa yakalanmaktan, iş kazası geçirmekten, hasta veya yakını tarafından sözlü-fiziksel şiddete maruz kalmaktan kaygılanmaktadır. İkinci en çok kaygılanan alt boyut ise işsiz kalmak, atanmak için yeterli puan alamamak ve atanmamak ifadelerinin yer aldığı çalışma hayatıdır. En az kaygı duyulan alt boyut ise hasta ve yakınları ile etkili bir şekilde iletişim kuramamaktır. Atanamama, istediği bölümde çalışamama yapılan birçok çalışmada öğrencilerin kaygı duyduğu önemli bir durumdur (6, 16, 17).

Mesleki kaygı düzeyi; kız öğrencilerde, ekonomik durumu daha düşük olanlarda, diş hekimliği ve sağlık bilimleri fakültesinde okuyanlarda daha yüksektir. Araştırmalar, tıp fakültesi ve sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin mesleki kaygı düzeylerinin kız öğrencilerde erkeklere göre daha fazla olduğunu bulguları ile desteklemektedirler. (17-21). Farklı araştırmalarda da cinsiyetin, ekonomik durumun ve bölümün mesleki kaygıyı etkilediğini belirtmiştir (18, 21,22,23).

Kaygı, öğrencilerin akademik, kişisel, sosyal ve kariyer gelişimini engelleyebilecek önemli bir psikolojik sorundur ve birçok öğrenci bu kaygıyı yaşamaktadır. Ancak okullarda tedavisine ya da kaygıyı gidermeye yönelik yeterince hizmet verilmektedir (24). Yapılan bir araştırma, psikolojik güçlendirme programının üniversite öğrencileri arasında gelecekteki mesleki kaygıyı azaltmada etkili olduğunu ortaya koymuştur (25). Öğrencilere kaygıyı yönetebilme konusunda psikolojik danışma hizmetleri sunulması gerektiği

bilinmektedir (21). Öğrencilerin eğitim hayatlarına uyum sağlamaları, kariyer planlamaları yapmaları, akademik başarılarını sürdürmeleri, gelecek hedeflerini belirlemeleri ve sorunlarla baş edebilmeleri için psikolojik destek hizmetleri üniversiteler tarafından sağlanmalıdır (26). Bu bağlamda sağlık bilimleri fakültesi, tıp fakültesi gibi fakültelerde müfredata ilgili dersler eklenebileceği gibi üniversitelerin kariyer merkezleri de öğrencileri mesleki kaygılarını en aza indirmek ve bilinçli bir şekilde sorunlarla bahsedebilmelerini sağlamak için kapsamlı eğitimler ve danışmanlık hizmetleri sunmalıdır.

Çalışmanın diğer değişkeni olan şiddete karşı güvenlik ve güven durumu 2 faktörlü bir ölçek ile ölçülmüştür. Katılımcıların, sağlık hizmeti sunarken şiddetle başa çıkma konusunda kendilerini ne kadar yeterli gördüklerini ve ne kadar güvende hissettiklerini değerlendiren ölçeğin toplam ortalama puanı 5,66'dır. Güven alt boyutunda ortalama puan 5,80, güvenlik alt boyutunda ise 5,48 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin 1 ile 10 arasında puanlandığı göz önüne alındığında, katılımcıların güven ve güvenlik algılarının orta seviyede olduğu söylenebilir. Güven alt boyutundaki puanın güvenlik alt boyutundan daha yüksek olması, katılımcıların kendilerini şiddetle başa çıkmada nispeten daha yeterli hissettiklerini işaret etmektedir.

Şiddete karşı güvenlik ve güven durumu sadece ekonomik duruma göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Ekonomik durumu iyi olanlarda ortalama puan daha fazladır. Yani ekonomik sıkıntısı olmayanlar kendilerini hem daha güvende hissetmekte hem de herhangi bir şiddet durumunda yönetebilme yetenekleri olduğunu düşünmektedirler. Erkeklerin de fark anlamlı olmasa bile ortalamaları kızlara göre daha yüksektir. Literatüre bakıldığında benzer sonuçlar olduğu görülmektedir (27-30). Aynı zamanda yine anlamlı bir fark olmasa bile iktisadi ve idari bilimler fakültesi sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin şiddete karşı güvenlik ve güven algıları diş hekimliği, tıp ve sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerine göre

daha yüksektir. Sağlık çalışanları üzerine yapılan bir araştırmada da idari birimlerde çalışanların şiddete karşı güvenlik algıları daha yüksektir (29). Sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin sağlık kurumlarının idari departmanlarında çalışacak olması, hasta ve hasta yakınları ile birebir ilişki içinde olmayacaklarını düşünmesi bunun sebebi olabilir.

Sağlık alanında çalışacak olan lisans öğrencilerinin şiddete karşı güvenlik ve güven algıları ve mesleki kaygı düzeyleri arasında negatif (-0.177) ve anlamlı ($p < 0.05$) bir ilişki bulunmuştur. Direkt iki değişken arasındaki ilişkiyi inceleyen farklı çalışmalar yoktur ancak, şiddete uğrama olasılığının mesleki kaygıyı arttırdığını belirten çalışmalar bulgumuzu desteklemektedir (23, 31, 32, 33). Bulgumuz göstermektedir ki, öğrenciler çalışacakları sağlık kurumlarında ne kadar kendilerini güvende ve şiddeti yönetebilir nitelikte hissederlerse mesleki kaygı düzeyleri o kadar azalmaktadır.

Yapılan araştırmalar; lisans döneminde şiddete tanık olmak veya maruz kalmak, hatta medyada şiddet ile ilgili bir habere denk gelmek bile öğrencilerin mesleki kaygı düzeyini arttırdığını göstermektedir. Bu durum bölümünü ya da uzmanlığını isteyerek seçen öğrencilerde de böyledir (6, 17, 20, 34).

Türkiye genelinde yapılan bir araştırmada, şiddete maruz kalan sağlık çalışanı oranı neredeyse %50 dir. Şiddetin türleri ise; fiziksel, sözel, mobbing, cinsel taciz şeklindedir (35). Birçok şiddet olayının da kayıtlara alınmadığı bilinmektedir.

Sadece Türkiye değil tüm dünyada sağlık kurumlarında şiddet çözülmesi gereken bir konu haline gelmiştir. Hastane yönetimlerinin hastanede meydana gelen şiddete karşı politika geliştirmesi gerekmektedir (36). Hemşirelerin uğradığı saldırıların en yaygın nedenleri hastane politikalarının uygulanmasıyla ilgili öfke (%58.1), hastanın durumu/durumuyla ilgili öfke (%57), uzun bekleme süreleriyle ilgili öfke (%47.7) ve genel olarak sağlık bakım sistemiyle ilgili öfke (%46.5) olmuştur (37).

Bu veriler, özellikle hastane politikalarının uygulanması sürecinde yaşanan çatışmalar ve sağlık hizmeti sunumundaki sistemsel sorunların, şiddet olaylarını tetikleyen temel faktörler arasında yer aldığını göstermektedir. Bu nedenle, şiddet olaylarını azaltmak için hem sağlık çalışanlarına yönelik koruyucu önlemler artırılmalı hem de hastane yönetimlerinin, hasta ve çalışan memnuniyetini gözeterek, açık ve adil politikalar geliştirmesi gerekmektedir. Ayrıca, hasta yakınları ve hastalara çeşitli bilgilendirme ve farkındalık kampanyaları düzenlenmelidir.

Sağlık hizmeti sunumunda memnuniyeti maksimum, aksaklıkları da minimum düzeye getirecek stratejiler geliştirilmeli ve tüm bu süreçlerde çalışanlara düzenli eğitimler verilmelidir. Bu eğitimlerin sadece sağlık kurumlarında değil sağlık kurumlarında çalışacak lisans öğrencilerine de verilmesi onların şiddet sebebiyle kaygılarını azaltmaya yardımcı olabilir. Şiddet durumunda mağdur olmadan durumu yönetebilme becerisi öğrencilere kazandırılmalıdır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya, üniversitenin Tıp, Sağlık Bilimleri, Diş Hekimliği fakülteleri ile Sağlık Yönetimi bölümünde lisans eğitimi alan; 18 yaş ve üzeri, Türkçe anketi okuyup anlayabilen ve gönüllü aydınlatılmış onam veren öğrenciler dahil edilmiştir. Çalışma için Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulu'ndan 17.04.2024 tarih ve 215997 sayılı onay alınmıştır.

Sınırlılıklar

Bu çalışma tek merkezli ve kesitsel tasarıma sahip olduğundan, nedensel çıkarımlar sınırlı olup bulguların genellenebilirliği kısıtlıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek

Çalışma Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu'na (TÜBİTAK) tarafından desteklenmiştir.

Yazar Katkısı

İ.K. proje yürütücüsü, S.D. akademik danışman, G.Ö. ve B.K. proje ortağıdır.

Çalışmanın tasarlanması ve analizler S.D.; çalışmanın tasarlanması ve verilerin toplanması konusunda İ.K.; verilerin toplanması sürecinde G.Ö. ve B.K. görev almıştır.

Teşekkür

Çalışmamıza sağladıkları destek için Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu'na (TÜBİTAK) minnettarız. Ayrıca, araştırmamızda gönüllü olarak yer alarak değerli katkılarını sunan tüm katılımcı öğrencilere teşekkür ederiz.

KAYNAKÇA

1. Copeland D, Henry M. The relationship between workplace violence, perceptions of safety, and professional quality of life among emergency department staff members in a level 1 trauma centre. *Int Emerg Nurs*. 2018;39(26):26-32.
2. Magnavita N. Workplace violence and occupational stress in healthcare workers: a chicken and egg situation—results of a 6 year follow up study. *J Nurs Scholarsh*. 2014;46(5):366-376.
3. Magnavita N, Heponiemi T. Workplace violence against nursing students and nurses: An Italian experience. *J Nurs Scholarsh*. 2011;43(2):203-210.
4. Gates DM, Gillespie GL, Succop P. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nurs Econ*. 2011;29(2):59-66.
5. Winstanley S, Whittington R. Anxiety, burnout, and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: A cyclical model of burnout and vulnerability to aggression. *Work Stress*. 2002;16(4):302-315.
6. Yılmaz M, Tellioglu M, Arıkan İ. Sağlıkta şiddet: Tıp fakültesi öğrencilerinin mesleğe bakışına etkisi. *Online Turk J Health Sci*. 2021;6(3):404-412.

7. Köylü E, Korkut Y. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki son sınıf öğrencileri ve hekimlerde Tükenmişlik Sendromu ve ilişkili faktörler. *J Turk Fam Phy.* 2022;13(1):3-11. doi:10.15511/tjtfp.22.00103.
8. Sevim M, Yabalar N, Tahan SE, et al. Sağlıkta şiddetin ve COVID-19 pandemisinin tıp fakültesi öğrencilerinin ve hekimlerin kariyer planlamalarına etkileri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.* 2023;32(3):169-176.
9. Bayrakçı E. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi tıpta uzmanlık öğrencilerinin sağlıkta şiddet deneyimleri ve şiddetin branş seçimlerindeki etkisi [Tez]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2022.
10. Yalınbaş SS, Bulut F, Civaner MM. Sağlıkta şiddet tıp öğrencilerinin mesleğe ve hastalara bakışını nasıl etkiliyor? Bir fakülte örneği. *Toplum ve Hekim.* 2018;33(2):148-160.
11. Chen FL, Hou WH, Chen JH, Tung TH, Wu JC. Organizational factors are key predictors of physicians' confidence in handling workplace violence. *Healthcare.* 2022;10(4):637.
12. Celbiş B, Özaydın Ö. Examining the relationship between violence against healthcare workers and their levels of exhaustion, confidence and safety. *Ege Acad Rev.* 2024;24(3):421-432.
13. Çelebi İ, Şemeret N, Alkaş GB, Keleş A, Şen E. Validity and reliability study of the Occupational Anxiety Scale for Health Services Students. *Türkiye Klinikleri J Health Sci.* 2023. doi:10.5336/healthsci.2022-92994.
14. Kowalenko T, Gates D, Gillespie GL, Succop P, Mentzel TK. Prospective study of violence against ED workers. *Am J Emerg Med.* 2013;31(1):197-205.
15. Şengül H, Bulut A, Özgüleş B. Sağlık profesyonellerinin şiddete karşı güvenlik ve güven ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin yapısal eşitlik modeli ile sınanması. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi.* 2019;12(67):973-979.
16. Özdiñç S, Biçici Y, Çamur M, Turan FN. Fizyoterapi ve rehabilitasyon eğitimi alan lisans öğrencilerinin mesleki kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi.* 2018;3:471-479.
17. Çıtlı R, Ketten M. Tıp fakültesi öğrencilerinin uzmanlık tercihleri ve mesleki kaygı düzeyleri. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2021;13(3):171-192.
18. Aktepe Coşar D, Bingöl N, Demirağ H. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin mesleğe yönelik kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi.* 2023;4(2):66-75. doi:10.54862/pashid.1342879.
19. Ergin A, Uzun SU, Topaloğlu S. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi 5. ve 6. sınıf öğrencilerinin sürekli kaygı ve mesleki kaygı düzeyleri ve bunları etkileyen etkenler. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi.* 2016;3(3):16-21.
20. Temel M, Çelikkalp Ü, Bilgiç Ş, Varol G. Hemşirelik öğrencilerinin mezuniyet sonrasına yönelik mesleki kaygıları ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2020;23(1):23-34. doi:10.17049/ataunihem.478072.
21. Sun Y, Wang D, Han Z, Gao J, Zhu S, Zhang H. Disease prevention knowledge, anxiety, and professional identity during COVID-19 pandemic in nursing students in Zhengzhou, China. *J Korean Acad Nurs.* 2020;50(4):533-540.

22. Donmuş V, Akpınar B, Eroğlu M. Öğretmen adaylarının akademik öz-yeterlikleri ve mesleki kaygıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017;14(37).
23. Girgin B, Yıldırım A, Kısaç N. Hemşirelerde mesleki kaygıya neden olan faktörler. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2023;27(2):94-100.
24. Thompson EH, Robertson P, Curtis R, Frick MH. Students with anxiety: Implications for professional school counselors. Prof Sch Couns. 2013;16(4):2156759X150160402.
25. Samawi FS, Al Remawi SA, Arabiyat AAH. The effectiveness of a training program based on psychological empowerment to reduce future professional anxiety among students. Int J Instr. 2022;15(1):219-236.
26. Mayda A, Yılmaz M, Bolu F, Deler M. Bir tıp fakültesi 4, 5 ve 6. sınıf öğrencilerinde gelecek ile ilgili kaygı durumunun değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2014;4(3):7-13.
27. Özel M, Balsak H, Yıldız T. Healthcare workers' safety and emotional exhaustion: Exploring the impact of violence and trust in emergency departments. J Patient Saf Risk Manag. 2024;29(2):106-114.
28. Karakurt P, Fırat M, Gedik BN. Öğrencilerde şiddete karşı güven algısının belirlenmesi: Hemşirelik bölümü örneği. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023;7(3):226-234.
29. Yural B, Acuner D, Çevik Akkuş G. Sağlık çalışanlarının şiddete karşı güvenlik ve güven algılarının incelenmesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2024;11(1):82-90.
30. Özkan N, Ünal Ö. Sağlık çalışanlarında psikolojik sermayenin sağlıkta şiddete karşı güven ve güvenlik düzeyine etkisi: Acil servis örneği. Güncel Sağlık Yönetimi. 2023;1(1):1-15.
31. Köksal Yasin Y, Öztürk S, Dereboy Ç, Okyay P. Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin mesleki kaygıları üzerine kalitatif bir araştırma. Tıp Eğitimi Dünyası. 2018;17(52):35-49.
32. Er T, Ayoğlu FN, Açıkgöz B. Sağlık çalışanına yönelik şiddet: Risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. Turk J Public Health. 2021;19(1):69-78.
33. Gökçe T, Dünder C. Samsun ruh ve sinir hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. J Turgut Ozal Med Cent. 2008;15(1):25-28.
34. Tanalı G, Peker U, Çopur Ç, et al. Sağlıkta şiddet: Bir tıp fakültesinin öğrencilerinin bakış açısıyla nedenleri, etkileri ve çözüm önerileri. Turkey Health Literacy J. 2022;3(1).
35. Pinar T, Acikel C, Pinar G, et al. Workplace violence in the health sector in Turkey: A national study. J Interpers Violence. 2017;32(15):2345-2365.
36. Escribano RB, Beneit J, Garcia JL. Violence in the workplace: Some critical issues looking at the health sector. Heliyon. 2019;5(3).
37. May DD, Grubbs LM. The extent, nature, and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. J Emerg Nurs. 2002;28:11-17.

THE EFFECT OF COMPLEMENTARY AND SUPPORTIVE MEDICINE PRACTICES ON SLEEP AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: A CROSS-SECTIONAL STUDY

ROMATOİD ARTRİT HASTALARININ TAMAMLAYICI VE DESTEKLEYİCİ TIP KULLANIM DURUMLARININ UYKU VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

Zümrüt AKGÜN ŞAHİN¹, Yunus DEMİREL²

¹ Doç. Dr., Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, KARS

² Öğr. Gör., Iğdır Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, IĞDIR

Abstract

Introduction: Rheumatoid Arthritis (RA) is an autoimmune inflammatory rheumatic disease of unknown etiology with a chronic course involving multiple joints and systems. RA may induce pain, swelling in the joints, and loss of function in individuals. There has been no published study to date that examined the use of CAM in RA patients in terms of sleep and quality of life.

Objective: This study aimed to determine the CAM (Complementary and Supportive Medicine) methods used by patients with RA (Rheumatoid Arthritis) and the effects of CAM methods on sleep and quality of life.

Material and methods: This research was conducted cross-sectionally. 190 patients with RA were included in the study. Data were collected using a patient information form, the Quality-of-Life Measurement for Rheumatoid Arthritis, and the Pittsburgh Sleep Quality Index. The demographic, socioeconomic, disease, and treatment characteristics of CAM and non-CAM users were determined.

Results: Demographic, socioeconomic, disease and treatment characteristics of CAM users and non-CAM users were determined. While 60.5% of the patients stated that they used at least one type of CAM, 39.5% stated that they did not use CAM. There was no significant difference between CAM users and non-CAM users in terms of age, gender, education level, marital status and income status. CAM use approaches and reasons differ according to the expectation and choice of patient, patient's sociocultural background, and religious properties. In this study, it was observed that RA patients using TAT had high average quality of life scores and high average sleep quality scores.

Conclusions: The results of this study showed a high rate of CAM use. Moreover, patients attended regular check-ups and used CAM methods together with drug treatment. Patients who used CAM did not inform their doctor or nurse about this issue, and they used CAM methods because they thought that they were beneficial. Healthcare professionals are advised to ask patients about the TAT methods they use and to assess their sleep patterns and quality of life.

Key words: Rheumatoid arthritis, Complementary and supportive medicine, sleep quality, quality of life.

Özet

Giriş: Romatoid Artrit (RA), bireylerde ağrı, eklemlerde şişlik ve fonksiyon kaybına neden olabilir. RA hastalarında uyku ve yaşam kalitesi açısından Tamamlayıcı ve Destekleyici Tıp (TAT) kullanımını inceleyen yayınlanmış bir çalışma bulunmamaktadır.

Amaç: Bu çalışmada RA'lı hastaların kullandığı yöntemleri ve TAT yöntemlerinin uyku ve yaşam kalitesine olan etkilerini belirlemek için yapıldı.

Yöntem: Bu araştırma kesitsel olarak yapıldı. Çalışmaya 190 RA'lı hasta dahil edildi. Veriler hasta bilgi formu, Romatoid Artrit için Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi kullanılarak toplandı. TAT kullanan ve kullanmayanların demografik, sosyoekonomik, hastalık ve tedavi özellikleri belirlendi.

Bulgular: Hastaların %60,5 en az bir tür TAT kullandığını bildirirken, %39,5 TAT kullanmadığını belirtti. TAT kullananlar ve TAT kullanmayanlar arasında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum ve gelir düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. TAT kullanım yaklaşımları ve nedenleri hastanın beklenti ve seçimine, hastanın sosyokültürel geçmişine ve dini özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Bu çalışmada TAT kullanan RA'lı hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması ve uyku kalitesi puan ortalamasının yüksek olduğu görüldü.

Sonuç: Bu çalışmada TAT kullanım oranının yüksek olduğu belirlendi. Hastaların düzenli olarak sağlık kontrollerini yaptıkları ve ilaç tedavisinin yanı sıra TAT yöntemlerini de kullandıkları saptandı. TAT kullanan hastalar bu konuda doktor veya hemşirelerine bilgi vermediklerini, faydalı olduğunu düşündükleri için TAT yöntemlerini kullandıklarını belirttiler. Sağlık çalışanlarının, hastaların kullandıkları TAT yöntemlerini sorgulamaları ve uyku düzenleri ve yaşam kalitelerinin değerlendirmeleri önerildi.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, Tamamlayıcı ve destekleyici tıp, uyku kalitesi, yaşam kalitesi.

ORCID ID: Z.A.Ş 0000-0001-7141-273X; Y.D 0000-0002-0552-2735

Sorumlu Yazar: Zümrüt AKGÜN ŞAHİN, Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD

E-mail: zumrut8136@hotmail.com

Geliş tarihi/ Date of receipt: 26.07.2024

Kabul tarihi / Date of acceptance: 30.11.2025



INTRODUCTION

Rheumatoid arthritis (RA) is an autoimmune rheumatic disease of unknown cause that affects joints and body systems. (1). RA may induce pain, swelling in the joints, and loss of function in individuals. Pain and loss of function can affect psychological and social functions as well as physical health (2). Accordingly, problems that limit activities of daily living include impaired quality of life, sleep problems, and increased morbidity (3,4). Current treatment approaches aim to relieve pain, increase function, reduce sleeplessness, inhibit disease progression, and enhance quality of life. Recently, there have been great advances in the pharmacological treatment of RA (5). In particular, options for reducing inflammation have increased among pharmacological options. Despite the success of pharmacological treatment, some patients have not been completely treated. Patients mostly complain of physical and psychological symptoms such as chronic pain, loss of movement and strength in joints, fatigue, sleep disturbance, anxiety, and depression (6,7). When patients who suffer from these symptoms do not respond adequately to medical treatment, they refer to complementary alternative medicine (CAM) practices (8,9). The National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) in the United States of America defines CAM as “practices and products that are not currently regarded as a part of conventional medicine but are included in various fields of medicine and the healthcare system”(10). One of the most common diseases associated with sleep disturbances is rheumatoid arthritis. Individuals with rheumatoid arthritis who experience sleep problems tend to have more difficulties in their daily lives and overall health, a decline in their quality of life, and an increased need for assistance in terms of time and energy (9-11). CAM is classified into five tips: Biology-based practices, including diet, natural product supplements, and herbal treatments; body-based practices, including massage and manual therapies; mind and body practices, including meditation, yoga,

relaxation therapy, breathing techniques, biofeedback, and hypnosis; energy therapies, including prayer and Reiki practices; and medical therapies (10,11). RA patients prefer these methods include their willingness to control the disease and their belief that CAM does not inflict any harm (12). A review of the literature revealed that there has been no published study to date that examined the use of CAM in RA patients in terms of sleep and quality of life. Therefore, this study aimed to determine the CAM methods used by outpatients with RA and their effects of CAM methods on sleep and quality of life.

Research question: Do complementary and alternative medicine practices used by patients with rheumatoid arthritis affect sleep and quality of life?

MATERIALS AND METHODS

Design and sample

The descriptive and cross-sectional study was conducted in the outpatient clinics of the Rheumatology Department of a hospital between March 2022 and December 2023.

Study population and sample

The population consisted of patients diagnosed with RA for follow-up and treatment between the study dates. The sample consisted of patients who volunteered to participate in the study and met the study criteria. The study population consisted of 190 patients who agreed to participate in the study and met the study criteria (of these patients, 115 were found to be using CAM and 75 patients did not use CAM). In the statistical evaluation performed according to the known universe sample calculation, the required sample size for the study was determined to be at least 127 people with 95% confidence, $p=0.5$ probability, and $d=0.05$ deviation. The inclusion criteria were as follows: agreeing to participate in the study; being 18 years of age or older; being diagnosed with RA by a rheumatologist for at least 6 months; communicate in Turkish; not diagnosed with a neurological disease; and not diagnosed with any psychiatric disorder. Exclusion criteria for the study; participants with uncontrolled comorbid conditions for

whom treatment was changed or new treatment was initiated depending on the comorbid condition.

Data collection tools

Study data were collected using the patient information formula, the Rheumatoid Arthritis Quality of Life Measure, and the Pittsburgh Sleep Quality Index. Data collection tools were given to patients at a time when they were available. Literate patients answered questions on the forms. The researchers read the forms to illiterate the patients and asked them to answer the questions. It took approximately 30-35 minutes to complete the forms.

Patient Information Form

This form was prepared based on literature. This form consists of 17 questions, including five questions about the socio-demographic characteristics of the patients, four questions about the disease process, and eight questions about their use of CAM (2-8).

Quality-of-Life Measurement for Rheumatoid Arthritis: Developed Ünal et al., developed the scale in 2017. Scale determined the quality of life of patients with RA (13). This is a Likert-type scale. The scale consists of four subscales: sexuality and sociability, pain, mood, and functionality. The Likert type scale is scored between 0 and 5. The items were rated as never = 0 and always = 5. The lowest score=0, the highest scores=150. The scale was assessed based on the total score. A high score on the scale indicates a high quality of life. Cronbach's alpha for the scale was 0.88. In this study, the Cronbach's alpha value was found to be 0.86.

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): Buysee et al. developed the scale in 1989 (14). Ağargün et al. (1996) conducted a Turkish validity and reliability study (15). The scale consists of 7 sub-dimensions. These dimensions are; "subjective sleep quality, sleep latency, sleep duration, habitual sleep efficiency, sleep disturbances, use of sleeping pills and daytime dysfunction". The scale evaluates sleep quality over the last month. The index consists of 19 items, with each item rated between 0-3 points. The total score is between 0 and 21 points. Each of the seven subscales was first assessed within

itself, and then the scores of the seven subscales were summed. A total PSQI score ≤ 5 indicates "good sleep," and >5 means "poor sleep.". Cronbach's alpha for the scale was 0.80. In this study, the Cronbach's alpha value was found to be 0.80.

Ethical Considerations

This study was conducted in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki. Permission to use the scales employed in the research was obtained via email from the respective authors. Additionally, ethical approval was secured from the Non-Interventional Research Ethics Committee of the Faculty of Health Sciences (approval no: 81829502.903/69). Written permission was obtained from the relevant hospital to conduct the study. Permission was obtained via e-mail to use the scales used in the study. Participants were informed about the purpose and methodology of the study, were made aware that their participation was entirely voluntary, and provided their written consent. It was also clearly stated that the data collected would remain confidential.

Data analysis

SPSS for Windows 18.0 software was used to carry out the statistical analyses of the data. Descriptive statistical methods (rate, mean, standard deviation, and frequency) were used to analyze the data. Nonparametric tests (Mann Whitney-U) were performed according to the distribution of the data. The chi-square test was used to analyze the qualitative data. The significance of the p value was set at $p < 0.05$.

RESULTS

The demographic, socioeconomic, disease, and treatment characteristics of CAM and non-CAM users were determined. One hundred and fifteen patients reported using some form of CAM (60.5%), whereas 75 (39.5%) were non-users of CAM. Age, sex, educational level, marital status, and income level were not statistically significant differences between

Table 1. Demographic characteristics of the patients using CAM

Use of CAM	CAM Users (115) n (%)	Non-users (75) n (%)	Total (190) n (%)	X ² , t and p value
Age				
18-60	65(56.5)	32(42.6)	97 (51.1)	t:0.978
≥61	50(43.5)	43(57.4)	93(48.9)	p>1.20
Gender				
Male	48(41.7)	32(42.6)	80 (42.1)	t:.345
Female	67(58.3)	43(57.4)	110 (57.9)	p<0.008
Educational Level				
Illiterate	26(22.6)	14(18.6)	40(21.0)	x ² =4.36
Literate	38(33.0)	26(34.6)	64(33.6)	p<0.211
Primary education	31(26.9)	22(29.3)	53(27.8)	
High School and higher	20(17.5)	13(17.5)	33(17.6)	
Marital Status				
Married	78(67.8)	52(69.3)	130(68.4)	x ² =0.63
Single	37(32.2)	23(30.7)	60(31.6)	p>1.20
Income Level				
Income < expenditure	51(43.3)	33(44.0)	84(44.2)	x ² =4.66
Income = expenditure	48(41.7)	31(41.3)	79(41.5)	p<0.211
Income >expenditure	16(15.3)	11(14.7)	27(14.3)	
Duration of diagnosis				
1-5 years	32(27.8)	12(16.0)	44(23.1)	x ² =3.856
6-10 years	47(40.8)	36(48.0)	83(43.6)	p<0.001
≥11 years	36(31.4)	27(36.0)	63(33.3)	
Status of receiving medication				
Yes	80(69.5)	58(77.3)	138(72.6)	x ² =4.081
No	35(30.5)	17(22.7)	52(27.4)	p<0.001
Status of going to doctor check-ups regularly				
Yes	78(67.8)	57(76.0)	135(71.0)	x ² =2.862
No	37(32.2)	18(24.0)	55(29.0)	p<0.001
Presence of another chronic disease				
Yes	105(91.3)	60(80.0)	165(86.8)	x ² =11.45
No	10(8.7)	15(20.0)	25 (13.2)	p<0.001

x² Chi Square test / t Independent samples t test, CAM: complementary and alternative medicine

CAM and non-CAM users. There were statistically significant differences between patients who used and did not use CAM methods in terms of diagnosis duration, medication, regular doctor visits, and the presence of other chronic diseases (Table 1, p > 0.05).

In the present study, 59.1% of the patients received CAM treatment for 1–5 years. While 89.5% knew whether their doctor or nurse had used CAM to reduce tender and swollen joint, 40% of the patients using manual therapies used CAM to alleviate joint pain and fatigue, 39.2%

used CAM treatments, 59.3% did not. A total of 46.9% used CAM treatments because they believed that they were useful.

When the patients' purposes of using CAM were examined; it was determined that 40% of patients using behavioral supplements used CAM to feel better emotionally, 46.9% of the patients using herbal supplements used CAM to increase the effect of drugs, 50.5% of the patients using dietary supplements used CAM of the patients who received massage therapy used CAM to reduce tender and swollen joint, 39.1% of the patients exercising used CAM to

reduce pain, 45.3% of the patients taking vitamin and mineral supplements used CAM to strengthen the immune system, and 46.0% of

the patients on a diet used them to increase the effects of medications (Table 2).

Table 2. Purposes of CAM Use (N: 115)

CAM Methods	Purpose of Use	n	%
Behavioral Supplements	Feeling better emotionally	46	40.0
	Religious practices	34	29.5
	Feeling hopeless and seek help	35	30.5
Herbal Supplements	Increasing the effect of medication	54	46.9
	Anti-inflammatory effects	33	28.6
	Strengthening the immune system	28	24.5
Dietary Supplements	Reducing pain	35	30.4
	Strengthening the immune system	22	19.1
	Reducing tender and swollen joint	58	50.5
Manuel Therapies	Reducing stiffness, and swelling	38	33.0
	Reducing joint pain intensity	46	40.0
	Moving freely	31	27.0
Massage	Relaxing	28	24.3
	Relieving joint stiffness problems	42	36.5
	Reducing tender and swollen joint	45	39.2
Exercise	Alleviating pain	45	39.1
	Reducing inflammation	37	32.1
	Reducing tender and swollen joint	33	28.8
Vitamin And Mineral Supplements	Alleviating pain	27	23.4
	Raising blood values	36	31.3
	Strengthening the immune system	52	45.3
Diet	Increasing the effect of medication	53	46.0
	Reducing inflammation	32	27.8
	Alleviating pain	30	26.2

Quality of life total mean scores (85.37 ± 19.45) were higher in all subscales including in the sexuality and sociability (8.23 ± 4.88), Pain (42.54 ± 8.66), Mood (16.20 ± 3.88) and Functionality (18.40 ± 2.05) subscales in the CAM users than in the non-CAM users, (Table 3). The total mean quality of life scale ($Z = -10.86, p < 0.001$) and mean scores of pain ($Z = -8.725, p < 0.001$), mood ($Z = -9.270, p < 0.001$), and functionality ($Z = -8.961, p < 0.001$) were significantly higher in CAM users than in non-CAM users (Table 3).

PSQI total mean scores (3.06 ± 2.05) were higher in all subscales including the Subjective Sleep Quality, (0.17 ± 0.23), Sleep Latency, (0.36 ± 0.56), Sleep Duration, (0.96 ± 0.38), Habitual Sleep Efficiency (0.84 ± 0.20), Sleep Disturbances (0.18 ± 0.22), and Daytime Dysfunction (0.55 ± 0.46) subscales in the CAM

users compared to the non-CAM users, (Table 5). The total mean PSQI scores of CAM users ($Z = -9.862, p < 0.001$), as well as their mean scores for Subjective Sleep Quality ($Z = -6.521, p < 0.001$), Sleep Latency ($Z = -4.098, p < 0.001$), Sleep Duration ($Z = -3.420, p < 0.05$), Habitual Sleep Efficiency ($Z = -2.725, p < 0.05$), Sleep Disturbances ($Z = -4.820, p < 0.001$), and Daytime Dysfunction ($Z = -6.745, p < 0.001$) were significantly higher than the mean scores of non-CAM users (Table 3).

DISCUSSION

Patients with rheumatoid arthritis complain of joint pain, joint swelling, morning stiffness, fatigue, and sleep disorders (16,17). In particular, these patients have difficulty in falling asleep and maintaining sleep, daytime napping, an inability to fall asleep, and continuous sleep interruption at night (18,19).

Table 3. Comparison of the Quality of life and PSQI of the RA patients (N= 190)*

	CAM Users Mean±SD	Non-users Mean±SD	Total Mean±SD	Z	p
Quality of Life total score	85.37±19.45	55.35±16.49	45.36±17.97	-10.86	p<0.001
Sexuality and sociability	8.23±4.88	8.06±4.20	8.14±4.54	0.652	p>0.05
Pain	42.54±8.66	26.22±6.08	24.28±7.37	-8.725	p<0.001
Mood	16.20±3.88	10.32±3.60	13.26±3.74	-9.270	p<0.001
Functionality	18.40±2.05	10.72±2.63	14.41±2.34	-8.961	
PSQI total score	3.06±2.05	9.00±5.55	6.03±3.80	-9.862	p<0.001
Subjective sleep quality	0.17±0.23	1.36±0.72	0.76±0.47	-6.521	p<0.001
Sleep latency	0.36±0.56	1.56±1.08	0.96±0.82	-4.098	p<0.001
Sleep duration	0.96±0.38	1.20±0.20	1.08±0.29	-3.420	p<0.05
Habitual sleep efficiency	0.84±0.20	1.34±1.28	1.09±0.74	-2.725	p<0.05
Sleep disturbances	0.18±0.22	1.98±1.07	1.08±0.64	-4.820	p<0.001
Use of sleeping medication	0.00±0.00	0.00±0.00	-	-	-
Daytime dysfunction	0.55±0.46	1.56±1.20	1.05±0.83	-6.745	p<0.001

PSQI: Pittsburgh sleep quality index, RA: Rheumatoid arthritis, Z: Mann-whitney u test

The overall health condition of patients with sleep problems is also negatively affected. The fear of losing independence and difficulty in engaging in activities of daily living affects their quality of life. Patients may resort to the use of CAM according to their geographical regions and cultural characteristics in order to cope with these conditions (20). We believe that this study is important as it is the first to assess the effect of CAM use on sleep and quality of life in patients with rheumatoid arthritis.

This study revealed that patients with RA used CAM methods (60.5%). The use of CAM by individuals with chronic diseases in the world and in Turkey has been reported to increase gradually (21-37). When studies conducted in different countries with RA patients were reviewed, it was reported that the frequency of CAM use was between 33% and 66% (28-34). Studies conducted in Turkey showed that this

rate was between 32% and 46%, and patients used at least one CAM method (27,32-34). Rao et al. (1999) found that the rate of CAM use in RA patients was 45% (35). A study conducted in Mexico reported that this rate was 59.2% (36). The results of this study showed that the rate of CAM use was high. This is attributed to factors such as the perceived severity of the disease, the presence of symptoms that limit the patient's life, society and cultural factors in which the participants reside (eastern Turkey), and easy access to CAM methods.

