



GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ



CİLT : 5 / SAYI : 2

ISSN 2146 - 9954

2016

GÜMÜŞHANE UNIVERSITY JOURNAL OF HEALTH SCIENCES

EDİTÖR / EDITOR IN CHIEF

Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ

Editör Yardımcısı / Deputy Editor

Yrd. Doç. Dr. Taşkın KILIÇ

Editör Kurulu / Editorial Board

Yrd. Doç. Dr. Nurçin KÜÇÜK KENT

Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ

Yrd. Doç. Dr. Taşkın KILIÇ

Doç. Dr. Huri İLYASOĞLU

Doç. Dr. Sedat BOSTAN

Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ

Yrd. Doç. Dr. Ayşe ÇOLAK

Yrd. Doç. Dr. Muammer AK

Yrd. Doç. Dr. Nuri GÜLEŞCİ

Yrd. Doç. Dr. Sevil CENGİZ



GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ



CİLT : 5 / SAYI : 2

ISSN 2146 - 9954

2016

GÜMÜŞHANE UNIVERSITY

JOURNAL OF HEALTH SCIENCES

Sahibi / Owner

Gümüşhane Üniversitesi adına Rektör,
İhsan GÜNAYDIN

Yazı İşleri Müdürü / Managing Editor

Yrd. Doç. Dr. Nurçin KÜÇÜK KENT

Editör / Editor in Chief

Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ

Editör Yardımcısı / Deputy Editor

Yrd. Doç. Dr. Taşkın KILIÇ

Yabancı Dil Editörleri / Foreign Language Editors

Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ
Yrd. Doç. Dr. Nurçin KÜÇÜK KENT

İstatistik Editörü / Statistics Editor

Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ

Editör Kurulu / Editorial Board

Yrd. Doç. Dr. Nurçin KÜÇÜK KENT
Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ
Yrd. Doç. Dr. Taşkın KILIÇ
Doç. Dr. Huri İLYASOĞLU
Doç. Dr. Sedat BOSTAN
Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ
Yrd. Doç. Dr. Ayşe ÇOLAK
Yrd. Doç. Dr. Muammer AK
Yrd. Doç. Dr. Nuri GÜLEŞCİ
Yrd. Doç. Dr. Sevil CENGİZ

Dergi Sekreteryası / Secretariat

Arş. Gör. Uğur YAYLA
Arş. Gör. Eyyüp YILDIZ
Arş. Gör. Ünal YAPRAK

Teknik Kurul / Technical Board

Bayram KARAKUŞ
Niyazi POYRAZ

Redaksiyon / Redaction

Aydın KIVANÇ
Fevzi PEK

Tasarım - Dizgi / Design - Editing

Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ
Yrd. Doç. Dr. Nurçin KÜÇÜK KENT

Yayın Türü / Type of Publication:

Hakemli süreli yayın / Peer-reviewed journals

Bu dergi **Türkiye Atıf Dizini (Turkiye Citation Index)** tarafından indekslenmektedir.

Yılda dört kez yayınlanır / Published four times per year

Sağlık Bilimleri Dergisi Gümüşhane Üniversitesi Bağlarbaşı Mahallesi 29100 GÜMÜŞHANE

Tel : 0456 233 11 72

Faks : 0456 233 11 79

e-posta : sbd@gumushane.edu.tr

Web : <http://sbd.gumushane.edu.tr>

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU / SCIENTIFIC ADVISORY BOARD

Abdülğani TATAR, ATÜ
Aclan ÖZDER, AKÜ
Adem KUŞGÖZ, KTÜ
Ahmet Afşin KAYA, GŞÜ
Ahmet ALVER, KTÜ
Ahmet EROĞLU, KTÜ
Ahmet KALAYCIOĞLU, KTÜ
Ahmet KARAGÜZEL, KTÜ
Ahmet MENTEŞE, KTÜ
Ahmet TİRYAKİ, KTÜ
Ahmet YILMAZ, GŞÜ
Ali Fuat BODUR, GŞÜ
Ali GÜNDOĞDU, GŞÜ
Aliye ÖZENOĞLU, OMÜ
Asım ÖREM, KTÜ
Aydın KIVANÇ, GŞÜ
Ayhan KANAT, RTEÜ
Ayşe KARADAĞ, GÜ
Ayla GÜRSOY, KTÜ
Aynur BÜTÜN AYHAN, AÜ
Aysel KÖKSAL AKYOL, AÜ
Ayşe METİN, Ankara ÇSH
Ayşe ÇOLAK, GŞÜ
Ayşe OKANLI, ATÜ
Ayşe Özfer ÖZÇELİK, AÜ
Ayşegül BİLGE, EÜ
Ayşegül İŞLER, AKD
Ayşenur ÖKTEN, KTÜ
Ayten DEMİR, AÜ
Bayram KAYMAK, HÜ
Bayram ŞAHİNÖZ, HÜ
Belgin YILDIRIM, ADÜ
Beyazıt YEMEZ, DEÜ
Birgül KURAL, KTÜ
Burhan ÇAKICI, GŞÜ
Cavit KART, KTÜ
Cemalettin BALTACI, GŞÜ
Cemil ŞAHİN, GŞÜ
Cihan ÖREM, KTÜ
Çağla YİĞİTBAŞ, GÜ
Çetin AKAR, HÜ
Dilek ÇİLİNGİR, KTÜ
E.Edip KEHA, KTÜ
Elif ÇELENK KAYA, GŞÜ
Engin YENİLMEZ, KTÜ
Erdem DUMAN, KTÜ
Erhan ÇAPKIN, KTÜ
Ersan ODACI, KTÜ
Ersan KALAY, KTÜ
Esra ERCAN, KTÜ
Ersagun KARAGÜZEL, KTÜ
Ethem ALHAN, KTÜ
Evrin AKTEPE, SDÜ
Evrin ÖZKORUMAK, KTÜ
Fahri UÇAR, KTÜ
Fatma DEMİR KORKMAZ, EÜ
Fatma TAŞ ARSLAN, SÜ
Fehmi Volan AKYÖN, ÇOMÜ
Ferdî BAŞKURT, SÜ
Fevziye ÇETİNKAYA, RTEÜ
Feyyaz ÖZDEMİR, KTÜ
Figen ÇELEP, KTÜ
Filiz HİSAR, NEÜ
Fisun ŞENUZUN, EÜ
Gamze ÇAN, KTÜ
Gökhan YILMAZ, KTÜ
Gökşin ŞENGÜL, ATÜ
Gülşay YEGİNOĞLU, KTÜ
Gülbahtiyar DEMİREL, CÜ
Gülhan ERDEM, ÇOMÜ

Gülğün ERSOY, HÜ
Gürdal YILMAZ, KTÜ
Hafız AYDIN, KTÜ
Halil KAVGACI, KTÜ
Haluk DUMAN, ASÜ
Handan GÜLER, CÜ
Hasan BOZKAYA, KTÜ
Hasan EFE, RTEÜ
Hasan Hüseyin EKER, SBÜ
Havva ÖZTÜRK, KTÜ
Havva TEL, CÜ
Hayri AYDOĞAN, RTEÜ
Hayriye ÜNLÜ, BÜ
Hilal YILDIRAN, GÜ
Huri İLYASOĞLU, GŞÜ
Hüseyin DAŞ, GŞÜ
İbrahim İKİZCELİ, İÜ
İbrahim TURAN, GŞÜ
İbrahim YILDIRAN, GÜ
İclal ÇAKICI, YTÜ
İhsan KALYONCU, KTÜ
İknur TOSUN, KTÜ
İmdat AYĞÜL, GŞÜ
İrfan NUHOĞLU, KTÜ
İsmet DURMUŞ, KTÜ
Kaan KILINÇ, GŞÜ
Kemal Macit HİSAR, SÜ
Kurtuluş BURUK, KTÜ
Lale TAŞKIN, HÜ
Levent TÜMKAYA, RTEÜ
Makbule Gezmen KARADAĞ, GÜ
Mehmet GÜNAY, GÜ
Melike DEMİR DOĞAN, GŞÜ
Meltem UÇAR, LAÜ
Merih KUTLU, KTÜ
Mevlit İKBAL, KTÜ
Mine BEKAR, CÜ
Mine EKİNCİ, ATÜ
Mualla AYKUT, RTEÜ
Muammer AK, GŞÜ
Muazzez GARİPAĞAOĞLU, İMÜ
Muhammed KIZILTUNÇ, GŞÜ
Murat BAŞ, BÜ
Murat ERSEL, EÜ
Murat KARKUCAK, KTÜ
Murat S. KESİM, KTÜ
Murat TOPBAŞ, KTÜ
Musa ÖZATA, SÜ
Musa KARAALP, GŞÜ
Mustafa GÖKÇE, KTÜ
Mustafa ÖNCEL, GŞÜ
Nazan KARAHAN, KBÜ
Nazlı HACIALİOĞLU, ATÜ
Nesibe Arslan BURNAZ, GŞÜ
Nesrin ERCİYES, KTÜ
Nesrin NURAL, KTÜ
Neşe KAKLIKAYA, KTÜ
Nezihe GÖKHAN, GŞÜ
Nilgün ULUTAŞDEMİR, ZRV
Nurcan ÇALIŞKAN, GÜ
Nurcan YABANCI, AÜ
Nurçin KÜÇÜK KENT, GŞÜ
Nuri GÜLEŞÇİ, GŞÜ
Orhan DEĞER, KTÜ
Orhan BAŞ, RTEÜ
Osman AYNACI, KTÜ
Özgül KARAKURT, DEÜ
Özgür ALPARSLAN, GOÜ
Ömer ŞENEL, GÜ
Özlem BİLİK, DEÜ

Özlem DURAN, CÜ
Özlem ŞAHİN ALTUN, ATÜ
Pelin BAĞCI, RTEÜ
Ramazan ERDEM, SDÜ
Rasin ÖZYAVUZ, KTÜ
Recep BEDİR, RTEÜ
Recep DEMİRHAN, Kartal EAH
Receci MESERİ, EÜ
Saime ŞAHİNÖZ, GŞÜ
Sedat BOSTAN, GŞÜ
Seher S. KARABUDAK, ADÜ
Selahattin KIYAN, EÜ
Selma T. HESAPÇIOĞLU, KTÜ
Sema KANDİL, KTÜ
Sevil CENGİZ, GŞÜ
Sevilay HİNDİSTAN, KTÜ
Sezer KISA, GÜ
Suzan YILDIZ, İÜ
Süha TÜRKMEN, KTÜ
Süleyman Erhan DEVECİ, FÜ
Süleyman GÜVEN, KTÜ
Süleyman TÜREDİ, KTÜ
Şükran ÖZKAHRAMAN, SDÜ
Tahsin YILDIRIM, KTÜ
Tamer TAŞDEMİR, KTÜ
Taşkın KILIÇ, GŞÜ
Tevfik ÖZLÜ, KTÜ
Turhan ARAN, KTÜ
Turgut ŞAHİNÖZ, GŞÜ
Vildan A. ÇAKMAK, KTÜ
Yakup ASLAN, KTÜ
Yasemin K. YILDIRIM, EÜ
Yıldırım KALKAN, RTEÜ
Yılmaz BÜLBÜL, KTÜ
Yunus KARACA, KTÜ
Yusuf ÇELİK, HÜ
Yüksel ALİYAZICIOĞLU, KTÜ
Zahit PAKSOY, GŞÜ
Zeliha BAŞKURT, SDÜ
Zeynep B.TAKAOĞLU, GŞÜ

Editörden

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012 yılından bu yana yılda 4 sayı olarak Türkçe ve İngilizce makalelerle yayın hayatına devam eden hakemli bir akademik dergidir.

Dergimizin bu sayısında 8 adet araştırma makalesi ve 4 adet derleme makalesi olmak üzere toplam 12 araştırma ve inceleme makalesine yer vermiş bulunmaktayız. Diğer sayılarımızda olduğu gibi bu sayımızda da özellikle araştırma ve inceleme çalışmalarına yer vermiş olmaktan mutluluk duyuyoruz. Bu yayınların halk sağlığı alanında çalışan araştırmacılara katkı ve fayda sağlayacağını düşünmekteyiz. Bu sayımız 5. yılın 2. sayısıdır. İki sayı sonra 5. yılını dolduracak olan dergimiz uluslararası indeksler için başvuru hakkı kazanacaktır.

Dergimizde bu sayıdan itibaren gerçekleşen yönetim değişikliği vesilesiyle devraldığımız bayrağı zirveye taşımak üzere çalışmalara başlamış bulunmaktayız.