This study revealed that patients who were diagnosed for 6–10 years, used CAM along with medication, had regular doctor visits, and had different chronic diseases using CAM. Similarly, Almuhareb et al. (2019) reported in their study with RA patients that 66.7% of the patients used CAM and they were using CAM

along with drug treatment for an average of 11 years (37). Another study reported that 90% of rheumatic patients who regularly attended doctor visits used CAM (35).

This study found that the majority of patients were using CAM for 1–5 years, their doctor or nurse was not aware of their CAM use, and they used CAM since they believed in the benefits of CAM methods. Likewise, a study by Robinson et al. (2004) revealed that the rate of RA patients who informed healthcare professionals was 23% (38). The same study reported that the reasons why the patients failed to disclose that they used CAM were that they were not asked about it by the physician, they forgot to tell the physician, and they feared being disapproved by the physician (38). Another study found that the reasons why the patients who used CAM did not tell their doctors were that there was no point in telling their doctors, that the medical profession did not have enough knowledge about CAM, and that they did not think that their doctors wanted to know that they used CAM (39). A study conducted in the USA reported that only 14.4% of patients informed their doctors about the use of CAM (40). On the other hand, it was reported that only 8.3% of patients in Saudi Arabia discussed their CAM use with their physicians (41). In their study, Irazu' Contreras-Yañez et al. (2020) found that the reasons why patients preferred to use CAM were that the cost of CAM methods was affordable and they believed that CAM methods were reliable and beneficial (42).

This study analyzed the most frequently used CAM methods and the purposes of their use and found that patients used dietary supplements to reduce tender and swollen joints and herbal supplements to increase the effect of medications. The results of the present study are similar to the results of other studies conducted in Turkey (43,44). Almuhareb et al. (2019) reported that the most frequently used CAM methods were herbal, vitamin, and mineral supplements, and the purpose of use was the belief that they “provided additional benefits.”(37)

The most frequently used CAM methods may differ according to the sociocultural background, religious characteristics, ethnic origins, and geography of the population. For example, a study conducted among Iranian patients reported that the most commonly used CAM methods were prayer and spiritual healing (45,46). Another study conducted among Korean patients reported that the most commonly used types of CAM were exercise therapy and vitamin intake (47). It was emphasized that Chinese patients mostly preferred herbal medicines(48), while Latino patients most frequently used dietary therapies, spiritual healing, and physical methods such as massage and acupuncture (42). In Saudi Arabia, CAM practices are mostly based on Quranic traditions and the Sunnah (the recommendations and teachings of the Prophet Muhammad) (37,45,46).

A comparison of the quality of life and sleep quality of patients who used CAM and those who did not use CAM in this study showed that the quality of life and sleep quality of patients who used CAM were statistically significant compared to those who did not use CAM. The present study revealed that pain, functionality, and mood were effective in the assessment of quality of life and sleep in patients with RA. In general, physiological and psychosocial problems lead to sleep problems in RA patients (49). Patients experience sleep problems, especially due to pain. It has been reported that patients with sleep problems have difficulty accomplishing their daily routine tasks, which leads to a poor quality of life, and they resort to seeking help for this problem (50,51). Patients often experience sleep problems, particularly due to pain. Among the psychological problems that cause sleep problems are anxiety and depression. The causes of anxiety and depression in patients include the irreversible, chronic, progressive nature of the disease, serious deformities and disabilities, as well as the difficulties individuals experience in coping, loss of independence, inability to perform daily living activities, job loss, changes in family roles, economic and social problems

(10,50,51). Studies have reported that the CAM methods used by patients provide functional freedom of movement by relieving pain and swelling in the joints (42,52).

CONCLUSION

The results of this study showed a high rate of CAM use. Moreover, patients attended regular check-ups and used CAM methods together with drug treatment. Patients who used CAM did not inform their doctor or nurse about this issue, and they used CAM methods because they thought that they were beneficial. When the CAM methods used by the patients and their purposes of use were examined, it was determined that they used dietary supplements to reduce tenderness and swelling in the joints, and herbal supplements to increase the effectiveness of medications. When comparing the quality of life and sleep quality of patients who used CAM with those who did not, it was determined that the quality of life and sleep quality of patients who used CAM were statistically significant. The use of CAM has become popular among Turks in recent years. It is believed that the cure for most diseases is natural. Traditional attitudes and beliefs, ease of access, and low cost may explain the popularity of medicinal herbs among the Turkish population.

Limitation

The sample was limited, and the study was conducted only in the outpatient clinics of the hospital's Rheumatology Department.

Ethical Considerations

Before starting the study, approval from the non-invasive research ethics committee of the Kafkas University Faculty of Health Sciences (date: 28/02/2022 and number: 81829502.903/21) and written permission from the hospitals where the study was conducted were obtained. The participants were informed about the purpose and

method of the study and that participation was entirely voluntary, and written consent was obtained. The research was conducted in accordance with the Principles of the Declaration of Helsinki.

Authors' Contributions

All the authors listed in the article have approved the article as submitted and take full responsibility for the article. All the authors have participated in the concept and design, analysis, and interpretation of data the article (ZAŞ and YD).

Conflict Interest

No conflict interest between the authors and /or family members of the scientific and medical committee members or members of the potential conflicts of interest, counseling, expertise, working conditions, share holding and similar situations in any firm.

Acknowledgment

The authors thank the patients who participated in the study.

Financial support

This study did not receive any financial support.

REFERENCES

1. Andriacchi TP, Griffin TM, Loeser RF, et al. Bridging disciplines as a pathway to finding new solutions for osteoarthritis a collaborative program presented at the 2019 orthopedic research society and the osteoarthritis research society international. *Osteoarthr Cartil Open*. 2020;2(1):1-7. doi:10.1016/j.ocarto.2020.100026.
2. Kooshki A, Forouzan R, Rakhshani MH, Mohammadi M. Effect of topical application of nigella sativa oil and oral acetaminophen on pain in elderly with knee osteoarthritis: A crossover clinical trial. *Electron Physician*. 2016;8(11):3193-3197. doi: 10.19082/3193. eCollection 2016 Nov.
3. Sadeghi A, Tabatabaiee M, Mousavi MA, Mousavi SN, Abdollahi Sabet S, Jalili N.

Dietary Pattern or Weight Loss: Which One Is More Important to Reduce Disease Activity Score in Patients with Rheumatoid Arthritis? A Randomized Feeding Trial. *Int J Clin Pract* 2022;2022:6004916. doi: 10.1155/2022/6004916.

4. Grega ML, Shalz JT, Rosenfeld RM, et al. American College of Lifestyle Medicine Expert Consensus Statement: Lifestyle Medicine for Optimal Outcomes in Primary Care. *Am J Lifestyle Med* 2023; 25;18(2):269-293. doi: 10.1177/15598276231202970.

5. Smolen J, Aletaha D, McInnes I, Rheumatoid arthritis. *Lancet*. 2016;388:2013–2038. doi:10.1016/S0140-6736(16)30173-8.

6. Yang L, Sibbritt D, Adams J. A critical review of complementary an alternative medicine use among people with arthritis: a focus upon prevalence, cost, user profiles, motivation, decision-making, perceived benefits and communication. *Rheumatol Int*. 2017;37:337–351. doi:10.1007/s00296-016- 3616-y.

7. Macfarlane GJ, El-Metwally A, De Silva V, Ernst E, Dowds GL, Moots RJ. Evidence for the efficacy of complementary and alternative medicines in the management of rheumatoid arthritis: A systematic reviw. *Rheumatology*. 2011;50(9):1672-1683. doi:10.1093/rheumatology/ker119.

8. Institute of Medicine (U.S.), editor. *Complementary and alternative medicine in the United States*. Washington, DC: National Academies Press; 2005.

9. World Health Organization. *WHO global report on traditional and complementary medicine, 2019*.

10. National Center for Complementary and Integrative Health (2020) *Complementary, alternative, or integrative health: what's in a name?* NCCIH.

<https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>.

11. Michalsen A. The role of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in Rheumatology. It's time to integrative medicine. *J Rheumatol*. 2013;40:547–549. doi:10.3899/jrheum.130107.

12. Efthimiou P, Kukar M, Mackenzie CR. 2010. Complementary and alternative medicine in rheumatoid. *HSS J*. 2010;Feb;6(1):108-11. doi: 10.1007/s11420-009-9133-8.

13. Ünal E, Arın G, Karaca BN, et al. Development of a quality of life measurement for rheumatic patients: item pool construction. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*. 2017;4(2):67-75.

14. Buysee DJ, Reynolds CF, Monk TF, et al. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practise and research. *Psychiatry Res*. 1989;28:193–213. doi: 10.1016/0165-1781(89)90047-4.

15. Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. The validity and reliability of the Pittsburgh sleep quality index. *Turk Psik Derg*. 1996:107–115.

16. Lahiri M, Santosa A, Teoh LK, et al. Use of complementary and alternative medicines is associated with delay to initiation of disease-modifying anti-rheumatic drug therapy in early inflammatory arthritis. *Int J Rheum Dis*. 2017;20:567–75. doi: 10.1111/1756-185X.13091.

17. Phang JK, Kwan YH, Goh H, et al. Complementary and alternative medicine for rheumatic diseases: a systematic review of randomized controlled trials. *Complement Ther Med*. 2018;37:143–57. doi:10.1016/j.ctim.2018. 03.003

18. K1sa İ, Ok E, Er F. The effect of Balneotherapy on pain, depression

- symptoms, sleep and quality of life in patients with osteoarthritis. *J Tradit Complem Med.* 2020;3(1):27-33. doi:10.5336/jtracom.2019-72308.
19. Roberts JA, Mandl LA. Complementary and Alternative Medicine Use in Psoriatic Arthritis Patients: a Review. *Current Rheumatology Reports.* 2020;22;81. doi:10.1007/s11926-020-00956-x.
20. Baig S, Drenzo D. Complementary and alternative medicine use in rheumatoid arthritis. *Curr Rheumatol Rep.* 2020;22 (10): 61. doi: 10.1007/s11926-020-00938-z.
21. Singh JA, Saag KG, Bridges SL, et al. 2015 American college of rheumatology guideline for the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatol.* 2016 Jan;68(1):1-26. doi: 10.1002/art.39480.
22. Lahiri M, Santosa A, Teoh LK, et al. Use of complementary and alternative medicines is associated with delay to initiation of disease-modifying anti-rheumatic drug therapy in early inflammatory arthritis. *Int J Rheum Dis.* 2017;20(5):567-575. doi: 10.1111/1756-185X.13091.
23. Tharakan CS, Ungcharoen N, Sabu J, Moorthy A. Complementary and alternative medicine in rheumatology: a survey of its use for common rheumatological conditions among multi-ethnic patients in Leicestershire. *Ann Rheum Dis.* 2019;78(supplement2):A621. doi:10.1136/annrheumdis-2019-eular.6493.
24. Koçyiğit BF, Sagtaganov Z, Yessirkepov M, Akyol A. Assessment of complementary and alternative medicine methods in the management of ankylosing spondylitis, rheumatoid arthritis, and fibromyalgia syndrome. *Rheumatol Int.* 2023 Apr;43(4):617-625. doi: 10.1007/s00296-022-05267-1.
25. James PB, Wardle J, Steel A, Adams J. Traditional, complementary and alternative medicine use in Sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMJ Glob Health.* 2018;31;3(5):e000895. doi: 10.1136/bmjgh-2018-000895.
26. Altan L, Korkmaz N, Dizdar M, Yurtkuran M. Effect of Pilates training on people with ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int.* 2012; 32:2093–2099. doi:10.1007/s00296-011-1932-9
27. Ulusoy H, Güçer TK, Aksu M, Arslan Ş, Habiboğlu A. The use of complementary and alternative medicine in Turkish patients with rheumatic diseases. *Turk J Rheumatol.* 2012;27(1):31-37 doi: 10.5606/tjr.2012.004
28. Abramoff B, Caldera FE. Osteoarthritis: Pathology, diagnosis, and treatment options. *Med. Clin. North. Am.* 2020;104 (2):293–311. doi:10.1016/j. mcna.2019
29. Patterson SL, Ruvalcaba D, Issa A, Rai K, Katz P, Koenig CJ. Experiences with complementary and integrative health among people with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus: a qualitative study. *J Reumatol.* 2025;52(8):758-769. doi: 10.3899/jrheum.2024-1218.
30. Klingberg E, Wallerstedt SM, Torstenson T, Håwi G, Forsblad-d'Elia H. The use of complementary and alternative medicine in outpatients with inflammatory rheumatic diseases in Sweden. *Scand J Rheumatol.* 2009;38(6):472-480. doi: 10.3109/03009740902994280.
31. Lee MS, Lee MS, Yang CY, et al. Use of complementary and alternative medicine by rheumatoid arthritis patients in Korea. *Clin Rheumatol.* 2008;27(1):29-33. doi: 10.1007/s10067-007-0646-6.
32. Kılıç KN, Soylar P. Investigation of attitudes, reasons and satisfaction levels of individuals who apply to traditional and complementary medicine practices. *J Tradit*

- Complement Med. 2019;2(3):97-105. doi:10.5336/jtracom.2019-71531
33. Talhaoğlu D. Traditional and complementary treatment practices. *Journal of Integrative and Anadolian Medicine*. 2021;3(1):16-29. doi: 10.53445/batd.945893.
34. Dikici A, Ulaşlı AM, Çevik H, Eroğlu S, Solak Ö, Dündar Ü. The use of complementary and alternative medicine in patients with degenerative osteoarthritis. *Euras J Fam Med*. 2015;4(3):126-130.
35. de Cabo R, Mattson MP. Effects of intermittent fasting on health, aging, and disease. *N Engl J Med*. 2019;381:2541. doi:10.1056/NEJMr1905136.
36. Caballero-Hernández CI, Gonzaález-Chávez SA, UrendaQuezada A, et al. Prevalence of complementary and alternative medicine despite limited perceived efficacy in patients with rheumatic diseases in Mexico: Cross-sectional study. *Plos One*. 2021;28(16):9; e0257319. doi:10.1371/journal.pone.0257319.
37. Almuhareb AM, Alhawassi TM, Alghamdi AA, et al. Prevalence of complementary and alternative medicine use among rheumatoid arthritis patients in Saudi Arabia. *Saudi Pharm J*. 2019; 7(7):939-944. doi: 10.1016/j.jsps.2019.07.002.
38. Baig S, Drenzo DD. Complementary and alternative medicine use in rheumatoid arthritis. *Curr Rheumatol Rep*. 2020;22(10):61. doi: 10.1007/s11926-020-00938-z.
39. Hauser W, Ablin J, Perrot S, Fitzcharles MA. Management of fibromyalgia: Practical guides from recent evidence-based guidelines. *Pol Arch Intern Med* 2017; 127:47–56. doi: 10.20452/pamw.3877
40. Prasad K, Sharma V, Lackore K, Jenkins SM, Prasad A, Sood A. Use of complementary therapies in cardiovascular disease. *Am J Cardiol*. 2013;111(3):339-45. doi: 10.1016/j.amjcard.2012.10.010.
41. Hawk C, Whalen W, Farabaugh RJ, Daniels CJ, Minkalis AL, Taylor DN, et al. Best Practices for Chiropractic Management of Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: A Clinical Practice Guideline. *J Altern Complement Med*. 2020;26(10):884-901. doi: 10.1089/acm.2020.0181.
42. Contreras-Yañez I, Cabrera-Vanegas A, Robledo-Torres A, et al. Association of significant risk perception with the use of complementary and alternative medicine: A cross-sectional study in Hispanic patients with rheumatoid arthritis. *PLoS One*. 2020;15(8):1-18. doi:10.1371/journal.pone.0237504
43. Solak Ö, Ulaşlı AM, Çevik H, et al. Application of complementary and alternative medicine methods in rheumatic diseases. *Kocatepe Medical Journal*. 2015; 16:116-121.
44. Ulusoy H, Güçer TK, Aksu M, et al. The use of complementary and alternative medicine in Turkish patients with rheumatic diseases. *Turk J Rheumatol* 2012;27(1):31-7. doi: 10.5606/tjr.2012.004.
45. Al-Zahim AA, Al-Malki NY, Al-Abdulkarim FM, et al. Use of alternative medicine by Saudi liver disease patients attending a tertiary care center: prevalence and attitudes. *Saudi J Gastroenterol*. 2023;19(2):75–80 doi:10.4103/1319-3767.108477.
46. Mohammad Y, Al-Ahmari A, Al-Dashash F, et al. Pattern of traditional medicine use by adult Saudi patients with neurological disorders. *BMC Compl Altern Med*. 2015;1:15:102. doi: 10.1186/s12906-015-0623-6.
47. Han M, Sung YK, Cho SK, et al. Factors Associated with the use of complementary

and alternative medicine for Korean patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 2015;42: 2075–2081. doi:10.3899/jrheum.141447

48. Yao L, Guyatt GH, Djulbegovic B. Can we trust strong recommendations based on low quality evidence? *BMJ.* 2021;375:n2833. doi: 10.1136/bmj.n2833.

49. Gouda W, Mokhtar M, Elazab SA et al. Sleep disorders in patients with rheumatoid arthritis: association with quality of life, fatigue, depression levels, functional disability, disease duration, and activity: a multicentre cross-sectional study. *J Int Med Res.* 2023; 51(10): 03000605231204477. doi: 10.1177/03000605231204477.

50. Kiper S, Sunal N. Evaluation of sleep quality in rheumatoid arthritis patients. *The Medical Journal of Kocatepe.* 2009;10:33-39.

51. Zhang X, Xia J, Jiang Y, Pisetsky DS, Smolen JS, Mu R. 2023 International Consensus Guidance for the use of *Tripterygium Wilfordii* Hook F in the treatment of active rheumatoid arthritis. *J Autoimmun.* 2024;142:103148. doi: 10.1016/j.jaut.2023.103148.

52. Palominos PE, Gasparin AA, Pamplona Bueno de Andrade N, et al. Fears and beliefs of people living with rheumatoid arthritis: a systematic literature review. *Adv Rheumatol.* 2018; 58:1(1). doi:10.1186/s42358-018-0001-4.

KEMOTERAPİ ALAN ÇOCUKLARDA ORAL MUKOZİTE YÖNELİK HEMŞİRELİK ALANINDA YÜRÜTÜLEN LİSANSÜSTÜ TEZLERİN İNCELENMESİ

*REVIEW OF POSTGRADUATE THESES CONDUCTED IN THE FIELD OF
NURSING ON ORAL MUCOSITIS IN CHILDREN RECEIVING CHEMOTHERAPY*

Büşra Sema ALTUNSUYU¹, Ulviye GÜNAY²

¹Dr. Hemşire, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Çocuk Kemik İliği Nakil Ünitesi, Malatya

²Prof. Dr., İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşirelik AB, Malatya

Özet

Kemoterapi, hızla bölünen hücreleri hedef alması nedeniyle birçok komplikasyonu da beraberinde getirmektedir. Bu komplikasyonlardan biri de oral mukozit (OM) gelişimidir. OM, çocukların beslenme, konuşma ve genel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Hemşireler OM' nin yönetiminde, tedavi yaklaşımlarının belirlenmesi, izlenmesi ve hasta eğitimi gibi önemli sorumlulukları yerine getirmektedir. Bu derlemede, kemoterapi tedavisi gören çocuklarda OM yönetimi ile ilgili yürütülen lisansüstü tez çalışmalarını inceleyerek, hemşirelik pratiğine katkı sağlayacak bulguları ortaya koyulması amaçlanmaktadır. Çalışmanın verileri Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi veri tabanı taranarak toplandı. Taramada "oral mukozit", "pediatri" ve "çocuk" anahtar kelimeleri kullanıldı; konu alanı olarak "hemşirelik" ile "çocuk sağlığı ve hastalıkları" seçildi. Arama kriterleri olarak "tez adı", "özet" ve "tüm" seçenekleri işaretlendi. 2012-2024 yılları arasında yayımlanan, deneysel ve yarı deneysel araştırma türündeki 7 lisansüstü tez, çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. İki yüksek lisans tezi randomize kontrollü deneysel, diğer beş tezin ise (iki yüksek lisans, üç doktora tezi) yarı deneysel yapıldığı; tezlerin üçünde OM tedavisinde doğal ürünlerin etkinliği (karadut, bal, hindistan cevizi yağı), diğerlerinde ise verilen eğitimin mukozit üzerindeki etkisinin incelendiği görüldü. Örneklem sayısının 30 ile 130 çocuk arasında değiştiği, OM değerlendirmesinde en sık kullanılan ölçeklerin DSÖ Oral Mukozit Değerlendirme Ölçeği ve Uluslararası Çocuk Mukozit Değerlendirme Ölçeği (chIMES) olduğu saptandı. Çocuklarda OM yönetiminde hemşireler kanıta dayalı yaklaşımlarla hastaların bakımını iyileştirmeye ve tedavi sürecinde karşılaşılan zorlukları azaltmaya önemli katkılar sağlamaktadır. Bu katkılar da gelecekteki araştırmalar ve uygulamalar için güçlü bir temel oluşturacaktır.

Anahtar kelimeler: Çocuk, hemşirelik, oral mukozit, pediatri.

Abstract

Because chemotherapy targets rapidly dividing cells, it carries numerous complications. One of these complications is the development of oral mucositis (OM). OM can negatively impact children's nutrition, speech, and overall quality of life. Nurses fulfill important responsibilities in the management of OM, such as determining and monitoring treatment approaches and educating patients. This review aims to present findings that will contribute to nursing practice by examining postgraduate theses conducted on the management of OM in children undergoing chemotherapy. Data for the study were collected by searching the National Thesis Center database of the Council of Higher Education. The keywords "oral mucositis," "pediatrics," and "child" were used in the search; "nursing" and "child health and diseases" were selected as the subject areas. The search criteria were "thesis title," "abstract," and "all." Seven postgraduate theses, each of which was experimental and quasi-experimental, published between 2012 and 2024 constitute the study sample. Two master's theses were randomized controlled trials, while the other five theses (two master's and three doctoral theses) were quasi-experimental. Three of these theses examined the effectiveness of natural products (black mulberry, honey, and coconut oil) in the treatment of OM, while the remaining theses examined the effect of education on mucositis. The sample size ranged from 30 to 130 children, and the most commonly used scales for OM assessment were the WHO Oral Mucositis Assessment Scale and the International Children's Mucositis Assessment Scale (chIMES). In the management of OM in children, nurses make significant contributions to improving patient care and reducing the challenges encountered during the treatment process through evidence-based approaches. These contributions will lay a strong foundation for future research and practice.

Keywords: Children, nursing, oral mucositis, pediatrics.

ORCID ID: B.S.A. 0000-0002-8517-6421, U.G. 0000-0002-6312-6853.

Sorumlu Yazar: Büşra Sema Altunsuyu, Uzman Hemşire, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Çocuk Kemik İliği Nakil Ünitesi, Malatya.

E-mail: bsra_snmez@hotmail.com

Geliş tarihi/ Date of receipt: 28.04.2025

Kabul tarihi / Date of acceptance: 07.11.2025



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

GİRİŞ

Oral mukozit (OM), kemoterapiye bağlı olarak ağız mukozasında gelişen hasarı ifade eder. Bu durum sadece ağızla sınırlı kalmayıp farinks, larenks, özofagus ve diğer gastrointestinal bölgeleri de etkileyebilir (1). Geleneksel kemoterapi alan hastaların %20-40'ında, yüksek doz kemoterapi veya hematopoietik kök hücre nakli uygulanan hastaların ise yaklaşık %80'inde OM geliştiği bildirilmektedir (2, 3). Pediatrik hastalarda hücre yenilenme hızının yüksekliği ve bağışıklık sisteminin farklılığı nedeniyle OM'ye daha sık rastlanmaktadır (4). Pediatri grubunda yapılan bir sistematik derlemede, OM'nin ortalama insidansı %53,6; şiddetli OM oranı ise %15,8 olarak bildirilmiştir (5). OM gelişiminde yaş, beslenme durumu, cinsiyet, önceden var olan hastalıklar, genetik faktörler, ağız hijyeni ve mukozal travma gibi birçok etken rol oynamaktadır (6, 7).

OM, hafif eritem ve ağrıdan şiddetli ülserasyonlara kadar uzanan belirtilerle ortaya çıkar ve hastanın yaşam kalitesini ciddi şekilde bozabilir. Özellikle şiddetli vakalarda, kemoterapi dozunun azaltılması veya tedaviye ara verilmesi gerekebilir; bu da tedavi sürecini ve başarısını olumsuz yönde etkileyebilir (8). Nadir durumlarda, mukozal ödemin üst solunum yollarını tıkaması gibi yaşamı tehdit eden komplikasyonlar da görülebilir (8). Ayrıca OM; ağrı, enfeksiyon, depresyon, uzamış hastanede yatış, tedavi gecikmeleri, artan morbidite ve maliyet gibi pek çok olumsuz sonuca neden olabilir (9). Pediatrik ve ergen hastalarda, OM'nin neden olduğu yüksek semptom yükü hem fiziksel hem de psikolojik açıdan ciddi etkiler yaratmakta, yaşam kalitesini belirgin biçimde düşürmektedir (10). Oral mukoziti (OM) önlemek ya da tedavi etmek amacıyla hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan pek çok tedavi yöntemi kullanılmaktadır. Son yıllarda, kemoterapiye bağlı gelişen OM'nin yönetiminde öne çıkan başlıca stratejiler arasında oral hijyen protokolleri, antimikrobiyal ajanlar (örneğin salin ve sodyum bikarbonat), antiinflamatuvar ajanlar (benzidamin), sitoprotektif ajanlar (glutamin), biyolojik yanıt değiştiriciler

(palifermin), fiziksel tedavi yaklaşımları (kriyoterapi ve lazer tedavisi) ile ağrının yönetimine yönelik anestezi ve analjezik ajanlar yer almaktadır (11).

Onkoloji-hematoloji kliniklerinde uygulanan ağız bakım protokollerinin, mukozit insidansını önemli derecede azalttığı, oral mukozanın durumunu iyileştirdiği ve oral komplikasyonların görülme sıklığını azalttığı gösterilmiştir. (12). Ayrıca A ve E vitamini, bal ve karadut şurubu gibi bitkisel yaklaşım yöntemlerinin oral mukoziti önlemede etkili olduğu, mukozitin oluşumunu geciktirdiği, ağız içi kuruluğu ve ağrıyı azalttığı bulunmuştur (1, 13, 14).

Oral mukozit yönetiminde hemşireler; değerlendirme, izlem, bireyselleştirilmiş bakım planlama ve hasta eğitimi gibi kritik roller üstlenmekte, bu süreçte uygun değerlendirme araçlarını kullanarak kanıta dayalı uygulamaları bakımın her aşamasında etkin şekilde uygulamalıdır (15). Ancak literatürde oral mukozitleri önleme ve tedavisinde kullanılacak yöntemlerin etkinliğine ilişkin bulguların yetersiz olduğu belirtilmektedir (16). Bu çalışma ile, ülkemizde kemoterapi alan çocuk hastalarda gelişen oral mukozite yönelik hemşirelik lisansüstü tezlerinin sayısal ve içerik açısından mevcut durumu belirlenmiş; konu, yöntem ve kapsam açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Lisansüstü tezler, hemşirelik disiplininin araştırma kapasitesini, öncelik verdiği konuları ve klinik uygulamaya yansıma potansiyelini göstermesi açısından önemli bir veri kaynağıdır. Ayrıca bu tezler, çoğu zaman henüz yayımlanmamış özgün çalışmalar içerdiğinden, literatürde yer almayan ancak sahadaki güncel eğilimleri yansıtan bir boşluğu doldurmaktadır. Literatürde, yalnızca lisansüstü hemşirelik tezlerini sistematik olarak inceleyen ve bu alanda ülke genelinde kapsamlı bir değerlendirme sunan çalışmalara rastlanmamaktadır. Bu yönüyle çalışma, hem mevcut araştırma eğilimlerini ortaya koymakta hem de gelecekte yapılacak klinik ve akademik çalışmalara ışık tutmaktadır. Tedavi sürecinde önemli bir komplikasyon olan oral mukozitin, uygun hemşirelik eğitimi ve girişimleriyle

azaltılabileceği gösterilmiştir. Kemoterapi gören çocuk ve ailesine, oral mukozite ilişkin literatür temelli kapsamlı bilgi verilmesi, sürecin etkin yönetimi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu çalışma, hemşirelik bakımının güçlendirilmesine katkı sağlamakta; klinik uygulamalara bilimsel bir temel sunarak gelecekteki araştırmalara kaynak niteliği taşımaktadır.

GEREÇ YÖNTEM

Bu sistematik derleme, kemoterapi alan çocuklarda oral mukozite yönelik hemşirelik alanında yürütülen lisansüstü tezlerin sistematik incelenmesi amacıyla yapıldı. Makalenin yazımında sistematik derlemeler için tercih edilen raporlama öğeleri takip edilerek “PRISMA; Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses” (Sistematik Derleme ya da Meta Analiz Araştırma Raporunun Yazımında Kullanılması Gereken Maddelerle İlgili Kontrol Listesi) metodolojisi kullanıldı (17).

Bu çalışmada, Türkiye’deki kemoterapi alan çocuklarda oral mukozite üzerine hemşirelik alanında yapılmış lisansüstü tezlerin; yayınlanma yılı, lisansüstü düzeyi (yüksek lisans/doktora), türü, kullanılan ölçüm araçları (ölçekler) ve elde edilen sonuçlar ele alındı.

Araştırmanın Tasarımı

Sistematik derleme yöntemiyle yapılan bu çalışmanın verileri, 2012-2024 yılları arasında Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi (YÖKTEZ) veri tabanında yayınlanan, hemşirelik alanında yürütülmüş kemoterapiye bağlı çocuklarda gelişen OM ile ilgili lisansüstü tezlerin retrospektif olarak incelenmesiyle elde edilmiştir. Çalışma kapsamına alınan tezler, PICOS (Population, Intervention, Comparison, Outcome, Study Design) metodolojisiyle sistematik olarak seçildi.

Dahil Etme ve Hariç Tutma Kriterleri

Dahil etme kriterleri; öncelikle çalışmaların yıl filtrelemesi yapılmadan YÖKTEZ veri tabanında yayınlanmış, tam metine erişim izni olan, çocuklarda oral mukozite yönelik hemşirelik alanında yürütülmüş lisansüstü tez çalışması olması birinci aşamadır. İkinci aşamada, çalışmaların dahil etme kriterleri

PICOS yöntemine göre belirlenmiştir. PICOS, “popülasyon (P), uygulama (I), karşılaştırma grubu (C), çalışma sonuçları (O), çalışma dizaynından (S)” oluşmaktadır (17).

Population: 18 yaş ve altındaki kemoterapi alan, oral mukozit (OM) gelişen çocuklar için yapılan tezler

Intervention: OM’ nin önlenmesi ve tedavisinde kullanılan eğitimlerin veya ürünlerin etkilerini inceleyen tezler

Comparison: Ön-test ve son-test veya deneysel-kontrol gruplarıyla yapılan tezler

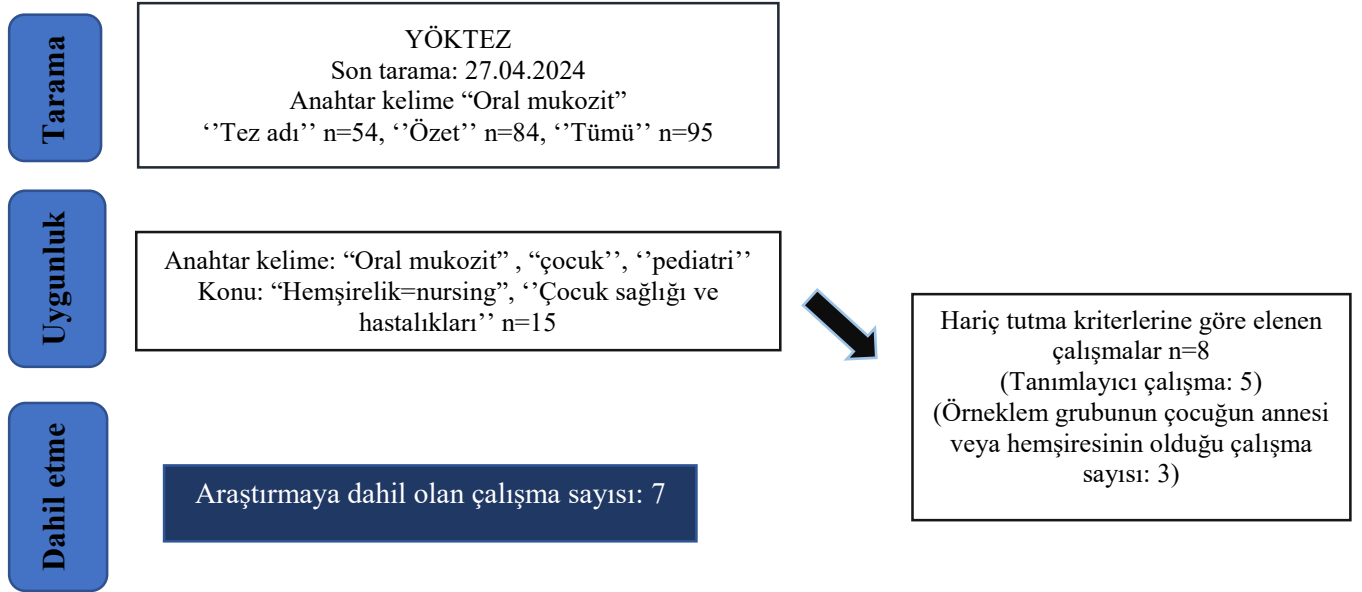
Outcome: Müdahale öncesi ve sonrası verileri karşılaştıran tezler

Study Design: Deneysel veya yarı deneysel araştırma tasarımlarıyla yapılan tezler

Hariç tutma kriterleri; tanımlayıcı türde yapılmış, hemşirelik alanı dışında yürütülmüş, kemoterapi tedavisi almayan, 18 yaşın üzerindeki bireylerle gerçekleştirilmiş ve YÖKTEZ veri tabanında yer almayan tez çalışmalarıdır.

Tezlerin Seçilmesi

Çalışmanın evrenini, 2012-2024 yılları arasında YÖK Tez Merkezi (<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>) veri tabanında “oral mukozit”, “çocuk” ve “pediatri” anahtar kelimeleri kullanılarak; konu alanı olarak “hemşirelik” ve “çocuk sağlığı ve hastalıkları” seçilerek; arama alanı ise “tez adı”, “özet” ve “tümü” işaretlenerek ulaşılan lisansüstü tezler oluşturmuştur. Dahil edilme kriterleri çerçevesinde tezlerin özet ve sonuç bölümleri okunarak, örneklemini “kemoterapi” tedavisi uygulanan çocuk hastaların oluşturduğu tezler yazarlar tarafından seçilmiştir. Arama sonucunda çalışmaya, iki yazar tarafından bağımsız olarak değerlendirilen 2012-2024 yılları arasında çocuklarda OM’ ye yönelik hemşirelik alanında yapılmış, tam erişime izin veren, yedi lisansüstü tez dahil edilmiştir. Örnekleme dahil edilen çalışmalara ait PRISMA akış diyagramı Şekil 1’de sunulmuştur.



Şekil 1. PRISMA akış diyagramı

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın örneklemini yalnızca ulusal düzeyde hazırlanmış lisansüstü tezlerle sınırlıdır. Bu durum, çalışmanın genel geçer sonuçlara ulaşma açısından önemli bir sınırlılık oluşturmaktadır. Ayrıca tezlerin farklı bağımlı/bağımsız değişkenlere ve deneysel araştırma türünde olması, elde edilen bulgulardan ortak ve bütüncül bir sonuca ulaşmayı mümkün kılmamıştır. Bu durum da çalışmanın bir diğer sınırlılığı olarak değerlendirilebilir.

BULGULAR

Araştırma kapsamına 2012-2025 yılları arasında yapılan yayınlardan dahil edilme kriterlerini karşılayan yedi tez kabul edildi. Bu tezlerin özetleri Tablo 1' de yer almaktadır. Tezlerden beşinin yüksek lisans (18-22) , ikisinin ise doktora tez çalışması olduğu görüldü (23, 24). Araştırma türüne bakıldığında yüksek lisans tezlerinden üçünün randomize kontrollü deneysel türde olduğu (18, 20, 22), kalan dört tezde (iki yüksek lisans, iki doktora tezi) ise yarı deneysel türde olduğu görüldü (19, 21, 23, 24). Tezlerin dördünde OM için hindistan cevizi yağı (18), karadut şurubu (20), sodyum bikarbonat-karadut lolipopu (22) ve bal (23) kullanımının, diğer üç tezde ise verilen eğitimin mukozite etkisine bakıldığı belirlendi (19, 21, 24). İncelenen tezlerin örneklem

sayısının 30 ile 130 çocuk arasında değiştiği saptandı (18-24). Tezlerde OM değerlendirilmesinde en yaygın kullanılan ölçeklerin DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) Oral Mukozit Değerlendirme Ölçeği ve Uluslararası Çocuk Mukozit Değerlendirme Ölçeği (chIMES) olduğu belirlendi (18-24).

TARTIŞMA

Bu derlemenin amacı, kemoterapi alan çocuklarda oral mukozit yönetimine yönelik hemşirelik alanında yürütülen lisansüstü tezleri inceleyerek, pediatri hemşireliği pratiğine katkı sağlayabilecek bilgileri ortaya koymaktır. Çalışmada yedi tez incelenmiştir.

Ekinci (2024) çalışmasında, 7-18 yaş arası pediatrik onkoloji hastalarına temel ağız bakımına ek, günde dört kez 5 ml aynı marka organik hindistan cevizi yağını kullanarak 2-3 dakika süreyle gargara uygulama sonrası elde edilen bulgular, hindistan cevizi yağının oral mukozit derecesi üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu; sadece temel ağız bakımı uygulanan kontrol grubuna kıyasla daha düşük mukozit derecelerine ulaşıldığı belirtilmektedir (18). Bu çalışma, hindistan cevizi yağının ağız sağlığı üzerindeki olumlu etkilerini desteklemenin yanı sıra, kemoterapi gören çocuklarda oral mukozite

Tablo 1. Kemoterapi Alan Çocuklarda Oral Mukozite Yönelik Hemşirelik Alanında Yürütülen Lisansüstü Tezlerin Özellikleri

Yazar/danışman/yıl	Tezin adı	Amaç	Örneklem büyüklüğü	Çalışma tasarımı türü	OM Değerlendirme Ölçekleri	Sonuç
Y: Büşra Ekinci D: Doç. Dr. Birsen Mutlu, Yüksek lisans tezi, 2024 Kanıt düzeyi I.	“Pediatrik onkoloji hastalarında hindistan cevizi yağı ile yapılan ağız bakımının oral mukozit derecesine etkisinin incelenmesi”	7-18 yaş arası pediatrik onkoloji hastalarında hindistan cevizi yağı ile yapılan ağız bakımının oral mukozit derecesine etkisinin belirlenmesi	42 çocuk D: 21 K: 21	- Randomize kontrollü çalışma (RKÇ) - Deneysel	1) DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) Oral Mukozit Değerlendirme Ölçeği) 2) chIMES (Uluslararası Çocuk Mukozit Değerlendirme Ölçeği)	Ağız mukozası değerlendirmesinde başlangıçta (0. gün) iki grup arasında fark yoktu. Ancak 7. ve 14. günlerde deney grubundaki çocukların mukozit şiddeti kontrol grubuna göre belirgin şekilde daha düşüktü ($p < 0.001$) 21. günde de deney grubunun puanları, özellikle ChIMES ölçeğine göre, anlamlı derecede daha düşüktü ($p=0.038$)
Y: Özlem Alemdar D: Doç. Dr. Figen Yardımcı, Yüksek lisans tezi, 2019 Kanıt düzeyi III.	“Lösemili çocuklarda ve gençler için ağız bakım rehberi kullanımının oral mukozit gelişimine etkisi”	Lösemili çocuklarda ‘Çocuklar ve Gençler İçin Ağız Bakım Rehberi’ kullanımının kemoterapi tedavisi sonrası ve sonrasında çocuklarda görülen oral mukozit gelişimine etkisinin değerlendirilmesi	30 çocuk	-Yarı deneysel	1) DSÖ Oral Mukozit Değerlendirme Ölçeği 2) chIMES	Lösemili çocuklarda kullanılan <i>Çocuklar ve Gençler İçin Ağız Bakım Rehberi</i> , ağızda mukozitin erken fark edilmesini sağladı ve rehberine göre her gün yapılan ağız değerlendirmesi ile düzenli ağız bakımı, mukozit şiddetini azaltmada etkili olduğu belirtildi.
Y: Arife Albayrak D: Nurcan Özyazıcıoğlu, Yüksek lisans tezi, 2019 Kanıt düzeyi I.	“Kemoterapi alan çocuklarda karadut şurubu ile sakız çiğneme uygulamasının oral mukozitleri önleme üzerine etkisi”	Kemoterapi alan çocuklarda karadut şurubu ile sakız çiğneme uygulamasının oral mukozitleri önleme üzerine etkisini karşılaştırılması	82 çocuk Karadut grubu: 36 Sakız çiğneme grubu: 10 K: 36	- Randomize kontrollü deneysel çalışma	1) DSÖ Oral Mukozit Değerlendirme Ölçeği 2)) ChIMES	Çalışmada kullanılan ölçekler tüm gruplarda 14. günde oral mukozit oranı ve skorlarında 5. güne göre artış olduğu görüldü. Kemoterapi alan çocuklarda karadut şurubu kullanımının oral mukozit şiddetini azalttığı ve iyileşmeyi desteklediği bulundu. Karadut şurubu grubunda hem mukozit oranı hem de semptom şiddeti diğer gruplara göre daha düşük olup, bu nedenle karadut şurubu kullanımı önerilebileceği görüldü.

Tablo 1. Kemoterapi Alan Çocuklarda Oral Mukozite Yönelik Hemşirelik Alanında Yürütülen Lisansüstü Tezlerin Özellikleri (Devamı)

Yazar/danışman/yıl/ kanıt düzeyi	Tezin adı	Amaç	Örneklem büyüklüğü	Çalışma tasarım türü	OM Değerlendirme Ölçekleri	Sonuç
Y: Meral Bektaş D: Hacer Kobyay Bulut Yükseklisans tezi, 2019. Kanıt düzeyi III.	“Kemoterapi alan çocuklara yapılan planlı temel ağız bakımı eğitiminin oral mukozitin önlenmesine etkisi”	Kemoterapi alan çocuklara verilen planlı temel ağız bakımı eğitiminin oral mukozitin önlenmesine etkisinin incelenmesi	33 çocuk	- Kendine kontrol gruplu deneysel	1) DSÖ Oral Mukozit Değerlendirme Ölçeği	Eğitim sonrasında çocukların temel ağız bakım uygulamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış meydana geldiği ve oral mukozit şiddetinde azalma gözlemlendi. Eğitim sonrası grupta 21. günde hafif düzeyde oral mukozit tamamen iyileşmiş, eğitim öncesi grupta ise iyileşmenin daha yavaş ilerlediği saptandı. Ayrıca, eğitim sonrası grupta şiddetli düzeyde oral mukozit gelişmediği tespit edildi (p<0.05).
Y: Ebru Alışarlı D: Doç. Dr. Güلزade Uysal, Yüksek lisans tezi, 2017. Kanıt düzeyi I.	“Kanser tanısı ile izlenen çocuklarda ağız bakımında kullanılan sodyum bikarbonat ve karadut lolipopunun oral mukoziti önleme üzerine etkisi”	Kemoterapi alan çocuklarda sodyum bikarbonat ve karadut lolipopunun oral mukoziti önleyici etkisinin belirlenmesi	69 çocuk	- Deneysel	1) ChIMES	- Deneysel grubundaki çocukların yalnızca %28,6'sında oral mukozit geliştiği, kontrol grubunda bu oran %61,8 olarak tespit edildiği ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu belirlendi (p<0,05). Ayrıca, mukozit gelişim günü ve mukozit puan ortalamaları açısından da deneysel grubu lehine anlamlı farklılıklar saptandığı görüldü (p<0,001). -Deneysel grubundaki çocukların ağrı ve fonksiyon düzeyleri, özellikle 2. günden itibaren anlamlı şekilde daha düşük bulundu (p<0,000). Elde edilen bulgular doğrultusunda, karadut lolipopunun kemoterapi alan çocuklarda oral mukoziti önleyici etkisi olduğu ve bu nedenle ağız bakım protokollerine destekleyici bir uygulama olarak eklenebileceği söylenebilmektedir.

Tablo 1. (Devamı)

Yazar/danışman/yıl	Tezin adı	Amaç	Örneklem büyüklüğü	Çalışma tasarımı türü	OM Değerlendirme Ölçekleri	Sonuç
Y: Hacer Bulut D: Fatma Gündücü Tüfekçi, Doktora tezi, 2013 Kanıt düzeyi II.	“Kemoterapi alan çocuklara bal ile yapılan ağız bakımının mukozitin önlenmesi ve iyileşmesine etkisi”	Kemoterapi alan çocuklara bal ile yapılan ağız bakımının mukozitin önlenmesi ve iyileşmesine etkisinin değerlendirilmesi	76 çocuk D: 37 K: 39	- Deney ve kontrol gruplu yarı deneysel	1) DSÖ Oral Mukozit Değerlendirme Ölçeği	- Deney grubundaki çocukların mukozit düzeyleri, kontrol grubuna göre belirgin şekilde daha düşüktü ($p<0.001$). -Mukozit gelişen çocukların oranı deney grubunda daha az, iyileşenlerin oranı ise daha yüksekti ($p<0.001$ ve $p<0.01$). Ayrıca, deney grubundaki çocukların mukozitin iyileşme süresi kontrol grubuna göre daha kısaydı. Özellikle bal verilen çocuklarda iyileşme süresi daha kısa olmuş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görüldü ($p<0.001$).
Y: Betül Yavuz D: Doç. Dr. Hatice Bal Yılmaz, Doktora tezi, 2012 Kanıt düzeyi III.	“Pediatrik onkoloji hastalarında planlı ağız bakımı eğitiminin oral mukozit derecesine etkisinin incelenmesi”	Pediatrik onkoloji hastalarında planlı ağız bakımı eğitiminin oral mukozit derecesine etkisinin incelenmesi	130 çocuk	- Yarı deneysel, kesitsel	1) DSÖ Oral Mukozit Değerlendirme Ölçeği 2) chIMES	-Kemoterapi alan çocuklarda, eğitim öncesi ve sonrası mukozit dereceleri arasında anlamlı fark bulunduğu belirlendi($p<0.05$). Çocukların ağrı puanları da eğitimden sonra anlamlı şekilde azaldı ($p<0.05$). Ayrıca, mukozit derecesi ile ağrı puanları arasında güçlü ve pozitif bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.001$); yani mukozit arttıkça ağrı da artmaktadır. Doğal bir besin olan balın, diyabeti ve bal alerjisi olmayan kemoterapi alan çocuklarda, rutin tıbbi ağız bakım ürününe ek olarak, güvenli bir şekilde kullanılabilmesi önerilmiştir.

yönelik sınırlı sayıdaki araştırmalar arasında Kanıt Düzeyi II olarak literatüre katkı sağlamaktadır. Ogbolu ve arkadaşlarının (2007) in vitro çalışmasında, saf hindistan cevizi yağının izole edilen *Candida* türlerinin çoğuna karşı anlamlı antifungal aktivite gösterdiği bildirilmektedir. Özellikle *Candida albicans*'a karşı %100 duyarlılık rapor edilmekte olup, bu bulgu hindistan cevizi yağının potansiyel antimikotik özelliklerini kanıt V düzeyinde desteklemektedir (29). Ayrıca, Verallo-Rowell ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışma, hindistan cevizi yağının içerdiği monolaurin sayesinde sadece *Staphylococcus aureus* gibi bakterilere değil, aynı zamanda mantar ve virüslere karşı da in vitro ortamda geniş spektrumlu antimikrobiyal etki gösterdiğini kanıt düzeyi II ile ortaya koymaktadır. Başka bir in vitro deneysel çalışmada ise, hindistan cevizi yağının *Streptococcus mutans* ve *Candida albicans* gibi oral patojenlere karşı antimikrobiyal etkisi saptanmış ve elde edilen bulgular koruyucu ağız hijyeni uygulamalarında kullanımını kanıt düzeyi IV ile desteklemiştir (31). Mevcut sınırlı kanıtlar, hindistan cevizi yağı ile ağız sağlığı ve diş hijyeninin iyileştirilmesinde faydalı bir tamamlayıcı yöntem olabileceğini göstermektedir (25-28). Farklı kanıt düzeylerinde yürütülen çalışmalar bir arada değerlendirildiğinde, hindistan cevizi yağının ağız sağlığı ve oral mukozit üzerine olumlu etkiler gösterdiğini ve bu nedenle klinik uygulamalarda destekleyici bir seçenek olarak dikkate alınabileceğini göstermektedir.

Alemdar (2019), Yavuz (2012) ve Bektaş (2019) tarafından yürütülen tezlerde, kemoterapi gören çocuklarda ağız bakımının oral mukozit üzerindeki etkilerine bakıldığı görülmektedir (19, 21, 24). Çalışmaların ortak bulgusu, temel ağız bakımı ve eğitim uygulamalarının mukozitin erken fark edilmesini sağladığı, şiddetini azalttığı ve iyileşme süresini kısalttığı yönündedir. Çalışmalarda kullanılan rehberler, değerlendirme ölçütleri ve eğitim yöntemleri farklılık göstermesine rağmen, tüm çalışmaların sonucu düzenli ağız bakımı ve eğitim ile mukozit yönetiminde iyileşme sağlanabileceğini göstermektedir (19, 21, 24). Bu bulgular, güncel araştırmalarla da desteklenmektedir; yarı deneysel bir çalışmada eğitim alan çocuklarda mukozit şiddeti özellikle tedavinin 7. gününde belirgin şekilde azalmış, sistematik bir derleme ise ağız sağlığı eğitimi müdahalelerinin mukozit insidansını ve şiddetini anlamlı biçimde düşürdüğünü göstermektedir (32, 33). Bu bulgular, oral hijyen eğitiminin OM yönetiminde etkinliğini ve hemşirelik araştırmalarının klinik uygulamalara katkı potansiyelini ortaya koymaktadır.

Günümüzde oral mukozitin (OM) tedavisinde hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik pek çok yöntem kullanılmaktadır. Nonfarmakolojik yöntemlerden biri bal uygulamasıdır. Bal, topikal veya sistemik kullanımda yara ve ülserlerin iyileşme sürecini hızlandırabilen, anti-inflamatuar ve antimikrobiyal özelliklere sahip doğal bir maddedir (34).2024 yılında yayımlanan bir sistematik derleme,

antineoplastik tedavi gören pediatrik hastalarda oral mukozit yönetimini incelemiş ve düşük seviyeli lazer tedavisi, palifermin, bal ve çinko uygulamalarının, oral mukozitin gelişimini önlemede etkili olduğunu ve semptomların iyileştirilmesine katkı sağladığı belirtilmektedir (35). Bulut (2017)'un çalışmasında, araştırmaya katılan çocuklara 3 hafta boyunca günlük 1 gr/kg balın ağız içine sürülmesi, en az 1 dakika ağızda tutulması ve ardından yavaşça yutulması gerektiği belirtilmektedir (23). Çalışma sonucunda, bal uygulanan deney grubundaki çocuklarda mukozit düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı biçimde düşük olduğu, mukozit gelişme oranının azaldığı ve iyileşme süresinin kısaldığı belirtilmektedir ($p<0,001$). 2010-2020 yılları arasında yapılan sistematik derleme, balın pediatrik kanser hastalarında oral mukozit tedavisinde ve profilaksisinde etkili olduğunu; mukozit şiddeti ve iyileşme süresini anlamlı şekilde azalttığını göstermektedir ($p<0,05$) (36). Bu bulgular, balın pediatrik onkoloji hastalarında oral mukozit yönetiminde güvenli, etkili ve uygulanabilir bir nonfarmakolojik yöntem olduğunu göstermektedir.

Karadut şurubu kullanımı da oral mukozitin nonfarmakolojik yöntemlerinden biridir. Ülkemizde kanserli çocuklarda oral mukozit tedavisinde kullanılan tamamlayıcı ve bütüncüleyici sağlık yöntemleri arasında en sık tercih edilenler karadut şurubu, karbonat ve bal olup (33), Albayrak (2019)'ın tez çalışmasında, karadut şurubu kullanan hastalarda mukozitin daha geç başladığı, ağrı şiddetinin daha düşük olduğu ve ağrı kesicilerin daha etkili olduğu belirtilmektedir (20). Alışarlı (2017)'nin

kemoterapi alan çocuklarla yaptığı randomize kontrollü çalışmada, karadut lolipopu ile ağız bakımı yapılan çocuklarda oral mukozit gelişme sıklığı, sodyum bikarbonat ile bakım yapılan kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (22).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu derlemede, kemoterapi tedavisi gören çocuklarda OM yönetimine yönelik hemşirelik alanında yapılan lisansüstü tez çalışmalarına odaklanıldı. Çalışmalar, OM' nin çocuklarda yaygın olarak görülen ciddi bir yan etki olduğunu ve bu durumu yönetme noktasında hemşirelerin önemli bir rol üstlendiğini ortaya koymaktadır (37, 38). Hemşirelerin OM' yi değerlendirme, izleme, bireyselleştirilmiş bakım planları oluşturma ve hasta eğitimini sağlama konularındaki katkıları, tedavi sürecinin başarıya ulaşmasında belirleyici olmaktadır. Bununla birlikte, OM yönetimiyle ilgili hemşirelik literatüründe hâlâ önemli eksiklikler bulunmaktadır. Özellikle, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının daha fazla araştırılması ve literatüre kazandırılması gerekliliği vurgulanmaktadır.

- Kanıta Dayalı Araştırmaların Artırılması: OM yönetiminde daha fazla kanıta dayalı araştırma yapılması, hemşirelerin tedavi süreçlerinde daha etkili kararlar alabilmelerine olanak sağlayacaktır. Bu bağlamda, özellikle OM' nin önlenmesi ve tedavisine yönelik yeni tedavi yaklaşımlarını içeren randomize kontrollü çalışmaların yapılması önerilmektedir.

- Eğitim Programlarının Güçlendirilmesi: Hemşirelerin OM yönetimi konusunda

eğitlimlerini güçlendirecek programlar oluşturulmalıdır. Bu eğitimler, hemşirelerin kanıta dayalı yöntemlerle daha etkin bir şekilde müdahale etmelerini ve çocukların bakımını iyileştirmelerini sağlayacaktır.

• Hasta ve Aile Eğitimi: Çocuklarda OM yönetiminde hasta ve aile eğitiminin önemi büyüktür. Hemşireler, tedavi sürecinde aileleri de bilgilendirerek, onların çocuklarına daha etkin destek sağlamalarına yardımcı olabilirler. Ailelerin doğru bilgiye sahip olmaları, tedavi sürecinin daha verimli geçmesini destekleyecektir.

Bu öneriler, çocuklarda OM yönetiminin hemşirelik pratiğinde iyileştirilmesine yönelik önemli adımlar atılmasını sağlayabilir.

Yazarlar Katkıları

Fikir/Kavram: BSA, UG; Literatür İnceleme: BSA, UG; Tasarım: BSA, UG; Veri Toplama: BSA; Analiz/Yorum: BSA, UG; Makale Yazımı: BSA, UG; Eleştirel İnceleme: UG.

Fon Bilgisi

Bu çalışma fon desteği almamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışmada yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA

1. Çıtlak K, Kapucu S. Kemoterapi alan hastalarda görülen oral mukozitin önlenmesi ve tedavisinde güncel yaklaşımlar: kanıta dayalı uygulamalar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2015;70-7.

2. Sant Ana G, Normando AGC, De Toledo I, Dos Reis PED, Guerra ENS. Topical treatment of oral mucositis in cancer patients: A systematic review of randomized clinical trials.

Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2020;21:1851-66

<https://doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.7.1851/>.

3. Elad S, Cheng KKF, Lalla RV, Yarom N, Hong C, Logan RM, et al. Mucositis guidelines leadership group of the multinational association of supportive care in cancer and international society of oral oncology (MASCC/ISOO). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. Cancer 2020;126:4423-31

<https://doi.org/10.1002/cncr.33100>.

4. Şahin L. Ankaferd Blood Stopper'ın çocukluk çağı kanserlerinde görülen oral mukozit profilaksi ve tedavisinde etkinliği [tıpta uzmanlık tezi]. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı; 2015.

5. Docimo R, Anastasio MD, Bensi C. Chemotherapy-induced oral mucositis in children and adolescents: a systematic review. Eur Arch Paediatr Dent. 2022;23(4):501-511. doi: 10.1007/s40368-022-00727-5.

6. Al-Ansari S, Zecha JA, Barasch A, de Lange J, Rozema FR, Raber-Durlacher JE. Oral mucositis induced by anticancer therapies. Current Oral Health Reports 2015; 2: 202-211 <https://doi.org/10.1007/s40496-015-0069-4>.

7. Peterson DE, Boers-Doets CB, Bensadoun RJ, Herrstedt J. Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment, and follow up dagger. Annals of Oncology 2015;5:v139-51. doi: 10.1093/annonc/mdv202.

8. Tsuboi K, Tsuboi N, Sakamoto K, Takebayashi A, Tomizawa D, Nishimura N, Nakagawa S. Life-threatening oral mucositis following chemotherapy in a pediatric patient. *Clin Case Rep.* 2021;10;9(6):e04356.
9. Allen G, Logan R, Revesz T, Keefe D, Gue S. The Prevalence and Investigation of Risk Factors of Oral Mucositis in a Pediatric Oncology Inpatient Population; a Prospective Study. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2018;40(1):15-21.
10. Cheng KK, Lee V, Li CH, Yuen HL, Epstein JB. Oral mucositis in pediatric and adolescent patients undergoing chemotherapy: the impact of symptoms on quality of life. *Support Care Cancer.* 2012;20(10):2335-42.
11. Chaveli-Lopez B, Bagan-Sebastian JV. Treatment of oral mucositis due to chemotherapy. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry.* 2016;8:201-9.
12. McGuire DB, Correa M, Johnson J, Wienandts P. The role of basic oral care and good clinical practice principles in the management of oral mucositis. *Support Care Cancer.* 2006; 14:541-7.
13. Karadakovan A. Semptom Yönetimi: Mukozit. İçinde: Can G (editör). *Onkoloji Hemşireliği.* İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2014: 371-83.
14. Münstedt K, Momm F, Hübner J. Honey in the management of side effects of radiotherapy or radio/chemotherapy induced oral mucositis: a systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2019;34:145-152.
15. Araújo SNM, Luz MHBA, Silva GRFD, Andrade EMLR, Nunes LCC, Moura RO. Cancer patients with oral mucositis: challenges for nursing care. *Rev Lat Am Enfermagem* 2015;23(2): 267-74.
16. Çubukçu NÜ, Çınar S. Kemoterapi alan kanserli hastalarda oral mukozitler önlenebilir mi? *MÜSBED* 2012;2(4):155-163.
17. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021; 372: n7, doi: 10.1136/bmj.n71.
18. Ekinci B, Pediatrik onkoloji hastalarında hindistan cevizi yağı ile yapılan ağız bakımının oral mukozit derecesine etkisinin incelenmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. 2024
19. Alemdar Ö, Lösemili çocuklarda “çocuklar ve gençler için ağız bakım rehberi” kullanımının oral mukozit gelişimine etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. 2019
20. Albayrak A, Kemoterapi alan çocuklarda karadut şurubu ile sakız çiğneme uygulamasının oral mukozitleri önleme üzerine etkisi. Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. 2019
21. Bektaş M, Kemoterapi alan çocuklara yapılan planlı temel ağız bakımı eğitiminin oral mukozitin önlenmesine etkisi. Karadeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. 2019

22. Alışarlı E, Kanseri tanısı ile izlenen çocuklarda ağız bakımında kullanılan sodyum bikarbonat ve karadut lollipopunun oral mukoziti önleme üzerine etkisi. Okan Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2017.
23. Bulut H, Kemoterapi alan çocuklara bal ile yapılan ağız bakımının mukozitin önlenmesi ve iyileşmesine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi. 2013
24. Yavuz B, Pediatrik onkoloji hastalarında planlı ağız bakımı eğitiminin oral mukozit derecesine etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi. 2012
25. Woolley J, Gibbons T, Patel K, Sacco R. The effect of oil pulling with coconut oil to improve dental hygiene and oral health: a systematic review. *Heliyon* 2020;6(8):e04789. doi: 10.1016/j.heliyon.2020.e04789.
26. Sezgin Y, Ozgul B, Alptekin NO. Efficacy of oil pulling therapy with coconut oil on four-day supragingival plaque growth: arandomized crossover clinical trial. *Complementary Therapies in Medicine* 2019;47:102193.
27. Peedikayil FC, Sreenivasan P, Narayanan A. Effect of coconut oil in plaque related gingivitis-A preliminary report. *Nigerian medical journal: journal of the Nigeria Medical Association* 2015;56(2),143-147. <https://doi.org/10.4103/0300-1652.153406>.
28. Nagilla J, Kulkarni S, Madupu PR, Doshi D, Bandari SR, Srilatha A. Comparative evaluation of antiplaque efficacy of coconut oil pulling and a placebo, among dental college students: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR* 2017; 1(9): ZC08–ZC11.
29. Ogbolu DO, Oni AA, Daini OA, Oloko AP. In vitro antimicrobial properties of coconut oil on *Candida* species in Ibadan, Nigeria. *J Med Food* 2007;10:384-7.
30. Verallo-Rowell VM, Dillague KM, Syah-Tjundawan BS. Novel antibacterial and emollient effects of coconut and virgin olive oils in adult atopic dermatitis. *Dermatitis* 2008;19:308-15.
31. Thaweboon S, Nakaparksin J, Thaweboon B, Effect of oil-pulling on oral microorganisms in biofilm models. *Asia J Public Health* 2011; 2: 62-6.
32. Kostak MA, Semerci R, Eren T, Kocaaslan EN, Yıldız F, Effects of oral health care education on the severity of oral mucositis in pediatric oncology patients. *Turkish Journal of Oncology*, 2020;35(4):422-29.
33. Nurhidayah I, Nurhaeni N, Allenidekania A, Gayatri D, Mediani HS. The effect of oral care intervention in mucositis management among pediatric cancer patients: an updated systematic review. *J Multidiscip Healthc.* 2024;17:3497-3515.
34. Badr LK, El Asmar R, Hakim S, Saad R, Merhi R, Zahreddine A, Muwakkit, S. The efficacy of honey or olive oil on the severity of oral mucositis and pain compared to placebo (standard care) in children with leukemia receiving intensive chemotherapy: a

-
- randomized controlled trial (RCT). *J. Pediatr. Nurs.* 2023;70:e48-e53.
35. Braguês R, Marvão MF, Correia P, Silva RM. Oral mucositis management in children under cancer treatment: a systematic review. *Cancers (basel)*. 2024;16(8):1548. doi: 10.3390/cancers1608154.
36. Zhang L, Yin Y, Simons A, Francisco NM, Wen F, Patil S. Use of Honey in the Management of Chemotherapy-Associated Oral Mucositis in Paediatric Patients. *Cancer Manag Res.* 2022;14:2773-83.
37. Raymond BM, Agyeman-Yeboah J. Nurses' knowledge on assessment and management of cancer therapy-associated oral mucositis. *Nurs Open.* 2023;10(11):7292-7300.
38. Arpacı T, Semerci R, Yılmaz P. Nursing care approaches to oral mucositis in pediatric oncology clinics: a cross-sectional study from Türkiye. *Support Care Cancer.* 2023 5;31(10):557.

SESSİZ İSTİFA KAVRAMI VE HEMŞİRELERDE SESSİZ İSTİFA

QUIET *QUITTING* CONCEPT AND SILENT *QUITTING* AMONG
NURSES*Derya CORA KADIOĞLU¹, Nezaket YILDIRIM²*¹Doktora Öğrencisi, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim AD, Antalya, Türkiye.²Doçent Doktor, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim AD, Antalya, Türkiye.

ÖZET

Son dönemlerin popüler konusu olan sessiz istifa kavramı 2009 yılında ortaya atılmış olsa da, COVID-19 pandemisinin yarattığı olumsuz iş koşulları ile ivme kazanarak çalışanların sessiz çıktığı olmuştur. Sessiz istifa kavramında, çalışanlar işlerini aksatmadan işe gidip gelirler ve kendilerinden beklenen işin koşullarını minimum yerine getirirler. Daha öncesinde yaptıkları gönüllü işlerini yapmadan, mesai saatleri sona erdiğinde işleri ile ilgili süreçleri devam ettirmezler. Bu da çalışanlarda ve çalışma koşullarında köklü değişimler olacağını göstergesi olarak yorumlanabilir. Bu değişimler örgüt kültürü ve yapısını doğrudan etkileyeceğinden kurum yöneticilerinin dikkate alması gereken konulardan biri olarak üst sıralara yükseldiği söylenebilir. Özellikle COVID-19 pandemi dönemini yoğun yaşayan sağlık sektörü çalışanları için bu konu ayrıca önem arz etmektedir. Sağlık sektörünün önemli çalışanları olan hemşirelerin, sessiz istifa sürecine girmeleri ise onların yenilikçi, profesyonel ve araştırmacı özelliklerini kaybederek bakım kalitesinin azalmasına sebep olacaktır. Bu durum, hemşirelik mesleğinin geleceği ve sağlık hizmetlerinin aksamasına yol açacaktır. Bu sebeple toplumun iyilik halinin sağlanması ve korunması için var olan hemşireleri sessiz istifa sürecinin olumsuz unsurlarından korumak ve bu yöndeki eğilimin sebeplerini ve çözüm önerilerini araştırmak için bu kavram ele alınmıştır. Ayrıca sessiz istifa kavramı ile hemşirelik alanında yapılan akademik çalışmaların sınırlı sayıda olması ve mevcut çalışmanın yapılacak diğer araştırmalara da kaynak olacağı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Büyük istifa, çalışma ortamı, hemşireler, sessiz istifa, sağlık hizmetleri

ABSTRACT

Although the concept of quiet quitting, which has been a popular topic in recent times, was introduced in 2009, it has gained momentum with the negative working conditions created by the COVID-19 pandemic and has become the silent cry of employees. In the concept of silent resignation, employees go to work without interrupting their work and fulfill the minimum conditions of the job expected of them. They do not continue the processes related to their work when their working hours end without doing the voluntary work they have done before. This can be interpreted as an indication that there will be radical changes in employees and working conditions. Since these changes will directly affect the organizational culture and structure, it can be said that it has risen to the top as one of the issues that institution managers should take into consideration. This issue is especially important for healthcare workers who are experiencing the COVID-19 pandemic period intensively. If nurses, who are important employees of the healthcare sector, enter the silent resignation process, they will lose their innovative, professional and investigative features and cause the quality of care to decrease. This situation will lead to the disruption of the future of the nursing profession and healthcare services. For this reason, this concept was addressed to protect nurses from the negative elements of the silent resignation process, which is necessary to ensure and protect the well-being of society, and to investigate the reasons for this tendency and possible solutions. In addition, it was thought that the number of academic studies conducted in the field of nursing with the concept of silent resignation was limited and that the current study would be a source for other studies to be conducted.

Keyword: Great resignation, health services, nurses, quiet quitting, work environment

ORCID ID: D.C.K. 0000-0002-3840-4831, N.Y. 0000-0003-1000-6177

Sorumlu Yazar: Derya CORA KADIOĞLU, Doktora Öğrencisi, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim, Antalya, Türkiye.**E-mail:** deryacorakadioglu@hotmail.com**Geliş tarihi/ Date of receipt:** 11.03.2025**Kabul tarihi / Date of acceptance:** 26.09.2025

GİRİŞ

Sessiz İstifa Kavramının Ortaya Çıkışı

“Quiet Quitting” yani “Sessiz İstifa”, bugünlerde yeni bir kavram olarak karşımıza çıkmakla birlikte ilk olarak 2009 yılında Teksas’da bir ekonomi sempozyumunda Mark BOLDGER tarafından ortaya atılmıştır (1). Daha sonra COVID-19 pandemisi ile yeniden gündeme gelmiştir. Pandemi sürecinde iş hayatında birçok olumsuz durum yaşanmış ve bunun sonuçları 2021 yılı sonunda patlak vermiştir. Anthony Klotz’un “Büyük İstifa” olarak tanımladığı, Amerika’daki 47 milyon çalışanın işlerini gönüllü olarak bırakması bu sonuçlardan biridir (2). 2022 yılında ise Çin’de gerçekleşen “tang pink” ya da “lying flat” yani “düz yatma olayı” da yine sonuçlar arasında yer almaktadır (3). Son olarak mühendis Zaid KHAN tarafından sosyal medyada yayınlanan Tik Tok videosu ile sessiz istifa kavramı günümüzde popülerlik kazanmıştır. Bu videoda Zaid Khan sessiz istifa kavramını “İşinizi doğrudan bırakamıyorsunuz, ama daha fazlasını yapma fikrini bırakıyorsunuz. Hala görevlerinizi yerine getiriyorsunuz ama artık işin hayatınız olma yönündeki koşuşturma kültürü zihniyetini benimsemiyorsunuz. Gerçek şu ki bir insan olarak değeriniz emeğinizle tanımlanıyor” diyerek açıklamıştır (1).

Kurumlar COVID-19 pandemi döneminde evlerinde çalışan personellere sınırları belirlenemeyen isteklerde bulunmuşlardı. Eskiden sadece özel hayatları olan evleri, artık çalışanların işyerleri de olmuştu. Günün her saati zamansız bir işin gelmesi, çalışanlara daha fazla iş sorumluluğu verilmesi, yöneticilerin çalışanlarına sürekli ulaşabilir olmaları gibi durumlar ortaya çıkmıştı. En önemlisi de yöneticiler bir süre sonra, bu durumun doğru olduğu algısına kapılmışlardı. Tüm bu yaşananlar sonrasında, iş-yaşam dengesini sürdürmekte zorlanan çalışanların sessiz istifa sürecine girdikleri akademik çalışmalarda yer almaya başladı. Bu sebeple, mevcut çalışmada hemşirelerde sessiz istifanın sebeplerini ve çözüm önerilerini incelemek amaçlanmıştır.

Sessiz İstifanın Tanımı

Sessiz istifa sürecindeki çalışanlar istifa etmeden, işin iyiliği için ekstra bir çaba göstermeksizin kendilerine tanımlanan işleri yerine getirmektedirler (2). Sessiz istifa kavramında çalışanlar işlerini aksatmadan işe gidip gelirler ve kendilerinden beklenen işin koşullarını minimum yerine getirirler. Daha öncesinde yaptıkları gönüllü işlerini yapmaz, mesai saatleri sona erdiğinde işleri ile ilgili süreçleri devam ettirmezler (3). Ayrıca bu çalışanların toplantılara geç kaldığı veya katılmadığı, kendilerine belirlenen çalışma saatlerine uygun çalışmadıkları, kurum içerisinde fikirlerini bildirmedikleri bilinmektedir (2).

Çalışanlar Neden Sessiz İstifa Ediyor?

Sessiz istifa psikolojik, sosyal, ekonomik veya yönetsel birçok sebeple oluşabilir (4). Sessiz istifa etme dönemindeki çalışanların kendilerini iş hayatında değersiz hissetme, sahip oldukları potansiyeli gösterebilecekleri örgütsel desteği hissedememe, çalışanlar arasında eşit ve adil şartlar sağlanamamasına bağlı güvensizlik yaşama, yetkinliklerine uygun bir alanda görev alamama gibi ortak özellikleri bulunmaktadır (1). Çalışanların tükenmişlik hissetmesi ve toksik işyeri kültürü de bu faktörlere eklenebilir (5). Ayrıca yöneticilerin profesyonellik dışı tutumları, liderlik ve sosyal yetersizlikleri de çalışanları sessiz istifaya sürüklemektedir (4). Bu süreçteki çalışanlar, düşük performans ve yüksek yıpranma durumu ile aslında resmi olarak istifa etmeseler de sessizce işten ayrılırlar (6).

Türkiye’de gençleri iş dünyası ile tanıştıran bir kariyer platformunun 1002 çalışan ile gerçekleştirdiği bir çalışmada sessiz istifanın sebepleri şu şekilde bildirilmiştir;

- Kariyer planlaması yapılamaması,
- İş-yaşam dengesizliği,
- Düşük maaş,
- Görev tanımının netleştirilmemesi,
- Fazla mesai saatleri,
- Kurumun çalışanlardan yüksek iş performansı beklemesi (1,7).

Bhat ve arkadaşları (8) da, sessiz istifanın sebeplerini iş-yaşam dengesizliği, toksik işyeri kültürü, düşük maaş ve verilen sözlerin yerine getirilmemesi şeklinde sıralamıştır.

Nasıl Önleyebiliriz?