Dergimizin kuruluşundan bu yana değerli çalışmalarıyla dergiyi önemli noktalara ulaştıran başta editörlerimiz Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ ve Yrd. Doç. Dr. Sevil CENGİZ olmak üzere tüm dergi ekibine teşekkürlerimizi sunarız.

Dergimiz yine yılda 4 sayı olarak Türkçe ve İngilizce makaleleri kabul edecek ve makaleler aynı sistemle en az iki hakem tarafından değerlendirilecektir. Dergimizde makale değerlendirme sürecinin daha şeffaflaştırılması ve hızlandırılması için çalışmalarımız devam etmektedir. Gelecek sayıdan itibaren “Dergipark” üzerinden yayın yapmayı planlamaktayız. Ayrıca yazışmalarımız e-posta üzerinden günlük olarak yapılacaktır.

Siz değerli okuyucu ve yazarlarımızın da desteğiyle daha kaliteli bir yayıncıya imza atacağımıza olan inancımız tamdır. Dergimiz ulusal ve uluslararası indeks tarafından taranmaktadır. Halen ulusal ve uluslararası birçok indekse başvurumuz devam etmektedir. Sizlerin desteği ve göndereceğiniz nitelikli araştırma makaleleri sayesinde dergimiz kısa sürede uluslararası süreli yayınlar içerisinde SCI expanded dergiler arasında yer alacaktır.

Bilimsel süreli yayıncılıkta hakemli bir derginin bilimsel niteliğinin geliştirilmesinde, dergi hakemlerinin ve editörün çok önemli sorumlulukları vardır. Bu güne kadar değerli zamanlarını vererek makale değerlendirmelerini titizlikle yapan hakemlerimize teşekkürü bir borç biliriz.

Her sayımızın bir önceki sayımızdan daha iyi olması bizim en önemli ilkemizdir. Sizlerden aldığımız öneri ve desteklerle dergimizi daha kaliteli hale gelecektir. Aramıza yeni katılan bilim insanlarına ve yayınlarıyla bizleri destekleyen yazarlarımıza okuyucu ve takipçilerimize, dergide emeği geçen herkese yürekten sevgi, saygı ve şükranlarımızı sunar bir sonraki sayımızda görüşmek üzere esenlik ve mutluluklar dileriz.

Bir sonraki sayıda görüşmek üzere kendimizi ve sizi Allah’a emanet ediyoruz.

Selam ve Saygılarımızla...

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Yrd. Doç. Dr. Nurçin KÜÇÜK KENT

Editör

Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ

İÇİNDEKİLER

| Araştırma Makaleleri / Original Articles | | Sayfa / Page |
|--|--|-----------------|
| 1. | Yaşlı Bakım Teknikeri Öğrencilerinin Bölüme Yönelik Düşüncelerinin Umutsuzluk Düzeylerine Etkisi Ideas For Section of Elderly Care Technician Students' Effect of Hopelessness Level Melek ÖZTÜRK, Gülistan YURDAGÜL, Betül TATLIBADEM | 1-9 |
| 2. | Evrensel Bir Sorun: Suça Sürüklenen ve Suç Mağduru Olan Çocuklar A Universal Problem: Juvenile Pushed to Crime and Victim of Crime Bahriye KAPLAN, Zehra (IŞIK) ÇALIŞKAN, Derya EVGİN, Nuray CANER | 10-15 |
| 3. | Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Geleceğe Yönelik Beklentilerinin Özbakım Gücü ve Yaşam Doyumuna Etkisi The Effects of Future Expectations, Which The Elders Have, Who Are Living in Nursing Homes, On Their Intensity of Self Care and Life Satisfaction Tuğba AYDIN YILDIRIM, Birsen ALTAY | 16-24 |
| 4. | Postpartum Dönemdeki Primipar Annelere Loğusa ve Yenidoğan Bakımı Konusunda Verilen Eğitimin Annelik Özgüvenine Etkisi The Effect of Training Provided The Primiparas In The Postpartum Period For Motherhood and Neonatal Care on Maternal Self-Confidence Sibel ÖZTÜRK, Behice ERCİ | 25-31 |
| 5. | Hasta Koçluğunun Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (Koah) İle İzlenen Hastaların Dispne, Öksürük ve Balgam Semptomları Üzerine Etkisi: Pilot Bir Çalışma The Effect of The Patient Coaching on The Dyspnea, Cough and Sputum Symptoms of The Monitored Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Copd): A Pilot Study Derya TÜLÜCE, Sevinç KUTLUTÜRKAN, Nurhayat ÇETİN, Nurdan KÖKTÜRK | 32-41 |
| 6. | Karalahana Ekstraktlarının <i>In vitro</i> Okside Lipoproteinlerde Malondialdehit Seviyelerine Etkileri The Impacts of Kale Extracts on The Levels of Malondaldehyde In <i>In vitro</i> Oxide Lipoproteins Nurçin KÜÇÜK KENT, Birgül VANİZÖR KURAL, Asım ÖREM, Sevil CENGİZ | 42-47 |
| 7. | Yaşlı Bireylerin Yaşadıkları Ölüm Kaygısı İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki Lived In Elderly Persons Relationship Between Quality of Life And Death Anxiety Kadriye SAYIN KASAR, Emine KARAMAN, Deniz SAY ŞAHİN, Yasemin YILDIRIM, Fisun ŞENUZUN AYKAR | 48-55 |
| 8. | Esansiyel Hipertansiyonlu Hastalarda M235T Anjiotensinojen Gen Polimorfizmi Angiotensinogen Gene Polymorphism in Patients With Essential Hypertension Kağan KILINÇ, Abdülkerim BEDİR, NuroI ARIK, Muhlise ALVUR, Ali Fuat BODUR | 56-65 |
| Derlemeler / Reviews | | |
| 9. | Çocuklarda Beden Eğitimi, Spor ve Oyun Etkinliklerine Katılımın Kemik Gelişimi Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi Physical Education, Sports and Game Participation Effectiveness Evaluation in Bone Development in Children Mesut HEKİM | 66-71 |
| 10. | HIV/AIDS Hastalarında Yorgunluk ve Hemşirelik Bakımı HIV/AIDS Patients With Fatigue and Nursing Care Kadriye Sayın Kasar, Yasemin Yıldırım | 72-79 |
| 11. | Suriye'den Türkiye'ye Göç'ün Etkileri The Effects of Migration from Syria to Turkey Semra AKKÖZ ÇEVİK | 80-83 |
| 12. | Kadın Sağlığının Değerlendirilmesinde Bir Model: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri A Model in The Assessment of Women's Health: Functional Health Patterns Nuriye ERBAŞ, Gülbahtiyar DEMİREL | 84-91 |

YAŞLI BAKIM TEKNİKERİ ÖĞRENCİLERİNİN BÖLÜME YÖNELİK DÜŞÜNCELERİNİN UMUTSUZLUK DÜZEYLERİNE ETKİSİ

IDEAS FOR SECTION OF ELDERLY CARE TECHNICIAN STUDENTS' EFFECT OF HOPELESSNESS LEVEL

Melek ÖZTÜRK¹, Gülistan YURDAGÜL², Betül TATLIBADEM³

ÖZET

Bu araştırmada yaşlı bakım teknikeri öğrencilerin umutsuzluk düzeyinin belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin tanımlanması amaçlanmıştır. Herhangi bir örneklem grubu seçilmeden evrenin tümü araştırma kapsamına alınmıştır. Ulaşılabilen 163 öğrenciye demografik değişkenlerle umutsuzluk ile ilişkili olduğu düşünülen faktörler ve Beck Umutsuzluk Ölçeği'nden (BUÖ) oluşan bir soru takımını içeren anket uygulanmıştır. Araştırmada, t test ve Tek Yönlü Anova testleri kullanılmış olup, verilerin değerlendirilmesinde ve hesaplanmış değerlerin bulunmasında SPSS 18.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, kadın katılımcılarının puan ortalamalarının 4,21±3,83 ve erkek katılımcıları puan ortalamalarının 4,40±4,05 olduğu; tüm katılımcıların umutsuzluk puan ortalamasının ise 4,26±3,88 (max: 18, min: 0) olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin bölümü isteyerek tercih etme, meslekle ilgili kaygıların olması ve kaygıların başlıca nedeni ile umutsuzluk puanları arasında istatistiksel anlamda ilişki olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Anahtar Kelimeler: Bölüm, Umutsuzluk, Yaşlı Bakım Teknikeri

ABSTRACT

The aim of this survey was to define the hopelessness levels elderly care technician the students of and the definition of the factors affecting them. The whole universe was included in the survey. A questionnaire of a question set, which is made up of demographic variables and the factors thought to be related with hopelessness and also of Beck Hopelessness Scale (BHS) was carried out among 163 students. In the examination, t Test and One Way Anova tests have been used and SPSS 18.0 statistics package has been used for surveying the original data and finding out the calculated values. As a result the mean scores of female participants was 4,21±3,83 and the mean scores of male participants was 4,40±4,05; while the average score of all participants was 4,26±3,88 (max: 18, min: 0). There is an statistical relationship between students' choice about their department, main worries about jobs and despair points (p<0,05).

Keywords: Section, Elderly Care Technician, Hopelessness

¹Öğr. Gör; Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yaşlı Bakımı Bölümü

²Öğr. Gör; Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yaşlı Bakımı Bölümü

³Ebe; Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Yüksek Lisans Öğrencisi

GİRİŞ

Yaşlanma kuşkusuz bütün canlılarda görülen, işlevlerde azalmaya neden olan, süregelen ve evrensel bir süreçtir. Yaşam sürecinin, doğal ve zorunlu bir evresidir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık dönemini “65 yaş ve üzeri” olarak tanımlamıştır (2).

Günümüzde doğuştan beklenen yaşam süresinin artması yaşlı nüfus oranının da artmasına yol açmış ve dünyamız giderek demografik yaşlanma sürecine girmiştir (3). Özellikle çocukluk çağı hastalıkları ile etkili mücadele edilmesi ve erken yaş ölümlerindeki iyileşme ile bağlantılı olarak Türkiye’de de doğuştan beklenen yaşam süresi yıllar içinde artış göstermiştir. 1940’lı yıllarda erkekler 30 yaşına, kadınlar ise 33 yaşına kadar yaşarken günümüzde bu süre erkekler için 71’e, kadınlar için ise 76’ya kadar çıkmıştır (2). 1990 yılında 60 yaş üzerinde olan bireyler yaklaşık olarak yarım milyar civarında iken, 2030 yılında bu sayının 1,4 milyara çıkması öngörülmektedir (4). Tıptaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, erken dönemde teşhis ve tedavi imkanlarının artması, koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, doğurganlık hızı ve bebek ölümlerinin azalması, ortalama yaşam süresine olumlu olarak yansımış ve 65 yaş ve üstü nüfusun oranının artmasına katkıda bulunmuştur (5).

Yaşlı nüfusunun artması ile uzun yaşamın getirdiği yalnızlık, yoksulluk, engellilik, kronik hastalıklar, bakım ve destek gereksinimi de beraberinde getirmiş; yaşlı sorunları ve yaşlılık hizmetlerinin tüm yönleri ile yeniden ele alınmasını gerekli kılmıştır. Bu bakımdan Yaşlı bakımı kavramı giderek önem kazanmış, yaşlılara bakım verecek profesyonellerin ortaya çıkması ve çoğalması bir gereksinim olarak görülmüştür (6,7). Yaşlı bakım teknikerliği bu anlamda önemli bir unsurdur. Yaşlı bakımı programının amacı; bakıma gereksinimi olan ya da olmayan yaşlı bireylerin bakım ve rehabilitasyonunu yapabilen ve onların yaşam kalitelerinin artırılmasına katkı sağlayan ara profesyonel elemanlar yetiştirmektir. Yaşlı bakım teknikerleri,

bakıma gereksinim duyan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini sürdürmelerine ve hastalığa bağlı ortaya çıkan sağlık sorunlarının giderilmesine yardım edebilecek eğitilmiş insan gücünü oluşturmakla birlikte, yaşlıyı bütüncül olarak ele alabilecek bir mesleki eğitim sürecinden de geçmektedirler (8).