Sessiz istifanın önlenmesine yönelik çalışmalarda, kariyer planlaması, iş-yaşam dengesinin sürdürülmesi, işe uygun ücret belirlenmesi ve ılımlı çalışma kültürü oluşturulması ortak çözüm önerileridir (1,7,8). Ayrıca çalışmanın eğlenceli hale getirilmesi, çalışan refahı ve iyi olma hali uygulama programı ile çalışanların motive edilmesi de sessiz istifanın önlenmesinde yararlı olacaktır (8). Bu çözümleri çalışanlara sunabilmek için Richmond (9) yöneticilere sessiz istifanın önlemesi için dört önemli tavsiyesini şöyle açıklıyor;

1. Çalışanlarınızın özerkliğe sahip olmasına izin verin.
2. Bir amaç duygusu yaratın.
3. Çalışanların katılımını teşvik edin.
4. Çalışanları dinleyin, onlardan öğrenin ve öğrendiklerinizi uygulayın (9).

Hemşirelerde Sessiz İstifa

Sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda en büyük çalışan sayısına sahip hemşireler için sessiz istifa yeni ve araştırılması gereken bir konudur. Sessiz istifa, hemşireliğin ana konusu olan hasta bakımını olumsuz yönde etkileyebilme olasılığı nedeniyle hemşirelik için önemlidir. Hemşirelik rollerinin asgari düzeyde gerçekleştirilmesi hasta bakım kalitesini azaltarak hemşirelerin yaratıcılıktan uzaklaşmalarına sebep olabilir. Hemşirelerin yaratıcı rollerini sunabilmeleri ancak değişen dünya ve teknolojiye uyum ile gerçekleşebilir. Yenilikçi fikirler, teknolojiye uyum süreci ve yeni bilgilere erişim konusunda isteksiz olan hemşirelerin profesyonel bir bakım gerçekleştirilmesi olası değildir (10). Özellikle hızla gelişen teknoloji, hemşirelerin yakalaması gereken dinamik bir süreci de beraberinde getirmektedir. Hemşirelerin yeni teknolojilerin yarattığı yenilikleri kullanarak bakım hizmetlerini sunmaları gerekmektedir (11).

Günümüzde hemşirelerin işten ayrılmaları sağlık kurumlarının sık karşılaştığı bir sorun olarak görülmektedir. Sayıca en büyük sağlık profesyoneli grubunu oluşturan hemşirelerin işten ayrılmaları, ülkemizde ve dünyada hemşire sayısının azalmasının en önemli sebebi olarak gösterilmektedir (12). Hemşirelerin işten ayrılmaları için çok sayıda sebep sıralanabilir. Hemşirelerin iş doyumunda azalma, stresli iş ortamı, fazla iş yükü, olumsuz örgüt iklimi ve hekim-hemşire iletişimindeki uygunsuzluklar işten ayrılmayı etkileyen faktörler arasındadır (13,14,19,23). Ayrıca yeni kaynaklar sessiz istifanın da hemşirelerin işten ayrılmalarına sebep olduğuna dair kanıtlar sunmaktadır (14,15,16). Hemşire azlığının büyük bir sorun olduğu günümüzde, hemşirelerin sessiz istifa etmesi sorunun daha da büyümesine yol açabilir.

Yapılan çalışmalarda, hemşirelerin sessiz istifa oranlarının yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (13, 16,17, 20, 21). Bu yüksek düzeye sebep olan en önemli unsurlardan biri COVID-19 pandemisi olabilir. Özellikle COVID-19 pandemisinde en çok sağlık sektörünün etkilendiği ve dolayısıyla da hemşirelerin bu dönemi zorlu geçirdikleri bilinmektedir. COVID-19 pandemisinde hemşireler bilmedikleri bir enfeksiyona karşı savaşmış, oldukça yoğun çalışmak zorunda kalmış ve bilinmeyen bu enfeksiyonu ailelerine bulaştırmamak için evlerine gidememişlerdir. Bunlara rağmen, sağlık çalışanları bu dönemde istifa etmeden işlerini sürdürmüşler ancak sonrasında sessiz istifa sürecine girmişlerdir (10). Pandemi ile daha fazla iş yükü ile yoğun ve stresli bir çalışma dönemini tamamlayan hemşireler, pandemiden sonra tükenmişlik yaşamışlardır. Buna bağlı olarak da işten ayrılmış ya da sessiz istifa etmişlerdir (12). İşe devam eden hemşireler zaman içerisinde daha fazla iş yükü ile mücadele ederek önce işe katılımlarını azaltmışlar, sonrasında da sessiz istifa etmişlerdir (21). Bir dizi zincir halinde devam eden bu döngünün aslında felsefik ve etik bir direnişi simgelediği savunulmaktadır. Kurumlar hemşirelere ayırdığı ücret ve

kaynakları düşük tutmalarına rağmen onlardan hasta bakım maliyetlerini de azaltmalarını beklemektedir. Hemşirelerin hasta bakımını olumsuz etkileyecek kurum politikalarına karşı çıkarak meslekleri için olumlu sonuçlar elde edebilecekleri savunulmaktadır (13).

Sessiz istifa ile başatmede yönetici hemşirelere büyük iş düşmektedir. Yönetici hemşirelerin, hemşirelerin sessiz istifa düzeylerini ve nedenlerini belirlemesi, azaltmaya ve önlemeye yönelik planlamalar yapabilmesi gerekmektedir. Ülkemizde Tiryaki Şen ve arkadaşları (2024), Sessiz İstifa Ölçeği'nin hemşireler üzerindeki Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaparak bu alandaki literatüre katkı sunmuştur (22). Yönetici hemşireleri tarafından desteklenen ve iyi çalışma koşulları geliştirilen hemşirelerin daha az sessiz istifa ettikleri bilinmektedir (23). Yönetici hemşireler, hemşirelerin çalışma coşkusu, performanslarını ve üretkenliklerini artırmak için inovatif bir çalışma ortamı yaratmalıdır (20). Bunu gerçekleştirilebilmek için onlara yaratıcı ve refahlarını artırıcı olanaklar sağlamalıdır (12). Ayrıca onların işe katılımlarını teşvik etmek ve sorumluluk vermek de oldukça önemlidir. Hemşire liderler hemşirelerine ilham vererek, motive ederek ve güçlenmelerini sağlayarak sessiz istifaları önleyebilirler (24). Bunun yanı sıra, çalışma ortamında sessiz istifaya neden olabilecek zorbalık durumlarını da engellemelidirler (17). Yapılan bir çalışmada, ahlaki dayanıklılık ve duygusal zeka düzeyi yüksek olan hemşirelerin daha az sessiz istifa ettikleri belirlenmiştir. Bu nedenle yönetici hemşirelerin, hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerini tanımaları önemlidir. (16).

Tüm veriler değerlendirilip hemşireleri sessiz istifa etmeye sürükleyen faktörler incelenerek durum tespiti yapılmalı ve çözüm yolları aranmalıdır. Acil müdahale edilmesi gereken bu durum hasta güvenliğini ve bakım kalitesini olumsuz etkileyebilir. Ayrıca sessiz istifa eden hemşireler, sonraki aşamada işten de ayrılacakları için dünya genelindeki hemşire azlığı artacaktır. Bu durum beraberinde

işe devam eden hemşirelerde iş yükünde artışa, strese ve tükenmişliğe yol açacaktır. Günümüzde hemşirelerin elde tutulamamasından dolayı hemşire yetersizliği ile mücadele etmek gerekmektedir. Günümüzde ülkeler sağlık sistemlerini geliştirmek, hasta bakım kalitesini sağlamak ve iyileştirmek için ülkeler arasında hemşire transferine başlamıştır (24). Türkiye'de çalışan hemşirelerin göç eğilimlerini ölçmek amacıyla Türk Hemşireler Derneği bir çalışma yapmıştır (25). Çalışma sonuçları hemşirelerin %76'sının ekonomik sebepleri ve mesleğe yönelik sorunları (değersizlik algısı, olumsuz çalışma şartları, iş yükü vb.) neden göstererek göç etmek istediklerini ortaya koymuştur (25). Bu sonuç, kendi ülkesinde, dilinde, coğrafyasında ve gelenekleri ile yetişmiş kalifiye hemşirelere sahip çıkılması gerekliliğinin sinyalini vermektedir. Ülkelere yönelik çözümlenemeyen mesleki sorunlar, hemşireleri bilinçli olmasa da toplu bir mesleki direnişe veya umut arayışına yönlendirebilir. Belki hemşireler görev yaptıkları coğrafyalarda bu sebeple farkına bile varılmadan toplu olarak sessiz istifa etmişlerdir. Sessiz istifa eden bu hemşireler, diğer ülkelere yönelerek göç etmek istiyor olabilirler. Bu da hemşirelik mesleğinin evrensel ve bölgesel sorunlarının çözümlenmediğinde, sessiz istifa ve göç eğilimini artıracak daha büyük sorunların işareti olabilir. Hemşirelerin çeşitli sebeplerle göç etme, işten ayrılma veya mesleği bırakma durumları aslında seslerini duyurmak için sessiz çığlıkları olabilir. Ancak yöneticilerin bu çığlığı duyarak önleyici ve çözüm odaklı yaklaşım sağlaması ile hemşireler elde tutulabilir ve böylece hasta güvenliği ile bakım kalitesinin sürekliliği sağlanabilir.

SONUÇ

Hemşireler, kaliteli hemşirelik bakımı ile güvenli sağlık hizmeti sunmaktadır. Sessiz istifa, bu güvenli hemşirelik bakım sürecini olumsuz etkileyebilir. Hemşireler psikolojik, sosyal, ekonomik ve yönetsel birçok sebeple sessiz istifa etmektedir. Bu sebeple kurum yöneticileri ve yönetici

hemşireler sessiz istifanın farkında olmalı ve bunu engelleyecek önlemler almalıdır. Sessiz istifanın ölçülmesi, risk faktörlerinin ve önlemlerin belirlenerek çalışma ortamına yansıtılması hemşirelerde sessiz istifayı ve olumsuz etkilerini azaltabilecektir. Bu önlemler; kariyer planlaması, iş-yaşam dengesinin sağlanması, uygun maaş düzenlemesi, görev tanımlarının netleştirilmesi, eğitim ve performans geliştirici aktiviteler yapılması ve olumlu iş yeri kültürü oluşturulması olabilir.

Ayrıca sessiz istifanın çalışan devir hızı, işten ayrılma niyeti, tükenmişlik, motivasyon, örgütsel destek, örgüt kültürü, duygusal emek, ahlaki sıkıntı, iş-yaşam ve iş-aile dengesi, işyeri nezaketsizliği, işyeri zorbalığı, sessiz işten çıkarma, iş tatmini, iş stresi, şefkat yorgunluğu, örgütsel sessizlik ve liderlik gibi birçok kavram ile ilişkisini inceleyen çalışmalara ihtiyaç vardır. Özellikle COVID-19 pandemisi sürecinde çalışanların işlerini özel yaşantılarını sürdürdükleri evlerinden yürütmeleri ile popüler olan sessiz istifa ile iş-yaşam ve iş-aile dengesi ilişkisinin araştırılması da literatüre ve çalışma ortamına katkı sağlayabilecektir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar çalışmada herhangi bir çıkara dayalı ilişki olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek

Herhangi bir mali destek alınmamıştır.

Yazar katkıları:

Fikir: DCK, NY; Tasarım: DCK, NY; Kaynaklar ve Malzemeler: DCK, NY; Literatür Tarama: DCK; Makale Yazımı: DCK, NY; Eleştirel İnceleme: NY

KAYNAKLAR

1. Çalışkan K. Sessiz istifa: sonun başlangıcı mı yeniden diriliş mi? Journal of Organizational Behavior Review. 2023;5(2), 190-204.

2. Klotz AC, Bolino MC. When quiet quitting is worse than the real thing. Harvard Business Review. 2022;1,1-5.

3. Çimen İ, Yılmaz T. Sessiz istifa ne kadar sessiz. Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Dergisi 2023;5(1), 27-33.

4. Moczyłowska JM. Quiet quitting as a challenge for human capital management—the results of qualitative research. Scientific Papers of Silesian University of Technology. Organization & Management. 2024; (199).

5. Bangura S, Lourens ME. An exploratory investigation into the reasons for quiet quitting: a case study of a private tertiary institution in Durban. In Mbali Conference;2023 Proceedings (p. 67).

6. Greg D. “What is quiet quitting and is it a real trend?” Investopedia 2023 (Erişim tarihi: 02.02.2025).

<https://www.investopedia.com/what-is-quiet-quitting-6743910#citation-3>

7. Youthall 2022. Sessiz istifa. (Erişim tarihi:03.02.2025). Erişim adresi <https://www.youthall.com/tr/company/ebooks/calisma-sureleri-ve-modelleri-arastirmasi#download>

8. Bhatt M, Tevatia R, Joshi MC. The whispered farewell: understanding the phenomenon of quiet quitting and its organizational implication. International Journal of Innovation Studies 2024; 8(1),239-249.

9. Richmond J. Four tips to prevent quiet quitting. Forbes. November 23;2022 (Erişim tarihi:

1.02.2025).Erişimadresi:<https://www.forbes.com/councils/forbesbusinesscouncil/2022/11/23/our-tips-to-prevent-quiet-quitting/>

10. Galanis P, Katsirompa A, Vraça I, Siskou O, Konstantakopoulou O, Katsoulas T, Kaitelidou D. The influence of job burnout on quiet quitting among nurses: The mediating effect of job satisfaction 2023 (Erişim tarihi: 01.02.2025). Erişim adresi:

<https://www.researchsquare.com/article/rs-3128881/v1>

11. Çetin B, Eroğlu N. Hemşirelik bakımında yenilikçi teknolojiler. *Acta Med Nicomedia* October 2020;3(3):120-126
12. Galanis P, Ioannis M, Aglaia K, Pariris G, Maria K, Evangelia M, Irene V. Workload increases nurses' quiet quitting, turnover intention and job burnout: evident from Greece. *AIMS Public Health*. 2025;12(1):44-45
13. Domingue JL, Lauzier K, Foth T. Quiet quitting: Obedience a minima as a form of nursing resistance. *Nursing Philosophy* 2024;25(3), e12493.
14. Gün İ, Çetinkaya Kutun F, Söyük S. Mediating effect of turnover intention on the relationship between job burnout and quiet quitting in nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2025; 0:1-9
15. Hungerford C, Jackson D, Cleary M. Quiet quitting, resentment and other forms of disengagement: what are the answers for nurses? *Journal of Advanced Nursing*. 2024;0:1-3
16. Galanis P, Katsiroumpa A, Moisoglou I, Kalogeropoulou M, Gallos P, Vraka I. Emotional intelligence protects nurses against quiet quitting, turnover intention, and job burnout. *AIMS Public Health*. 2024; Apr 25;11(2):601-613
17. Galanis P, Moisoglou I, Katsiroumpa A, Malliarou M, Vraka I, Gallos P, Kalogeropoulou M, Papathanasiou IV. Impact of workplace bullying on quiet quitting in nurses: the mediating effect of coping strategies. *Healthcare*. 2024;12(7):797.
18. Galanis P, Moisoglou I, Malliarou M, Papathanasiou IV, Katsiroumpa A, Vraka I, Siskou O, Konstantakopoulou O, Kaitelidou D. Quiet quitting among nurses increases their turnover intention: evidence from Greece in the post-COVID-19 Era. *Healthcare*. 2024; 12(1):79.
19. Gün İ, Balsak H, Ayhan F. Mediating effect of job burnout on the relationship between organisational support and quiet quitting in nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2024;0:1-9
20. Moisoglou I, Katsiroumpa A, Prasini I, Gallos P, Kalogeropoulou M, Galanis P. Innovation support reduces quiet quitting and improves innovative behavior and innovation outputs among nurses in Greece. *Nursing Reports*. 2024; 14(4), 2618-2628.
21. Moisoglou I, Katsiroumpa A, Katsapi A, Konstantakopoulou O, Galanis P. Poor nurses' work environment increases quiet quitting and reduces work engagement: a cross-sectional study in Greece. *Nursing Reports* 2025;15(1), 19.
22. Şen H.T, Yurtsever D, Polat Ş. Sessiz istifa ve sessiz işten çıkarma ölçeklerinin Türkçede geçerlik ve güvenilirlik çalışması: hemşireler üzerinde bir araştırma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2024;11(2):344-353
23. Zuzelo P. R. Discouraging quiet quitting: Potential strategies for nurses. *Holistic Nursing Practice*. 2023;37(3),174-175.
24. Hatipoğlu, S. Geçmişten günümüze hemşire göçü. *Türk Hemşireler Derneği Dergisi*. 2024;5(2),117-127.
25. Taşkın S.Türk Hemşireler Derneği. Hemşire Göç Eğilim Çalışması Raporu, 2023

ÇOCUĞUN GELİŞİMİNDE ŞEFKATLİ BAKIMIN ÖNEMİ

THE IMPORTANCE OF COMPASSIONATE CARE IN CHILD DEVELOPMENT

Tuğçenur DOĞAN¹, Hava ÖZKAN²

¹ Araştırma Görevlisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Gelişimi Bölümü, Erzurum

² Profesör Doktor, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Erzurum

Özet

Şefkat, bireyin merhamet etme ve başkalarının yaşadığı zorluklara duyarlılık gösterebilme becerisinden kaynaklanan bir duygudur. Başkasının acısını fark edip bu acıya ortak olabilen kişilerde şefkat gelişir. Şefkat yalnızca başkalarına değil, kişinin kendisine yönelik duyarlılığı da içerir. Bu yönüyle yalnızca bir duygu değil, empati, koruyuculuk, duyarlılık ve sevgi gibi değerleri içeren dinamik bir eylem biçimi olarak tanımlanabilir. Çocuğun sağlıklı gelişimi, yalnızca biyolojik ihtiyaçlarının değil, duygusal ve psikososyal gereksinimlerinin de karşılanmasını gerektirir. Bu bağlamda şefkatli bakım, çocuk bakım sürecinde empati, sevgi, duyarlılık ve koruyuculuğun bütünleşmesini ifade eder. Çocukların gelişiminde şefkatli ve duyarlı bakımın; güvenli bağlanma, okul uyumu, akademik başarı ve psikolojik sağlamlık üzerinde olumlu etkiler yarattığı bilinmektedir. Bu nedenle aile ortamında ve eğitim süreçlerinde şefkat temelli yaklaşımların benimsenmesi, çocukların sağlıklı gelişimi için kritik bir öneme sahiptir. Şefkat, duyarlılık ve empati, yalnızca çocukluk döneminde değil ergenlikte de önem taşır; gelişimsel sorunların azalmasına, stresin hafiflemesine ve depresyon riskinin düşmesine katkı sağlar. Özellikle hasta çocuklarda şefkatli bakım, empati ve destekleyici iletişim; hastalığı kabullenme ve uyum sürecini kolaylaştırmaktadır. Buna karşılık, yetersiz şefkat deneyimleri bireylerin duygu düzenleme kapasitelerini zayıflatmakta ve psikolojik sorunlara karşı kırılganlık yaratmaktadır. Dolayısıyla şefkat, yaşam boyu ruh sağlığı ve uyum açısından temel bir değerdir. Bu geleneksel derleme, çocuğun gelişiminde şefkatli bakımın önemine dikkat çekmek amacıyla yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, bakım, gelişim, şefkat

Abstract

Compassion is an emotion that stems from an individual's ability to show compassion and sensitivity to the difficulties experienced by others. Those who recognize and share in the suffering of others develop compassion. Compassion encompasses sensitivity not only to others but also to oneself. In this respect, it can be defined as not just an emotion but also a dynamic form of action that encompasses values such as empathy, protectiveness, sensitivity, and love. A child's healthy development requires meeting not only their biological needs but also their emotional and psychosocial needs. In this context, compassionate care refers to the integration of empathy, love, sensitivity, and protectiveness in the childcare process. Compassionate and sensitive care in children's development is known to have positive effects on secure attachment, academic adjustment, academic success, and psychological resilience. Therefore, adopting compassion-based approaches in the family environment and education is critical for the healthy development of children. Compassion, sensitivity, and empathy are important not only in childhood but also in adolescence, contributing to the reduction of developmental problems, stress relief, and the risk of depression. Compassionate care, empathy, and supportive communication, especially in sick children, facilitate the process of accepting and adapting to illness. Conversely, inadequate experiences of affection weaken individuals' capacity for emotional regulation and increase their vulnerability to psychological problems. Therefore, compassion is a fundamental value for mental health and well-being throughout life. This traditional review aims to highlight the importance of compassionate care in child development.

Key words: Child, care, development, compassio

ORCID ID: T.D. 0000-0003-1977-5714; H.Ö. 0000-0001-7314-0934

Sorumlu Yazar: Tuğçenur DOĞAN, Atatürk Üniversitesi, Çocuk Gelişimi Bölümü

E-mail: yilmazt@atauni.edu.tr

Geliş tarihi/ Date of receipt: 15.10.2025 **Kabul tarihi / Date of acceptance:** 11.11.2025



GİRİŞ

Şefkat; nezaket, incelik, sıcaklık ve zarafet gibi niteliklerle ilişkilendirilen bir kavramdır. Ancak şefkat yalnızca olumlu ya da hoş sıfatları kapsamakla kalmaz; aynı zamanda içsel bir dürüstlük ve cesaret boyutunu da barındırır. Şefkat, duyguları dışarıdan gözlemlemekten ziyade onlara katılmayı, yani duygusal bir birliklik kurmayı ifade eder. Başka bir ifadeyle, şefkat; bir kişinin yaşadığı acı veya zorlukların ve bu durumdan kurtulma isteğinin, diğer bir birey tarafından derinden hissedilmesi ve anlaşılmasıdır (1). Bu yönüyle şefkat, insanları zorlayıcı koşullarda bir arada tutan, değerli ve anlamlı bir duygudur. Ayrıca bireye özgü, doğru ve uygun şekilde sunulduğunda bakımın niteliğini artırarak daha anlaşılır sonuçlar elde edilmesine katkı sağlar (2). Çocuğun sağlıklı gelişiminin sürdürülebilmesi yalnızca biyolojik gereksinimlerinin karşılanmasıyla sınırlı olmayıp, aynı zamanda duygusal, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarının da desteklenmesini gerektirmektedir. Bu doğrultuda “şefkatli bakım” kavramı, çocuk bakım sürecinde sevgi, empati, duyarlılık, koruyuculuk ve anlayış gibi insani değerlerin bütünleşmesini ifade etmektedir. Özellikle erken çocukluk döneminde şefkat temelli bakım uygulamaları, güvenli bağlanmanın inşa edilmesinde, duygusal düzenleme becerilerinin gelişiminde ve sosyal uyumun sağlanmasında önemli bir rol oynamaktadır (3- 5).

Uluslararası çalışmalar, şefkatli bakımın çocukların ruh sağlığı, öz yeterlik algısı ve sosyal-duygusal öğrenme süreçleri üzerinde koruyucu bir unsur olduğunu ortaya koymaktadır (6, 7). Ayrıca, şefkatin yalnızca çocuk bakımında değil; eğitim, sağlık ve sosyal hizmetler gibi farklı disiplinlerde de temel bir değer ve uygulama ilkesi olarak değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Çocuklara sunulan bakımın şefkat odaklı olması, onların benlik algılarının güçlenmesine katkı sağlarken, toplumsal düzeyde ise daha empatik ve dayanışmacı bireylerin yetişmesine olanak tanımaktadır (8).

Bu çerçevede, çocuğun şefkatli bakımı üzerine yapılan çalışmalar, hem bireysel gelişim süreçlerini hem de toplumsal refahı yakından ilgilendiren önemli bir araştırma alanı oluşturmaktadır. Dünyada duyarlı ve şefkatli bakımın önemi kabul edilmiş, UNICEF ve Dünya Sağlık Örgütü 2018 yılında “Nurturing Care Framework” adı altında çocuklar için duyarlı ve şefkatli bakım vermenin erken öğrenme becerilerini desteklediğini ve güvenli bir çevre sağlamanın önemini vurgulamışlardır (9, 10). Bu derleme çocuğun gelişiminde şefkatli bakımın önemi üzerine dikkat çekmek amacıyla yazılmıştır.

Şefkatin Kavramsal Çerçevesi

Şefkat, diğer insanların yaşadığı sıkıntıları anlayışla ve duyarlılıkla karşılayabilme yetisi olarak tanımlanabilir. Latince kökenli “compassion” kavramı, “acı çekmek” anlamına gelen “compati” fiilinden türemiştir ve Türkçeye “şefkat” olarak çevrilmiştir. Türk Dil Kurumu’nda ise şefkat, “sevecenlik” şeklinde tanımlanmaktadır. Bunun yanı sıra şefkat, insanların kusursuz olamayacağı ve herkesin hata yapabileceği düşüncesini kabul ederek başkalarına karşı sabırlı, nazik ve anlayışlı olmayı da içermektedir.

Şefkat; empati, duyarlılık, koruyuculuk ve anlayış gibi insani değerleri barındırmasının yanı sıra, çocuğun karşılaştığı zorlukları fark etmeyi ve bu güçlüklerin azaltılmasına yönelik etkili bir yanıt geliştirmeyi ifade etmektedir (3, 6). Özellikle erken çocukluk döneminde şefkat temelli bakım, güvenli bağlanmanın kurulması, duygusal düzenleme becerilerinin gelişmesi ve sosyal uyumun sağlanması açısından belirleyici bir işleve sahiptir (4). Çocuğa yönelik şefkat, yalnızca temel fizyolojik ihtiyaçların karşılanmasıyla sınırlı olmayıp; onun duygusal, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarına duyarlılık göstermeyi, yaşadığı sıkıntıları anlamayı ve bu sıkıntıların hafifletilmesine yönelik destekleyici, koruyucu ve anlayışlı bir yaklaşım sergilemeyi kapsamaktadır. Bu olgu; sevgi, empati, duyarlılık ve koruyuculuk gibi insani değerleri içerirken, aynı zamanda çocuğun

güvenli bağlanma oluşturmaya, duygusal düzenleme becerilerinin güçlenmesine ve toplumsal uyumunun desteklenmesine katkıda bulunmaktadır.

Şefkatin Benzer Kavramlardan Ayrımı

Günlük dilde empati, sempati ve şefkat aynı anlamda kullanılsa da, bu kavramlar birbirinden ayrılmaktadır (11). Şefkat, acıya ile de eşdeğer değildir; çünkü birine şefkat duymak, onun güçsüz veya yetersiz olduğu anlamını taşımaz (12). Tarihsel süreçte şefkatin tanımı; felsefi düşünceler, adalet teorileri, dini öğretiler ve bakım kuramlarının etik değerleri çerçevesinde şekillendirilmiştir. Bu anlayışlarda acı deneyimi, şefkatin ortaya çıkmasını sağlayan temel bir unsur olarak görülmektedir (11).

Şefkatin İşlevsel Boyutu

Duygusal süreç olarak şefkat: Şefkat olgusu, farklı yazarlar, düşünürler ve inanç sistemleri tarafından çeşitli biçimlerde tanımlanmış olsa da, temelde benzer bir anlam etrafında şekillenmiştir. Genel olarak şefkat; başkalarının yaşadığı acıyı ve bu acıyı azaltma isteğini duygusal düzeyde algılayabilme, acının evrenselliğini kavrayabilme, acı çeken bireyle duygusal bir bağ kurma ve bu bağ doğrultusunda harekete geçme eğilimi olarak tanımlanmaktadır (13). Dünyanın önde gelen dini geleneklerinde de erdemlerin en değerlilerinden biri olarak görülen şefkat, çoğunlukla bir başkasının acısına karşı duyarlılık geliştirme ve bu acıyı hafifletme yönünde bir istek olarak açıklanmaktadır (15). Bu çerçevede şefkat, acıya verilen bir tepki süreci olarak değerlendirilebilir (16). Söz konusu süreç, öncelikle acının fark edilmesiyle başlamakta; ardından empati ve kaygı gibi duyguların ortaya çıkmasına ve nihayetinde acıyı azaltmaya yönelik eyleme geçme motivasyonuna dönüşmektedir.

Şefkatin kökenine ilişkin açıklamalarda da vurgulandığı üzere, sempati, empati, empatik ilgi, nezaket, şefkat ve fedakârlık kavramları her ne kadar aynı anlamı taşıyor olsa da, içerik açısından birbirleriyle yakından ilişkilidir (17).

Bunun yanı sıra, bazı yaklaşımlar şefkatin yalnızca bir duygu değil, aynı zamanda acıyı dindirme arzusunun eyleme dönüştürülmesini içeren bir süreç olduğunu vurgulamaktadır (18).

Şefkat, kimi zaman savunmasız ya da acı içindeki bireyleri korumaya yönelik bir yansıtma süreci olarak da ele alınmaktadır. Şefkat temelli koruyucu yaklaşım; empati, saygı ve insan onuruna dayalı ilişkiler aracılığıyla ortaya konulmaktadır. Daha önce de vurgulandığı üzere empati ile şefkat arasında yakın bir ilişki olmakla birlikte, bu iki kavram aynı değildir. Empati, kişinin kendisini bir başkasının yerine koyabilme yetisini ifade ederken; şefkat, bu deneyim karşısında acıyı hafifletmeye yönelik bilinçli tepkiler ve eylemleri gerekli kılmaktadır (19). Benzer biçimde, literatürde şefkat kavramı; bireyi yardım etmeye yönelten, başkasının yaşadığı acı veya talihsizliklere karşı duyulan derin üzüntü ya da sempati; bu sıkıntıyı hafifletme ve kaynağını ortadan kaldırma isteği; bir başka kişinin yaşadığı ıstıraba yönelik duyarlılık ve bu acıyı azaltmaya yönelik harekete geçme arzusu şeklinde tanımlanmıştır (20).

Şefkat, aynı zamanda merhamet, yargılama, yeniden yapılandırma, kurtuluş ve olumlu kader ile ilişkili bir süreç olup bireyin özsaygısını güçlendirmekte ve kişilerin gerçek özgürlüklerine ulaşmalarına destek olmaktadır. Kavramsal açıdan şefkate yakın olan başka sözcükler de kullanılmaktadır. Bunlara örnek olarak; “acıma” (başkası için üzüntü duymak), “dayanışma” (birlikte direnmek ya da omuz omuza durmak), “bağlanmak” (duygusal bağ kurmak) ve “sevgi” (yakınlık, şefkat ve bağlılık düzeyleri) gösterilebilir (20).

Şefkat, hem kişinin kendisini hem de diğer insanları kabul etmesinin ayrılmaz bir unsuru olup, duygusal olgunluğun en ileri düzeydeki göstergelerinden biridir. Şefkatin sınırları, insan duygularının sınırları ile örtüşmektedir. Bu nedenle, kişinin kendisini ve başkalarını anlaması ile şefkat arasında güçlü bir bağ bulunduğu söylenebilir. Kendisini kabullenebilen birey, iç dünyasında yaşadıklarının anlamını ve etkilerini kavrama çabası içerisinde olan, aynı zamanda

başkalarının deneyimlerine de duyarlılık gösterebilen kişidir. Şefkat, bir ayrıcalık ya da lütuf değil; kalbin inceliğinin ve cömertliğinin ifadesidir (21).

Bununla birlikte, şefkatli olmanın ve başkalarına yardım etmenin önündeki temel engellerden birinin bilinmezlik korkusu olduğu vurgulanmaktadır. İnsanlar yardım etme sürecinde, bu durumun kendi duygusal enerjilerini tüketebileceği endişesini yaşayabilmektedirler. İşte tam da bu noktada, şefkatin sınırları kendini göstermektedir. Şefkat kişisel bir özellik, içsel bir dürtü ve bireyin kimliğinin bir parçası olarak değerlendirilebilir de, öz-şefkat geliştirebilmek için bu duyguya bağlı olarak üstlenilen rollerin sınırlandırılması gerekmektedir. Aksi durumda bu roller bireyin kimliğini bütünüyle belirler hale gelerek, kişiye zarar verebilir ve onu kontrol altına alabilir (22).



Şekil 1. Şefkatin üç yönü

Şefkat, duyguları dışarıdan tarafsız bir gözle izlemekten ziyade onlara dâhil olmayı ve derin bir duygusal paylaşım geliştirmeyi ifade etmektedir. Ancak şefkatin düzeyi önemlidir; aşırı şefkat bireyin kendisini bütünüyle adamasına yol açabilirken, yetersiz düzeyde şefkat ise ihmal davranışlarına neden olabilmektedir (21). Şefkat temelli bakım, basit bir gülümseme, güven telkin eden bir bakış ya da fiziksel bir dokunuş gibi küçük jestler aracılığıyla sunulabilir de, sürecin kendisi oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir (23).

Şefkatin Üç Boyutu: Şefkat Akışı Modeli

Gilbert, şefkati üç boyutta ele almaktadır (6):

- 1. Başkalarına şefkat sunma:** Acıyı fark edip hafifletmeye yönelik prososyal motivasyon.
- 2. Başkalarından şefkat alma:** Bireyin başkalarının şefkatli yaklaşımlarını kabul edebilme kapasitesi.
- 3. Kendine şefkat gösterme:** Bireyin kendi acısına karşı anlayış ve destekleyici tutum geliştirmesi.

Bu üç boyutun dengeli biçimde gelişmesi, psikolojik iyi oluşu desteklemektedir (24).

Şefkat, bir akış deneyimi olarak üç boyutta ortaya çıkmaktadır: bireyin kendisine gösterdiği şefkat, başkalarına yönelttiği şefkat ve diğerlerinden aldığı şefkat. Bu nedenle şefkat dinamik bir yapıya sahiptir ve sosyal etkileşim bağlamında bu üç boyut karşılıklı olarak birbirini etkilemektedir (6, 24, 25). Nitekim, bireylerin öz-şefkat düzeyleri yükseldikçe, başkalarına yönelik şefkat eğilimlerinin de arttığı görülmektedir (26, 31). Bu üç boyut, hem bireysel hem de kişilerarası düzeyde duygu düzenleme becerilerinin güçlendirilmesine katkı sağlamaktadır. Nitekim araştırmalar, şefkat akışının herhangi bir bileşeninde yaşanan yetersizliklerin, psikolojik kırılganlıkları artırabileceğini; buna karşın üç boyutun dengeli bir biçimde geliştirilmesinin psikolojik iyi oluşu desteklediğini ortaya koymaktadır (6, 24). Başkalarına yönelik şefkat (compassion for others), Mahayana Budist geleneklerinde, aydınlanmaya dayalı bir iyi oluş hâlinin geliştirilmesinde temel bir unsur olarak görülmektedir. Bu bağlamda bakım verme, bireyin iyiliğini gözetmeyi, gelişimini desteklemeyi ve yardım davranışlarını içermektedir (6).

Bununla birlikte, bazı bireyler için öz-şefkati deneyimlemek oldukça güç olabilmektedir. Bazı kişiler öz-şefkati, zayıflık ya da bencillik olarak değerlendirmekte; bu nedenle hem kendilerine hem de başkalarına şefkat göstermeye karşı direnç geliştirmekte ve “şefkat korkusu” yaşamaktadırlar (32). Alan

yazında başkalarına şefkat göstermenin bireyler üzerinde pek çok olumlu etkisinin bulunduğunu ortaya koyan çalışmalar yer almaktadır (28, 33, 34). Nitekim üniversite öğrencileriyle yürütülen bir grup çalışmasında, öğrencilerin başkalarına yönelik şefkat düzeyleri yükseldikçe, gruba yaptıkları katkı ve gruba ait olma duyguları artarken, grup içi çatışma ve olumsuz duygu düzeylerinin azaldığı saptanmıştır (28). Bir başka çalışmada ise, başkalarına yönelik şefkat düzeyindeki artışın şefkat yorgunluğunu ve bireyin kendini yargılama eğilimini azalttığı görülmüştür (33). Ayrıca, başkalarına gösterilen şefkatin mutluluk ile anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu da belirlenmiştir (34).

Şefkat kavramı, farklı kültürlerde çoğu zaman acıma ile ilişkilendirilse de, aslında acımdan ziyade acıyı önlemeye odaklanmaktadır. Örneğin, bir bebek bakım verenleri tarafından beslenmediğinde ya da gerekli ilgiyi görmediğinde acı çeker ve yaşamını yitirebilir. Bu nedenle şefkat, acı çekmeyi engellemeye yönelik olarak bireylerin ihtiyaçlarını fark etmeyi ve karşılamayı içermelidir (35). Şefkat, acıya yönelik farkındalık geliştirmeyi, acıyı hissedebilmeyi, nedenlerini anlamayı ve onu hafifletme niyetiyle acıya açık olma isteğini barındırmaktadır (36). Araştırmalar, şefkatin geliştirilmesinin olumlu duyguların artması ve yaşam kalitesinin yükselmesi ile yakından ilişkili olduğunu; bunun sosyal, fiziksel ve duygusal iyi oluşu desteklediğini ortaya koymuştur (3, 15, 25, 32, 37- 39). Strauss ve arkadaşları ise şefkati, beş boyuttan oluşan bir yapı olarak ele almıştır (40). Şefkatin bireyin kendisine yöneltilen biçimi olan öz-şefkat, kişisel başarısızlıkları kabullenme, yargılamaktan kaçınma ve bireysel zayıflıklara saygı gösterme gibi tutumları kapsamaktadır. Bu yaklaşımın, psikolojik iyi oluş ve işlevsellik üzerinde önemli düzeyde olumlu etkiler sağladığı belirtilmektedir (41, 42).

Kanov ve arkadaşları, şefkati bireylerin başkalarını önemsemesi, onların duygularını anlayarak bu duygulara uygun tepkiler verebilmesi ve aynı zamanda insanları bir arada

tutabilen bir güç olarak tanımlamaktadır (43). Condon ve Feldman Barrett ise şefkati; herkesin deneyimleyebileceği acıları birer yaşam tecrübesi olarak görebilme, başkalarının acılarına karşı duyarlı, ilgili ve empatik bir tutum sergileyebilme becerisi şeklinde açıklamışlardır (44).

Şefkat; başkalarının acı ve ihtiyaçlarını fark edebilme, bu deneyimlerin her insanın başına gelebileceğini kabul edebilme, acı çeken bireylerin duygularını anlayarak onlarla duygusal bir bağ kurabilme ve onların yaşadıkları durumu en az zararla atlatabilmeleri için destek sunma olarak tanımlanmaktadır (40). Genel bir bakış açısıyla ise şefkat, insanların başkalarının acılarını fark ederek bu acılara duyarlı yaklaşmasını ve söz konusu sıkıntıları hafifletmek ya da ortadan kaldırmak amacıyla harekete geçmesini içeren sosyal bir süreç olarak değerlendirilmektedir (45).

Şefkatli dikkat, bireyin odağını kendisine destek ve yarar sağlayacak biçimde yönlendirmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu beceri, olumsuz bir deneyimle karşılaşıldığında geçmişteki diğer olumsuzlukları hatırlamak yerine dikkati olumlu anılara yöneltebilmeyi içermektedir. Böylece kişi, yaşanan durumu daha dengeli ve sağlıklı bir bakış açısıyla değerlendirebilmektedir. Şefkatle akıl yürütme ise dünyaya, başkalarına ve kendimize dair düşünme biçimlerimizi kapsamakta; aynı zamanda fayda sağlayabilecek alternatif bilişsel yaklaşımlar geliştirme sürecini ifade etmektedir (46, 48). Şefkatli davranış, zorlukları hafifletmeye ve kişisel gelişim ile olgunlaşmaya odaklanmayı içermekte; acı verici durumlarla yüzleşmekten kaçınmak ya da zor görevlerden geri durmak yerine bireyin cesaretle ilerlemesine katkı sağlamayı hedeflemektedir. Şefkatli imgeleme, bireylerin şefkat içeren zihinsel imgelerden yararlanarak düşünce kalıplarını şefkat doğrultusunda geliştirmelerine imkân tanıyan bir beceridir. Şefkatli hissetme, diğer canlılara karşı şefkat duyabilme ve onların şefkatini deneyimleyebilme kapasitesine işaret etmektedir. Şefkatli duyum ise bireyin, kendisine ya da başkalarına şefkat

gösterdiğinde veya başkalarından şefkat gördüğünde bedeninde ortaya çıkan duysal deneyimlere odaklanmasını ifade etmektedir (32, 48).

Şefkatle davranma, bireyin acı veren yaşantılarını hafifletmekle birlikte, psikolojik ve duysal gelişimini destekleyen bir süreçtir. Öz-şefkatli bir yaklaşım, bireyin gelişiminin önünde engel oluşturan zorluklarla mücadele edebilmesi için ihtiyaç duyduğu cesareti beslemektedir. Bu tutum, sadece olumsuz duyguların düzenlenmesinde değil, aynı zamanda olumlu duysal deneyimlerin ortaya çıkmasında da koruyucu ve destekleyici bir rol üstlenmektedir. Bağlanma teorisi bağlamında ele alındığında, güvenli bağlanma figürüne sahip bireylerin erken dönemde deneyimledikleri şefkat ve bakım, ilerleyen yaşamlarında duysal düzenleme becerilerinin temelini oluşturmaktadır (46). Buna karşılık, güvenli bağlanma figüründen yoksun yetişen ve bu nedenle tehdit-savunma sistemi daha hassas biçimde gelişmiş bireyler için olumlu duygular kimi zaman tehdit edici algılanabilmektedir. Bu kişiler, olumlu duyguları zayıflık veya savunmasızlıkla ilişkilendirebilmekte ve dolayısıyla bu duygulardan kaçınma eğilimi gösterebilmektedirler (32).

Bu noktada, güvenli bağlanma ilişkilerinde olduğu gibi şefkatli ve sevecen bir yaklaşım, birey için düzenleyici bir işlev üstlenmektedir. Nitekim güvenli bağlanma figürü, bireyin duysal deneyimlerini yatıştırıcı ve destekleyici bir çerçevede işleyebilmesine imkân tanır. Benzer biçimde, şefkat odaklı bir tutum da kişinin olumlu duygulara yönelik tehdit algısını azaltmakta ve bu duyguların güvenle yaşanmasına zemin hazırlamaktadır. Böylelikle öz-şefkat, güvenli bağlanmanın sağladığı işlevlere benzer şekilde, bireyin hem olumsuz duygularla baş etmesine hem de olumlu duyguları deneyimleyebilmesine katkıda bulunan koruyucu bir mekanizma olarak değerlendirilebilir (46).

Şefkatle hayal kurma (imgeleme), bireyin kendisini güvende hissetmesine katkı sağlayacak biçimde nazik, sevecen ve sıcak

niteliklere sahip kişi, nesne veya mekânları zihninde canlandırması olarak tanımlanmaktadır (32). Öz-şefkat yaklaşımında öne çıkan bu teknik, özellikle “mükemmel bakım verici” yöntemi aracılığıyla uygulanmaktadır (48). Söz konusu yöntem, bireyin içselleştirebileceği bir bakım verici figürü ile ilişki deneyimini beslemeyi, böylece kendini yatıştırma kapasitesini geliştirmeyi ve güvenlik duygusunu harekete geçirmeyi amaçlamaktadır. Bu bağlamda, bilişsel terapide olduğu gibi, bireyin öz-yargılayıcı ve işlevsel olmayan düşünce kalıpları, daha sıcak, şefkatli ve destekleyici duygular uyandırabilecek bir düşünme yapısına dönüştürülmeye çalışılmaktadır. Şefkatle imgeleme sürecinde yalnızca zihinsel temsiller değil, aynı zamanda ses tonu, yüz ifadeleri, jestler ve hatta imgelemedeki figürün fiziksel özellikleri (örneğin boyut, duruş, mimik) de çalışmaya dâhil edilmektedir (48, 49).

Şefkatli hissetme ise bireyin, hem diğer canlılara hem de kendisine karşı şefkat geliştirebilme kapasitesini ve aynı zamanda başkalarından şefkat alabilme deneyimini ifade etmektedir (32). Bu beceri, bireyin hem kişilerarası bağlamda hem de içsel süreçlerinde şefkati deneyimleyerek duysal düzenleme kapasitesini güçlendirmesine olanak tanımaktadır. Şefkat kavramının kökeni Budist düşünceye dayandırılmakta olup yaklaşık 2500 yıllık bir geçmişe sahiptir (51). Bununla birlikte, Batı psikolojisinin Doğu psikolojisine yönelik ilgisi özellikle son yüzyılda artış göstermiştir (52). Terapi sürecinde şefkat, terapist ve danışan arasındaki ilişkinin merkezinde yer alsa da, şefkatin bileşenleri Batı bilminde ancak yakın dönemde sistematik olarak incelenmeye başlanmıştır (53).

Şefkat Odaklı Terapi (ŞOT)

Gilbert ve Irons, şefkati Sosyal Zihniyet Kuramı'nın evrimsel modeli temelinde kavramsallaştırmış, ardından Gilbert bu yaklaşımı evrimsel, sosyal, gelişimsel ve nörobilimsel bulgularla birlikte Budist psikoloji ilkelerini de içine alan Şefkat Odaklı Terapi'yi (ŞOT) geliştirmiştir (51, 53- 58). ŞOT'nin

geliştirilme sürecinde temel gözlem, yüksek düzeyde öz-eleştiri ve utanç eğilimine sahip bireylerin, bilişsel terapi çerçevesinde işlevsel alternatif düşünceler geliştirebilmelerine rağmen kendilerini daha iyi hissedemedikleridir. Bu bireylerin, hem kendileriyle hem de diğerleriyle kurdukları ilişkilerde hoşnutluk, güven, samimiyet ve yakınlık gibi duyguları deneyimlemekte güçlük yaşadıkları görülmektedir. Dolayısıyla ŞOT, bireylerin ilişkilerinde bu duygusal deneyimleri yaşayabilmelerine aracılık etmeyi ve aynı zamanda duygu düzenleme becerilerini geliştirmeyi amaçlayan bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır (52).

Şefkat ve Bağlanma Arasındaki İlişki

Ebeveynlerin duyarlı ve şefkatli bakımı, sıcaklığı bebek ve çocukların güvenli bağlanma olasılıklarını arttırmaktadır (55, 60). Şefkatli ve duyarlı bakım ve empatinin sadece çocukların bağlanmaları ve psikolojik iyi oluşlarını değil ergenlerin de gelişimsel problemlerini azaltmada önemli bir yere sahiptir. Şefkat ve sıcaklık ergenlerin algıladıkları stres düzeylerini azaltmakta ve depresyon riskini düşürmektedir (62- 65). Hasta çocuklarda şefkatli bakım, empati ve destekleyici iletişimin çocuklara hastalığı kabul etme ve uyum sağlama süreçlerini kolaylaştırdığı belirtilmiştir (66- 68). Bu tür yetersiz deneyimlerin sonucu olarak bireyler, sosyal ilişkiler aracılığıyla duygu düzenleme sistemlerini aktive etmekte zorlanabilmekte ve psikopatolojiye karşı daha savunmasız hale gelebilmektedir (24). Dolayısıyla başkalarından alınan bakım ve şefkatin, bireyin duygu düzenleme becerilerinde ve genel psikolojik iyi oluş düzeyinde kritik bir etkiye sahip olduğu görülmektedir.

Bağlanma Kuramı'na göre, çocuk stres veya tehdit algıladığı durumlarda bakım verenine yönelerek yakınlık arayışına girer (56). Bu yakınlık gereksinimi karşılandığında bakım veren, çocuk için güvenli bir sığınak işlevi üstlenir. Böyle durumlarda bakım verenin çocuğa dokunması veya sarılması, çocuğun sakinleşmesine ve duygusal dengesini yeniden

kazanmasına yardımcı olur. Nitekim psikolojik rahatsızlık yaşayan birçok birey, erken çocukluk döneminde yeterli fiziksel yakınlık ve güven verici temas deneyiminden yoksun kaldıklarını ifade etmektedir. Çocuklukta yaşanan bu olumsuz deneyimler, klasik koşullanma süreçleri aracılığıyla bireyin sakinleşme ve rahatlamaya ilişkin duygusal anılarının oluşumunda belirleyici rol oynar (6). Yapılan araştırmada, annenin duyarlı ve şefkatli bakımı anne çocuk arasındaki güvenli bağlanmayı orta düzeyde etkilediği görülmüştür (57). Benzer olarak, Madigan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma sonucuna göre, ebeveyn duyarlılığı ile çocukların güvenli bağlanmaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Güvenli bağlanma hem anne hem baba açısından incelenmiş ve benzer sonuçlar çıkmıştır. Ebeveyn duyarlılığı, çocukların güvenli bağlanma geliştirmesinde önemli bir rol oynamaktadır (58). Ebeveyn duyarlılığının artırılmasının çocukların bağlanma güvenliğini de iyileştirdiğini ve duyarlılığın bağlanma güvenliğini şekillendirmede nedensel bir rol oynadığını desteklemektedir (59). Bu nedenle, ebeveyn duyarlılığını artırmaya yönelik müdahaleler, çocukların güvenli bağlanma geliştirmelerine katkıda bulunabilir.

Şefkat akışının önemli bir bileşeni olan kendine yönelik şefkat (self-compassion), Türkçeye farklı biçimlerde çevrilmiştir. Alan yazında bu kavram, öz anlayış, öz duyarlılık ve öz şefkat terimleriyle ifade edilmektedir (69-71). Şefkati başkalarına aktarabilmek, öncelikle bireyin acı çeken kişiye, deneyimlerin sonuçlarının tamamen bireyin kontrolünde olmadığını kabul eden ve acının evrenselliğini vurgulayan bir tutumla yaklaşabilmesini gerektirmektedir⁷¹. Bu açıdan şefkat, merhametten ayrılmaktadır. Zira merhamet, karşıdakine acıya ve güçsüzlük atfederken; şefkat, diğerinin baş etme kapasitesini göz ardı etmemekte, ast-üst ilişkisine dayalı bir hiyerarşi yaratmamaktadır (73, 74). Başkalarından bireye yönelen şefkat, kişinin yaşadığı acının içinde kaybolmadan, bu acıyı kabullenebilmesini, başkalarıyla paylaşabilmesini ve yardıma açık olabilmelerini

İçermektedir. Ayrıca bireyin acısını dile getirme cesaretini göstermesi, başkalarından gelen sevgi ve anlayışı deneyimlemesine olanak tanımaktadır (75). Bireyin kendisine yönelik şefkati ise, Neff'in tanımına göre, acı verici deneyimlerin eleştirilmeden, kişiselleştirilmeden ve evrensel bir perspektifle kabul edilmesi ve kişinin kendisine anlayış gösterebilme becerisidir (42). Bu yaklaşım, bireyin olumsuz yaşantılar karşısında kendisine destekleyici ve kabullenici bir tutum geliştirmesini sağlamaktadır.

Batı kültüründe şefkat, ağırlıklı olarak başkalarına yönelen bir duygu ve tutum biçiminde ele alınmaktadır. Ancak Doğu felsefesinin, özellikle de Budist düşüncenin psikoloji bilimiyle etkileşimi sonucunda şefkatin bireysel bir yönünün de olabileceği görüşü önem kazanmaya başlamıştır (42). Budist temele dayanan Doğu felsefelerinde "kendilik" ve "diğerleri" arasında kesin çizgiler bulunmamakta; aksine kendilik, diğerleriyle sürekli bir etkileşim ve karşılıklık içinde kavramsallaştırılmaktadır (72). Bu perspektiften bakıldığında, şefkat yalnızca başkalarına yönelen bir duygu değil; aynı zamanda kişinin kendi varoluşuna yöneltebileceği bir boyut olarak da değerlendirilmektedir.

Türkiye'de çocuklara yönelik şefkatli bakımın etkilerini inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Çalışmalar, ebeveynlerin öz-şefkat düzeylerinin çocukların duygusal ve davranışsal gelişimi üzerindeki etkilerini araştırmaktadır. Bu alandaki literatürün daha da genişletilmesi ve derinleştirilmesi gerekmektedir. Erken çocuklukta şefkatli/duyarlı bakım, güvenli bağlanmayı desteklemektedir. Okulda öğretmenin şefkatli tutumu çocuğun okul katılımını akademik başarısını ve okula olan uyumunu desteklemektedir (76- 78). Ergenlere yönelik uygulanan şefkat temalı eğitim programları ergenlerin depresif belirtilerini azalttığı ve öz eleştiri üzerinde olumlu etkilere neden olduğu görülmüştür. Hasta çocuklarda ise şefkatli ve duyarlı bakım çocuğun hastane ve

hastalık algılarını olumlu yönde etkilemesine neden olmaktadır (79- 81).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Şefkat, bireyin kendisine ve başkalarına yönelik duyarlılığını içeren, psikolojik iyi oluşu destekleyen ve toplumsal ilişkilerin niteliğini güçlendiren çok boyutlu bir olgudur. Çocukların gelişiminde şefkatli ve duyarlı bakımın; güvenli bağlanmayı, okul uyumunu, akademik başarıyı ve psikolojik sağlamlığı desteklediği görülmektedir. Bu nedenle hem aile ortamında hem de eğitim sisteminde şefkat odaklı yaklaşımların yaygınlaştırılması, çocukların sağlıklı gelişimi açısından kritik bir önem taşımaktadır.

Finansal destek

Bu araştırmada herhangi bir mali destek alınmamıştır.

Çıkar çatışması

Çalışma kapsamında herhangi bir kurum veya kişi ile ve yazarların kendi arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Yazar Katkıları

Fikir- H.Ö.; Tasarım- H.Ö., T.D.; Denetleme- H. Ö.;Kaynaklar- H.Ö., T.D.; Literatür Taraması- H.Ö., T.D, Eleştirel İnceleme- H.Ö.

KAYNAKLAR

1. Cornwell J, G.J., *Ensuing compassionate care in hospital*. . Nurs Ti mes 2009; 105(15):6-13.
2. Uslu, Y. and F.D. Korkmaz, *Yoğun bakımda hemşirenin hissi tarafı "şefkat" ve bakım*. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 2016; 20(2): 108-115.
3. Neff, K.D., *The development and validation of a scale to measure self-compassion*. Self and identity, 2003; 2(3): 223-250.
4. Germer, C. and K. Neff, *Teaching the mindful self-compassion program: A guide for professionals*. 2019: Guilford Publications.

5. Kurtoğlu, M. and Ş.S. Başgül, *Koruyucu faktör olarak öz-şefkat üzerine bir derleme çalışması*. Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research, 2021; 10(1): 56-65.
6. Gilbert, P., *The origins and nature of compassion focused therapy*. British journal of clinical psychology, 2013; 53(1): 6-41.
7. Kirby, J.N., *Compassion interventions: The programmes, the evidence, and implications for research and practice*. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 2017; 90(3): 432-455.
8. Singer, T. and O.M. Klimecki, *Empathy and compassion*. Current biology, 2013; 24(18): 875-878.
9. Organization, W.H. and U.N.C.s. Fund, *Nurturing care framework progress report 2018-2023: reflections and looking forward*. 2023: World Health Organization. [Internet]. Erişim adresi: [Nurturing care framework progress report 2018-2023: reflections and looking forward](#) Erişim Tarihi. 3.09.2025.
10. Unicef, *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Geneva: World Health Organization, 2018. [Internet]. Erişim adresi: [Nurturing care framework progress report 2018-2023: reflections and looking forward](#) Erişim Tarihi. 2.10.2025
11. Van Der Cingel, M., *Compassion and professional care: exploring the domain*. Nursing Philosophy, 2009; 10(2): 124-136.
12. Cole-King, A., & Gilbert, P. *Compassionate care: the theory and the reality*. In *Providing compassionate healthcare*. Routledge. 2013; 68-84.
13. Gu, J., et al., *An empirical examination of the factor structure of compassion*. PloS one, 2017; 12(2):e0172471.
14. Goetz, J.L., D. Keltner, and E. Simon-Thomas, *Compassion: an evolutionary analysis and empirical review*. Psychological bulletin, 2010; 136(3):351- 374.
15. Jazaieri, H., Jinpa, G. T., McGonigal, K., Rosenberg, E. L., Finkelstein, J., Simon-Thomas, E., Jinpa, T. , *Compassion cultivation training (CCT): Instructor's manual*. Unpublished manuscript, Stanford, CA. 2010.
16. Peterson, C., *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. 2004, Oxford University Press.
17. Worline, M. and J.E. Dutton, *Awakening compassion at work: The quiet power that elevates people and organizations*. 2017: Berrett-Koehler Publishers.
18. Nijboer, A.A. and M.C. Van Der Cingel, *Nurse Education Today Compassion: Use it or lose it? ☆ A study into the perceptions of novice nurses on compassion: A qualitative approach*. 2019.
19. Kostanski, M., *The power of compassion: An exploration of the psychology of compassion in the 21st century*. 2009: Cambridge Scholars Publishing.
20. Carse, A.L., *The moral contours of empathy*. Ethical Theory and Moral Practice, 2005; 8(1): 169-195.
21. Cornelius, R.R., *The science of emotion: Research and tradition in the psychology of emotions*. 1996: Prentice-Hall, Inc.
22. Scott, P.A., *Emotion, moral perception, and nursing practice*. Nursing Philosophy, 2000; 1(2): 123-133.
23. Kirby, J.N., J. Day, and V. Sagar, *The 'Flow' of compassion: A meta-analysis of the fears of compassion scales and psychological functioning*. Clinical psychology review, 2019; 70: 26-39.
24. Gilbert, P., et al., *Fears of compassion: Development of three self-report measures*. Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice, 2011; 84(3):239-255.
25. Di Fabio, A. and D.H. Saklofske, *The relationship of compassion and self-compassion with personality and emotional intelligence*. Personality and individual differences, 2021; 169: 1- 91.
26. Fulton, C.L., *Self-compassion as a mediator of mindfulness and compassion for others*. Counseling and Values, 2018; 63(1): 45-56.
27. Park, J.J., et al., *The contribution of self-compassion and compassion to others to students' emotions and project commitment*

when experiencing conflict in group projects. *International Journal of Educational Research*, 2018; 88: 20-30.

28. Rashid, S., et al., *Relationship between self-compassion and Compassion for others*. *Ilkogretim Online*, 2021; 20(6): 440-447.

29. Rushing, J.E., *Music herapists' self-compassion, compassion for others, and professional quality of life*. 2017.

30. Vu, H.A. and L.M. Rivera, *Self-compassion and negative outgroup attitudes: The mediating role of compassion for others*. *Self and Identity*, 2023; 22(3): 470-485.

31. Gilbert, P., *Introducing compassion-focused therapy*. *Advances in psychiatric treatment*, 2009; 15(3): 199-208.

32. Beaumont, E., et al., *Compassion for others, self-compassion, quality of life and mental well-being measures and their association with compassion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative survey*. *Midwifery*, 2016; 34: 239-244.

33. Sanchez, M., et al., *Friendship maintenance mediates the relationship between compassion for others and happiness*. *Current Psychology*, 2020; 39(2): 581-592.

34. Gilbert, P. and J. Mascaro, *29 Compassion Fears, Blocks and Resistances: An Evolutionary Investigation*. *The Oxford handbook of compassion science*, 2017: p. 399.

35. Tirch, D., B. Schoendorff, and L.R. Silberstein, *The ACT practitioner's guide to the science of compassion: Tools for fostering psychological flexibility*. 2013: New Harbinger Publications.

36. Neff, K.D., K.L. Kirkpatrick, and S.S. Rude, *Self-compassion and adaptive psychological functioning*. *Journal of research in personality*, 2007; 41(1):139-154.

37. Gilbert, P., *An evolutionary approach to emotion in mental health with a focus on affiliative emotions*. *Emotion Review*, 2015; 7(3): 230-237.

38. Dias, B.S., C. Ferreira, and I.A. Trindade, *Influence of fears of compassion on body image shame and disordered eating*. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 2020; 25(1): 99-106.

39. Strauss, C., et al., *What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures*. *Clinical psychology review*, 2016; 47:15-27.

40. Neff, K., *Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself*. *Self and identity*, 2003; 2(2): 85-101.

41. Neff, K.D. and C.K. Germer, *A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program*. *Journal of clinical psychology*, 2013; 69(1): 28-44.

42. Kanov, J.M., et al., *Compassion in organizational life*. *American Behavioral Scientist*, 2004; 47(6): 808-827.

43. Condon, P. and L. Feldman Barrett, *Conceptualizing and experiencing compassion*. *Emotion*, 2013; 13(5): 817- 821.

44. Nas, E. and R. Sak, *Merhamet ve merhamet odaklı terapi*. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2020; 8(1): 64-84.

45. Okano, H. *Decoding the mind of self-compassion through a topic network approach*. *Scientific Reports*, 2025; 15, 20682.

46. Kıcalı, Ü., *Öz-şefkat ve tekrarlayıcı düşünmenin olumsuz duygulanım ve depresyon ile ilişkilerinin incelenmesi*. *Maltepe Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / Psikoloji Ana Bilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*. 2015.

47. Gilbert, P., & Simpson, J. *The evolving science of compassion: Integrating attachment, affect regulation, and social mentality theory*. *Frontiers in Psychology*, 2024; 15, 1369321.

48. Jeon, H., K. Lee, and S. Kwon, *Investigation of the structural relationships between social support, self-compassion, and subjective well-being in Korean elite student athletes*. *Psychological Reports*, 2016; 119(1): 39-54.

49. Beck, A.T., et al., *Cognitive therapy of depression*. 2024: Guilford Publications.

50. Welford, M., *The power of self-compassion: Using compassion-focused therapy to end self-criticism and build self-confidence*. 2013: New Harbinger Publications.

51. Gilbert, P., *Compassion focused therapy: Distinctive features*. 2010: Routledge.

52. Gilbert, P. and C. Irons, *Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking*, in *Compassion*. Routledge. 2005; 263-325.
53. Gilbert, P., *A New Approach to Life's Challenges*. 2009: Constable.
54. Gilbert, P., *Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach*, in *Compassion*. Routledge 2005; 9-74.
55. Gilbert, P. and S. Procter, *Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach*. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 2006; 13(6): 353-379.
56. Bowlby, J., *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. 1969, Basic books.
57. De Wolff, M.S. and M.H. Van Ijzendoorn, *Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment*. *Child development*, 1997; 68(4): 571-591.
58. Madigan, S., et al., *Maternal and paternal sensitivity: Key determinants of child attachment security examined through meta-analysis*. *Psychological bulletin*, 2024; 150(7): 839- 872.
59. Bakermans-Kranenburg, M.J., M.H. Van Ijzendoorn, and F. Juffer, *Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood*. *Psychological bulletin*, 2003; 129(2): 195- 215.
60. Kranenburg, L., M. Lambregtse-van den Berg, and C. Stramrood, *Traumatic childbirth experience and childbirth-related post-traumatic stress disorder (PTSD): a contemporary overview*. *International journal of environmental research and public health*, 2023; 20(4): 2- 8.
61. Khaleque, A. and R.P. Rohner, *Transnational relations between perceived parental acceptance and personality dispositions of children and adults: A meta-analytic review*. *Personality and Social Psychology Review*, 2012; 16(2): 103-115.
62. Bluth, K., et al., *Feasibility, acceptability, and depression outcomes of a randomized controlled trial of Mindful Self-Compassion for Teens (MSC-T) for adolescents with subsyndromal depression*. *Journal of adolescence*, 2024; 96(2): 322-336.
63. Bluth, K., P.N. Roberson, and S.A. Gaylord, *A pilot study of a mindfulness intervention for adolescents and the potential role of self-compassion in reducing stress*. *Explore*, 2015; 11(4): 292-295.
64. Vestin, M., et al., *Internet-based group compassion-focused therapy for Swedish young people with stress, anxiety and depression: a pilot waitlist randomized controlled trial*. *Frontiers in Psychology*, 2025; 16: 1- 16.
65. Bratt, A.S., M. Rusner, and I. Svensson, *An exploration of group-based compassion-focused therapy for adolescents and their parents*. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 2020; 8: 38- 47.
66. Jenkins, L., S. Ekberg, and N.C. Wang, *Communication in pediatric healthcare: A state-of-the-art literature review of conversation-analytic research*. *Research on Language and Social Interaction*, 2024; 57(1): 91-108.
67. October, T.W., et al., *Characteristics of physician empathetic statements during pediatric intensive care conferences with family members: a qualitative study*. *JAMA network open*, 2018; 1(3):e180351-e180351.
68. Spataro, V., et al., *A systematic literature review on initiatives to involve children and adolescents in evaluating their hospitalization experience*. *BMC Health Services Research*, 2025. 25(1): 2- 18.
69. Deniz, M., Ş. Kesici, and A.S. Sümer, *The validity and reliability of the Turkish version of the Self-Compassion Scale*. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 2008; 36(9):1151-1160.
70. Akın, Ü., A. Akın, and R. Abacı, *Öz-duyarlık Ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2007, 33(33): 1-10.
71. Yıldırım, M. and T. Sarı, *Öz-şefkat ölçeği kısa formu'nun türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. *Abant izzet baysal üniversitesi eğitim fakültesi dergisi*, 2018; 18(4): 2502-2517.

72. Özyeşil, Z., *Üniversite öğrencilerinin öz-anlayış düzeylerinin bilinçli farkındalık kişilik özellikleri ve bazı değişkenler açısından incelenmesi*. Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı / Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bilim Dalı Doktora Tezi. 2011.
73. Atalay, M., *Hazırlanan psikoeğitim programının lise öğrencilerinin duyu düzenleme becerilerine ve bilinçli farkındalık düzeylerine etkisi*. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. 2019.
74. Ak, E., *Ebeveynlerin öz şefkat düzeyleri ile anne baba çocuk yetiştirme tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı Psikoloji Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. 2021.
75. S., B., *Meditation for Dummies*. Indiana. Wiley Publishing Inc. 2006.
76. Roorda, D.L., et al., *The influence of affective teacher–student relationships on students’ school engagement and achievement: A meta-analytic approach*. Review of educational research, 2011; 81(4): 493-529.
77. Lei, H., Y. Cui, and M.M. Chiu, *Affective teacher—student relationships and students’ externalizing behavior problems: A meta-analysis*. Frontiers in psychology, 2016; 7: 1-12.
78. Connolly, P., et al., *A cluster randomised controlled trial and evaluation and cost-effectiveness analysis of the Roots of Empathy schools-based programme for improving social and emotional well-being outcomes among 8-to 9-year-olds in Northern Ireland*. Public Health Research, 2018.
79. Hayat Sende Derneği. *Koruma altında yetişen çocuklarda bağlanma*. [İnternet]. Erişim adresi: [KORUMA ALTINDA YETİŞEN ÇOCUKLARDA BAĞLANMA - Hayat Sende Derneği](#) 2022.Erişim Tarihi: 2.08.2025.
80. Akatlı, R. and G.Y. Tunçay, *Ebeveynlerin bağlanma biçimlerinin çocuk yetiştirme tutumları üzerindeki yordayıcı rolü*. Erken Çocukluk Çalışmaları Dergisi, 2022; 6(1): 175-203.
81. *Ankara Çocuk Meclisi*. (2015). *Sokak çocuklarına şefkat haftası araştırması*. . 2015. [İnternet]. Erişim adresi: [Sokak Çocuklarına Şefkat Haftası Aratırması](#) Erişim Tarihi: 109.2025.

ÜRETRA DARLIĞI, TEDAVİ YÖNTEMLERİ, ÜRETROPLASTİ VE ÜRETROPLASTİ UYGULANAN HASTANIN HEMŞİRELİK BAKIMI

URETHRAL STRICTURE, TREATMENT METHODS, URETHROPLASTY AND NURSING CARE OF THE PATIENT WHO UNDERWENT URETHROPLASTY

Ayla YAVUZ KARAMANOĞLU¹, Ali Ersin ZÜMRÜTBAŞ²

¹ Dr. Öğr. Üyesi; Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye
² Prof. Dr. Üroden Üroloji Merkezi A.Ş., Denizli, Türkiye

Özet

Üretral darlık, fiziksel sağlığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir sağlık sorunudur. Üretra darlığı, üretra epitelinin hasar görmesi sonucu üretral duvarın fibrozisine bağlı olarak üretral lümenin daralması olarak tanımlanır. Bu durum, hastalarda genellikle alt üriner sistem semptom ve bulgularına neden olmaktadır. Üretral darlığın gelişiminde, konjenital defektler, inflamasyon, travma, idiyopatik ve iyatrojenik sorunlar etkili olabilmektedir. Üretra darlığının tedavisi, etiyojolojiye, darlığın lokalizasyonuna ve uzunluğuna, hastanın daha önce geçirmiş olduğu üretral ameliyatlara göre değişmektedir. Tedavi seçenekleri endoskopik ve açık cerrahi tekniklerini içermektedir. Güncel kılavuzlar, daha önce bir endoskopik girişim uygulanmış ve tekrar darlık gelişme riski yüksek olan hastalar için üretroplastiyi önermektedir. Üretroplasti, farklı flep ve greft kullanılarak çeşitli yöntemlerle yapılabilmektedir. Uygulanan tedaviye yönelik hemşirelik bakımının verilmesi, hastanın yaşam kalitesinin artırılmasında, nüks ve komplikasyon gelişimini önlemede oldukça önemlidir. Bu nedenle, üretral darlık, etiyojisi, tedavi yöntemleri ve onlara yönelik hemşirelik bakım ilkelerinin bilinmesi önemlidir. Literatürde üretra darlığı, tedavi yöntemleri, üretroplasti ve hemşirenin sorumluluklarına ilişkin yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Bu derleme ile, üretral darlık etiyojisi, belirti ve bulguları, tanı ve tedavi yöntemleri, üretroplasti, üretroplasti uygulanan hastanın ameliyat öncesi ve sonrası hemşirelik bakımı konusunda bilgi vermek amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Üretral darlık, üretroplasti, hemşirelik bakımı

Abstract

Urethral stricture is a health problem that negatively affects physical health and quality of life. Urethral stricture is defined as the narrowing of the urethral lumen due to fibrosis of the urethral wall as a result of damage to the urethral epithelium. This condition usually causes lower urinary tract symptoms and findings in patients. Congenital defects, inflammation, trauma, idiopathic and iatrogenic problems may be effective in the development of urethral stricture. The treatment of urethral stricture varies according to the etiology, localization and length of the stricture, and previous urethral surgeries the patient has undergone. Treatment options include endoscopic and open surgical techniques. Current guidelines recommend urethroplasty for patients who have previously undergone an endoscopic procedure and are at high risk of developing a recurrence of stricture. Urethroplasty can be performed with various methods using different flaps and grafts. Providing nursing care for the applied treatment is very important in increasing the patient's quality of life and preventing recurrence and complications. Therefore, it is important to know the etiology, treatment methods and nursing care principles of urethral stricture.

There are not enough studies in the literature on urethral stricture, treatment methods, urethroplasty and the responsibilities of the nurse. This review aims to provide information on the etiology of urethral stricture, symptoms and findings, diagnosis and treatment methods, urethroplasty, and preoperative and postoperative nursing care of the patient who underwent urethroplasty.

Keywords: Urethral stenosis, urethroplasty, nursing care

ORCID ID: A.Y.K. 0000-0002-9252-5570; A.E.Z 0000-0002-1795-9678

Sorumlu Yazar: Ayla YAVUZ KARAMANOĞLU, Dr. Öğr. Üyesi; Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye

E-mail: aykaraman@pau.edu.tr

Geliş tarihi/ Date of receipt: 09.07.2025

Kabul tarihi / Date of acceptance: 10.09.2025

GİRİŞ

Üretra Darlığı

Üretra epitelinin hasar görmesi sonucu üretral duvarın fibrozisine bağlı olarak üretral lümenin daralması, üretral darlık olarak tanımlanır (1-6). Darlık, eksternal üretral meatus ile mesane boynu arasında herhangi bir alanda gelişebilir (1). Bu darlıkların uygun ve zamanında tedavi edilmemeleri üriner sistem obstrüksiyonu, üriner retansiyon, üriner sistem enfeksiyonu, mesane taşı ve böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlara neden olabilmektedir (3,6,7). Üretral darlık, nüks eğilimi yüksek olan ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen tedavisi zor bir problemdir (8-10).

Epidemiyoloji

Üretral darlık, erkeklerde yaygın bir hastalıktır ve prevalansı 100.000 erkekte 229-627'dir (5,11). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki prevalansın genç erkeklerde yaklaşık 200/100.000 ve 65 yaşın üzerindeki erkeklerde 600/100.000 arasında olduğu tahmin edilmektedir (12). Sanayileşmiş ülkelerdeki erkekler arasında üretral darlık insidansının %0.9 ve özellikle duyarlı popülasyonlar (ileri yaş ve erkek) arasında ise insidansın %0.6 olduğu ifade edilmektedir (3,5,6). Kadınlarda dirençli alt üriner sistem semptomlu kadınların %0.08-5.4'ünde görülmekte ve 64 yaş üstü kadınlarda görülme oranında belirgin bir artış olmaktadır (13). Erkeklerde özellikle bulbar üretra (%46.9) olmak üzere anterior üretra (%92.2) en sık etkilenen bölümdür (1).