Umut gelecekle ilgili bir amacı gerçekleştirmedeki olumlu, umutsuzluk ise olumsuz beklentileri ifade eden bir kavramdır (9). Umutsuzluk, Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği tarafından “bireyin sınırlı veya hiç alternatif göremediği ya da kişisel seçenekler bulamadığı ve kendi yararı için çaba sarf edemediği bir durum” olarak tanımlanmıştır (11). Amerikan Psikoloji Birliği bireyin faaliyetlerinin uzun süre kısıtlanması ve bunun sonucunda ortaya çıkan yalnızlık durumu, beden sağlığının bozulması, uzun süren stres, manevi değerlere veya Tanrı’ya olan inancı kaybetme gibi nedenlerin umutsuzluğa neden olabileceğini açıklamıştır (11). Belirli bir olumsuz duruma ilişkin sonuçlar umutsuzluk geliştirme olasılığını arttırmaktadır birey umutsuzluk geliştirdiği zaman, kaçınılmaz bir biçimde umutsuzluğa bağlı depresyon da geliştirebilmektedir (12). Umutsuzluk ve umutsuzluğa bağlı olarak depresyon gelişen bireylerde, isteksizlik, güçsüzlük, güdülenme eksikliği, karamsarlık, dikkatini verememe, yaşamında düzensizlikler gibi belirtiler ortaya çıkabilir (13). Beck’in bilişsel kuramına göre; umutsuzluk depresyonun temelini oluşturmaktadır. Depresyona yatkınlığı olan kişiler, geleceklerini olumsuz değerlendirmekte ve kendilerini dış dünyaya kapatmaktadırlar. Depresif kişi kendini yetersiz, değersiz ve kusurlu görmekte ve geleceğe umutsuz bakabilmektedir (14).

Umutsuzluk, literatürdeki çeşitli çalışmalarda çok farklı örneklemeler üzerinde çalışılmış olmakla birlikte yaşlı bakımı programında okuyan öğrenciler üzerinde umutsuzluk düzeylerini inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Burada bölümün geçmişinin çok eski olmaması bir neden olabilir. Yaşlı bakım teknikeri adaylarının hizmet öncesinde mesleğe etkili

bir şekilde hazırlanabilmeleri, kendilerini geliştirebilmeleri ve verimli olabilmeleri, geleceğe yönelik olumlu beklentilere sahip olmaları ve okudukları bölümü benimsemeleri ile ilişkili olabilir. Bu çalışmada; yaşlı bakımı teknikeri öğrencilerinin okudukları bölüme yönelik düşüncelerinin ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenebilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Yaşlı bakım teknikerliği öğrencilerinin umutsuzluk düzeylerini ve etkileyen çeşitli faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmanın evrenini Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yaşlı Bakım Teknikerliği Programı birinci ve ikinci sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Herhangi bir örneklem seçim yoluna gidilmeden tüm evrene ulaşmak hedeflenmiştir.

Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan demografik bilgilerin ve okudukları bölüme yönelik soruların sorulduğu genel bilgi formu ve öğrencilerin umutsuzluk düzeylerini saptamak amacıyla öğrencilere 20 sorudan oluşan "Beck umutsuzluk ölçeği" (BUÖ) kullanılarak toplanmıştır. Araştırmacılar tarafından ölçeğin güvenilirliği için sonuçlar iç tutarlık testine tabi tutulmuştur. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur. Buna göre ölçeğin güvenilir olduğu kabul edilmiştir. Görüşme Formu, Bireyi tanıtıcı bilgilerin ve bölüme yönelik görüşlerinin bulunduğu anket formu, konu ile ilgili literatür taranarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır.

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini ölçmek amacıyla Beck ve arkadaşları tarafından 1974 yılında geliştirilmiş olan bir ölçektir (15). Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Seber ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (16). Beck Umutsuzluk Ölçeği doğru ve yanlış şeklinde yanıtlanan 20 maddeden oluşmakta ve 0-1 arası puan almaktadır. (17). Beck Umutsuzluk Ölçeği'ne göre alınan puanlar yüksek olduğunda bireydeki umutsuzluğun da yüksek olduğu sonucuna varılır. Beck ve

Steer denekleri yanıtlarına göre dört grup içinde sınıflandırmıştır ve 0 ile 3 arası umutsuzluğun olmadığını, 4 ile 8 arası hafif umutsuzluk olduğunu, 9 ile 14 arası orta seviyede umutsuzluk olduğunu, 15 ile 20 arası ileri derecede umutsuzluk olduğunu bildirmişlerdir (18).

Veriler SPSS 18.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiş, istatistiksel analizde yüzde, frekans hesaplanmış, t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmış, ortalamalar standart sapma ile birlikte (Ort. ± SS) verilmiş ve p<0,05 değeri anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilerin %71,2'si kadın %28,8'i erkektir. Araştırmaya alınanların %49,1'i I. sınıf, %50,9'u II. sınıf öğrencisidir ve %80,4'ü çekirdek ailede yaşamaktadır. Öğrencilerin ailelerinin maddi durumu yüksek oranda (%68,1) orta düzeydedir ve %70,6'sının evinde 65 yaş ve üzeri birey yaşamamaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

| Demografik özellikler | Sayı | % |
|--|------------|--------------|
| Öğrencilerin Cinsiyeti | | |
| Erkek | 47 | 28,8 |
| Kadın | 116 | 71,2 |
| Öğrencilerin Yaşı | | |
| 17-20 | 121 | 74,2 |
| 21-24 | 30 | 18,4 |
| 25-28 | 8 | 4,9 |
| 29 ve Üstü | 4 | 2,5 |
| Yaşanılan Aile Tipi* | | |
| Çekirdek Aile | 131 | 80,4 |
| Geniş Aile | 30 | 18,4 |
| Ailenin Maddi Durumu | | |
| Kötü | 19 | 11,7 |
| Orta | 111 | 68,1 |
| İyi | 33 | 20,2 |
| Ailede 65 Yaş Üzeri Birey Yaşama Durumu | | |
| Evet | 48 | 29,4 |
| Hayır | 115 | 70,6 |
| Öğrencinin Sınıfı | | |
| I.Sınıf | 80 | 49,1 |
| II.Sınıf | 83 | 50,9 |
| Toplam | 163 | 100,0 |

*2 kişi yaşadığı aile tipi sorusunu yanıtlamamıştır.

Tablo 2'ye göre; öğrencilerin büyük çoğunluğu (%74,8) bu bölümü isteyerek

tercih etmiş, yüksek oranda (%77,3) bölümle ilgili bir ön araştırma yapmış ve %37,9'u ilk üç tercihinde bu bölüme yer vermiştir. Öğrencilerin bu bölümü tercih etme sebepleri arasında yüksek oranda (%41,6) başka bir bölüme geçiş yapabilmek düşüncesi vardır. Araştırmaya alınan öğrencilerin %53,1'i ileride bu mesleği yapmayı düşünürken, %32,7'si bu konuda kararsızdır. Öğrencilerin %66,9'unun ileriye yönelik kaygıları bulunmakta ve bu kaygıların temel nedenini ise çoğunlukla (%38,8) iş bulamama endişesi oluşturmaktadır. Öğrencilerin yarısından fazlası (%55,3) imkanı olsa bölüm değişikliği düşünmektedir. Araştırmaya alınanların %60,7'si yaşlıların bakımı ile bu işin eğitimini almış sağlık profesyonellerinin ilgilenmesi gerektiğini düşünmektedir. Öğrencilerin %90,1'i bölüm tercihinde bölümün isminden dolayı öğrencilerin çekinerek tercih yaptıklarını ifade etmişlerdir ve yine %90,1'i okudukları bölümün daha farklı bir isminin olmasını istemektedir. Ayrıca öğrencilerin çoğunluğu için (%36,8) başkasının bölüm hakkındaki düşüncelerinin kendileri için önemli olmadığını belirtmiş ve bölümü sevdiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Okudukları Bölüme Yönelik Düşüncelerine Göre Dağılımı

| | Düşünceler | Sayı | % |
|--|--|------|------|
| Bölümü İsteyerek Seçme Durumu | | | |
| | Evet | 122 | 74,8 |
| | Hayır | 41 | 25,2 |
| Bölüm İle İlgili Ön Araştırma Yapma Durumu | | | |
| | Evet | 126 | 77,3 |
| | Hayır | 37 | 22,7 |
| Bölümü Tercih Sırası | | | |
| | 1-3 | 61 | 37,9 |
| | 4-6 | 21 | 13 |
| | 7-10 | 18 | 11,2 |
| | 11-13 | 14 | 8,7 |
| | 14 ve üzeri | 47 | 29,2 |
| Bölümü Tercih Etme Sebebi | | | |
| Bu mesleği yapabileceğimi düşündüğüm için tercih ettim | | 61 | 37,9 |
| Aldığım puana göre bu bölümü seçmek zorunda kaldım | | 23 | 14,3 |
| Ailemin ve çevrenin isteği doğrultusunda tercih yaptım | | 10 | 6,2 |
| Başka bir bölüme geçiş yapabilmek için tercih ettim | | 67 | 41,6 |
| İleride Bu Mesleği Yapma Durumu | | | |
| | Evet | 86 | 53,1 |
| | Hayır | 23 | 14,2 |
| | Kararsızım | 53 | 32,7 |
| Mesleğe Yönelik Kaygı Durumu | | | |
| | Var | 109 | 69,9 |
| | Yok | 47 | 30,1 |
| Kaygıların Başlıca Nedenleri | | | |
| Yaşlılarla ilgilenmek zor bir iş | | 13 | 11,2 |
| Bakım işi beni korkutuyor | | 40 | 34,5 |
| İdealimdeki meslek değil | | 18 | 15,5 |
| İş bulamama kaygıları | | 45 | 38,8 |
| Başka Bir Bölüm Tercih Etme Durumu | | | |
| | Evet | 90 | 55,3 |
| | Hayır | 40 | 24,5 |
| | Şu anda herhangi bir fikrim yok | 33 | 20,2 |
| Yaşlı Bireylere Kim Bakmalı | | | |
| | Aileleri | 56 | 34,4 |
| | İlgili kurum ve kuruluşlar | 8 | 4,9 |
| | Bu İşin eğitimini almış sağlık profesyonelleri | 99 | 60,7 |
| Programının İsmi Tercih Etkili mi? | | | |
| | Evet | 146 | 90,1 |
| | Hayır | 12 | 7,4 |
| | Fikrim yok | 4 | 2,5 |
| Programın İsmi Farklı İsim Olsun mu? | | | |
| | Evet | 146 | 90,1 |
| | Hayır | 16 | 9,9 |
| Başkalarının Bölüme Yönelik Düşünceleri | | | |
| Tepkiler tamamıyla olumsuz-bu durum beni bölümden soğutuyor | | 51 | 31,3 |
| Tepkiler kısmen olumsuz- bu durum beni bölümden soğutuyor | | 32 | 19,6 |
| Tepkiler olumlu-bu durum bölümü daha çok sevmeme neden oluyor | | 7 | 4,3 |
| Başkasının düşüncesi benim için önemli değil zaten bölümü seviyorum | | 60 | 36,8 |
| Başkasının düşüncesi benim için önemli değil zaten bölümü sevmiyorum | | 13 | 8 |

Araştırmaya alınan öğrencilerin umutsuzluk düzeyleri hafif düzeyde saptanmıştır. Genel umutsuzluk puan ortalaması $4,26\pm 3,88$ (max: 18, min: 0) olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. Araştırmaya Alınan Öğrencilerin Beck Umutsuzluk Ölçeği Puan Ortalaması

| Beck Umutsuzluk Ölçeği | X±SS | Min- Max |
|------------------------|-----------|-------------|
| Puan | 4,26±3,88 | 0-18 |

Tablo 4 incelendiğinde; yaş, cinsiyet, sınıf düzeyi, ailenin maddi durumu ve başka bir bölümü tercih etmeyi düşünme durumu ile umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı; bölümü isteyerek seçme, ileride bu mesleği yapma durumu, bu meslekle ilgili kaygı durumu, kaygıların nedenleri ve yaşanan aile türü ile umutsuzluk düzeyleri arasında ise istatistiksel anlamda anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır.

17-20 yaş grubunda olan öğrencilerin umutsuzluk puanları diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu, bayan öğrencilerin umutsuzluk puan ortalamasının ($4,21\pm 3,83$), erkek öğrencilerin umutsuzluk puan ortalamasından ($4,40\pm 4,05$) daha düşük olduğu saptanmıştır. Yaşlı bakımı ikinci sınıf öğrencilerin umutsuzluk puan ortalaması ($4,42\pm 3,77$), birinci sınıf öğrencilerin puan ortalamasından ($4,11\pm 4,01$) daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca geniş aile yapısına sahip öğrencilerin ve maddi durumu kötü olan öğrencilerin

umutsuzluk puan ortalamaları da daha yüksek düzeydedir.