Etiyoloji

Üretral darlığın etiolojisinde özellikle gelişmekte olan ülkelerde doğum travması, gelişmiş ülkelerde ise iyatrojenik ve idiyopatik nedenler etkili olmaktadır (1,12,14). Travmatik üretral yaralanma, genitoüriner sistem enfeksiyonları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (gonore), başarısız hipospadias onarımı, liken skleroz, pelvik radyasyon, iyatrojenik üretral yaralanma (üretral kateterizasyon, üretral dilatasyonlar, transüretral prostat cerrahisi,

radikal prostatektomi ve ablatif tedaviler), inflamatuvar cilt rahatsızlıkları ve/veya önceki alt üriner sistem enstrümantasyonu üretral darlık gelişimine neden olan durumlardır (5,6,15-21). Ayrıca, darlığın uzunluğu, yeri ve hastanın yaşı üretra darlığının etiolojisinde etkili olan diğer faktörlerdir (2,14,18). Anterior üretra darlıklarının oluşumunda daha çok travma, inflamasyon veya iyatrojenik nedenler etkili olurken, posterior üretra darlıklarının oluşumunda ise cerrahi girişim veya pelvik fraktür etkili olmaktadır (2). Üretral darlığın uzunluğu üretra ve etraf dokulardaki fibrozisin derecesi ile yakından ilişkilidir. İnflamatuvar hastalıklar, tekrarlanan üretral dilatasyonlar, uzun süreli üretral kateterizasyonlar ve travmatik üretral yaralanmalar uzun üretral darlıklara neden olmaktadır (18). İleri yaş, darlık ihtimalini artırmaktadır (14). Bu duruma, doku kanlanmasının azalması ve iskeminin neden olduğu düşünülmektedir (12). Ayrıca ileri yaş grubundaki hastalara kanser tedavileri nedeniyle uygulanan pelvik radyoterapi, mesane tümörleri ve prostat hastalıkları nedeniyle uygulanan transüretral rezeksiyonlar üretral darlığa neden olabilmektedir (14).

Belirti ve Bulgular

Üretra darlığı olan hastalar, sıklıkla alt üriner sisteme ilişkin semptom ve bulgular nedeniyle hastaneye başvururlar. İdrar yaparken zorlanma, idrar akımında zayıflama, mesanenin tam boşalmaması, sık tuvalete gitme, idrar yapma sonrası damlama, noktüri, idrar yapma sırasında artan ağrı, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu, zor kateterizasyon ve idrar retansiyonu üretra darlığına bağlı gelişen belirti ve bulgulardır (2,17,22). Bazen de hastalar, prostatit, epididimit-orşit veya mesane taşı ile başvurabilmektedirler (2).

Tanı Koyma

Tedavi öncesi üretra tam olarak değerlendirilmelidir (14). Tanısal değerlendirmede öncelikle hastanın ayrıntılı

öyküsü alınmalı ve fizik muayenesi yapılmalıdır (13,17,23-30).

Hasta Öyküsünün Alınması

Öykü, üriner darlığın semptomlarını, şiddetini, süresini, olası etiyojolojiyi, önceki tedavileri ve komplikasyonları kapsar. Etiyojolojiyi belirlemek için pelvik, genital veya perineal travma, üretrit, pelvik radyasyon, fokal tedaviler, önceki enstrümantasyon ve ameliyat öyküsü sorgulanmalıdır. Önceki cerrahi yaklaşımlar ve en son cerrahi girişim tarihi belirlenmelidir. Diyabet, immünosupresyon ve sigara içme gibi faktörler sorgulanmalıdır (13).

Fizik Muayene

Abdomen muayenesiyle mesane değerlendirilmelidir. Genital muayenede sünnet derisinin varlığı, meatusun konumu ve boyutu kaydedilmelidir (13). Ayrıca liken sklerozisli olgularda anterior üretradaki skar dokularını palpasyonu önemlidir (2,13). Penil veya perineal fistül varlığı not edilmelidir. Prostat patolojisini değerlendirmek için rektal muayene yapılmalıdır. Ağız boşluğu incelenerek mukoza değerlendirilmelidir (13). Nörosensoryel eksiklikler, yüz deformitesi, tükürük değişiklikleri, ağrı, ağzı açma ve konuşma güçlüğü varlığı gözden geçirilmelidir (24). Hastaların beden kitle indeksi ölçülmeli ve kalça hareketliliği değerlendirilmelidir (13).

Laboratuvar Değerlendirmesi ve Radyolojik İnceleme

Tanı koymada idrar tahlili (+/- kültür), üroflowmetri, rezidü idrar hacminin değerlendirilmesi, retrograd üretrografi, voiding sistoüretrografi, üretroskopi, sonüretrografi, fleksible sistoüretroskopi, üretrosistostokopi, pelvi-abdominal ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme ve endoskopiden yararlanılmaktadır (13,17,23-30). Maligniteden şüpheleniliyorsa liken

sklerozu doğrulamak için ameliyat öncesi biyopsi yapılabilir (13).

Tedavi Yöntemleri

Üretra darlığının tedavisi, etiyojolojiye, darlığın lokalizasyonuna, sayısına, uzunluğuna ve şekline, enfeksiyon varlığına, spongiofibrozisin yaygınlığına, hastanın önceki tedavi geçmişine ve geçirdiği üretral ameliyatlara, cerrahın deneyimine, hastanın ve cerrahın seçimine göre değişmektedir (2,19,25,26,29,30). Bu nedenle tedavi, hastaya göre planlanmalıdır (25). Üretral darlık için tedavi seçenekleri endoskopik ve/veya açık cerrahi teknikleri içerir (3,5,10,26). Günümüzde üretra darlıklarının tedavisinde en çok kullanılan yöntem endoskopidir (4,15,19). Endoskopik tedavi olarak; üretral dilatasyon veya internal üretrotomi uygulanmaktadır (5-7,9,11,12,26,31). Bu yöntemlerden, genelde kısa, keskin ve tek bir alandaki bulber darlığın tedavisinde yararlanılmaktadır (23). Bu tedaviler, basit ve tekrarlanabilir olmaları, düşük morbidite ve maliyetleri nedeniyle tercih edilmektedir. Epitelyal fibrozis ve nüks neden olabilmesi yöntemlerin dezavantajıdır (4,12). Endoskopik cerrahi sonrası yüksek nüks oranları, son dönemde açık cerrahi yöntemlerin tercih edilmesine neden olmuştur (10). Açık cerrahi teknik, bir greft veya flep ile birlikte uygulanabilen üretroplastiyi içermektedir (3,7,11). Güncel kılavuzlar, üretroplastiyi daha önce bir endoskopik girişim uygulanmış ve tekrar darlık gelişme riski yüksek olan hastalar için altın standart yöntem olarak önermektedir (3,4,31). Özellikle birden fazla nüks risk faktörü olan hastalara, uygunsa üretroplasti uygulanmalıdır. Bu nedenle endikasyon ve risk faktörü olmayan veya sadece bir risk faktörü olan hastalarda dilatasyon veya internal üretrotomi yapılmalıdır (25). Kısa basit darlıkların tedavisinde endoskopik yol tercih edilirken, uzun kompleks darlıkların tedavisinde bir ya da iki aşamalı üretroplasti

tercih edilmektedir (2). Ayrıca sorunun çözümüne yönelik yeni tedavi seçenekleri (örn. kök hücreler, stentler ve antifibrotik ajanlar) geliştirilmektedir (6).

Üretral Dilatasyon

Üretral darlıkların birinci basamak tedavisi dilatasyondur (20). Bulber üretra darlığı, meatal/ fossa navikularis darlıkları ve sfinkterik darlıklar üretral dilatasyon endikasyonlarıdır. Bu tedavi, 1 cm'den küçük olan ve spongiofibrozis oluşmadan gelişen kısa darlıklarda tercih edilmektedir. Genellikle yaşam beklentisi sınırlı olan, komorbiditesi yüksek ve girişimi kaldıramayacak hastalarda bu yöntem uygulanır (2).

İşlem; balon dilatasyonu, metal dilatatörler veya nelaton sondalar yardımı ile yapılır. Zorlanarak yapılan dilatasyonlar submukozal kanama, ekstrevasiyon ve fibrozis gelişimiyle darlığın tekrarına yol açabilir (1). Hafif derecedeki darlıkların tedavisi Klasik Foley, Nelaton veya Tiemann uçlu sondalarla yumuşak dilatasyon şeklinde uygulanır. Rijid dilatasyon yapılacaksa, Benique ve Hegar gibi daha sert özellikteki bujilerden yararlanılmaktadır. İşlem, en inceden başlayarak sırasıyla daha kalın materyallerin (sonda veya buji) mesaneye geçirilmesi ile yapılır. Üretral travmaya, yalancı yol oluşumuna ve kompleks darlıklara neden olabilmesi yöntemin dezavantajlarıdır (23).

İnternal Uretrotomi (İU)

Yöntem, 2-3 cm'den daha kısa olan darlıklarda uygulanmaktadır (23). İşlem, sıfır derece optiğin olduğu üretroskopi ile girilerek darlığın, soğuk bıçak yardımıyla insize edilmesi esasına dayanır (2,23). İleri derecede daralma gözlenen vakalarda darlık içerisinden kılavuz tel gönderilir ve tel üzerinden işlem uygulanır. İşlem sonrası hastaya Foley kateter yerleştirir ve iyileşme kateter üzerinden gerçekleşir (23). Kolay ve lokal anestezi ile de uygulanabiliyor,

yan etkilerinin ve nekroz gelişme ihtimalinin az, hastanede kalış süresinin kısa, güvenilir, ekonomik ve tekrarlanabilir olması nedeniyle işlem, ilk başvurulabilecek yöntemlerden biridir (2,15,16). İşlem sonrası en sık görülen komplikasyon darlığın tekrarlamasıdır. Kanama, erektil disfonksiyon, hematoma ve epididimo-orşit gelişebilecek diğer komplikasyonlardır (2).

Üretroplasti

Üretroplasti, tekrarlayan ve uzun primer üretra darlıkları için altın standart tedavidir (10,11,13,29,32-34). Periüretral fibröz doku yoğunluğu fazla, 1.5 cm'den uzun, nüks etmiş ve başarısız internal üretrotomi öyküsü olan vakalarda bu yöntem uygulanmalıdır (16). Üretra darlığı için çeşitli üretroplasti teknikleri tanımlanmıştır (4,20,35). Tüm teknikler, en az yan etki ile etkin ve uzun dönem başarılı sonuçlar sunmayı amaçlamaktadır. Üretral darlığın etiyojisi, lokalizasyonu, uzunluğu, lokal derinin durumu, hastanın komorbiditeleri, spongiofibrozis varlığı, önceki tedaviler, cerrahın deneyimi, greft materyalinin varlığı ve kalitesi üretral rekonstrüktif cerrahiye karar vermede etkili olan faktörlerdir (5,11,21,29,33,34). Genel olarak, kısa üretral darlık uçtan uca üretroplasti; daha uzun üretral darlık ise flep veya greft ile tedavi edilmelidir (2,6,12,26). Üretroplastide tek aşamalı ve iki aşamalı tekniklerden yararlanılmaktadır (13,29,32-34). Uzunluğu 6 cm'nin üzerindeki penil üretra darlığının tedavisinde iki aşamalı üretroplasti tercih edilmelidir (2,14). Literatürde üretroplasti uygulanan hastalarla yapılan çalışmalarda, hastaların ameliyat sonrası yaşam kalitesini ve hasta memnuniyetini yüksek bulduklarını belirtmişlerdir (29,36,37).

Anastomoz Üretroplasti

1.5-2 cm'den küçük, izole ve kısa bulboüretbral darlıklara, eksizyon ve anastomoz

uygulanmaktadır (10,14,18,24,26). Özellikle arka üretra darlığının tedavisinde bu teknikten yararlanılmaktadır (16). Cerrahi işlem, genel anestezi ile yapılır (7,24). Girişim genellikle perineal yolla nadiren de transpubik ya da kombine yöntem yardımıyla gerçekleştirilmektedir (16). Perineal yolla yapılacak ameliyatlarda hastalara litotomi pozisyonu verilir ve perinede ters Y şeklinde bir kesi yapılır. İnsizyon derinleştirilerek bulbar üretra proksimal uçtan mobilize edilir ve dar segmentin distal ucundan kesilir. Etkilenen dokular eksize edildikten sonra anastomoz uygulanır (38). Daha sonra mesaneye 16 Fr. bir silikon kateter yerleştirilir (39). Suprapubik kateter ve gerektiğinde dren konulmalıdır (38). Hastalar, genellikle ameliyat sonrası iki gün klinikte izlenir (39). Anastomoz yerinde kaçak olmadığından emin olmak için 2-3 hafta sonra perikateter üretrogramı çekilmelidir (38,39). Üroflovetri yapılır ve ardından foley kateter çıkartılır. Hastanın idrar çıkışı tatmin edici düzeyde ise suprapubik kateter çekilir (38). Hastalar 3., 12. ve 24. aylarda kontrole çağrılır (39).

Augmentasyon Üretroplastisi

Amerikan Üroloji Derneği (American Urological Association-AUA) Erkek Üretral Darlık Rehberi, meatus/fossa'nın tekrarlayan veya komplike darlıklarında, penil üretra darlıklarında, iki cm'den uzun veya bulbar üretranın tekrarlayan darlıklarında üretroplastiyi önermektedir (5). Ön üretra onarımlarında uç uca anastomoz yerine çeşitli doku transfer tekniklerinin kullanımı uygundur (16,26). Tedavide lokal fleplerden ve greftlerden yararlanılmaktadır (35). Genital ve ekstragenital cilt, mesane mukozası, kolon mukozası, postauriküler cilt ve oral mukoza greft olarak kullanılan dokulardır (14,20,25,35). Ogmentasyon üretroplastisi için, hastalıklı segment kesilir ve insize edilmiş üretra, bir greft

veya ikame epitel flep ile büyütülerek lümen genişletilir (12).

Greft Olarak Oral Mukozanın Kullanılması

Literatürde, üretral greftleme gerektiğinde oral mukozanın tercih edilmesi gerektiği belirtilmektedir (35). Oral mukozal greftin yaygın olarak uygulanması, yoğun submukoza ve geniş kapiller ağ, bulunabilirlik, güç, enfeksiyona direnç, minimum kasılma eğilimi, uygun doku özellikleri (kalın epitel, yüksek elastik lif içeriği, zengin vaskülarizasyon ve ince bir lamina propria sahip olması) gibi olumlu özelliklerinden kaynaklanmaktadır (5,7,12,24,28,32,34). Günümüzde oral mukozal greftler, iç alt dudak, iç yanak ve dilden alınabilmektedir. Üretroplastisi için, iç yanaktan alınan oral mukoza grefti (bukkal mukozal greft- BMG) yaygın olarak kullanılmaktadır (2,14,20,25,32,35). Dil, mukoza greftlerinin daha az sayıda vakada kullanıldığı görülmektedir. Alt dudak greftleri pediatrik hastalarda tercih edilmekte ve yetişkin hastalarda bunların kullanımı önerilmemektedir (35). Pediküllü flep üretroplastiler, yaşlı hastalarda önerilmemektedir (14).

Bukkal Mukozal Greft Üretroplastisi

Günümüzde bukkal mukozadan alınan greftler altın standart olarak önerilmektedir (2,24,27). Kıl kökü olmaması, kolay erişilebilir olması, gizli donör alanı, donör alandaki hızlı rejenerasyon, sürekli kullanılabilirliği, enfeksiyona karşı direnci, ıslak bir ortama mükemmel toleransı, mekanik, termal veya kimyasal tahriş edici maddelere karşı direnci, düşük donör alan morbiditesi, greft toplama kolaylığı, greft sağ kalımı, üretraya kalıcı entegrasyonu, hızlı iyileşme, iyi fonksiyonel ve kozmetik sonuç nedeniyle bukkal mukoza, son yıllarda ilk greft seçeneği olarak tercih edilmektedir (5,25,27,28,32-35,40). Bununla

birlikte bu yöntemin, perioral uyuşma ve his kaybı, ağız açılmasında kısıtlanma, ağız ağrısı, tükürük üretimindeki değişiklikler, yara izi ve ağız kuruluğu gibi çeşitli dezavantajları bulunmaktadır (25,26,32). Ayrıca meatusta çıkıntı, ekskoriyasyon ve kabuklanma gibi sorunlara neden olmaması yöntemin diğer avantajlarıdır (28). Ayrıca, bu yöntem hekim ve hemşireler için özel uzmanlık gerektirmektedir (26). Genç hastalarda genellikle greft olarak bukkal mukozanın kullanımı tercih edilmektedir (40). Yaşlı hastalarda ise uzun süreli tütün ve protez kullanımı, kötü ağız hijyeni, lökoplaki, artmış ağız hastalıkları, baş ve boyun tümörleri, diyabet, obezite ve hipertansiyon gibi eşlik eden hastalıkların varlığı greft kalitesini ve tedavisini olumsuz etkileyebilir (14, 40). Literatürde bu konuya ilişkin yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Sinha ve ark. (41) tütün kullanmayan hastalarda ameliyat başarısının tütün kullanan hastalara göre daha iyi olduğunu belirtmişlerdir (41). Policastro ve ark. (42) ise tütün kullanımının, bukkal mukozadaki genel yapı, vaskülarizasyon, skar oluşumu, inflamasyon belirteçleri veya endotel kök hücrelerinin varlığı üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını ifade etmişlerdir (42). BhalaguruIyyan ve arkadaşları (40) yaptıkları çalışmada, yaş ve tütün kullanımının bukkal mukoza greftlerinin başarısını önemli ölçüde etkilemediğini belirtmişlerdir (40).

Bukkal Mukoza Greft Çıkartılması

Bukkal greftin diseksiyonu doğru düzlemde yapılmalı, kasa zarar verecek kadar derin veya greft kalitesini bozacak kadar yüzeysel olmamalıdır (28). Rutin cilt hazırlığından sonra hastanın yüzü ağız açıkta kalacak şekilde örtülür (34). Ağız mukozasını açığa çıkarmak ve gerdirmek için ağıza Denhart ekartörü yerleştirilir (9,34,35). Stensen kanalı tanımlanmalı, işaretlenmeli ve dikkatle korunmalıdır (9,28,35,40). Retraksiyona

yardımcı olmak için dudağın vermilyon sınırının hemen içine süturlar yerleştirilir (9,35,40). Alınması planlanan greft, silinmez bir işaretleyiciyle belirlenmelidir. Submukozal bölgeye epinefrinle lokal anestezi uygulanır (9,34,35,40). Daha önce işaretlenen çizgilere soğuk bıçak kesisi yapılır ve keskin bir makas kullanılarak greft alımı tamamlanır (35). Epinefrinli gazlı bez ve elektrokoter ile hemostaz sağlanır (9,35). Oral mukoza donör alanları kendiliğinden iyileşmek üzere açık bırakılır veya süturla kapatılır (9,35,39). Alınan greftin genişliği 15-20 mm civarındadır (27). Greft, yağ ve submukozal dokulardan temizlenmeli ve sonra gerekli olan vakalarda meshlenmelidir (9,20,27,32,34,40). Greft, yerleştirilinceye kadar steril salin içinde tutulmalıdır (9,34,40). Hazırlanan greft, üretrada oluşturulan alana anastomoz edilir ve insizyon kapatılır (10,20). Hastaya 14- 16 Fr. Foley sonda konularak ameliyat sonlandırılır (10). Hafif basınçlı bir pansuman uygulanır (27).

Dilden Mukoza Greft Çıkartılması

Dil, uzun mukoza greftlerine ve kolay greft alımına izin vermesi açısından tercih edilen bir alandır (24). Plastik bir dudak açıcı yerleştirildikten sonra dilin tepesi bir forseps kullanılarak ağız dışına çekilir. Greft alan sınırları, medialde fimbriya kıvrımı, dorsalde dilin lateral çizgisi ve proksimalde palatoglossal kıvrımdır. Bilateral dilden mukoza greft çıkartılması gerekiyorsa, distal korunarak ayrı greftler elde edilir. Greft ölçülür ve işaretlenir. Epinefrinli submukozal lokal anestezi enjekte edilir. Yan kenarlar bistüri ile kesilir ve keskin makas kullanılarak greft alma işlemi tamamlanır (35). Alınan greft bir kase normal salin içine daldırılır. Daha sonra tüm submukozal adventisyal dokular çıkarılarak işlenir. Hemostazı arttırmak için greft altına adrenalini bir lignokain çözeltisi enjekte edilir (24). Donör bölgesi hemostaz açısından kontrol

edilir ve emilebilir bir sütür kullanılarak kapatılır (35).

Literatürde lingual mukoza greft üretroplasti ile bukkal mukoza greft üretroplastinin başarı oranlarını karşılaştıran çalışmalar yer almaktadır (24,43,44). Pal ve ark. (24) çalışmalarında, greft bölgesinde ağrı, perioral uyuşma ve ağzı açmada zorluk gibi komplikasyonların bukkal mukoza greft üretroplasti uygulanan grupta daha fazla olduğunu ifade etmişlerdir (24). Lumen ve ark. (43), ameliyat sonrası erken dönemde ağrı yönünden her iki yöntem arasında farklılık olmadığını, yeme-içme sorunları ve konuşma bozukluğunun lingual mukoza greft üretroplasti'de, ağızda sıkışma hissinin ise bukkal mukoza greft üretroplasti'de daha sık görüldüğünü belirtmişlerdir (43). Chauhan ve ark (44) yaptıkları çalışmada lingual mukoza greft üretroplasti grubunda daha sık görülen kanama hariç, erken dönem donör bölgesi komplikasyonlarının bukkal mukoza greft üretroplasti grubunda daha yaygın olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışmada, bukkal mukoza greft üretroplasti uygulanan grupta uyuşukluk ve çiğneme güçlüğüne genel olarak en sık görülen morbidite olduğu belirtilmiştir (44).

Penil Deriden Greft Alınması

Penis derisi flepleri, uzun anterior üretra darlıklarında kullanılabilir. Bu ameliyatlar spinal anestezi ile yapılabilir. Hasta litotomi pozisyonuna getirilir. Üretradan darlığa kadar bir foley kateter yerleştirilir. Orta hat perine insizyonu yapılır. Üretra, corpora cavernosa'dan tamamen mobilize edilir. Daha sonra 180 derece döndürülür ve sırt yüzeyi boyunca kesilir. Darlık tüm uzunluğu boyunca açılır ve flep yerleştirilir. Pedikülün karşı tarafına bir dren yerleştirilir ve postoperatif ikinci günde çıkartılır. Foley kateter çıkartılmadan önce retrograd ve işeme üretrografisi yapılır (26).

Lokal genital derinin kullanılması penis/glans torsiyonu, deri altı deformiteleri ve

kordi oluşumuna neden olabilir (24). Bu nedenle, başka bir seçeneğin olduğu durumlarda perineal veya skrotal fleplerin kullanılmaması gerektiği belirtilmektedir (21). Liken sklerozu olan hastalarda greft olarak genital derinin kullanımından kaçınılmalıdır ve bu hastalarda oral mukoza greftleri tercih edilmelidir (20).

Augmentasyon Üretroplasti İşleminin Uygulanışı

Hastaya litotomi pozisyonu verilir (34,39,40). Uygun perine traşi ve cilt antiseptisi sağlanır (32). Bukkal mukozal greft çıkartılması için skapula kemiğinin altına kum torbası yerleştirilir ve boyun uzatılır (40). Hastada kompartman sendromu gelişimini önlemek için bacaklara kompresyon cihazı takılmalıdır (2). İşlem genel anestezi altında, nazal veya orofaringeal/endotrakeal entübasyon ile yapılır (7,20,24,34,40,45). Semirijit üreteroskop yardımıyla ön üreto-sistoskopi uygulanır (7,32,39,40). Perineal kesi ile üretra belirlenir, izole edilir ve darlık segmenti açılır (32,39,40). Üretrotomi insizyonu dorsolateral olarak yapılır; darlık boyunca proksimal ve distale tenotomi makası ile üretrotomiye devam edilir (10,24,27,32,39). Sonra sağlıklı üretraya her iki yönde en az 1 cm olacak şekilde 26-30 Fr buji yerleştirilir, daha sonra üretrotomi yapılır (10,24,27). Böylece bukkal mukoza ve augmentasyonu için alan oluşturulur (10). Darlık uzunluğu bir ölçüm cetveli kullanılarak ölçülür (40). Darlık segment uzunluğu belirlenir ve sonra bukkal mukozası eksize edilerek serbest greft oluşturulur (10).

Komplikasyonlar

Üretrokutanöz fistül, orşiepididimit, idrar yolu enfeksiyonu, hematoma ve bir yıl içerisinde tekrarlama üretroplastiye bağlı gelişen erken dönem komplikasyonlardır (26). Komplikasyon gelişimi yönünden ameliyat sonrası ilk 24 ay hastaların takip edilmesi önemlidir (8). Bukkal

greft alanı komplikasyonları arasında kanama, ağrı, yüzde şişme, enfeksiyon, parotis kanalında hasar, dudak parestезisi, ağız açıklığında kısıtlama, ağızda uyuşma, sinir hasarı yoluyla yanak veya alt dudakta duyu değişiklikleri veya kaybı yer alır (2,9,17,28,29,40). Perine komplikasyonları olarak perinede yara enfeksiyonları, hematolar, fistül oluşumu, greft kontraktürü, greft yetmezliği, cilt anestezi/parestezi ve diğer lokal enfeksiyonlar meydana gelebilir (17,29).

Lingual mukozal greft üretroplastisi sonrası, fistül, kordi, kan kaybı, enfeksiyon, striktür nüksü ve meatal stenoz en yaygın olarak beklenen komplikasyonlardır. En sık görülen diğer acil komplikasyonlar kanama, çiğneme güçlüğü, dilde şişme, artikülasyon güçlüğü, ağız açma güçlüğü ve ağız kuruluğudur (25).

Ameliyat sonrası dönemde hastalarda geçici seksüel disfonksiyon gelişebilir. Ayrıca anastomotik üretroplasti uygulanan vakalarda penil kurvatur ve penis boyunda kısılma oluşabilir (2).

Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı

Hastalar yaş, darlığın etiyojisi, uzunluğu ve yeri açısından değerlendirilmelidir. Üretral darlığa ilişkin hastaya uygulanan önceki tedaviler ve cerrahiye ilişkin bulgular kaydedilmelidir (7,32). Hastanın laboratuvar incelemeleri ve radyolojik değerlendirmeleri yapılarak anestezi hekimine yönlendirilmelidir (45). İşlem öncesi hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmalıdır (38).

Ameliyat öncesi, idrar kültürü yapılmalıdır (7). İdrar kültürü negatif olan hastalara tek doz antibiyotik verilmelidir (20). Kültürleri pozitif olan hastalara ise uygun antibiyotik tedavisi başlanmalıdır (7,13,17,20). Suprapubik kateteri olan hastalara ameliyattan bir gün önce uygun antibiyotik verilmelidir (20).

Oral bölgeden greftleme yapılacak olan hastaların kapsamlı bir baş ve boyun muayenesi

yapılmalıdır (35). Hastaların ağız açıklığı ölçülmelidir (28). Hasta ağır sigara içicisi ise, oral mukoza dikkatle incelenmelidir. Ayrıca, düzenli olarak non-steroidal antiinflatuar ilaçlar (NSAIDS), anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü (ACE inhibitörleri) veya anjiyotensin reseptör blokerleri kullanan hastalar mukoza anjiyoödemini yönünden değerlendirilmelidir (35). Hastalara, ameliyattan bir gün önce klorheksidin gargara ile ağız bakımı verilmelidir. Sigara alışkanlığı olan hastalara ameliyattan 6 hafta önce sigarayı bırakmaları ve ameliyattan sonra da sigaradan uzak durmaları önerilmelidir (28,45).

Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı

Ameliyat sonrası, oral bukkal mukozal yara alanı kanama ve enfeksiyon, ağız açıklığı yönünden her 12 saatte bir kontrol edilmelidir (40). Ameliyattan sonraki 5 gün antibiyotik tedavisi devam etmelidir (4,17,24,28,32). Ağrı yönetiminde nonsteroid antiinflatuar ilaçlar ve narkotik analjeziklerden yararlanılmalıdır (17,24). Gerektiğinde antispazmotik ilaçlar verilir (9). Ameliyat sonrası birinci gün hastaların mobilizasyonu sağlanmalıdır (4).

Oral bölgeden greftleme yapılan hastaların; ağız bölgesine 5 gün süreyle buz uygulaması yapılmalıdır (17,32). Ameliyattan 4 saat sonra ağız içindeki gazlı bez paketi çıkarılmalı ve hastaya 48 saat süresince sıvı diyet verilmelidir. Normal beslenmeyi tolere edebilene kadar hasta yumuşak gıdalarla beslenmeli, asitli veya baharatlı yiyeceklerden kaçınılmalıdır (17,24,40,45). Ameliyattan sonra 7 gün boyunca hastaya günde dört kez yemeklerden sonra klorheksidin glukonat ya da povidon iyotlu veya lidokain içeren gargara ile ağız bakımı önerilmelidir (4,9,17,24,28,32,45).

Hastaların ameliyat sonrası hastanedeki izlem süresi 2-7 gün arasında değişmektedir (4,17,24,27,29). Hastalar Foley ve/veya suprapubik kateter ile taburcu edilir (4). Daha önce üretroplasti yapılmamış hastalarda

suprapubik kateter (21 gün) ve transüretal kateterizasyon (10 gün) veya sadece transüretal kateterizasyon (21 gün) uygulanmalıdır (29,30). Ameliyat sonrası 21. günde perikateter retrograd üretrografi yapılarak ekstrevasiyon gelişme durumu değerlendirilmelidir. Ekstrevasiyon yoksa üretal kateter çıkarılmalıdır (4,7,24,27,29,30). Ekstrevasiyon durumunda ise, üretal kateter bir veya iki hafta daha yerinde bırakılmalıdır (20,26,27,29,30). Suprapubik kateter klemlenerek bir gün boyunca izlenir ve sorun yoksa kateter, ertesi gün çekilir (4).

Taburculuk Eğitimi

Hasta ve yakınlarına taburculuk öncesi gerekli eğitim verilmelidir (9). Eğitimin içeriğinde, ameliyat sonrası hastanın kontrol ve izlemleri, cerrahi insizyon ve foley kateter bakımı yer almalıdır (9,45,46).

Cerrahi İnsizyon Bakımı

Cerrahi kesiyi kapatmak için kullanılan tüm dikişlerin kendiliğinden emilebilen dikişler olduğu ve alınması gerekmediği hastaya açıklanmalıdır (24,46). Ameliyattan yaklaşık iki gün sonra duş alabileceği, fakat ameliyat kesisini sert bir şekilde fırçalamaması, altı hafta boyunca havuza ve jakuziye girmemesi gerektiği söylenmelidir. Ameliyattan sonraki ilk günlerde hastaya insizyonun üzerine kuru bir gazlı bez koyması önerilmelidir. Hasta ameliyat sonrası yürüyüşe teşvik edilmeli fakat altı hafta süresince koşma ve ağırlık kaldırma gibi ağır egzersizlerden kaçınması söylenmelidir (9,45,46). Altı hafta süresince cinsel aktiviteden ve bacağına germekten, ata ve bisiklete binmekten kaçınılması konusunda bilgilendirilmelidir (45,46). İnsizyondan kaynaklanan ağrının ameliyattan sonraki yedi gün içinde önemli ölçüde azalacağı söylenmelidir. Erkek hastalar, skrotal uyuşma, skrotumda iğnelenme hissi ve testis ağrılarının olabileceği konusunda bilgilendirilmelidir.

Hastalara, yara açılması, iç çamaşırını kısa sürede doyan yüksek miktarda kanlı drenaj, 38.6 °C 'in üzerinde ateş, insizyon yerinde kızarıklık ve enfekte akıntı olması durumunda doktoruna başvurması gerektiği söylenmelidir (46).

Foley Kateter Bakımı

Kateterini kesinlikle çekmemesi konusunda hasta bilgilendirilmelidir (45). Katetere bağlı olarak “mesane spazmı” ve bu nedenle kateterin yanından idrar sızıntısı ve bu sızıntının hematüri şeklinde olabileceği hastaya açıklanmalıdır (46). Kanama fazla miktarda olmadığı sürece bunun bir sorun oluşturmadığı, eğer kanama fazla ise mutlaka doktorunu araması gerektiği hastaya söylenmelidir. Üreter kateter yerleştirme bölgesinin çevresinde mukus akıntısı olmasının normal bir durum olduğu hastaya açıklanmalıdır. 38.6 °C'in üzerinde ateş veya peniste belirgin kızarıklık görülmediği sürece, bu bulgu nedeniyle telaşlanmaması gerektiği belirtilmelidir (46). Mesanede doluluk hissi var fakat üretal kateterden uzun süre idrar gelmiyorsa doktorunu araması gerektiği konusunda hasta bilgilendirilmelidir (39,40). Üretal kateterin olmasının duş almada bir sakınca yaratmadığı hastaya belirtilmelidir (40). Kabızlık şikayeti durumunda hastaya laksatif ilaç önerilebilir (45,46).

Ameliyat Sonrası Hastaların Kontrol İzlemleri

Hastalar cerrahi işlemten itibaren 6. haftaya kadar düzenli olarak, daha sonra İlk yıl 3 ayda bir ve daha sonra 5 yıl boyunca her 6 ayda bir takip edilmelidir (4,7,10,24,27,38). Bu kontrollerdeki takip, hastanın klinik gözlemini, yaranın iyileşme sürecini, obstrüktif işeme semptomlarını idrar akışını ve rezidü idrar ölçümünü içerir (4,7,9,17). Kontrollerde hastalara üroflowmetri, retrograd üretrogram ve fleksibl üretroskopi yapılır (4,24,27).

SONUÇ

Üretral darlık, tedavisi zor, tekrarlayıcı, komplikasyonlara neden olabilen ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen bir sağlık sorunudur. Bu sorunun gelişiminde çok farklı etiyolojik faktörler rol oynamak ve tedavi yöntemleri de çeşitlilik göstermektedir. Üretral darlık, etiyolojisi, komplikasyonları, tedavi yöntemleri ve bunlara yönelik bakım ilkeleri konusunda sağlık çalışanlarına gerekli hizmet içi eğitimler verilmelidir. Eğitimin içeriğini oluştururken güncel rehberler ve literatürden yararlanılmalıdır. Tedaviye uygun ve kaliteli hasta bakımını planlamak hemşirenin sorumlulukları arasındadır. Hizmet içi eğitimler ve hemşirelik öğrencilerinin müfredatlarına bu konuya ilişkin ders içeriklerinin eklenmesi, hastaların tedavilerine uygun bakımı alması konusunda katkı sağlayabilir.

Finansal Destek

Bu araştırma için finansal destek alınmamıştır.

Yazar Katkısı

Plan, tasarım: AYK, AEZ; Denetleme: AEZ; Literatür Taraması: AYK; Kaynaklar: AYK; Makalenin Yazımı: AYK, AEZ; Eleştirel İnceleme: AYK, AEZ.

Çıkar çatışması

Makalenin yazarları arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Akman RY, Yüksel A, Özkardeş H. Geriatrik yaş grubu kadınlarda üretra darlıkları tanı ve tedavi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2013; 16(2): 216-20.
2. Şimşek A, Şeker KG, Kadioğlu A. Üretra darlıklarında tanı, tedavi ve takip protokolleri. İçinde: Şimşek A, Kadioğlu A, editör. Üretra darlıklarında

tanı, tedavi ve takip protokolleri kılavuzu. 2016: 1-22. Erişim Tarihi: 05 Ocak 2025. Erişim Adresi: <https://www.uroturk.org.tr/urolojiData/Books/472/uretra-darliklarında-tani-tedavi-ve-takip-protokolleri-kilavuzu.pdf>

3. Osterberg EC, Murphy G, Harris CR, Breyer BN. Cost-effective strategies for the management and treatment of urethral stricture disease. *Urol Clin North Am.* 2017; 44(1): 11-7.
4. Danacıoğlu YO, Sungur U, Akkaş F, Birinci M, Soytaş M, Şimşek A. Erkek hastalarda üretroplasti başarısını etkileyen risk faktörleri – Tek merkez sonuçları. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2021; 18(3): 410-6.
5. Hwang EC, Fazio AD, Hamilton K, Bakker C, Pariser JJ, Dahm P. A systematic review of randomized controlled trials comparing buccal mucosal graft harvest site non-closure versus closure in patients undergoing urethral reconstruction. *World J Mens Health* 2022; 40(1): 116-26.
6. Ortac M, Olsen Ekerhult T, Zhao W, Atala A. Tissue engineering graft for urethral reconstruction: Is it ready for clinical application? *Urology Research and Practice* 2023; 49(1): 11-8.
7. Selim M, Salem S, Elsherif E, Badawy A, Elshazely M, Gawish M. Outcome of staged buccal mucosal graft for repair of long segment anterior urethral stricture. *BMC Urol.* 2019; 19(38): 2-8.
8. Zhang M, Carpenter B, Bihle R, Mellon MJ. Salvage buccal urethroplasty after prior open intervention: 10 year experience. *Int Arch Urol Complic.* 2015; 1(2): 1-3.