Yaşlı bakımı programını isteyerek tercih edenlerin umutsuzluk puan ortalamaları daha düşük saptanırken ($3,72\pm 3,50$) bölümü istemeyerek tercih edenlerin umutsuzluk puan ortalamaları daha yüksek ($5,87\pm 4,53$) bulunmuştur ve gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yaşlı bakımı bölümünü aldığı puana göre tercih etmek zorunda kalanların umutsuzluk puan ortalamaları daha yüksektir ($5,30\pm 4,11$).

Geniş ailede yaşayan öğrencilerin umutsuzluk puan ortalamaları anlamlı şekilde çekirdek ailede yaşayan öğrencilere göre yüksek saptanmıştır ($p<0,05$).

İleride bu mesleği yapıp yapmayacağı konusunda kararsız olanların umutsuzluk düzeyleri anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca meslekleri ile ilgili ileriye yönelik kaygıları olan öğrencilerin umutsuzluk düzeyleri, ileriye yönelik kaygıları olmayan öğrencilerin umutsuzluk düzeylerinden anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

İş bulamama kaygıları olan öğrencilerin umutsuzluk düzeyleri anlamlı şekilde yüksek tespit edilmiştir. Bölüm değişikliği düşünenlerin umutsuzluk puanları yüksek iken, bölüm değişikliği düşünmeyenlerin umutsuzluk puan ortalamaları daha düşük saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Araştırmaya Alınan Öğrencilerin Çeşitli Değişkenler Açısından Frekans, Umutsuzluk Puan Ortalamaları, Standart Sapmalar ve Varyans Analiz Sonuçları

| Değişkenler | N | X ± SS | F/t | p | |
|--|--|--------|-----------|----------|--------------|
| Yaş | 17-20 | 121 | 4,44±4,01 | F=0,739 | 0,531 |
| | 21-24 | 30 | 4,10±3,89 | | |
| | 25-28 | 8 | 2,37±1,59 | | |
| | 29 ve üstü | 4 | 4,00±2,94 | | |
| Cinsiyet | Erkek | 47 | 4,40±4,05 | t=0,280 | 0,677 |
| | Kadın | 116 | 4,21±3,83 | | |
| Sınıf | I. Sınıf | 80 | 4,11±4,01 | t=-759 | 0,506 |
| | II. Sınıf | 83 | 4,42±3,77 | | |
| Aile tipi | Çekirdek aile | 131 | 4,05±3,71 | t=-1,543 | 0,009 |
| | Geniş aile | 30 | 5,26±4,57 | | |
| Ailenin Maddi Durumu | Kötü | 19 | 4,89±4,40 | F=0,616 | 0,542 |
| | Orta | 111 | 4,33±3,84 | | |
| | İyi | 33 | 3,69±3,77 | | |
| Bölümü İsteyerek Seçme Durumu | Evet | 122 | 3,72±3,50 | t=-3,145 | 0,001 |
| | Hayır | 41 | 5,87±4,53 | | |
| Bölümü Tercih Etme Sebebi | Bu mesleği yapabileceğimi düşündüğüm için tercih ettim | 61 | 3,26±2,77 | F=2,450 | 0,066 |
| | Aldığım puana göre bu bölümü seçmek zorunda kaldım | 23 | 5,30±4,11 | | |
| | Ailemin ve çevrenin isteği doğrultusunda tercih yaptım | 10 | 4,60±3,09 | | |
| | Başka bir bölüme geçiş yapabilmek için tercih ettim | 67 | 4,83±4,61 | | |
| İleride Bu Mesleği Yapma Durumu | Evet | 86 | 3,60±3,22 | F=3,334 | 0,038 |
| | Hayır | 23 | 4,37±4,18 | | |
| | Kararsızım | 53 | 5,33±4,54 | | |
| Meslekle İlgili İleriye Yönelik Kaygı Durumu | Var | 109 | 4,87±4,15 | t=2,483 | 0,02 |
| | Yok | 47 | 3,19±3,13 | | |
| Kaygıların Başlıca Nedenleri | Yaşlılarla ilgilenmek zor bir iş | 13 | 4,15±3,33 | F=4,745 | 0,004 |
| | Bakım işi beni korkutuyor | 40 | 3,02±2,55 | | |
| | İdealimdeki meslek değil | 18 | 5,94±4,35 | | |
| | İş bulamama kaygıların olması | 45 | 5,97±4,76 | | |
| Başka Bir Bölüm Tercih Etme Durumu | Evet | 90 | 4,65±4,22 | F=1,292 | 0,278 |
| | Hayır | 40 | 3,47±3,16 | | |
| | Şu anda herhangi bir fikrim yok | 33 | 4,18±3,65 | | |

TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Bu çalışma yaşlı bakım teknikeri öğrencilerinin okudukları bölüme yönelik düşünceleri ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılmıştır.

Ülkemizde yaşlı bakım teknikerlerinin umutsuzluk düzeylerini özgül olarak inceleyen araştırma bulunmaması nedeniyle bu araştırmanın sonuçları, üniversite öğrencileri üzerinde yapılan ve Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin de kullanıldığı araştırmalardan elde edilen sonuçlarla karşılaştırılmıştır.

Öğrencilerin büyük çoğunluğu (%74,8) bu bölümü isteyerek tercih etmiş ve %37,9'u ilk üç tercihinde bu bölüme yer vermiştir. Bu bölümü tercih etme nedenleri arasında yüksek oranda (%41,6) başka bir bölüme geçiş yapabilmek düşüncesi yoğunluktadır. Öğrencilerin %66,9'unun ileriye yönelik kaygıları bulunmakta ve bu kaygıların temel nedenini çoğunlukla (%38,8) iş bulamama kaygısı oluşturmaktadır. Öğrencilerin yarısından fazlası (%55,3) imkanı olsa bölüm değişikliği düşünmektedir. Çalışmaya alınan öğrencilere göre yaşlıların bakımı ile bu işin eğitimini almış sağlık profesyonellerinin ilgilenmesi gerektiği (%60,7) düşünülmektedir. Saruhan ve arkadaşlarının (8) yaşlı bakımı teknikeri öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada da çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çalışma sonucuna göre; çalışmaya katılan öğrencilerin %37,5'i yaşlı bakım teknikerliği programını kendisinin seçtiğini, %42,5'i programın üniversite sınavında ilk beş tercihi arasında olduğunu belirtmiştir. Yine öğrencilerin %50,7'si dört yıllık bölümlere geçiş düşünmektedir, %77,5'nin ileriye yönelik kaygıları bulunmakta ve bu kaygıların en önemli nedenleri arasında %45,0 ile iş bulamama gelmektedir. Öğrencilerin üçte biri bölüm değişikliği düşünmektedir. Bu sonuçlar çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Öğrencilerin umutsuzluk puan ortalaması 4,26±3,88 bulunmuştur. Umutsuzluk puan ortalaması 4-8 arasında olanların

umutsuzluklarının hafif düzeyde olduğu ifade edilmiştir (18). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çok çalışmada bu değer daha yüksek saptanmıştır (10, 12, 14, 17, 19, 20).

Bayanların umutsuzluk düzeyleri erkeklerden daha düşük saptanmıştır. Alanda yapılan bir çok çalışmada da erkeklerin umutsuzluk puan ortalamaları, kadınların umutsuzluk puan ortalamasından yüksek bulunmuştur (9, 12, 14, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24). Çalışmamızda cinsiyet ile umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamıza benzer sonuçlar çıkan çalışmalar olmakla beraber (12, 23, 24), cinsiyet ile umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı ilişkinin olduğu çalışmalara da rastlanmaktadır (9, 14, 17, 19, 20, 21, 22).

Araştırmamızda öğrencilerin yaşı ile umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ancak; 25-28 yaşları arasında olan öğrencilerde umutsuzluk puan ortalamalarının daha düşük olduğu araştırma sonucunda bulunmuştur. Aras'ın (19) 2011'de müzik bölümü öğrencileri üzerine yaptığı çalışmada da yaş değişkeni ile umutsuzluk arasında anlamlı farklılığın olmadığı gösterilmiştir.

İkinci sınıf öğrencilerinin umutsuzluk puan ortalamalarının birinci sınıf öğrencilerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu araştırma sonucunda saptanmıştır. Şahin'in 2009'da (14) ve Ersoy ve ark. 2010'da (24) yaptıkları çalışmalarda da üst sınıf öğrencilerin umutsuzluk puan ortalamalarının alt sınıf öğrencilerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak, aksi sonuçların saptandığı araştırmalar da mevcuttur (12, 19, 20, 23). Burada öğrencilerin sorumluluklarının artması ve iş bulamama kaygılarının olması bir faktör olabilir.

Araştırmamızın sonucuna göre çekirdek aileye sahip öğrencilerin umutsuzluk puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür. Biçer ve Bayat'ın (25) diyaliz hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada bizim çalışmamızdan farklı sonuçlar bulunmuştur. Burada çalışmaya alınan yaş gruplarının farklı olması bir neden olabilir.

Maddi durumu kötü olan öğrencilerin umutsuzluk puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Maddi durum ile umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Deveci ve ark. (9)'nın ve Kodan (22)'nin yaptıkları çalışmanın sonuçları çalışmamızla paralellik gösterirken Özmen ve ark. (24), Baş ve Kabasakal'ın (17) ve Şahin'in (14) yaptığı çalışmalarda da maddi durumun kötüden iyiye değişirken umutsuzluk puan ortalamasının düştüğü saptanmış fakat maddi durum ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Gelir seviyesi yüksek ve düzenli olan bireyler mesleklerini sadece maddi açıdan doyuma ulaşmak için değil aynı zamanda manevi açıdan doyuma ulaşmak ve temelde insanlığa hizmet için yapmaya çabalayabilirler.

Yaşlı bakımı teknikerliği bölümünü isteyerek tercih edenlerin umutsuzluk puan ortalamalarının, istemeyerek tercih edenlerin umutsuzluk puan ortalamalarından düşük ve ortalamaların anlamlı şekilde farklılık gösterdiği araştırma sonucunda bulunmuştur ($p<0,05$). Saruhan ve ark. (8)'nin yaptıkları çalışmada yaşlı bakımı bölümünü başkalarının isteği doğrultusunda tercih edenlerin ileriye yönelik kaygıların daha çok olduğu belirlenmiştir. Güler ve Emeç'in (26) 'Yaşam Memnuniyeti ve Akademik Başarıda İyimserlik Etkisi' çalışmasında da öğrencilerin okudukları bölümden memnun olmaları ile iyimserlik arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Burada zorlayıcı nedenlerin insanın umut düzeyini düşürdüğünü ve daha kötümser düşünmeye sevk ettiğini söyleyebilmek mümkün olacaktır.

İleride yaşlı bakım teknikeri olarak çalışma konusunda kararsız olan öğrencilerin umutsuzluk düzeyleri anlamlı bir şekilde ileride bu mesleği yapmaya karar verenlerin umutsuzluk düzeylerinden yüksek çıkmıştır. Meslekleri ile ilgili ileriye yönelik kaygıları olan öğrencilerin umutsuzluk puanları olmayanlara göre daha yüksek tespit edilmiştir ve bunlar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Öğrencilerde iş bulamama kaygıları umutsuzluk düzeylerini yükseltmektedir. İş bulamama kaygıları ile

umutsuzluk düzeyleri arasındaki farkın anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır. Öğrencilerin bu kaygıları giderilirse geleceğe daha umutla bakabilecekleri söylenebilir.

Seçim hakları olsa başka bir bölüm tercih etmek isteyenlerin umutsuzluk puan ortalamaları daha yüksektir. Kararsızlık, okuduğu bölümü benimsememe umutsuzluk üzerinde etkili faktörlerdir. Bu durumların ortadan kaldırılması öğrencilerin geleceğe daha umutla bakmalarını sağlayacaktır.

Araştırma sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde; araştırma kapsamına alınan öğrencilerin umutsuzluklarının hafif düzeyde olduğu; yaş, cinsiyet, sınıf düzeyi, ailenin maddi durumu ve başkalarının bölüm hakkındaki düşünceleri ile umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı; yaşanan aile tipi, bölümü isteyerek seçme, ileride bu mesleği yapma durumu, bu meslekle ilgili kaygı durumu ve kaygıların nedenleri ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel anlamda anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır.

Programın yeni açılmış olması, iş alanlarının belli olmaması ve görev tanımlarının açık olmaması öğrenciler için kaygı nedeni olabilir. Bu bağlamda öğretim elemanlarının öğrencileri aydınlatmaları önemli olacaktır. Öğrencilerin bölüm değişikliği düşünme nedenleri sorgulanmalı ve nedene yönelik girişimlerde bulunulmalıdır.