9. McKibben MJ, Davenport MT., Mukherjee P, Shakir NA, West ML, Fuchs JS et al. Outpatient buccal mucosal graft urethroplasty outcomes are comparable to inpatient procedures. *Transl Androl Urol.* 2020; 9(1): 16-22.
10. Tahra A, Sobay R, Küçük EV. Kısa segment bulbar üretral darlıklarda primer anastomoz ile bukkal mukozal greft kullanılarak ögumentasyon cerrahilerinin karşılaştırılması: Retrospektif klinik çalışma. *Journal of Reconstructive Urology* 2021; 11(3): 134-9.
11. Awad SMT, Ahmed MAM, Abdalla YMO, Ahmed MEIM, Gismalla MDA. Buccal mucosal graft urethroplasty for anterior urethral stricture, experience from a low-income country *BMC Urol.* 2021; 21(171): 2-7.
12. Falavolti C, Giulianelli R, Shehu E, Alijani P, Giovannone R, Petitti T et al. Urethral structure length ≥ 2 cm is significantly associated with lower urethroplasty success rate, results of our large case series. *Biomed J Sci Tech Res.* 2018; 9(5): 7371-4.
13. Lumen N, Campos-Juanatey F, Dimitropoulos K, Greenwell T, Martins FE, Osman N et al. EAU Guidelines on Urethral Strictures. *European Association of Urology.* 2020. pp:1-108. Erişim Tarihi: 05 Ocak 2025. Erişim Adresi: <https://d56bochluxqz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Urethral-Strictures-2022.pdf>
14. Ayyıldız A. Erkek yaşlılarda üretra darlığı ve üretroplastiler. *J Acad Res Med.* 2020; 10(3): 208-13.
15. Koca O, Sertkaya Z, Güneş M, Öztürk M, Akyüz M, Karaman Mİ. Üretra darlıklarının cerrahi tedavisinde internal üretrotomi ve plazmakinetik enerji kullanımının karşılaştırılması. *Türk Üroloji Dergisi* 2011; 37(1): 30-3.
16. Şahin C, Kalkan M, Uzun H. Ön ve arka üretra darlıklarında üretroplastisi: 14 yıllık deneyimimiz. *Türk Üroloji Dergisi* 2011; 37(2): 142-6.
17. Zimmerman WB, Santucci RA. Buccal mucosa urethroplasty for adult urethral strictures. *Indian Journal of Urology* 2011; 27(3): 364-70.
18. Turkan S. Üretral darlık cerrahisi ve erektil disfonksiyon. *Androloji Bülteni* 2016; 18(64): 30-2.
19. Özcan L, Karılı O. Üretra darlığının cerrahi tedavisinde amplatz renal dilatatör kullanımı. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2017; 33(2): 65-7.
20. Wirtz M, Claeys W, Francois P, Waterloos M, Waterschoot M, Lumen N. Treatment of meatal strictures by dorsal inlay oral mucosa graft urethroplasty: A single-center experience. *J Clin Med.* 2021; 10(4312): 2-8.
21. Lumen N, Campos-Juanatey F, Dimitropoulos K, Greenwell T, Martins FE, Osman N et al. European Association of Urology guidelines on urethral stricture disease (Part 1): Management of male urethral stricture disease. *Eur Urol.* 2021; 80(2): 190-200.
22. Bertrand LA, Warren GJ, Voelzke BB, Elliott SP, Myers JB, McClung CD et al. Lower urinary tract pain and anterior urethral stricture disease: Prevalence and effects of urethral reconstruction. *J Urol.* 2015; 193(1): 184-9.

23. Hızlı F, Selvi İ, Başar H. Prostatektomi sonrası gelişen üretra darlıkları. *Endoüroloji Bülteni* 2014; 7: 86-8.
24. Pal DK, Gupta DK, Ghosh B, Bera MK. A comparative study of lingual mucosal graft urethroplasty with buccal mucosal graft urethroplasty in urethral stricture disease: An institutional experience. *Urol Ann.* 2016; 8(2): 157-62.
25. Abrate A, Gregori A, Simonato A. Lingual mucosal graft urethroplasty 12 years later: Systematic review and meta-analysis. *Asian J Urol.* 2019; 6(3): 230-41.
26. Hmida W, Othmen MB, Bako A, Jaidane M, Mosbah F. Penile skin flap: A versatile substitute for anterior urethral stricture. *Int Braz J Urol.* 2019; 45(5): 1057-63.
27. Ali AI, Hamid AA, Abdel-Rassoul MA, Galal EM, Hasanein MGS, Hassan MAE et al. Buccal mucosal graft versus penile skin flap urethroplasty for long segment penile urethral stricture: A prospective randomized study. *Cent European J Urol.* 2019; 72(2): 191-7
28. Patel K, Kalathia J, Krishnamoorthy V. Objective assessment of mouth opening after buccal mucosal graft urethroplasty: A prospective study. *Urol Ann.* 2020; 12(3): 259-65.
29. Wenzel M, Krimphove MJ, Lauer B, Hoeh B, Müller MJ, Mandel P et al. Is standardization transferable? Initial experience of urethral surgery at the University Hospital Frankfurt. *Front Surg.* 2020; 7: 600090.
30. Vetterlein MW, Gödde A, Zumstein V, Gild P, Marks P, Soave A et al. Exploring the intersection of functional recurrence, patient reported sexual function, and treatment satisfaction after anterior buccal mucosal graft urethroplasty. *World J Urol.* 2021; 39(9): 3533-9.
31. Atan A, Polat F, Yeşil S. Üretroplasti sonrası cinsel fonksiyonlar nasıl etkilenir? *Androloji Bülteni* 2016; 18(66): 177-80.
32. Özkuvancı Ü, Müslümanoğlu AY. Tekrarlayan üretra darlıklarında bukkal mukoza greft onarımının erken ve uzun dönem sonuçları. *J Reconstr Urol.* 2018; 8(3): 79-84.
33. Soave A, Kluth L, Dahlem R, Rohwer A, Rink M, Reiss P et al. Outcome of buccal mucosa graft urethroplasty: A detailed analysis of success, morbidity and quality of life in a contemporary patient cohort at a referral center. *BMC Urol.* 2019; 19(18): 2-6.
34. Akpayak IC, Shuaibu SI, Ofoha CG, Oshagbemi AO, Dakum NK, Ramyil VM. Dorsal onlay buccal mucosa graft urethroplasty for bulbar urethral stricture: A single centre experience. *Pan Afr Med J.* 2020; 36(305): 1-8.
35. Campos-Juanatey F, Etxebarria AA, Hermosa PC, Gonzalez SM, Mediavilla EA, Gomez MAC et al. Histological comparison of buccal and lingual mucosa grafts for urethroplasty: Do they share tissue structures and vascular supply? *Journal of Clinical Medicine* 2022; 11(7): 2064.
36. Lucas ET, Koff WJ, Rosito TE, Berger M, Bortolini T, Neto BS. Assessment of satisfaction and Quality of Life using self - reported questionnaires after urethroplasty: A prospective analysis. *Int Braz J Urol.* 2017; 43(2): 304-10.

37. Bertrand LA, Voelzke BB, Elliott SP, Myers JB, Breyer BN, Vanni AJ et al. Measuring and predicting patient dissatisfaction after anterior urethroplasty using patient reported outcomes measures. *J Urol.* 2016; 196(2): 453-61.
38. Mehmood S, Alsulaiman OA, Taweel WMA. Outcome of anastomotic posterior urethroplasty with various ancillary maneuvers for post-traumatic urethral injury. Does prior urethral manipulation affect the outcome of urethroplasty? *Urol Ann.* 2018; 10(2): 175-80.
39. Stephenson R, Carnell S, Johnson N, Brown R, Wilkinson J, Mundy A et al. Open urethroplasty versus endoscopic urethrotomy clarifying the management of men with recurrent urethral stricture (the OPEN trial): Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2015; 16(600): 2-12.
40. BhalaguruIyyan A, Murugan PP, Alakhananda CC, Hameed BMZ. Evaluation of the extent of primary buccal mucosal graft contracture in augmentation ürethroplasty for stricture ürethra: A prospective observational study at a Tertiary Healthcare Centre. *Advances in Urology* 2021; 9913452: 1-5.
41. Sinha RJ, Singh V, Sankhwar SN. Does tobacco consumption influence outcome of oral mucosa graft urethroplasty? *Urol J.* 2010; 7:45-50.
42. Policastro C, Sterling J, Porter B, Zaccarini DJ, Li G, Bratslavsky G et al. Evaluation of the effect of tobacco use on buccal mucosa graft histology. *Urology* 2022; 166: 264-70.
43. Lumen N, Vierstraete-Verlinde S, Oosterlinck W, Hoebeke P, Palminteri E, Goes C et al. Buccal versus lingual mucosa graft in anterior urethroplasty: A prospective comparison of surgical outcome and donor-site morbidity. *The Journal of Urology* 2016; 195(1): 112-7
44. Chauhan S, Yadav SS, Tomar V. Outcome of buccal mucosa and lingual mucosa graft urethroplasty in the management of urethral strictures: A comparative study. *Urol Ann* 2016; 8(1): 36-41.
45. Patient instructions (urethroplasty). Urologic reconstruction. Erişim Tarihi: 14 Temmuz 2023. Erişim Adresi: <https://www.uroreconstruction.com/patient-instructions-urethroplasty/>.
46. Trauma Urologic Reconstructive Network Surgeons (TURNS). Post-operative care after a urethroplasty. 2021; Tarihi: 02 Ocak 2025. Erişim Adresi: <http://www.turnsresearch.org/patient-handouts-for-post-operative-care/post-operative-care-after-a-urethroplasty/>.

YAŞAM AKTİVİTELERİNE DAYALI HEMŞİRELİK MODELİNE GÖRE ÇÖLYAK HASTALIĞI OLAN ÇOCUĞUN DEĞERLENDİRİLMESİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI: OLGU SUNUMU

*REVIEWING A PEDIATRIC PATIENT WITH CELIAC DISEASE ACCORDING TO
THE MODEL OF NURSING BASED ON ACTIVITIES OF LIVING AND NURSING
CARE: CASE REPORT*

İlknur GÜNAY¹ , Sibel KARACA SİVRİKAYA²

¹Edremit Fernur Sözen Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Edremit/Balıkesir, Türkiye.

²Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Balıkesir, Türkiye.

Özet

Giriş: Çölyak hastalığı, genetik olarak duyarlılığı olan bireylerin glüten proteinleri almaları durumunda ortaya çıkan yaygın bir enteropati olup ömür boyu devam eden bir hastalıktır. Bu nedenle kanıt dayalı bakım uygulamaları ile hastalık uyum ve yönetim sürecinin gerçekleştirilmesi gerekir. Hemşirelik, kuram, araştırma ve uygulamaları esas alan bir meslektir. Temel amaç, bireyin sağlık durumunu dikkate alarak, inovatif yaklaşımlarla, bilimsel bilgiler ışığında bakım uygulamalarını gerçekleştirmektir. Kavram, kuram ve modeller, hemşirelik bakım uygulamalarının bilimsel temele dayandırılmasını sağlayan temel taşlar olup, her hemşirenin verdiği bakımı bir kuram veya modele dayandırması gerekir.

Olgu Sunumu: Roper-Logan-Tierney tarafından geliştirilen Yaşam Aktiviteleri Hemşirelik Modeli, 12 grupta topladığı günlük aktivitelerin sağlanması ve sürdürülmesinde hastaya destek olmaya ve bu aktivitelerin ne düzeyde hasta tarafından bağımsız şekilde yapıldığına odaklanır. Bu olgu sunumunda, çölyak hastalığı tanısı konan bir çocuk hastaya Yaşam Aktiviteleri Hemşirelik Modeli kapsamında verilen bakımın bir örneğine yer verilmiştir. Veriler, hasta ve aile üyeleri ile yapılan görüşmeler, sözel ve sözel olmayan hasta davranışları, araştırmacı gözlemi ve hasta dosyalarından elde edilmiştir. Model esas alınarak uygulanan amaçlı hemşirelik bakımı, hastanın yaşam aktivitelerinin karşılanmasına yarar sağlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Çölyak Hastalığı, Hemşirelik, Model, Olgu Sunumu.

Abstract

Introduction: Celiac disease is a common enteropathy occurring among genetically sensitive people when they take gluten proteins and is a disease that lasts life-long. Therefore; it is necessary to provide disease-adaptation and disease-management through evidence-based care practices. Nursing is a profession that is based on theory, research and practice. The basic objective is to provide care practices through scientific knowledge and innovative approaches by taking individual's health status into consideration. In nursing care practices; doctrines, theories and models are keystones that base nursing care practices on scientific grounds and each nurse should base their care on a theory or model.

Case Report: Model of nursing based on activities of living developed by Roper-Logan-Tierney focuses on supporting patients in realizing and maintaining daily activities under 12 groups and on how independently patients realize these activities. This case report included a care practice given to a pediatric patient diagnosed with celiac disease according to model of nursing based on activities of living. The data were collected from the interviews with the patient and family members, verbal and non-verbal patient behaviors, researcher's observation and the patient's files. The directed nursing care given according to the model became beneficial in meeting the patient's needs of daily life activities.

Key words: Celiac Disease, Nursing, Model, Case Presentation.

ORCID ID: İ.G. 0000-0002-9348-6200, S.K.S. 0000-0001-5271-7757

Sorumlu Yazar: İlknur GÜNAY - Edremit Fernur Sözen Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi,
Edremit/Balıkesir, Türkiye

E-mail: teacherilknur10@gmail.com

Geliş tarihi/ Date of receipt: 08.01.2025

Kabul tarihi / Date of acceptance: 14.11.2025



GİRİŞ

Günümüzde tahıl grubu (buğday, arpa, vb.) besin çeşitleri yaygın olarak tüketilmektedir. Özellikle sanayileşmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bireylerin %50'si kalori alımını bu ürünlerden sağlamaktadır. Yeme alışkanlıklarının bu yönde evrilmesi, gluten içerikli diyetin yaygınlaşmasına, çölyak hastalığı görülme sıklığında da hızlı bir ivme oluşmasına, küresel önem arz eden bir sağlık problemi haline gelmesine yol açmıştır (1). Çölyak hastalığının toplumda görülme sıklığı %0.5 ile %2 arasında değişmekle birlikte ortalama yaklaşık %1'dir ve kadınlarda daha ön plandadır (2-4). Hastalığın epidemiyolojisi iyi bilinmesine karşın, gelişmekte olan ülkelerde yetersiz teşhis uygulamaları çölyaklı bireylerin tespitini olumsuz yönde etkilemektedir (1).

Gıdayla ilişkili bozukluklar arasında dünyada en yaygın görülen hastalık olan çölyak, yaşamın her gelişim döneminde ortaya çıkabilir (3). Çocuklar arasında fazlaca tüketilen gluten içerikli ürünler ile adölesanlar arasında fastfood tarzı beslenmenin yaygınlaşması gluten maruziyetini artırır. Bu dönemde ortaya çıkan gluten hassasiyeti özellikle çocukluk çağı ve adölesan çağ için ayrıca önemlidir. Çünkü çölyak gastrointestinal sisteme (GİS) ait ve GİS dışı belirtileriyle proksimal ince bağırsakta emilim bozukluğuna bağlı geliştiğinden, sağlıklı bir büyüme ve gelişme sürecinin yaşanmasının önünde önemli bir engeldir (5-6). Ayrıca çölyak hastalığı otoimmün kaynaklı ortaya çıktığından, glutensiz diyetle sıkı uyum göstermeyen veya ileri yaşta (50 yaş üstü) tanı alan bireylerin farklı sağlık sorunlarıyla karşılaşmasına da zemin hazırlar. Yapılan araştırmalarda, hashimoto tiroidi, tip 1 diyabet, dermatit herpetiformis, seçici IgA eksikliği, alopesi areata, infertilite, osteoporoz, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu, otoimmün hastalıklar, nörolojik hastalıklar gibi durumların görülme olasılığının sağlıklı bireylere oranla çölyak varlığı söz konusu olduğunda daha yüksek olduğu bildirilmektedir (3-6). Bu sebeple çölyak tanısı alan birey yakından değerlendirilmeli, bakım uygulamalarında bireyin

ihtiyaçları, bedensel ve fizyolojik gelişim süreci, kişisel yaşantısı dikkate alınmalıdır. Ancak bu doğrultuda yapılan hemşirelik planlanma ve uygulamaları sayesinde başarılı bir hastalık adaptasyonu sağlanabilir. Ayrıca hastalığa bağlı bakım gereklerinin yerine getirilmesinde hasta aktif katılım gösterebilir ve uygun davranış biçimlerini sergileyebilir. Bu çerçevede doğrultusunda bakım sürecinin oluşturulması ve uygulanması etkin, uyumlu bir hastalık süreci için önem arz eder.

ÇÖLYAK HASTALIĞI

Çölyak hastalığı, genetik eğilime sahip bireylerde buğday, arpa, çavdar gibi gluten ve gluten benzeri proteinleri içeren tahıl ve tahıl ürünlerine karşı kalıcı bir aşırı duyarlılık durumu gelişmesiyle ortaya çıkan, aile kökenli, ince bağırsak villuslarında atrofiler oluşturan, malabsorbsiyonla karakterize, kronik otoinflamatuvar bir enteropatidir (5-7). Çölyak enteropatisinin gelişiminde, hem konjenital hem de adaptif mekanizmalar birliktelik gösterir. Gluten proteinlerine karşı karmaşık bir bağışıklık tepkisinin ortaya çıkması söz konusudur. Çocukluk çağında ishal, abdominal distansiyon, kötü kokulu dışkı, büyüme ve gelişme geriliği, boy kısalığı, kusma, irritabilite gibi belirtiler spesifik olarak ortaya çıkar. Adölesan ve yetişkin grupta ise inatçı ishal, malabsorbsiyona bağlı anemi, vitamin D eksikliği, vitamin K eksikliği, halsizlik, osteoporoz, kilo kaybı, yorgunluk daha sık görülür. Bağırsak dışı semptomlar hem çocuklarda hem de yetişkinlerde yaygındır. Tanılanan vakaların %40'ında demir eksikliği görülür (8). Tanılamada, ince bağırsak biyopsisi ile pozitif saptanan serolojik sonuçlar ve villöz atrofi bulgularının varlığı ve antikör pozitifliğini gösteren tetkik sonuçları gereklidir (2-4). Sonuçların güvenilirliği açısından tanısal işlemler boyunca hastanın gluten içeren besinlerden kısıtlı diyet uygulamaması gerekir (6-18). Tedavi sürecinin temelini, glutenden yoksun, ömür boyu uyulması gereken bir beslenme programı oluşturur. İlaveten

distansiyonun ortadan kaldırılması için de tanı sonrasında ilk üç ay laktozsuz diyet önerilir (5). Ayrıca eksikliği tespit edilen mineral ve vitaminler için yerine koyma tedavisinin uygulanması gerekir. Glütensiz diyet programının iki hafta sıkı şekilde uygulanması durumunda semptomların hastaların %70'inde azaldığı belirtilmektedir. Tanılama sonrasında ilk altı ay boyunca diyet tedavisine yanıt ve uyum yakından izlenmelidir. Hastanın 1-2 aylık periyotlarda diyetisyen izlemi, semptom takibi ve laboratuvar bulgularındaki düzelme yönünden izlemi yapılmalıdır. Hastalık yönetim sürecine ve diyet programına adaptasyon sağlandıktan sonra, hastaların izlem aralığı yılda 2-3 kez olacak şekilde planlanabilir (6-8).

Kronik hastalık, kişinin hayatında süreklilik arz eden bir bakım ve tedavi sürecinin olmasına neden olur. Bununla birlikte günlük yaşamı idame ettirmede de sınırlılık oluşturan bir sağlık sorunudur. Çocuğa konulan kronik hastalık tanısında ise hem aile hem de çocuk alışlagelmiş hayat tarzlarından farklı bir sürece evrilmektedirler. Kronik hastalığı olan çocuk ve ebeveynlerinin bütüncül ve hümanistik bir yaklaşımla değerlendirilmesi gerekir. Kronik hale gelen sağlık durumu yönetiminde, gerekli becerilerin kazanılmasında bir sağlık profesyonelinden destek sağlanması elzemdir (9). Bireyi merkeze alan, multidisipliner yönetimin gerekli olduğu çölyak hastalığında, ekibin en etkin üyesi şüphesiz hemşiredir. Bakım uygulamalarının profesyonel şekilde uygulanması, optimum nitelikte sürdürülmesi, bakımın organize edilmesi, kaliteli uygulamaların sağlanmasında veri toplama modelleri ve hemşirelik tanıları ise sıklıkla kullanılmaktadır.

YAŞAM AKTİVİTELERİNE DAYALI HEMŞİRELİK MODELİ

Roper-Logan-Tierney tarafından tasarlanan Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli, hastaya bütüncül ve hümanistik yaklaşan, insanı bakımın merkezine alan bir hemşirelik bakım modelidir. Toplanan hasta verileri çerçevesinde hastaya günlük aktivitelerini gerçekleştirme ve sürdürmede destek olmakla birlikte, hemşirelik uygulamalarının sistematize edilmesine katkı sağlayan bir model olarak karşımıza çıkmaktadır (10-11).

Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli, insan, çevre, sağlık/hastalık ve hemşirelik global kavramlarını kabul etmiş ve bu metaparadigma çerçevesinde oluşturulmuştur (12-13). Modele göre insan, yaşam evrelerinde bağımlılıktan bağımsızlığa doğru ilerleyen bir süreç yaşar. Bu evrelerinde günlük yaşam aktiviteleri tam bağımsız şekilde gerçekleştiriliyorsa insan sağlıklı, gerçekleştirilemiyorsa ya da destek alımı varsa hasta ve/veya bağımlı kabul edilmektedir. Kişinin yaşam kalitesinin artırılmasında, onurlu bir yaşam sürdürmesinde, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız yapabilme becerisi olmazsa olmazdır (11-12). Modelde çevre, günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesinde doğrudan ve dolaylı etkileyici faktör olarak ele alınır. Ayrıca çevre kavramı için, belirlenen on iki yaşam aktivitesinin ilki olduğuna, diğer aktivitelerle de karşılıklı etkileşimine dikkat çekilir (12-13). Her insanın yaşamındaki değişimlere (biyolojik, psikolojik, ekonomik vb.) uyumu, başetme becerisi farklıdır. Bu nedenle bireyden bireye sağlık ve hastalık ile ilgili farklı algı yönelimleri olabilir. Yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeli, sağlık ve hastalık

kavramlarından ziyade hemşirelik bakımı planlamalarında bağımlılık-bağımsızlık döngüsünün kullanımına vurgu yapar (12). Model hemşireliği, hasta/birey odaklı, hasta/bireyin korunması, rahatlatılması, bağımsızlığın sağlanmasını destekleyici, rehberlik edici, bireyselleştirilmiş bakım sürecinin planlayıcı, uygulayıcı ve sürecin koordine edicisi olarak görür (12-13).

Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli, insan hayatındaki öncelikleri belirleyerek, insan yaşamını oluşturan bileşenlerin ilişkisini kapsar (12). Yaşam aktiviteleri temelinde 12 yaşam alanını içeren model; yalnızca hasta birey odaklı olmayıp, sağlıklı bireyleri de ele alarak sağlığın korunması ve geliştirilmesine katkı sağlamada kullanılmaktadır. Modelde, günlük aktiviteler 12 gruba ayrılır. Bunlar; hastanın ve çevresinin güvenliğini sağlama sürdürme, iletişim, solunum, yeme-içme aktivitesi, boşaltım aktivitesi, kişisel hijyen ve giyim, beden ısısının kontrolü, hareket, çalışma ve boş vakitlerini değerlendirme, cinselliğini ifade etme, uyku ve ölümdür. Modelin odağı, bu aktivitelerin birey tarafından ne kadarının bağımsız olarak yapıldığıdır (17). Model, hastalığın tedavi sürecinden ziyade hastalık ile birlikte yaşam aktivitelerini sürdürmeye ilişkin gelişen sorunların çözülmesine veya problem oluşmasının önlenmesine yönelmiştir (15).

Bu makalede ele alınan çölyak hastalığı olan olgu sunumunda, Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli tercih edilmiştir. Olgunun en kapsamlı şekilde değerlendirilmesi, gerekli planlama ve uygulamaların etkili sürdürülmesine katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Çölyak Hastalığı olan çocuk olguda hemşirelik tanıları ve ilgili tanımlara yönelik hemşirelik girişimleri ve bakım uygulamaları Yaşam

Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli çerçevesinde değerlendirilmiş ve bakım yönetimi gerçekleştirilmiştir.

OLGU SUNUMU

Adı Soyadı: Z. I. G., Yaş: 16, Cinsiyet: Kız, Boy: 1,72 m (Persentil: %94,8), Kilo: 88 kg (Persentil: %100), Eğitim durumu: Örgün eğitim (ortaöğretim), Sağlık güvencesi: SSK, Annenin mesleği: Ev hanımı, Babanın mesleği: Emekli, Anemnezi veren: Annesi ve kendisi, Tanı: Çölyak hastalığı, Eşlik eden hastalık varlığı: Çölyak hastalığına eşlik eden herhangi bir hastalığı bulunmamaktadır. Sigara Kullanımı: Yok. Sağlık Geçmişi: Geçmişte ciddi bir kaza, yaralanma veya ameliyat öyküsü yok, Boş zaman aktiviteleri: Örgü örmek, kitap okumak, sosyal medyada dolaşmak.

Öyküsü: ZIG 16 yaşında, Mayıs 2024 tarihinde çölyak hastalığı tanılanmış, beş aydır takip edilmektedir. Diyete uymama, gluten içerikli ürünler konusunda bilgi eksikliği yaşama, her türlü paketli üründe etiket okuma bilgi ve becerisinin olmaması gibi nedenlerle spesifik ve nonspesifik semptomlar yaşamaktadır. Ayaktan takipli hastadır.

Geçmiş sağlık öyküsü: ZIG küçük yaşlardan itibaren abdominal ağrı ve gaz sancısı şikayetleri yaşamaya başlamıştır. Doktora başvurulduğunda gaz sancısı olarak nitelendirilmiş ve bu yönde tedavi uygulanmıştır. 14 yaşındayken konstipasyon, bulantı, abdominal distansiyon, kusma, abdominal ağrı, diyare şikayetleri yaşamaya başlamıştır. Acil servise defalarca başvuran hastaya gaz sancısı olduğu söylenmiş, radyolojik görüntüleme yapıp antispazmolitik ilaç uygulamaları yapılarak eve gönderilmiştir. Ayrıca farklı hastalık şüpheleri ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları,

Genel cerrahi polikliniklerine başvuran hastanın şikayetlerinin kaynağı bulunamamış, semptomlar ise yaşanmaya devam edilmiştir. Bu dönemde yapılan hematolojik incelemelerde demir, ferritin ve B12 vitamini düzeylerinde düşüş olduğu görülmüştür. Hasta buna ilişkin yerine koyma tedavileri almıştır. Yaklaşık iki yıllık süre zarfında hasta bu şikayetleri ile yaşamını idame ettirmeye çalışmıştır. Çözüme kavuşamayan şikayetler sonucunda hasta ve ailesi farklı bir kurumdaki Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvurmuş, yaşanan süreci anlatmıştır. Hekim gastrointesitnal sistem (GİS) manyetik rezonans (MR) görüntülemesi istemiştir. İşlemin başvuru hastanede yapılamıyor olması sebebiyle hasta Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'ne sevk edilmiştir. Burada yapılan tetkikler, antikor taramaları ve GİS biyopsisi sonucunda Çölyak tanısı konulmuştur.

Alerjileri: Yok.

Alışkanlıkları: Yok.

Kullandığı İlaçlar: Tribudat Forte 3x1 (Lüzum halinde)

TARTIŞMA

Çölyak hastalığında, gluten proteinlerinin tüketimi ile ortaya çıkan hassasiyet sonucunda lokal ve sistemik otoantijenler üretilmektedir. Bu durum ince bağırsak mukozasında harabiyete yol açmaktadır. Mukozal harabiyete bağlı konstipasyon veya diyare, elektrolit bozuklukları, demir eksikliği anemisi, yorgunluk gibi semptomlar sıklıkla yaşanmaktadır (3). Bizim olgumuzda da benzer semptomlar görülmektedir.

Hemşirelik modelleri ve bu modeller çerçevesinde belirlenen hemşirelik tanıları, etkin bir bakım sürecinin şekillenmesinde son derece önemlidir. Bu

çalışmada Tablo 1'de hastanın yaşam aktiviteleri değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda belirlenen hemşirelik tanıları, Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli çerçevesinde konulmuş, hemşireliğin danışman, eğitici, bakım verici, rahatlatıcı rolleri de dikkate alınarak hastaya bu doğrultuda bakım uygulamaları yapılmıştır (Tablo 2). Model, günümüzde çocuk hastalara da uygulanmaktadır (16). Bakım planlaması yapılırken, hastaya bütüncül yaklaşım, aile ve okul ortamı ile işbirliği sağlanarak hastanın yakından değerlendirmesi yapılmıştır (8). Olgumuzda çölyak hastalığına sahip çocuğun iki yıldır süren şikayetleri bulunmaktadır. Abdominal ağrı, diyare, yorgunluk gibi semptomların şiddetli hal alması hastanın yaşam kalitesini oldukça düşürmektedir (7). Diyet programına uyum göstermek, sürece uyum sağlamak ve yönetmek konusunda da hem aile hem de çocuk ciddi zorluk yaşamaktadır. Glütensiz ürünlerin maliyetinin yüksek olması da ürün tedariki konusunda aileye ekonomik yük getirmektedir. Öğrencinin eğitim hayatını sürdürmesi, bedensel gelişimini desteklemesi açısından diyet programına ömür boyu optimum uyumun sağlanması elzemdir (5). Semptomların sık yaşanması stres yoğunluğunu arttırmaktadır. Hasta yakınmaları ve hastalığın getirdiği zorunluluklar dikkate alınarak insan onuruna yaraşır bir hayat sürdürülebilmesi için, hemşirelik bakımında model kullanımına gidilmiştir. Hasta hümanistik ve bütüncül bir anlayışla okul ve aile ortamı da dikkate alınarak kapsamlı şekilde değerlendirilmiştir. Hastaya bu kapsamda hemşirelik girişimleri belirlenerek uygulanmıştır.

Tablo 1. Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi

Yaşam Aktiviteleri	Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi	Bağımlılık-Bağımsızlık
Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi	Hastanın sistolik kan basıncı 110-100 mmHg, diyastolik kan basıncı 70-60 mmHg, vücut sıcaklığı 36,2-36,6 0C, nabız hızı 72-100/dk'dır. Cilt muayenesi yapıldığında şu an mevcut bir döküntü olmamakla birlikte, gluten diyetine uymadığı zamanlarda özellikle eklem bölgelerinde kaşıntılı döküntüler olduğunu ifade etmiştir. Tuvalete çıktığı zamanlarda sol lateral bölgede ve rektumda yoğun, batıcı tarzda, yaklaşık beş dakika süren spazmatik ağrı yaşadığını, ağrıya terleme, sıcak basması ve bazen de baş dönmesi şeklinde şikayetlerin eşlik ettiğini ifade etti. Ağrının dayanılmaz olduğunu eklemekle birlikte bu durumdan kaçmaya çalıştığı için tuvalete çıkma isteğini zaman zaman ertelediğini belirtti. Hematolojik laboratuvar incelemesinde Anti-transglutaminaz IgA değeri 45 AU/mL (normal değer aralığı <10 AU/mL) olduğu saptanmıştır.	Bağımsız
İletişim	Hasta ile yapılan ilk görüşmede hastalığı ile ilgili kaygıları olduğu, duygu yoğunluğu yaşadığı gözlemlendi. Zaman zaman durumunu ifade ederken ve sorulan soruları yanıtlarken gözlerinin dolduğu fark edildi. Ancak hasta iletişime açık, samimi, güler yüzlü hali ile sorulan soruların tümünü cevapladı. Örgün eğitim hayatına devam eden hasta, okul içerisinde arkadaşları ile iletişim kurmama, öğretmenleri ve diğer okul personeli ile iletişime geçmeme, iletişimden kaçınma gibi davranışları gözlenmemiştir.	Bağımsız
Solunum	Hasta spontan solunumunu sürdürmektedir. Satürasyon düzeyi SpO2 = %97-99 aralığında saptanmıştır. Solunum hızı= 15-16/dk olarak ölçülmüştür.	Bağımsız
Beslenme	ZIG okul ortamında gözlemlendiği süre zarfında diyetine dikkat etmeye çalışmakla birlikte okul dışı zamanlarda uyum sorunları yaşadığını, diyetine uygun yiyecek bulmada zorlandığını, sosyal yaşamını idame ettirmede güçlük yaşadığını belirtti. Günde 0,5-1 lt kadar su tükettiğini söyledi. Bamya, haşlanmış yumurta ve pırasa yemediğini onun dışında yemek seçmediğini belirtti. Özellikle atak dönemlerinde ve aç kaldığı zamanlarda bulantı yaşadığını söyledi. Çölyak diyet programına uygun yiyecek hazırlamada ve glutensiz gıdaların seçiminde etiket/içerik okuma konusunda bilgi eksikliği olduğu belirlendi. Glutenden yoksun aşırı karbonhidrat içeriği olan gıdaları tükettiği gözlemlendi. ZIG'nin beden kütle indeksi = 29,83kg/m2 olup fazla kiloludur.	Bağımsız
Boşaltım	ZIG 1-2 günde bir defekasyon ihtiyacını karşıladığını belirtti. Dışkıının genelde katı olduğunu belirtti. Defekasyon sırasında ve devamında yoğun bir ağrı yaşadığı için tuvalete çıkmayı ertelediğini söyledi. Gluten diyetine uymadığı zamanlarda diyare tablosu ile karşılaştığını ve günde 7-8 kez defekasyona çıktığını ifade etti. Özellikle diyare yaşadığı dönemde bağırsak seslerinin arttığını, batında gerginlik hissettiğini, yoğun abdominal ağrı yaşadığını belirtti. Ayrıca yemek sonrasında hazımsızlık, şişkinlik, abdominal ağrı gibi durumlar da yaşadığını dile getirdi. Ara ara idrar yaparken yanma, sızı şeklinde rahatsızlık hissi yaşadığını, günde 3-4 kez idrar çıkışı olduğunu söyledi. Yapılan takipte, bağırsak sesleri diyare tablosu olduğu günlerde 12-18 arasında, konstipasyon tablosunun olduğu günlerde ise 4-5 arasında değişkenlik göstermektedir.	Bağımsız

Yaşam Aktiviteleri	Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi	Bağımlılık-Bağımsızlık
Kişisel Temizlik ve Giyinme	ZIG haftada 1-2 kez banyo yaptığını ifade etmektedir. Banyo sonrasında cilt nemlendiriciler kullanmadığını, görüşme öncesine kadar kozmetik ürünlerde de gluten içeriği olduğunu bilmediğini ifade etti. Günlük ped kullandığını, günlük iç çamaşırı değiştirmedini belirtti. Ağız muayenesinde 2 dişinde dolgu olduğu görülmüştür. Daha önce bir dişi için de kanal tedavisi (endodonti) uygulandığını belirtti. Günde iki kez diş fırçalamaya gayret ettiğini söyledi.	Bağımsız
Beden Isısının Kontrolü	ZIG'nin vücut sıcaklığının normal aralıkta (36,2-36,6 0C) izlendiği görüldü. Mevsim koşulları ve günlük sıcaklık durumlarına uygun olarak giyindiği gözlemlendi.	Bağımsız
Hareket	ZIG okula geliş gidişlerinde hava koşullarına göre bazen yürüdüğünü, genelde şehir içi dolmuş vasıtasıyla okula geldiğini belirtti. Okulda teneffüs zamanlarında sınıfta kaldığı veya ara sıra koridora çıktığı gözlemlendi. Arkadaşları ile iletişimini sürdürdüğünü görüldü. Ev veya ev dışı zamanlarda egzersiz programı olup olmadığı sorulduğunda, düzenli bir programı olmadığını söyledi. Ara sıra bisiklet sürdüğünü belirtti. Son günlerde onu da devam ettirmediğini söyledi. Ancak gün sonunda çoğunlukla kendini çok yorgun hissettiğini ve bu sebeple egzersiz alışkanlığında düzen olmadığını ifade etti.	Bağımsız
Çalışma ve Eğlenme	ZIG 12. Sınıf öğrencisi olduğu için eğitiminin bir parçası olarak staj görmektedir. Staj günlerinde yoğun çalıştığını ve hareket halinde olduğunu belirtti. Bu durumu da bir egzersiz faaliyeti gibi algılamaktadır. Arkadaşları ile ara sıra dışarı çıkabildiğini, sınava hazırlandığı için arkadaşları ile geçirdiği zamanı sınırladığını ifade etti.	Bağımsız
Cinselliği İfade Etme	Bu aktiviteye yönelik herhangi bir bilgi verilmedi.	Bağımsız
Uyku	ZIG günde sekiz saat kadar uyduğunu, uykuya dalmada zorluk yaşadığını, gün içinde şekerleme alışkanlığının ara sıra olduğunu belirtti. Okul zamanlarında uykuya dalmada güçlük yaşadığından sabahları uykusunu alamamış olarak uyandığını söyledi. Kendini dinlenmiş hissetmediğini ifade etti. Uyku öncesinde rutin davranışlarının olmadığını, pijama giyme alışkanlığı olmadığını söyledi. Horlama veya geceleri nefes almaya ilişkin sorun yaşamadığını belirtti. Geceleri 1-2 kez uyandığını, uyanınca telefonu ile de ilgilendiğini ve bu durumda zaman zaman uykuya dalmada sorun yaşadığını dile getirdi. Ayrıca hastalığı ile bir ömür boyu nasıl hayatını sürdüreceği ile ilgili kaygı yaşadığını, hastalığının yaşamını zorlaştırmasından dolayı uykusunun bölündüğünü ifade etti. Evinde kendine ait özel alanı olduğunu, odasında yalnız kaldığını söyledi.	Bağımsız
Ölüm	Sağlık meslek lisesinde eğitim gören bir öğrenci olduğundan, ölüm kavramına aşina idi ve yaşının üstünde bir olgunlukla ölümü, insanoğlunun hayatının bir parçası olarak gördüğünü, herkesin bir gün bu gerçeği yaşayacağını söyledi.	Bağımsız