Yaptığı iş ile kendini topluma kanıtlamak isteyen gençlerin gerek okudukları program ile gerek yapacakları mesleklerin toplum tarafından olumlu şekilde tepki alması öğrencileri motive edecek ve daha başarılı kılacaktır. Bu bağlamda öğrencilerin programın isminden dolayı yaşadıkları sorunlar gündeme getirilebilir ve isim değişikliği konusunda çalışmalar yürütülebilir.

Yaşlılık, umutsuzluğun yoğun bir şekilde yaşandığı bir dönemdir. Dolayısıyla bu gruba hizmet verecek sağlık profesyonellerinin umut düzeylerinin yüksek olması yaşlılara verilecek hizmetin kalitesini artıracaktır. Çalışmamızda öğrencilerin umutsuzluk

durumlarının hafif düzeyde yüksek olması sevindiricidir; fakat daha geniş örnekler üzerinde çalışmalar yapılarak öğrencilerin umut-umutsuzluk düzeyleri belirlenebilir ve öğrencilerin kaygı nedenleri daha detaylı araştırılabilir. Bu çalışma yaşlı bakımı teknikerleri üzerinde umutsuzluk düzeylerini ölçen ilk çalışma olması nedeniyle ve yapılacak diğer çalışmalara kaynak oluşturması bakımından önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. <http://turkgeriatri.org/pdf/onsoz.pdf>. Erişim Tarihi: 22.11.2014.
2. Aslan D (ed), Ertem M (ed), Tezcan S, Seçkiner P. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. Hasuder Yayınları, 1. Baskı. ISBN: 978-975-97836-1-7 Ankara- 2012. ss:1-7.
3. Danış MZ. Yaşlılık, Yoksulluk ve Yalnızlık. http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal_boyut/yaslilik_yoksuluk_yanlizlik.pdfErişim Tarihi: 21.10.2014.
4. Vatan S., Gençöz T. Huzurevinde Yaşayan Sakinlerin Kuruma Yönelik Düşünce Ve Beklentileri: Niteliksel Bir Çalışma. *Kriz Dergisi*; 12 (2): 19-32.
5. Bahar A., Parlar S. Yaşlılık ve Evde Bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007; 2:4.
6. http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf_TJG_161.pdf. Erişim Tarihi: 21.10.2014
7. Cöbek Ünalın P., Uzuner A., Dinç D., Çifçil S. Bakıcıların Sesi; Yaşlılar Ve Bakıcılık Hakkındaki Algı Ve Tutumları. *Türk Geriatri Dergisi* 2009; 12(1):18-24.
8. Saruhan G., Evcı Kiraz E.D., Ergin F., Beşer E., Başaloğlu H. Yaşlı Bakım Teknikerliği Programı: Yeni Bir Meslek Dalı İçin Öğrencilerin Beklentileri ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2013; 14(2) : 19 – 23.
9. Deveci S.E., Ulutaşdemir N., Açık Y. Bir Mesleki Eğitim Merkezi Öğrencilerinde Umutsuzluk Düzeyi Ve Etkileyen Faktörler. *Dicle Tıp Dergisi* 2011; 38(3): 312-317.
10. Yorgancı S., Kolçak M., Terzioğlu Ö., Kartal Z., Bilici N. Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Matematik Dersine Yönelik Umutsuzluk Düzeyleri. *Elektronik Mesleki Gelişim Ve Araştırma Dergisi (EJOİR)* 2014; 2(1): 1-16.
11. Turan Kavradım S, Canlı Özer Z. Kanser Tanısı Alan Hastalarda Umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2014; 6(2):154-164.
12. Yenilmez K. Ortaöğretim Öğrencilerinin Matematik Dersine Yönelik Umutsuzluk Düzeyleri. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2010; 38: 307-317.
13. Ceyhan A.A. Ortaöğretim Alan Öğretmenliği Tezsiz Yüksek Lisans Programına Devam Eden Öğretmen Adaylarının Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2004; 1: 91-101.
14. Şahin C. Eğitim Fakültesinde Öğrenim Gören Öğrencilerin Umutsuzluk Düzeyleri. *Selçuk Üniversitesi Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi* 2009; 27: 271 -286.
15. Yerlikaya İ. http://www.turkishstudies.net/Makaleler/707807568_50Yerlikeya% C4%B0brahim-sos_s-865-877.pdf Erişim Tarihi:05.01.2014.
16. Seber G., Dilbaz N., Kaptanoğlu C., Tekin D. Umutsuzluk Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirlilik. *Kriz Dergisi* 1993;1(3):139-42.
17. Uz Baş A., Kabasakal Z. Öğretmen Adaylarında Umutsuzluk Ve Algılanan Sosyal Destek. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi* 2013; 2(1):19-26.
18. Duman S., Taşgın Ö., Özdağ S. Beden Eğitimi Ve Spor Yüksekokulu Spor Yöneticiliği Bölümünde Okuyan Öğrencilerin Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Bilim Dergisi* 2009; 11 (3): 27-32.
19. Aras A. Müzik Bölümü Lisans Öğrencilerinin Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi: Hacettepe Üniversitesi Ankara Devlet Konservatuvarı Örneği. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2011; 3(2): 509-524.
20. Oğuztürk Ö., Akça F., Şahin. Üniversite Öğrencilerinde Umutsuzluk Düzeyi İle Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişkinin Bazı Değişkenler Üzerinden İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri* 2011;14:173-184.
21. Özmen D., Erbay Dünder P., Çetinkaya A., Taşkın O., Özmen E. Lise Öğrencilerinde Umutsuzluk Ve Umutsuzluk Düzeyini Etkileyen Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008;9:8-15.
22. Kodan S. Üniversite Öğrencilerinde Umutsuzluk Ve Akılcı Olmayan İnanışlar Arasındaki İlişkinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Sosyal Bilimler Dergisi* 2013; 11(2):175-190.
23. Doğan P. Resim Öğretmeni Adaylarının Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi* 2012; 36: 115-127.
24. Ersoy E., Küçükkaragöz H., Deniz H., Karataş E. Öğretmen Adaylarının Umutsuzluk Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre Belirlenmesi. *e-Journal of New World Sciences Academy Education Science* 2010; 5(4): 1534-1542.
25. Biçer S., Bayat S. Diyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2012;7(19): 1-21.
26. Kümbül Güler B., Emeç H. Yaşam Memnuniyeti Ve Akademik Başarıda İyimserlik Etkisi. *D.E.Ü.İ.B.F. Dergisi* 2006; 21(2):129-149.

EVRENSEL BİR SORUN: SUÇA SÜRÜKLENEN VE SUÇ MAĞDURU OLAN ÇOCUKLAR

A UNİVERSAL PROBLEM: JUVENILE PUSHED TO CRIME AND VICTIM OF CRIME

Bahriye KAPLAN¹, Zehra (IŞIK) ÇALIŞKAN², Derya EVGİN³, Nuray CANER⁴

ÖZET

Çocuk suçluluğunun dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de artış gösterdiği bilinmektedir. Bu çalışma, Nevşehir il merkezinde son 5 (beş) yıl içerisinde (2009-2013), suça sürüklenen ve suç mağduru olan çocukların genel profilini ortaya çıkarmak amacıyla kesitsel-retrospektif olarak yapılmıştır. Veriler İl Emniyet Müdürlüğü Çocuk Şube Müdürlüğü'nden elde edilmiş, değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Çalışmada, suç işlediği şüphesiyle hakkında işlem yapılan çocukların sayılarının yıllara göre artış gösterdiği ve bu çocukların çoğunluğunun (%92,3) erkek olduğu belirlenmiş olup kız çocuklarının ise daha çok suç mağduru (%32,6) olarak merkeze başvurdıkları belirlenmiştir. Ayrıca son beş yılda, çocukların karıştığı olay sayısının da yıllara göre artış gösterdiği saptanmıştır.

Anahtar kelimeler:

Çocuk, suç, suç mağduru olan çocuk, suça sürüklenen çocuk.

ABSTRACT

It is known that delinquent has increased in Turkey and in most countries of the world. This study is done retrospectively in cross-sectional method in order to find out general profile of juveniles pushed to crime and victims of crime over the last five years (2009-2013) in the centre of city, Nevşehir. The data are acquired from the child branch office in provincial security directorate, Nevşehir and descriptive statistics are used as being evaluated. It is ocured that the numbers of children about whom are started proceedings with criminal suspicion have increased and most of these ones (%92.3) are boys and the girls mostly go to police station as victims of crime (%32.6) in the study. Besides, it is stated that the number of events, into which the children get, has increased by years over the last five years.

Key Words:

Child, crime, child as a victim of crime, juvenile pushed to crime.

Bu çalışmanın özeti, 1-3 Kasım 2013 tarihinde Antalya'da gerçekleştirilen 'V. Uluslararası Risk Altında ve Korunması Gereken Çocuklar Sempozyumu' bildiri özet kitabında yer almıştır.

¹ Araştırma Görevlisi Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksek Okulu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, bkaplan@nevsehir.edu.tr

² Yrd. Doç. Dr. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksek Okulu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, zcaliskan@hotmail.com

³ Araştırma Görevlisi Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük SYO, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, dgurbuz@hotmail.com

⁴ Araştırma Görevlisi Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük SYO, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, nuraygoktas@nevsehir.edu.tr

İletişim/ Corresponding Author: Bahriye KAPLAN
e-posta: bkaplan@nevsehir.edu.tr

Geliş Tarihi / Received : 29.01.2015
Kabul Tarihi / Accepted: 19.04.2016

GİRİŞ ve AMAÇ

Suç kavramı çocuğa çok yakışmamakla beraber; çocuk suçluluğunun dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de artış gösterdiği bilinmektedir. Adalet Bakanlığı 2010 yılı Adli Sicil istatistiklerine göre; 12-15 yaş grubunda 48.997 erkek ve 5.583 kız çocuğun, 16-18 yaş grubunda 72.623 erkek ve 5.998 kız çocuğun yargı önüne çıktığı bildirilmektedir (1). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), İçişleri, Adalet ve Kalkınma Bakanlıkları işbirliğinde açıklanan verilere göre; herhangi bir nedenden dolayı güvenlik güçlerinin işlem yaptığı çocuk sayısı 2008 yılında 132.592 iken 2011 yılında bu sayının 203.040'a yükseldiği belirlenmiştir. Unicef'in Türkiye'deki Çocuk ve Genç Nüfusunun Durumu Analizi Raporuna göre; suç islediği iddia edilenlerin sayısının büyük çoğunluğunun erkek olduğu ve 2008 yılında 62.430 iken 2011 yılında bu sayının 84.916'ya yükseldiği, mağdurların ise çoğunluğunun kız çocuklarından oluştuğu ve aynı dönemde 44.153'ten 88.582'ye yükseldiğine işaret edilmektedir (2). Güvenlik birimlerine gelen veya getirilen çocuk sayısının birbirini izleyen yıllarda arttığı görülmekte ve yine yargılanan çocuk sayısının son 15 yılda iki katına çıktığı bildirilmektedir. Özellikle bu artışın 2000'li yıllardan sonra olduğu da bir başka dikkat çekici unsur olarak karşımıza çıkmaktadır (3). Dünya'da çocuk suçluluğuna bakıldığında; Rusya'da çocuk suçluluğunun yetişkin suçluluğuna göre 3/4 daha fazla olduğu, suç işleme yaşlarının 14 ve 17 yaş arasında değiştiği belirtilmektedir. Afrika'daki nüfusun çoğunluğunun yoksullukla mücadele ettiği ve buna bağlı olarak alım gücü iyice düşen halk arasında çocuk suçluluğunun giderek arttığı, Latin Amerika'daki gençlerin ise mali krize bağlı olarak yaşanan ekonomik problemler nedeniyle suça karıştıkları belirtilmektedir. Japon gençliğinin artan bir şekilde şiddete meyilli olduğu görülmektedir. Endüstrileşmiş ülkelere bakıldığında da durumun çok fazla iç açıcı olmadığı; sürekli artan refah ve tüketimin; hırsızlık, zorbalık ya da mülkiyetin zorla gasp edilmesi gibi yeni

çocuk suçlarına yol açtığı vurgulanmaktadır (4).

Çocuk; biyolojik bir varlık olarak dünyaya gelmekte, zamanla sosyal bir varlığa dönüşmektedir. Çevresinde olumsuz tecrübelerle maruz kalan/tanık olan çocuğun sosyalleşme süreci aynı yönde etkilenmektedir. Çocuğun toplum içinde tehlikeli ve yanlış roller edinmesine yol açan bu durum aynı zamanda suç sayılan davranışlara da meyletmesine sebep olabilmektedir (5). Yavuzer tarafından çocuk suçluluğu, "bir çocuktaki antisosyal eğilimlerin yasa müdahalesi gerektirecek bir duruma dönüşmesi" biçiminde tanımlanmaktadır (6). Çocuk suçluluğunun nedenlerini bireysel ve toplumsal nedenler başlıkları altında ele almak mümkündür. Yaş ve cinsiyet bireysel nedenler başlığı altında yer almaktadır. Toplumsal nedenler ise aileye ilişkin nedenler, eğitime ilişkin nedenler, sanayileşme şehirleşme ve göç, kamu yönetiminden kaynaklanan nedenler ile mevzuata ve uygulanmasına ilişkin sorunlardan kaynaklanan nedenler olarak sıralanmaktadır. Ayrıca bu nedenlerin temelde ekonomik ve sosyal kökenli olduğu da unutulmamalıdır (7).

Çocuğun suç işlemiş olması, pek çok nedenin yanı sıra, bakımlarından sorumlu olan erişkinlerin çeşitli nedenlerle yanlış olan davranışları öğretememiş olmasından ya da bakımlarından sorumlu kimselerin kasıtlı olarak yanlış yönlendirmelerinden kaynaklanabilir (8). Bu bağlamda, suçlu çocuk ifadesinin yerine "suça sürüklenmiş ya da yönlendirilmiş çocuk" ifadesini kullanmak daha yerinde olacaktır (6).

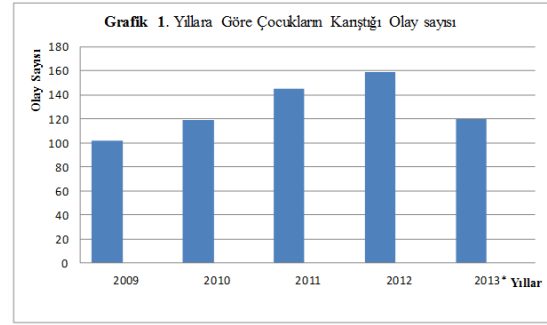
Çocuklar toplumların geleceğinin belirleyicisidir, bu kapsamda, onların gelişimlerini sağlıklı bir şekilde tamamlayabilmeleri, topluma uyum sağlamış, birer yetişkin birey olmaları için onlara uygun fırsatlar tanınmalıdır. Çocuk suçluluğu, sadece hukukçuları, sosyal hizmet uzmanlarını, psikologları ve sosyologları ilgilendiren bir problem değildir. Çocuklar bir ülkenin geleceği olduğu için toplumu meydana getiren tüm bireyleri ve tüm kurum ve kuruluşları ilgilendiren bir konudur (9).

Bilindiği üzere çocuk sağlığı hemşireliği 0-18 yaş aralığındaki sağlıklı ve sağlık sorunları olan tüm çocuk ve ergenlerin bakımını içerir. Çocuk sağlığı hemşiresinin amaçları arasında, aile içi dayanışmayı sağlamak ve geliştirmek, risk altındaki çocuk ve aileleri erken dönemde belirlemek ve ele almak yer almaktadır. Yüksek riskli ebeveynler ve yüksek riskli çocukları öncelikle ele almaktadır (10). Hemşireler aynı zamanda çalıştıkları birimlerde adli olduğundan şüphelenilen vakalarla ilk olarak karşılaşan, iletişime geçen, tedavi ve bakım uygulamaları sırasında bireyin (mağdur/şüphelinin) eşyalarına temas eden ilk kişi olabilmektedir (9). Bu bağlamda, hemşireler; koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında risk grubu içerisinde yer alan çocukların belirlenmesinde ve sorunun çözümüne yönelik yapılacak multi-disipliner çalışmalarda ekip içerisinde yer almalıdır. Bu nedenle bu çalışma, Nevşehir il merkezinde son 5 (beş) yıl içerisinde (2009-2013), suça sürüklenen ve suç mağduru olan çocukların genel profilini ortaya çıkarmak amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOT

Çalışma Nevşehir il merkezinde son 5 (beş) yıl içerisinde (2009-2013 (ilk 6 ay)), suça sürüklenen ve suç mağduru olan çocukların genel profilini belirlemek amacıyla kesitsel-retrospektif olarak yapılmıştır. Veriler İl Emniyet Müdürlüğü Çocuk Şube Müdürlüğü'nden elde edilmiş olup, değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Ayrıca çalışmanın yapılabilmesi için kurum izni alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA



*2013 yılı verileri ilk altı ayı kapsamaktadır.

Grafik 1'de yıllara göre çocukların karıştığı olay sayıları görülmektedir. Grafığe göre; son beş yılda, çocukların karıştığı olay sayısının yıllara göre arttığı (sırasıyla 102, 119, 145, 159, 120) toplam olay sayısının 645 olduğu belirlenmiştir. Ayrıca meydana gelen olayların en çok kasten yaralama, hırsızlık ve taksirle yaralama şeklinde sıralandığı saptanmıştır.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre herhangi bir nedenden dolayı kolluk kuvvetlerince işlem yapılan çocuk sayısı 132.592'den 203.040'a (sırasıyla 2008, 2011 yılı verilerine göre) yükselmiştir. Dolayısıyla çocukların karıştıkları / karıştırıldıkları olay sayıları da artmıştır (11). Bu artışta; değişen ve gelişen Dünya'da modernleşme süreci ile birlikte hızlı kentleşme, aile kurumundaki olumsuz değişimler, alkol madde bağımlılığının artması, toplumun kültürel yapısının farklılaşması gibi etmenlerin etkili olduğu düşünülmektedir (7,12). Çalışmamızda literatürle benzer şekilde çocukların karıştıkları olay sayılarının yıllara göre arttığı görülmektedir.

Tablo I. Merkeze Başvuran/Getirilen Çocukların Tanıtıcı Özellikleri

| Tanıtıcı özellikler | 2009 Sayı % | 2010 Sayı % | 2011 Sayı % | 2012 Sayı % | 2013* Sayı % | Toplam |
|-------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|-------------|
| Yaş | | | | | | |
| 0-11 yaş | 21 10,3 | 21 6,6 | 21 5,9 | 22 4,8 | 18 6,9 | 103 |
| 12-18 yaş | 182 89,7 | 298 93,4 | 335 94,1 | 438 95,2 | 244 93,1 | 1497 |
| Cinsiyet | | | | | | |
| Kız | 41 20,1 | 93 29,1 | 42 11,8 | 84 18,2 | 65 24,8 | 325 |
| Erkek | 162 79,9 | 226 70,9 | 314 88,2 | 376 81,8 | 197 75,2 | 1275 |
| Öğrenim durumu | | | | | | |
| Okur yazar değil | 13 6,4 | 36 11,2 | 17 4,8 | 72 15,7 | 29 11,1 | 167 |
| Temel eğitim | 125 61,6 | 163 51,1 | 209 58,7 | 143 31,1 | 148 56,5 | 788 |
| Lise | 65 32,0 | 120 37,7 | 130 36,5 | 245 53,2 | 85 32,4 | 645 |
| Kiminle yaşadığı | | | | | | |
| Öz anne- baba | 191 94,1 | 293 91,8 | 329 92,4 | 381 82,8 | 193 73,7 | 1387 |
| Kurumda | 10 5,0 | 22 6,9 | 13 3,7 | 74 16,1 | 22 8,4 | 141 |
| Diğer** | 2 0,9 | 4 1,3 | 14 3,9 | 5 1,1 | 47 17,9 | 72 |
| Toplam | 203 100,0 | 319 100,0 | 356 100,0 | 460 100,0 | 262 100,0 | 1600 |

*2013 yılı verileri ilk altı ayı kapsamaktadır.

** Diğer: Akraha, komşu.

Tablo I'de yıllara göre merkeze getirilen ya da başvuran çocukların tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Çocukların çoğunluğunun erkek, 12-18 yaş grubunda, temel eğitim düzeyinde oldukları ve öz anne-babaları ile beraber kaldıkları belirlenmiştir. Merkeze başvuran/getirilen çocukların çoğunluğunun ergenlik döneminde olduğu dikkati çekmektedir. Kişiliğin toplumsal nitelik kazandığı ergenlik döneminde; ergen kim olduğunu, neye değer vereceğini, kime inanacağını, amacını bulmaya çalışır (6). Ayrıca bu dönemde özdeşim modelleri arayan ergen, aile dışındaki çevrenin önemini de artmasıyla birlikte çevresindeki olumsuz modellerden etkilenebilmektedir. Farklı yıllarda yapılan çalışmalarda ergenlik

döneminin önemini vurgulayan araştırma bulguları yer almaktadır (13-15).

Çalışmada çocukların çoğunluğunun temel eğitim düzeyinde oldukları, eğitimlerine devam edemeyen veya hiç okula gitmemiş çocuklarında olduğu görülmektedir. Aileden sonra çocuğun sosyalleşmesinde en etkili kurum olan okul; çocuğa akranlarıyla etkileşime geçme, farklı rol modelleriyle karşılaşma, meslek öğrenme, toplumsal yaşamın gerektirdiği kuralları öğrenme gibi katkılar sunmaktadır (16). Çeşitli nedenlerle eğitim hayatına devam edemeyen ergenin, okul yaşantısının sağlamış olduğu olumlu davranış özelliklerini yeterince kazanamayacağı için toplum içerisinde olumsuz davranış sergileme ve suça karışma riski

artabilmektedir. Yine çalışmamızda bu çocukların büyük bir çoğunluğunun aileleri ile birlikte yaşadıkları dikkati çekmiştir. Aile ortamı, çocuğun sosyalleşmeye başladığı ilk yer olduğundan çocuk tarafından ilk model alınan kişiler de aile üyeleri olmaktadır. Aile bireylerinin tutum ve davranışları, çocukların tüm hayatını etkileyebilmektedir. Çocukların suça sürüklenmesinde aile ile ilgili risk faktörlerine baktığımızda parçalanmış aile bunlardan yalnızca birisidir. Ailede eşlerin çatışması, ebeveynlerle çocuğun çatışması,

yanlış uygulanan disipline etme yöntemleri, ailenin ekonomik yetersizliği ya da ailede suç ile ilişkili modelin bulunması gibi nedenler ailesi ile birlikte yaşıyor olmasına rağmen çocuğun suça sürüklenmesinde etkili olabilmektedir (17). Çocuğun sağlıklı bir birey olarak yetişebilmesi ve yeterince toplumsallaşabilmesi için ailenin bir arada olmasının yanı sıra, ebeveyn-çocuk ilişkisinde karşılıklı sevgi, saygı, güven ve dayanışmanın yeterli olması gerekmektedir (18).

Tablo II. Suç İşlediği Şüphesi ile Merkeze Getirilen Çocukların Cinsiyetlerinin Yıllara Göre Dağılımı

| | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013* | | Toplam |
|-----------------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|-------|-------|------------|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | |
| Cinsiyet | | | | | | | | | | | |
| Kız | 6 | 4,9 | 32 | 16,5 | 10 | 4,2 | 14 | 5,4 | 11 | 8,4 | 73 |
| Erkek | 116 | 95,1 | 162 | 83,5 | 231 | 95,8 | 244 | 94,6 | 120 | 91,6 | 873 |
| Toplam | 122 | 100,0 | 194 | 100,0 | 241 | 100,0 | 258 | 100,0 | 131 | 100,0 | 946 |

*2013 yılı verileri ilk altı ayı kapsamaktadır.

Suç işlediği şüphesi ile merkeze getirilen çocukların çoğunun cinsiyetinin erkek olduğu görülmektedir (Tablo II).

Literatüre göre, yargıyla tanışan çocukların sayısı 1990'ların sonu ile 2000'lerin başından itibaren hızla artmaya devam etmektedir. Ayrıca, suç işlediği iddia edilen çocukların büyük bir çoğunluğunu erkek çocukların oluşturduğu bilinmektedir (2). Bu çalışmada son beş yılda suç işlediği şüphesi ile merkeze getirilen çocukların sayılarının yıllara göre artış gösterdiği ve cinsiyetlerinin çoğunluğunun erkek olduğu belirlenmiştir. Toplumumuzun sosyal yapısı gereği kız ve erkek çocukları farklı yetiştirilmekte dolayısıyla erkek ergenler,

aile içinde ve dışında daha serbest olabilmektedir. Ev ortamı dışında daha özgür olan erkek ergen farklı akran gruplarına katılıp, onların tutum ve davranışlarından olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Yapılan çalışmalarda, erkek ergenlerin kız ergenlere göre daha çok suça karıştığına dair bulgular vardır. Akduman ve arkadaşlarının çalışmasında suça karışan erkek ergenlerin oranı %81,6, Gönültaş ve Hilal'in çalışmasında %96,4, Bayındır ve arkadaşlarının çalışmasında %93, Ayaz ve arkadaşlarının çalışmasında ise bu oran %86,3 olarak bulunmuştur (13-16, 19). Bu sonuçlar çalışmamızla uyumludur.