Tablo 2. Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi ve Bakım Yönetimi

Yaşam Aktivitesi	Hemşirelik Tanısı	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Sonuç
Hastanın Çevresinin Güvenliğini Sağlama ve Sürdürme	Az Su Tüketimi ve Anemiye Bağlı Enfeksiyon Riski	Hastada enfeksiyona ilişkin belirti ve bulguların gözlenmemesini sağlamak, perine bakım uygulamaları konusunda bilgi eksikliğini gidermek, hastayı enfeksiyondan korumak.	<p>Hemşirelik Girişimleri</p> <p>Enfeksiyon belirtileri yönünden hasta takip edildi (vücut sıcaklığında yükselme, nabız sayısında artış vb.) El hijyeninin önemi ve el yıkama tekniği hakkında hastaya bilgi verildi. Evde havlu, bardak, terlik vb. eşyaların paylaşılmaması konusunda hastaya bilgi verildi. Hastalığının enfeksiyon riskini artırma nedenleri açıklandı. Yeterli ve dengeli beslenmenin enfeksiyondan korunmada önemi konusunda bilgi verilecek öğün planlamalarında buna dikkat etmesi söylendi. Enfeksiyondan korunmada bireysel hijyen uygulamalarına ilişkin eğitim verildi. Günde en az 1,5 lt su tüketmesi önerildi. Su tüketimine dikkat ederse şikayetlerinin azalacağı ve kilo vermesine de yardımcı olacağı ifade edildi (19). Perine temizliğini yaparken önden arkaya doğru uygulama yapması söylendi. Mümkün olduğunca özellikle toplu alanlardaki tuvaletleri kullanması gerektiğinde, tuvalete girmeden önce ellerini yıkaması, sonra tuvalet ihtiyacını karşılayabileceği belirtildi. Tuvaletten çıktıktan sonra yine el hijyeni uygulamalarını yerine getirmesi söylendi. Günlük ped kullanımının idrar yolu enfeksiyonu başta olmak üzere farklı enfeksiyonlar için zemin oluşturduğu konusunda bilgi verildi. Hastaya normal idrar fonksiyonu hakkında bilgi verildi. İdrar çıkışı sırasında yanma, ağrı/sızma, kaşıntı, kan vb. idrar yolu enfeksiyonu işaretleri yönünden kendini takip etmesi söylendi. Bu durumlar yaşandığında doktora başvurması önerildi. Pamuklu özellikteki iç çamaşırlarını tercih etmesi, günlük olarak iç çamaşırını değişimi yapması önerildi. Hastada şuanki kan değerleri sonucuna göre anemi tablosu olmasa da, aralıklı olarak anemi tablosunun geliştiği tespit edildiğinden, sağlık taramalarını düzenli olarak yaptırması önerildi. Böylelikle hem demir takviyelerine zamanında başlanabileceği hem de vücudunda enfeksiyon oluşmasının önüne geçilmiş olacağı söylendi (Olgunun son laboratuvar bulguları: Demir: 86 ug/dL; Ferritin: 6.0 ng/ml; Demir bağlama kapasitesi: 103 ug/dl; RBC: 4.10 milyon; HGB: 11.9 g/dl; HCT: %41.4; Vitamin B12: 191 pg/mL).</p>	Hastada takip süresi boyunca herhangi bir enfeksiyon bulgusu saptanmadı. (WBC: 8.12 mcL; CRP: 7 mg/L;)
Bağırsak Peristaltizmindeki İnflamasyon ve Distansiyona Bağlı	Artma, Bağlı	Hastanın ağrı ve kramp şikayetlerini en aza indirmek, rahatlamasını sağlamak.	<p>Hastadan ağrı düzeyini 1-10 arasında puanlaması istendi (hasta 7 puan verdi.) Ağrının yeri, tipi hakkında bilgi alındı. Ağrı olduğunda vücutta olan değişiklikleri öğrenmeye yönelik sorular soruldu. Hastanın ağrı ve krampların olduğu durumlarda hareket kısıtlamasına gitmesi söylendi. Ağrı ve kramp dönemlerinde uygun pozisyon verilerek ağrı şikayeti hafifletilmeye çalışıldı. Ağrının şiddetlendiği durumlarda özellikle defekasyon sonrasında sıcak uygulama yapılarak spazm rahatlatılmaya çalışıldı. Sıcak uygulama kuralları hakkında hastaya ve ailesine anlatım yoluyla ve basılı materyal verilerek bilgi verildi. Böylelikle anlatılan uygulama kurallarının kalıcı olması hedeflendi. Order edilen ilaç tedavisinin uygulanmasının önemi, spazmatik etkinin azalmasına katkı sağlayacağı konusunda hasta ve ailesi bilgilendirildi. Yemeklerden otuz dakika kadar önce antikolinergik ilacını alması söylendi. İlacın düzenli kullanımının önemi ifade edildi. Gerekirse hekimin reçetelendirdiği analjezik ilaçları da kullanabileceği söylendi.</p>	Hasta ilaç tedavisi ve glüten diyetinin yanı sıra yapılan sıcak uygulama ile ağrısının şiddetinde azalma olduğunu ifade etti.

<p>İletişim</p>	<p>Hastalığa Bağlı Oluşabilen Cilt Döküntülerinin Kaşınmasına Bağlı Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski</p> <p>Cilt döküntülerinin oluştuğu dönemlerde ortaya çıkan kaşıntıya bağlı cilt bütünlüğünün bozulmasını engellemek.</p>	<p>Hastada cilt döküntülerinin varlığı yönünden değerlendirildi.</p> <p>Cilt bütünlüğünün korunması için glütensiz nemlendiriciler, şampuanlar, cilt bakım ürünleri, kozmetik ürünler vb. kullanması konusunda hasta bilgilendirildi. İlgili ürünlerin içerikleri hakkında daha hassas davranması konusunda içerik okuma ile ilgili anlatım yapıldı. Hatta ilgili markalardan ürün belirlediği ürünler ile ilgili içerik hakkında bilgi metni de isteyen birer mail de gönderebileceği söylendi. Böylelikle ürün seçimlerinde daha güvenli bir yol izleyebileceği söylendi.</p> <p>Glütensiz diyet uygulamasına uyum ile cilt döküntüleri arasında ilişki olduğu, diyetle uyum ne kadar iyi olursa cilt döküntülerini yaşama oranının da o düzeyde az olacağı hasta ve hasta yakınlarına açıklandı.</p> <p>Protein, mineral, vitamin yönünden zengin gıda ürünlerine yönelmesi konusunda hasta bilgilendirildi.</p> <p>Günlük su tüketim miktarının önemi açıklandı. Günde 2lt kadar su tüketmeye özen göstermesi önerildi.</p> <p>Periferik ödem ve nabız değerlendirmesi yapılarak cilt bütünlüğünün bozulma riskini teşkil eden durum varlığı değerlendirildi.</p> <p>Kan dolaşımını olumsuz etkileyen faktörler hakkında hastaya bilgi verildi (bacak bacak üstüne atma, dar kıyafetler, sigara kullanma, soğuğa maruz kalma vb.)</p> <p>Doğru ayak bakımı (temizlik, tırnak bakımı, çorap ve ayakkabı tercihi vb.) uygulamaları konusunda hastaya bilgi verildi.</p> <p>Hastaya sakin ve güven verici bir yaklaşımla yaklaşıldı ve hastalığına yönelik yaşadığı kaygı ve endişeleri, iç dünyasında yaşadığı karmaşık duyguları ifade edebilmesi için uygun ortam sağlandı. Hastanın kendini ifade edebilmesi için cesaretlendirildi. Farklılığını ifade edebilmesi ve kabullenebilmesinde destek olunmaya çalışıldı.</p> <p>Önerilen tedavinin önemi ve olumlu sonuçları üzerine hasta ile sohbet edildi.</p> <p>Uyumsuz davranışların nedenleri öğrenilmeye çalışıldı.</p> <p>Tanı öncesi dönemde edindiği alışkanlıkların yeni duruma uygun olan davranışlar ile değiştirilmesi konusunda hastaya rehberlik edildi. Aynı zamanda takip eden hekim ve diyetisyen ile işbirliği yaparak daha olumlu gelişmelerle yaşamını düzenleyebileceği ifade edildi.</p> <p>Diyetisyenin önermiş olduğu diyet listesini zenginleştirmeye yönelik yeni deneyimlere açık olması önerildi. Hasta bu konuda cesaretlendirildi.</p> <p>Günlük yaşamda mevcut durumu en iyi şekilde idame ettirmede basit ve etkili günlük hedefler belirlemeye yönelik hastaya rehberlik edildi. Ulaştığı her hedefte kendisiyle gurur duyması, başarıya duygusunu hissetmesi konusunda hasta motive edildi, desteklendi.</p> <p>Hastanın gösterdiği olumlu ve uyumlu davranış örnekleri takdir edildi. Teşvik edici yaklaşımla hasta cesaretlendirildi.</p> <p>Aile üyelerinden de mevcut sürecin sağlıklı şekilde yürütülebilmesi adına hastaya manevi desteklerini hissettirmeleri istendi.</p> <p>Hastalığını kabullenmede ve gerekliliklerini yerine getirmede zorlandığını, kendinde bu gücü bulamadığını hissediyorsa psikolojik destek alabileceği söylendi.</p> <p>Hastanın kendini rahatlamış ve kabul görmüş hissetmesi adına sınıf arkadaşları ile görüşmeler yapıldı. Öğrencilere çölyak hakkında kısa bir eğitim verilerek farkındalık kazandırılmaya çalışıldı.</p> <p>Hastanın sınıf arkadaşlarının empatik yönleri geliştirilmeye çalışılarak hasta ile sosyal ilişkileri desteklenmeye çalışıldı.</p> <p>Okul çalışanlarına öğrencinin sağlık durumunu açıklayan kısa bir bilgilendirme toplantısı yapılarak, öğrencide gözlenecek halsizlik, derse katılmama, isteksizlik, dikkat dağınıklığı gibi durumların hastalığından kaynaklı olabileceği ifade edilerek öğrencinin sağlık durumu hakkında farkındalık içinde olmaları sağlandı.</p>	<p>Hastada takip süresi boyunca cilt bütünlüğünde bozulma olduğunu gösteren belirtiler gözlenmedi.</p> <p>Hastanın günlük yaşamını sürdürürken daha uyumlu olmaya başladığı, akranları arasında kabul görmesinin hastaya kendini iyi hissettirdiği gözlemlendi.</p>
-----------------	---	---	---

Öncelikle hasta ile glütensiz diyeti hakkında neler bildiği üzerine sohbet edildi. Edinilen bilgiler çerçevesinde günlük yaşamın idamesinde ivedilik arz eden durumlardan başlanarak hastanın ihtiyaçlarına göre bir sıralama yapıldı. Öncelikle hasta ve ailesine yaşam boyu devam etmesi gereken katı bir glütensiz diyete uyumun söz konusu olduğu ifade edildi. Yaşamı sınırlayan, aile hayatını etkileyen bir hastalık olduğunun kabul edilmesinin önemli olduğu belirtildi. Hastaya paketli ve dışarıda hazırlanan gıda ürünlerinde (meyveli yoğurt, sosis, pizza, gevrek ürünleri, pasta, bisküvi vb.) glüten ve glüten türevi proteinlerin olabileceği veya çapraz bulaşmanın söz konusu olabileceği, bu yüzden bu davranışlardan kaçınması gerektiği ifade edildi. Elbetteki alışlagelmiş yaşam tarzının değişimin zor ve büyük bir çaba gerektirdiğinin farkında olduğu ifade edilerek hasta bu yönde cesaretlendirildi. Sürekli olarak gıdalarda bulunan glüten varlığını sorgulamak zorunda olmasının mutsuzluk hissettirmesi, yemek yerken keyifsiz olmasının, diyeti kabullenmede zorlanmasının normal olduğu belirtildi. Bugüne değin varolan yaşantısını yeniden düzenlemesi gerektiğinin bir sonucu olarak bunlarla da başa çıkması gerektiği belirtildi. Hastaya bu konuda psikolojik destek alabileceği söylendi. Yüksek yağ, şeker ve kalori içeren, doymuş yağ asitlerince zengin gıdalardan uzak durması söylendi. Okul ve sosyal yaşamında mısır, pirinç, baklagiller, soya fasulyesi vb. ile hazırladığı her türlü gıda ürününü tüketebileceği belirtildi. Gıda ürünlerini hazırladığı tüm malzemelerin ev içinde çapraz bulaşmaya maruz kalmayacak şekilde hazırlamaya dikkat etmesi söylendi. Evde hazırladığı gıda ürünlerini ev dışı ortamlara taşırken tazeliğini ve sıcaklığını muhafaza etmesi amacıyla termos kaplar edinebileceği belirtildi. Konstipasyon durumunun yaşanmaması adına su tüketimini arttırabileceği, kinoa, teff, amarant, kahverengi pirinç gibi lif yönünden zengin tahılları diyetine ekleyebileceği belirtildi. Süt ve süt ürünleri, kümes hayvanları, balık ürünlerini serbestçe alabileceği ifade edildi. Öğünlerde enerjinin %45-65'i karbonhidrat grubu, %20-35'i yağ grubu, %10-35'inin ise protein grubu besinlerden karşılanmasının önemli ve sağlığının korunmasında gerekli olduğu belirtildi. Özellikle demir eksikliği, A, D, E, K ve B grubu vitamin eksikliği, çinko, kalsiyum mikrobislerinin yetersizliği sık yaşanan durumlardan olduğundan diyetinde bu ürünlere sık yer vermesi, bu konuda özenli davranması söylendi. Günlük öğün planlamasının 3-6 öğün olacak şekilde olmasına dikkat etmesi, C vitamini alımının özellikle demir emiliminde önemli olduğundan günlük almaya gayret etmesi söylendi. Ara öğün şeklinde atıştırılabilir olarak sarı leblebi, hurma, kuru kayısı, fındık, badem, ceviz, kuru üzüm vb. sağlıklı ürünleri tüketebileceği belirtildi. Pirinç unu, nohut unu veya mısır unu ile hazırlayacağı kek, kurabiye, ekmek vb. ürünleri günlük yaşam içinde tüketebileceği, ev dışında yanında taşımalarının da kolay olacağı ifade edildi. Düzenli aralıklarla kilo ölçümü yapması önerildi. Bu sayede diyetisyen kontrollerinde de durumu diyetisyeni ile değerlendirebilecekleri belirtildi. Güvenli şekilde ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için besin, yara bandı, şampuan, diş macunu, nemlendirici ve diğer kozmetik ürünler gibi tüm ürünlerde glüten varlığının sorgulanması, "Glütensiz" ibaresinin varlığına dikkat etmesi konusunda gerekli açıklamalar örneklemeler verilerek yapıldı. Herhangi bir sebeple doktora veya eczaneye başvurduğu zamanlarda bazı ilaçlara üretim aşamasında glüten ilavesi yapıldığından mutlaka çölyak tanısını belirtmesi istendi. Glütensiz beslenmeye özen göstermeyi sürdürdüğünde diz, dirsek kalça bölgelerinde dönem dönem oluşan kaşıntılı cilt döküntülerinin de ortadan kalkacağı ifade edildi. Cilt döküntülerinin olduğu zamanlarda dijital olarak bunları kayıt altına alması ve doktor kontrolüne gittiğinde hekime göstermesi istendi.

Hasta glüten içerikli ürünler ve diyet içeriği hakkında farkındalığının arttığını söyledi. Daha önceleri kısıtlı tuttuğu beslenme menüsünün yerini evde deneyip beğendiği yeni tariflerin aldığı, glütensiz gıdalarla hazırlanabilecek yeni tarifleri denemeye daha açık olduğu gözlemlendi.

		Hastaya çölyak hastalığı ve glütensiz diyetin gerekliliğini ifade eden bir broşür hazırlanarak verildi.	
Boşaltım Aktivitesi	Yetersiz Su Tüketimi ve Diyareye Bağlı Sıvı Ve Elektrolit Dengesinde Bozulma Riski	Bağırsak sesleri varlığı uygun sıklıkta dinlendi. Palpasyonla abdominal hassasiyet ve gaita geçiş hızı değerlendirildi. Bağırsak seslerinin günlük izlemi yapıldı. Hastaya da kendisinin nasıl takip yapabileceği öğretildi. Dışkılama sayısı, sıklığı, dışkının rengi ve kıvamı konusunda hastadan bilgi alındı. Hastanın diyare tablosu yaşadığı dönemlerde aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılmaya çalışıldı. Bu dönemde hastanın mümkün olduğunca yatak istirahatinde kalması önerildi. Hastanın yemek yemek için kendini iyi hissettiği anlarda çay, maden suyu, meyve suyu, yoğurt, et suyu çorba ile kaybettiği sıvı ve elektrolitlerin yerine koyulabileceği konusunda aile bilgilendirildi. Diyare yaşadığı dönemlerde kafeinli ve laktozlu ürünler, süt ve süt ürünleri, taze sebze ve meyveler, yağlı ve şekerli ürünler tüketmekten kaçınması söylendi. Bunlar yerine tuzlu kraker, sarı leblebi, pirinç unlu muhallebi (sütsüz), elma, muz, haşlanmış patates gibi gıdalar tüketmesi ve sıvı alımında özenli davranması önerildi. Gün içinde en az iki litre su tüketmesi, diyare tablosunun yaşandığı dönemlerde bunu artırması önerildi. Diyare döneminde cilt bütünlüğünün korunmasının da önemli olduğu ifade edildi. Bağırsak eliminasyonu sonrasında perianal bölge temizliğine dikkat etmesi, ılık su ile temizlemesi, glütensiz nemlendiriciler ile bölgenin bütünlüğünü korumaya gayret göstermesi gerektiği ifade edildi.	Hastanın diyare tablosu yaşadığı dönemlerde sıvı ve elektrolit dengesizliği ne ait belirti ve bulgular gözlenmedi Ca: 9.68 mg/dl; P:4.01 mg/dl; K: 4.2 mmol/L; Na:139 mmol/L; Cl: 105 mmol/L).
Bağırsak Motilitesindeki Bozulmaya Bağlı Konstipasyon	Hastanın düzenli defekasyon eylemi gerçekleştirilmesini sağlamak.	Defekasyon isteği oluştuğunda bu isteği ertelememesi konusunda hastaya bilgi verildi. Ertelemesi durumunda oluşabilecek durumlar, bağırsak sistemi üzerine etkisi hakkında bilgilendirme yapıldı. Hastaya biofeedback tekniği öğretildi. İki gün içinde defekasyon eylemi gerçekleşmediğinde, bu tekniğin uygulanması durumunda defekasyon eyleminin gerçekleşmesine yardımcı olacağı belirtildi. Hastanın az su tüketmesinin konstipasyon sebebi olabileceği ifade edilerek günde en az iki lt su tüketmeye özen göstermesi istendi. Su tüketimini takipte kendisine bir su matarası edinerek takibini kolay yapabileceği ifade edildi. İçeceklerin çok sıcak veya soğuk olması peristaltik hareketleri arttıracığından hastaya ve yakınlarına bilgilendirme yapıldı. Konstipasyon durumlarında kahve, çay vb. tüketimi yerine kuru erik, kuru erik suyu, papaya gibi içeceklerin kullanımını tercih edebileceği ifade edildi. Hastanın diyetine lifli besinler eklemesi, ancak lif kullanımında distansiyon ve şişkinlik belirtileri yönünden takip etmesi, bu gibi durumlar yaşandığında lif tüketimini azaltması önerildi. Ayrıca lifli gıdaların gaz üretimini arttıracığı ancak sonrasında azalacağı açıklandı. Bağırsak hareketlerinin düzenlenmesi için bağırsak boşaltım programı açıklandı (tercihine göre, sabah kahvaltı sonrasında ya da akşam yemeği sonrası, kolon motilitesinin yoğun olduğu zaman dilimlerinde defekasyon alışkanlarını yerleştirmesi önerildi.). Abdominal kasların güçlendirilmesine yönelik egzersizler hakkında hasta bilgilendirildi ve egzersiz uygulamalarında rehberlik edildi. Egzersizleri rutin haline getirmesi önerildi. Koşu, yürüyüş, bisiklet sürme, dans gibi egzersizlere hayatında yer vermesinin konstipasyon sorununun önüne geçmede, kilo kontrolü sağlamada, kas ve kemik dokunun korunmasında önemli olduğu söylendi (20).	Hasta takip edildiği zaman zarfında konstipasyon şikayeti yaşamadığını ifade etti.

<p>Hareket</p>	<p>Perine Hijyeni ve Enfeksiyondan Korunmaya İlişkin Bilgi Eksikliği Hastanın doğru perine bakım uygulamalarını kazanmasını sağlayarak bilgi eksikliğini gidermek.</p>	<p>Perine temizliğini yaparken önden arkaya doğru uygulama yapması söylendi. Mümkün olduğunca özellikle toplu alanlardaki tuvaletleri kullanması gerektiğinde, tuvalete girmeden önce ellerini yıkaması, sonra tuvalet ihtiyacını karşılayabileceği belirtildi. Tuvaletten çıktıktan sonra yine el hijyeni uygulamalarını yerine getirmesi söylendi (19). Günlük ped kullanımının idrar yolu enfeksiyonu başta olmak üzere farklı enfeksiyonlar için zemin oluşturduğu konusunda bilgi verildi. Hastaya normal idrar fonksiyonu hakkında bilgi verildi. İdrar çıkışı sırasında yanma, ağrı/sızı, kaşıntı, kan vb. idrar yolu enfeksiyonu işaretleri yönünden kendini takip etmesi söylendi. Bu durumlar yaşandığında doktora başvurması önerildi. Pamuklu özellikteki iç çamaşırlarını tercih etmesi, günlük olarak iç çamaşırını değişimi yapması önerildi. Menstruasyon dönemlerinde ped değişimi süresine dikkat etmesi, 2-3 saatte bir ped değişimi yapmaya özen göstermesi söylendi. Yine bu dönemde mümkün olduğunca günlük olarak ayakta duş alması önerildi.</p> <p>Hastanın kendini yorgun hissetmesinin günlük yaşamına, eğitim hayatına etkisi üzerine sohbet edildi. Hasta fiziksel ve duygusal yorgunluk belirtileri yönünden gözlemlendi. Hastanın yaşam bulguları takip edilerek aktivitelerini sürdürmede engel teşkil edecek durumların olup olmadığı değerlendirildi (dispne, taşikardi, solukluk vb.). Hasta ile okulda olduğu dönemlerde teneffüslerde merdiven inip çıkma, bahçede dolaşma vb. faaliyetler yapılarak hastayı gözlemlene ve yakından takip etme fırsatı oluşturuldu. Hastanın öğün içerikleri değerlendirilerek yeterli enerji kaynağı içeren besin öğelerine diyetinde yer verip vermediği takip edildi. Diyetisyen kontrolünde yorgunluk durumunu belirtmesi söylendi. Öğünlerde glüten kaçağının olmamasına özen göstermesi, diyetine katı şekilde uyması halinde şikayetlerinde azalma yaşayacağı, bu konu üzerine yapılan bilimsel araştırma sonuçları olduğu ifade edilerek hasta bilgilendirildi. Hasta bu konuda motive edilmeye çalışıldı. Doktor kontrolüne gittiğinde laboratuvar incelemelerinde demir, B12 vitamini, D vitamini düzeylerinin değerlendirilmesinin önemli olacağı ifade edildi. Yorgunluğun önlenmesi amacıyla zaman yönetimi hakkında bilgilendirmeler yapıldı. Aktivitelerini öncelikleme konusunda destek olundu. Gün içinde dinlenme periyotlarının belirlenmesi, rahatlama tekniklerine yönelik bilgilendirme yapılarak yorgunluğun etkileri azaltılmaya çalışıldı. Yorgunluk ve aktivite intoleransı durumunun kaliteli uyku periyodunun yoksunluğundan da kaynaklanabildiği belirtilerek uyku düzeni oluşmaya başladığında bu durumun daha da azalacağı belirtildi. Kısa yürüyüşler, ev içi egzersiz faaliyetleri gibi aile üyeleri ile bir arada sürdürülebilecek aktiviteler konusunda aile üyeleri ile işbirliğine gidildi. Aile içi iletişimin artırılması amacıyla, ailece yemek yeme, sohbet saatleri vb. rutinler oluşturularak hastanın kendini rahatlamış hissetmesi, duygularını dışa vurması ve ailesi ile paylaşması konusunda aile üyelerinden hastaya destek olmaları istendi(20). Hasta aktiviteleri sürdürme sırasında yaşadığı zorlanmanın zaman içinde azalacağı konusunda cesaretlendirildi.</p>	<p>Hastanın idrar yolu enfeksiyonu bulgularına (idrarda yanma, üretrada kaşıntı, sızı gibi) ilişkin farkındalık kazandığı gözlemlendi.</p> <p>Hastanın kendini daha iyi hissetmeye başladığı, aktiviteler konusunda daha istekli ve planlı olmaya çalıştığı gözlemlendi. Haftada 2 gün bir saat yürüyüşe çıkma veya bisiklete binme davranışı sergilediği gözlemlendi.</p>
----------------	--	--	--

Uyku	Hastalığını Kabullenemeye Bağlı Uyku Örüntüsünde Bozulma	<p>Hastaya uyku siklusu hakkında bilgi verildi. Kaliteli bir uykunun özellikleri, günlük yaşamı sürdürme üzerine etkileri konusunda açıklamalarda bulunuldu. Hastaya uykusu gelmeden yatağa yatmaması, yatak odasını uyku zamanı dışında kullanmaması, yatakta televizyon seyretmek, kitap okumak gibi aktivitelerden kaçınması söylendi.</p> <p>Yattıktan sonra 20-30 dakika içinde uykuya dalmamazsa yataktan kalkması, tekrar yatmak için uykunun gelmesini beklemesi söylendi.</p> <p>Yattıktan sonra zihnini boşaltmaya çalışması, olumsuz düşüncelerden mümkün olduğunca uzak durması söylendi. Olumlu düşünceler ve pozitif yaklaşımlar içine girmesi, kendini mental olarak rahatlatması konusunda önerilerde bulunuldu (19).</p> <p>Hastanın, uyandığı zaman tekrar yatağa yatmaması gerektiği ve yatarsa uyku ritminin bozulacağı, her gün aynı saatte uyuyup, aynı saatte kalkması gerektiği, bu durumun uyku düzeninin oluşması için önemli olduğu söylendi.</p> <p>Hastaya gündüz uyumaktan olabildiğince kaçınması ve gün içerisindeki hareketlilik durumlarının artırılması gerektiği, bu sayede rahatlayarak akşamları uykuya daha kolay dalabileceği söylendi.</p> <p>Gün içerisinde yapılacak düzenli egzersizlerin, daha nitelikli uyku uyumayı sağlamada önemli olduğu ve en uygun egzersiz zamanının ise öğleden sonra ve akşamüzeri olduğu bildirildi.</p> <p>Kafein, santral sinir sistemini uyararak uyumayı engelleyebileceğinden ve gece boyunca uyanık kalmaya neden olabileceğinden kafein içeren gıda ürünleri hakkında hasta bilgilendirildi (çay, kahve, kola, çikolata, karbonatlı içecekler (soda), enerji içecekleri vb.).</p> <p>Kafeinin yarılanma ömrü uzun olduğundan kafein içeren besinlerin uyku saatinden en az 4-6 saat önce alınmasının sonlandırılması konusunda hastaya açıklamalarda bulunuldu (20).</p> <p>Uyku öncesinde ılık bir duşun alınması ve idrar çıkışının sağlanmasının da kaliteli bir uyku için etkili olabileceği ifade edildi.</p> <p>Hastanın zihninin uyku problemi ile meşgul olmasının önüne geçilmesi için uyku problemi ile ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşması, uykuyu etkileyen korku, öfke, suçluluk ve kaygı gibi duygularını ifade etmesinde hasta desteklendi.</p> <p>Hastalığı ile yaşamayı öğrenmeye başladıkça kabullenme sürecinin de kolaylaşacağı ifade edildi. Böylelikle uyku sorunlarının da bahsedilen girişimlerle birlikte daha da azalacağı söylendi.</p> <p>Yatmadan önce kitap okuma, televizyon izleme, radyo ya da hafif bir müzik dinleme, ibadet etme alışkanlıkları vb. uyku öncesi rutin haline getirmesi konusunda hastaya önerilerde bulunuldu.</p> <p>Akşam yemeğinin hafif olmasına ve yatma saatine yakın yemek yenmemeye özenli davranması istendi.</p> <p>Yatmadan önce bol ve rahat kıyafetler giymesi önerildi.</p>	Hasta izlem süresinin sonunda daha az uykuya dalma gücünü yaşadığını ifade etti.
------	--	---	--

SONUÇ

Kronik hastalığı olan bireylerde, kişinin hastalığı ile optimum sağlık düzeyinde hayatını idame ettirebilmesi için sağlığın iyileştirilmesi ve geliştirilmesi önem arz eder. Ayrıca hastanın tedavi süreci ve programına ilişkin gerekli bilgi donanımına sahip olması gerekir. Bireysel başa çıkma mekanizmalarının oluşturulması ve desteklenmesi, süreç yönetim becerisinin kazandırılması, beklenen uyumun sağlanması gibi doğru ve etkili hastalık

yönetim sürecinin oluşmasına zemin hazırlanması ve işbirliğinin sağlanması elzemdir. Kronik hastalığı olan kişinin fiziksel, sosyal, psikolojik, kültürel, ekonomik açıdan pek çok sorunu olabilmektedir. Bu durum kronik hastalığa uyum sürecini farklı yönlerden etkilemektedir.

Yaşam aktiviteleri modeli çerçevesinde verilerin toplanıp değerlendirildiği çocuk hastada, hastalığına ve geri kalan yaşamını idame ettirmeye ilişkin bilgi eksikliğinin

olması, hasta ve ailesinin hastalığın vücut üzerindeki etkilerine yönelik bilgilere sahip olmaması, diyet programına gereken hassasiyet ve uyumun gösterilememesi, sosyal yaşamın sürdürülmesinde güçlük yaşanması, semptom yönetimine ilişkin eksikliklerin olması gibi birçok sorun yaşadığını görmekteyiz. Model doğrultusunda planlanan girişim ve uygulamalar, hastanın yaşam aktivitelerini optimum düzeyde sürdürmesine yöneliktir. Böylelikle hastanın yaşamını fonksiyonel olarak sürdürmesi desteklenmiş, hastanın kendini rahat ifade etmesi, tedaviye uyum göstermesi, hastalık sürecini yönetmede etkin rol alması sağlanmıştır.

Aydınlatılmış Onam: Yazarlar olgudan imzalı onam aldıklarını beyan etmişlerdir.

Yazar Katkı Oranları: Konsept: İG, SKS. Tasarım: İG, SKS. Veri Toplama veya İşleme: İG. Analiz veya Yorum: SKS. Literatür Taraması: İG. Yazma: İG.

Çıkar Çatışması Bildirimi: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Raiteri, A, Granito, A, Giamperoli, A, Catenaro, T, Negrini, G, Tovoli, F. Current guidelines for the management of celiac disease: A systematic review with comparative analysis. *World J Gastroenterol.* 2022 Jan 7;28(1):154-175. doi: 10.3748/wjg.v28.i1.154. PMID: 35125825; PMCID: PMC8793016.
2. Leibold, B., Sanders, D. S., & Green, P. H. R. (2018). Coeliac disease. *Lancet* (London, England), 391(10115), 70–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31796-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31796-8)
3. Caio G., Volta U., Sapone A., Leffler D.A., De Giorgio R., Catassi C. et al. (2019)

Celiac disease: a comprehensive current review. *BMC Medicine*, 17, 142

4. Catassi, C., Verdu, E. F., Bai, J. C., & Lionetti, E. (2022). Coeliac disease. *Lancet* (London, England), 399(10344), 2413–2426. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00794-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00794-2)
5. Özkaya, V. ve Özkaya, Ş. Ö. (2018). Çölyak Hastalığına Diyetetik Yaklaşım. *Selçuk University Medical Journal*, 34(4).
6. Yıldırım, E. (2020). Çölyak hastalığı ve glutensiz beslenme. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 175-187.
7. Yavuz, S.O. ve Tümgör, G. (2020). Çölyak krizi ile başvuran üç yaşında çocuk olgu. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 9(3), 136 - 138.
8. Fidan, G., ve Çalışkan, D. (2020). Okul öncesi eğitim kurumlarında çölyak hastalığı yönetimi: Öğretmenin rolü. *Erken Çocukluk Çalışmaları Dergisi*, 4(3), 901-917.
9. Özbörü Aşkan, Ö. ve Keskindemirci, G. Kronik hastalığı olan çocuklarda ebeveynliğin desteklenmesi. Boran P, editör. *Anne Babalığın Çocuk Sağlığının Geliştirilmesindeki Önemi*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2022. p.113-6.
10. Akkoyun, S., ve Taş Arslan, F. (2019). Yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeli'ne göre kronik böbrek yetmezliği olan çocuk hastanın değerlendirmesi: olgu sunumu. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 78-93.
11. Şahin, E. Ü., Küçükoğlu, S., ve Arslan, F. T. (2023). Epidermolizis bülloza tanılı çocuğun roper logan tierney hemşirelik modeline dayalı hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 4(3), 487-502.
12. Bulut, H. ve Güler Demir, S. (2017). Nancy Roper, Winifred W. Logan, Alison J. Tierney: Yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeli. A Karadağ, N Çalışkan, ZG Baykara (Eds). *Hemşirelik Teorileri ve*

Modelleri (1. baskı, s. 531-575). Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul.

13. Özkan, S., Kılınçat, B., ve Yılmaz, M. (2023). Roper-Logan-Tierney hemşirelik modeline temelli pediatri hemşireliği: olgu sunumu. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 4(1), 61-78.
14. Williams, B. C. (2015). The Roper-Logan-Tierney model of nursing: a framework to complement the nursing process. *Nursing*, 45(3), 24–26. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000460730.79859.d4>
15. Akçay, E., ve Ören, B. (2024). Roper, Logan ve Tierney'in Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeline göre ülseratif kolit olgu değerlendirmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 7(2), 250-259. <https://doi.org/10.54189/hbd.1497754>
16. Tosun, H. E., & Akkoyun, S. (2021). Yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik

modeli'ne göre hirschsprung hastalığı olan çocuk hastanın değerlendirilmesi: Olgu sunumu. *Güncel Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 51-58.

17. Wilkinson. J.M., Barcus, L. Pearson Hemşirelik Tanıları El Kitabı, 11. Basım. Kapucu S, Akyar İ, Korkmaz F.(Eds.) Ankara: Pelikan Yayınevi; 2018.
18. Phelps, L.L., Ralph, S.S., Taylor, C.M. (2019). Sparks & Taylor'ın Hemşirelik Tanı Referans El Kitabı. Karahan A, Kav S. (Eds.), Güneş Tıp Kitabevleri, Wolters Kluwer, 10. Baskı.
19. *Nursing Diagnoses Definitions and Classification 2021–2023* (12 ed.). Thieme Medical Publishers, New York, 2021.
20. Carpenito-Moyet, L.J. (2012). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. Erdemir F. (Ed.), Nobel Tıp Kitabevleri, 13. Baskı.