Tablo III. Suç Mağduru Olarak Merkeze Başvuran/Getirilen Çocukların Cinsiyetlerinin Yıllara Göre Dağılımı

| | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013* | | Toplam |
|-----------------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|-------|-------|------------|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | |
| Cinsiyet | | | | | | | | | | | |
| Kız | 13 | 28,9 | 28 | 38,9 | 16 | 24,6 | 22 | 28,9 | 31 | 39,2 | 110 |
| Erkek | 32 | 71,1 | 44 | 61,1 | 49 | 75,4 | 54 | 71,1 | 48 | 60,8 | 227 |
| Toplam | 45 | 100,0 | 72 | 100,0 | 65 | 100,0 | 76 | 100,0 | 79 | 100,0 | 337 |

*2013 yılı verileri ilk altı ayı kapsamaktadır.

Suç mağduru olarak merkeze başvuran/getirilen çocukların cinsiyetlerinin yıllara göre dağılımları Tablo III'de görülmektedir. Çocukların çoğunun cinsiyetinin erkek olduğu, ancak 2013 yılında kız çocukların suç mağduru olma oranında artış olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda suç işlediği şüphesi ile merkeze getirilmede kız ergen oranı 2013 yılında % 8,4 iken suç mağduriyetinde bu oran 39,2'ye çıkmaktadır (Tablo 2-3). Türkiye İstatistik Kurumunun 2011 yılı Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuklar raporunda da suça sürüklenmede

kız ergen oranı %10,1 iken suç mağduriyetinde bu oran %46,3'e çıkmakta olup çalışmamızla benzer şekilde olduğu belirlenmiştir (20).

Madde kullanımı alınan maddenin kimyasal etkisi sonucunda bireyde bilinç kontrol mekanizmasında zayıflamaya sebep olmakta; bireyleri kurallara karşı koyma, kendine ve çevresine zarar verme gibi davranışlara iterek suça neden olabilmektedir. Kullanılan maddenin etkisinin yanı sıra madde temin edebilmek için de suça yönelme görülebilmektedir (21-24). Bu çalışmada çocukların madde kullanım durumları da değerlendirilmiştir. Çocukların; 2009 yılında %44,3'ü, 2010 yılında %42,3'ü, 2011 yılında %36,2'si, 2012 yılında %20,0'ı ve 2013 yılı ilk yarısında ise %33,2'sinin madde kullandığı saptanmıştır. Ancak 2011 yılına kadar çocukların yalnız sigara kullanımı mevcut iken 2012 yılı ve sonrasında sigarayla birlikte alkol, uyuşturucu madde, yapıştırıcı ve uçucu madde kullanımının da olması dikkati çekmiştir. Çalışmamızda 2011 yılı ve sonrasında olay sayılarının artmasında çocukların madde kullanımına alkol, uyuşturucu madde, yapıştırıcı ve uçucu madde kullanımının eklenmesinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bulgular doğrultusunda, çocukların karışıklı olay sayılarının yıllara göre arttığı, merkeze başvuran ya da getirilen çocukların çoğunlukla erkek, ergenlik döneminde, temel eğitim düzeyinde oldukları ve öz anne ve babaları ile beraber yaşadıkları sonuçlarına ulaşılmıştır. Risk altındaki ailelerin ve çocukların belirlenerek, aile ve çocuklara yönelik, çocuklar ve ergenlerle iletişim, madde kullanımlarının azaltılması, çocukları disiplin etme yöntemleri, okullarda suça karışma-suç işlemenin ileriki hayata olumsuz yansımaları gibi konularda Emniyet Birimleri ile işbirliği yapılarak eğitimler verilmelidir. Ayrıca çocukları suça iten nedenleri sorgulayan geniş çaplı araştırmalar yapılması önerilebilir.

KAYNAKÇA

1. Adli İstatistikler. ADALET BAKANLIĞI, 2012. (http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/istatistik_2012/ist_tab.htm) Erişim Tarihi: 29.09.2013
2. UNICEF, Türkiye'de Çocuk ve genç nüfusun durumunun analizi 2012: 95 <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/sitan-tur-final-2012.pdf>. Erişim Tarihi: 28.09.2013
3. TBMM, Kayıp Çocuklar Başta Olmak Üzere Çocukların Mağdur Olduğu Sorunların Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırma Komisyonu Raporu, 2010. ss. 520-521. <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss589.pdf> Erişim Tarihi: 20.09.2014
4. Wold Youth Report, "Juvenile Delinquency" Chapter7, (2003). http://www.un.org/esa/socdev/nyin/documents/worldyouthrep_ort.pdf Erişim Tarihi: 20.09.2013
5. Cevher, D. M. Suça Sürüklenen Çocuklar Çocuk Suçluluğuna Genel Bir Bakış. Adem Solak (Ed), Okullarda şiddet ve çocuk suçluluğu içinde (2007). (s.19-35). Ankara: Kozan.
6. Yavuzer H. Çocukve Suç Remzi Kitap Evi, 7. Baskı, 1994, s.31.
7. Gökpinar M. Sosyal ve Kriminall Boyutlarıyla Çocuk Suçluluğu. TBB Dergisi 2007; (72): 206-233.
8. IŞIK, H. "Çocuk Suçluluğu ve Okullarla İlişkisi," Ahi Evran Üniversitesi, Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD) 2006; 7 (2): 287-299.
9. Özden D, Yıldırım N. Adli Vakaya Hemşirelerin Yaklaşımı. Hacettepe Üniversitesi sağlık bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2009;73-81.
10. Törüner EK, Büyükgönenç L, Göktuğ. Çocuk sağlığı temel hemşirelik yaklaşımları , yayıncılık 2012; 22-23.
11. Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuklar Türkiye İstatistik Kurumu, (2013). www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=12...ID Erişim Tarihi:20.09.2013
12. YILDIZ, Ö (2009). "Toplumsal Değişme Sürecinde "Çocuk Suçluluğunda" Yeni Boyutlar," VI. Ulusal Sosyoloji Kongresi, "Toplumsal Dönüşümler Ve Sosyolojik Yaklaşımlar", Adnan Menderes Üniversitesi Aydın. http://www.Sosyolojidernegi.Org.Tr/Kutuphane/İcerik/Yildiz_Ozkan.Pdf Erişim Tarihi 21. 01. 2013), s. 1105-1112.
13. Akduman, G., Akduman, B., & Cantürk, G. Ergen suçluluğunda bazı kişisel ve ailesel özelliklerin incelenmesi Orijinal Araştırma. Türk Pediatri Arşivi 2007; 42(4).
14. Bayındır, N., Özel, A., & Köksal, E.. Çocuk Suçluluğu Demografisi: Kütahya Şehri Örneği. Polis Bilimleri Dergisi 2007; 9(4): 95-108.
15. Gönültaş, B. M., Hilal A. Çocuk Suçluluğunda Göç Faktörü: Adana Örneği. Adli Tıp Dergisi 2012; 26 (3): 156-163.
16. Uluğtekin S. Hükümlü çocuk ve yeniden toplumsallaşma. 1.Basım, Ankara: Bizim Büro Yayınevi, 1991: 220-4.
17. Afolabi O. E. Domestic violence, risky family environment and children: A bio-psychology perspective. International Journal of Psychology and Counselling 2014; 6(8): 107-118.
18. Kurtuluş A, Salman N, Günbet G, Boz B, Cenger CD, Acar K. Denizli ilinde 12-15 yaş arasındaki suça sürüklenen çocukların sosyodemografik özellikleri. Pamukkale Tıp Dergisi 2009; 2: 8-14.
19. Ayaz M., Ayaz A. B., Soylu N. Ergen Adli Olgularda Ruhsal Değerlendirme. Klinik Psikiyatri Dergisi 2012; 15: 33-40.
20. Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuklar (2011). Türkiye İstatistik Kurumu.
21. Altuner, D., Engin, N., Gürer, C., Akyay, İ., & Akgül, A. Madde kullanımı ve suç ilişkisi: kesitsel bir araştırma. Tıp Araştırmaları Dergisi 2009; 7(2): 87-94.
22. Prichard J., Payne J. Alcohol, drugs and crime: a study of juveniles in detention. Research and Australian Institute of Criminology, Public Policy Series 2005; 67:10-18.
23. Repetti R. L., Taylor S. E., and Seeman T. E. Risky Families: Family Social Environments and the Mental and Physical Health of Offspring. Psychological Bulletin 2002; 128 (2): 330-366.
24. Gül S. K., Güneş İ. D. Ergenlik Dönemi Sorunları ve Şiddet. Sosyal Bilimler Dergisi; 2012; 11 (1): 80-100.

HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN GELECEĞE YÖNELİK BEKLENTİLERİNİN ÖZBAKIM GÜCÜ VE YAŞAM DOYUMUNA ETKİSİ

THE EFFECTS OF FUTURE EXPECTATIONS, WHICH THE ELDERS HAVE, WHO ARE LIVING IN NURSING HOMES, ON THEIR INTENSITY OF SELF CARE AND LIFE SATISFACTION

Tuğba AYDIN YILDIRIM¹, Birsen ALTAY²

ÖZET

Bu çalışma, huzurevinde yaşayan yaşlıların geleceğe yönelik beklentilerinin öz bakım gücü ve yaşam doyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Kesitsel tipte olan bu araştırma Karabük'teki Yücel Huzurevi'nde 15.02.2010 - 15.03.2010 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan 103 yaşlı (%92.8) alınmıştır. Veri toplama aracı olarak 28 sorudan oluşan tanımlayıcı anket formu, öz bakım gücü ölçeği (ESCA) ve yaşam doyum ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 12.00 ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde, sayı (%), aritmetik ortalama, ± standart sapma, t testi, çok yönlü varyans analizi (ANOVA) ve ki-kare testi kullanılmıştır. Araştırmaya göre; yaşlıların geleceğe yönelik beklentileri ile öz bakım gücü arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Beklentisi olumlu yönde olan kişilerde öz bakım gücünün daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yaşam doyumunu açısından fark anlamlı bulunmamıştır (p> 0.05). Yaşlıları meşgul edecek yeni kurslar, spor aktiviteleri, toplantılar organize edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Öz bakım, Yaşam doyum, Huzurevi

ABSTRACT

This study was made in order to detect the effects of elders' future expectations, who are living in nursing homes, on their intensity of self care and their life satisfaction. This research, which is cross-sectional, was conducted at Yuçel Nursing Home in Karabuk, during the dates 15.02.2010 -15.03.2010. In that research, instead of samples selection, 103 old age volunteers were attained (%92.8). As conducting research data; a descriptive survey form which is composed of 28 questions, an intensity of self care measure (ESCA) and a life satisfaction measure were used. All gathered data were evaluated with SPSS 12.00. All data were expressed with numbers (%), arithmetical mean, ± standard deviation. Furthermore t test, multiple oriented variance analysis (ANOVA) and chi-squared test were used. According to research; when the intensity of self care and future expectations were compared statistically, a meaningful difference was found (p<0.05). On the group of people who have positive future expectations, higher intensity of self care was determined. When life satisfaction and future expectations were compared, statistically not any meaningful result was obtained (p>0.05). To keep elders busy, to organize them new courses, sport activities and meetings should be organized.

Key words: Aged, Self-care, Life Satisfaction, Nursing Home

*Makale 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde 4-7 Ekim 2011 tarihinde Trabzon'da sözlü olarak sunulmuştur.

¹ Öğr. Gör., Karabük Üniversitesi Safranbolu Meslek Yüksekokulu, tugbaaydin@karabuk.edu.tr

² Yrd. Doç. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu, baltay@omu.edu.tr

İletişim/ Corresponding Author: Tuğba AYDIN YILDIRIM
e-posta: tugbaaydin@karabuk.edu.tr

Geliş Tarihi / Received : 26.05.2015
Kabul Tarihi / Accepted: 22.01.2016

GİRİŞ

Yaşlanma, doğumdan ölüme kadar devam eden bir süreçtir. Dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır. Yaşam şartlarındaki olumlu gelişmeler, sağlık hizmetlerinin yeterliliğinin artması, teknolojik ve tıbbi gelişmeler doğumda beklenen yaşam süresini uzatmıştır¹.

Öz bakım, bireylerin yaşam, sağlık ve iyilik halini devam ettirebilmek için gerçekleştirdiği etkinliklerdir. Öz bakım gücü ise sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile ilgili bireyin öz bakım performansını belirleyen eylemlerin bileşimidir^{2,3,4,5}.

Yaşam doyumu, bireylerin diğer insanlar ile ilişkilerini ve kendi ruh sağlıklarını etkileyen en önemli etmenlerden biridir. Tüm bireylerde olduğu gibi yaşlı bireylerde de önemle üzerinde durulması gereken konulardan biridir. Bunun nedeni ise, yaşlılıkta meydana gelen fizyolojik ve ruhsal değişimler ile bu değişimlerin yaşlı bireylerin ruh sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilme riskidir^{6,7}.

Her yaşta bireyin gelecekte nasıl bir yaşam süreceğine ve kendisini neler beklediğine dair bir düşüncesi vardır. Yaşlı bireylerdeki geleceğe yönelik beklentiler, bireyin bulunduğu toplumun özellikleri, kültürün etkisi, değer yargıları, yaşlılığa yüklenen anlamlar, kişisel özellikler ile ilgili olabileceğinden; bu beklentilerin neler olduğu, olumlu ya da olumsuz olması öz bakım gücü ve yaşam doyumunu etkileyebilir. Bu çalışma, huzurevinde yaşayan yaşlıların geleceğe yönelik beklentilerinin özbakım gücü ve yaşam doyumuna etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOT

Kesitsel tipte olan bu araştırma Karabük'teki Yücel Huzurevi'nde 15.02.2010 – 15.03.2010 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Karabük ili Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na bağlı huzurevinde yaşayan kadın ve erkeklerden oluşan toplam 111 kişi oluşturmuştur. Araştırmaya örneklem

seçimine gidilmeden, araştırmaya katılmaya gönüllü olan 103 yaşlı (%92.8) alınmıştır.

Verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda hazırlanan ve 28 sorudan oluşan tanımlayıcı anket formu, öz bakım gücü (ESCA) ve yaşam doyumu ölçeği kullanılmıştır.

Öz bakım gücü ölçeği; 1979 yılında Kearney ve Fleischer tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Nahcivan (1994) tarafından yapılmış olan ölçek 35 maddeden oluşmaktadır^{8,9}. Her bir madde 0'dan 4'e kadar puanlanmış olup, en düşük puan 35, en yüksek puan 140'dır. Ölçekte 3, 6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31. maddeler olumsuz olarak değerlendirilir ve puanlama ters olarak yapılır. Nahcivan ölçeğinin alfa değerini 0.89, Altay ve Avcı 0.91 olarak bulmuşlardır^{9,10}. Pınar tarafından 1996 yılında 34 madde üzerinden uygulanmış ölçeğin kronik hastalıklardaki Cronbach alfa değeri 0.89 olarak belirlenmiştir¹¹. Bu çalışmada öz bakım gücü ölçek puanı 74.44, Cronbach's alfa değeri 0.86 olarak bulunmuştur.

Yaşam doyumu ölçeğinde ise; 1961 yılında Nevgarten ve Havinghurst tarafından hazırlanan ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Karataş (1988) tarafından yapılmış olan yaşam doyumu ölçeği 20 sorudan oluşmuştur^{6,7}.

Her bir seçenek '1' puanını yansıtmakta ve 3,5,7,10,14,17,18 ve 20 ifadelerine 'Hayır' cevabı verilmesi gerekmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan alması yaşam doyumunun yüksek olduğunu gösterir. Karataş (1980) tarafından yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında test-tekrar test güvenilirliği $r=0.93$, geçerlilik katsayısı ise $r=0.82$ saptanmıştır. Altay ve Avcı ölçeğinin Cronbach's alfa değerini 0.81 olarak bulmuşlardır¹⁰. Yaşam doyumu ölçeği puanı bu çalışmada 14.8; Cronbach alfa değeri ise; 0.56 bulunmuştur.

Çalışmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 12.00 yazılım programında veri tabanı oluşturularak, sayı, yüzdelik, t testi, çok yönlü varyans analizi (ANOVA) ve ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

Araştırmaya başlamadan önce Karabük Valiliği'nden gerekli kurum izni alınmıştır. Araştırma sürecinde form doldurmadan önce yaşlılara gerekli bilgi verilerek açıklama yapıp, sözlü onamları alınmıştır. Bunun dışında gizlilik ilkesi, insan onuruna saygı ilkesine ve etik ilkelere bağlı kalınmış, Helsinki Deklerasyonu 2008 prensiplerine uygun olarak yapılmıştır.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların % 28.2'si 80-84 yaş grubunda, % 25.3'ü 75-79 yaş grubunda olduğu, % 70.9'unun erkek olduğu, yaşlıların %60.3'ünün dul ve %22.3'ünün bekar olduğu saptanmıştır. Yaşlıların % 50.5'inin okur-yazar olmadığı, %24.3'ünün de ilkokul ve üzeri eğitim aldığı ve % 47.6'sının daha önce köyde yaşadıkları bulunmuştur. Yaşlıların sosyal güvence durumları incelendiğinde %54.4'ünün herhangi bir sosyal güvencesinin olmadığı belirlenmiştir.

Araştırma kapsamındaki yaşlıların çocuk sayıları ve çocukları ile görüşme durumları incelendiğinde; %36'sının hiç çocuğu olmadığı, çocuğu olan yaşlıların %34.9'unun 3 ve daha fazla çocuğu olduğu saptanmıştır (Tablo1).

Tablo 1. Yaşlıların Bazı Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

| Özellikler | Sayı | % | |
|-----------------------|------------------|----|------|
| Yaş | 65-69 | 19 | 18.4 |
| | 70-74 | 9 | 8.7 |
| | 75-79 | 26 | 25.3 |
| | 80-84 | 29 | 28.2 |
| | 85 ve üstü | 20 | 19.4 |
| Cinsiyet | Kadın | 30 | 29.1 |
| | Erkek | 73 | 70.9 |
| Medeni Durum | Evli | 2 | 1.9 |
| | Bekar | 23 | 22.3 |
| | Dul | 62 | 60.3 |
| | Boşanmış | 16 | 15.5 |
| Eğitim düzeyi | Okur-yazar değil | 52 | 50.5 |
| | Okur yazar | 26 | 25.2 |
| | İlkokul | 12 | 11.7 |
| | Ortaokul | 5 | 4.9 |
| | Lise | 6 | 5.8 |
| | Yüksekokul | 2 | 1.9 |
| Yaşamış Olduğu Yer | İl | 30 | 29.1 |
| | İlçe | 24 | 23.3 |
| | Köy | 49 | 47.6 |
| Sosyal güvence durumu | Yok | 56 | 54.4 |
| | SSK | 34 | 33.0 |
| | Emekli Sandığı | 6 | 5.8 |
| | Yeşil kart | 1 | 1.0 |
| | Bağ kur | 6 | 5.8 |
| Çocuk Sayısı | Yok | 37 | 36.0 |
| | 1 | 10 | 9.7 |
| | 2 | 20 | 19.4 |
| | 3 | 16 | 15.5 |
| | 4 | 8 | 7.8 |
| | 5 ve üstü | 12 | 11.6 |

Yaşlıların % 42.7'sinin çocukları ile görüştüğü belirlenmiştir. Yaşlılara kurumda kalma nedenleri sorulduğunda, % 41.7'si kimsesi olmadığı için, %20.4'ü istenmediğini düşündüğü için ve %21.4'ü çocuklarını rahatsız etmemek için huzurevini tercih ettiği saptanmıştır. Yaşlıların %62.1'inin fiziksel olarak kendi sağlık durumlarını iyi durumda olarak değerlendirmişlerdir. Yaşlıların %87.4'ünün tanısı konmuş kronik bir hastalığı olup, bunun % 19.4'ü HT+DM+ kas iskelet hastalıkları olduğu belirlenmiştir. Yaşlıların %79.6'sı kendisini mutlu hissettiğini, % 61.2'si kendini enerjik hissettiğini, %61.2'si günlük gereksinimlerini karşılayabildiğini belirtmişlerdir (Tablo 2).

Tablo 2. Yaşlıların Kurumla İlgili Özelliklerinin Dağılımı

| Özellikler | | Sayı | % |
|---|---------------------------------|------|------|
| Çocukları ile Görüşme Durumu | Görüşmüyor | 22 | 21.4 |
| | Görüşüyor | 44 | 42.7 |
| Kurumda Kalma Sebebi | Kimsesi olmadığı için | 43 | 41.7 |
| | İstenmediğini düşündüğü için | 21 | 20.5 |
| | Çocuklarını rahatsız etmek için | 22 | 21.4 |
| | İyi bakılacağı düşüncesi | 17 | 16.4 |
| Fiziksel Olarak Kendilerinin Sağlıklarını Değerlendirme Durumları | Çok iyi ve iyi | 64 | 62.1 |
| | Orta | 30 | 29.2 |
| Tanı Konulmuş Olan Hastalığın Türü | Kötü | 9 | 8.7 |
| | Hipertansiyon (HT) | 12 | 11.7 |
| | HT+ DM | 11 | 10.7 |
| Kendini Mutlu Hissetme | HT+DM+ kas iskelet hastalıkları | 20 | 19.4 |
| | Hissediyor | 82 | 79.6 |
| Kendini Enerjik Hissetme | Hissetmiyor | 21 | 20.4 |
| | Hissediyor | 63 | 61.2 |
| Günlük Gereksinimlerini Karşılatabilme | Hissetmiyor | 40 | 38.8 |
| | Karşılıyor | 63 | 61.2 |
| Günlük Gereksinimlerini Karşılatabilme | Karşılıyor | 63 | 61.2 |
| | Karşılamiyor | 40 | 38.8 |

Tablo 3’de görüldüğü gibi yaşın öz bakım gücü ve yaşam doyumunu etkilemediği bulunmuştur. Huzurevinde kalan kadınların öz bakım gücü ve yaşam doyumunu puanları erkekler göre daha düşük olup, kadın ve erkekler arasında öz bakım gücü (t: -2.066) ve yaşam doyumunu puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t: -2.861, p<0.05).

Tablo 3. Bazı Sosyo-demografik Özelliklerin Öz Bakım Gücü ve Yaşam Doyumunu Puanları İle Karşılaştırılması

| Özellikler | | Öz bakım Gücü Ort.±SD | Yaşam Doyum Ort.±SD |
|-----------------------|------------------|--------------------------|------------------------|
| Yaş | 65-69 | 78.8±1.4 | 14.4±2.0 |
| | 70-74 | 79.4±1.1 | 15.8±2.1 |
| | 75-79 | 72.1±7.0 | 14.7±1.7 |
| | 80-84 | 72.4±7.0 | 15.1±1.8 |
| | 85 ve üstü | 74.0±1.1 | 14.9±1.8 |
| Cinsiyet | Kadın | 71.3±9.9 | 14.1±1.7 |
| | Erkek | 75.7±9.9 | 15.2±1.8 |
| Eğitim | Okur yazar değil | 71.6±6.6 | 14.7±1.7 |
| | Okur yazar | 72.7±6.4 | 15.0±2.1 |
| | İlkokul | 78.3±1.1 | 15.5±1.7 |
| | Ortaokul | 80.2±1.1 | 13.4±1.7 |
| | Lise | 93.2±2.1 | 15.8±2.0 |
| Sosyal Güvence Durumu | Yüksekokul | 77.5±4.9 | 15.0±2.8 |
| | Var | 77.1±1.3 | 14.8±2.2 |
| Yaşanılan Yer | Yok | 72.2±5.9 | 14.9±1.6 |
| | İl | 80.4±1.3 | 15.0±1.8 |
| Yaşanılan Yer | İlçe | 70.5±1.2 | 15.0±2.4 |
| | Köy | 72.8±3.5 | 14.7±1.6 |

Eğitim durumu ile öz bakım gücü arasındaki fark anlamlı bulunurken (p=0.000, p<0.001); yaşam doyumunu etkilemediği saptanmıştır (p>0.05), Öz bakım gücü okur-yazar olmayanlarda en düşük bulunmuştur. Farkın; lise mezunu grubunun en yüksek puan almasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

En uzun süre yaşanan yer ile yaşam doyumunu puanları arasında anlamlı fark bulunmamış olup, en uzun süre şehirde yaşayan bireylerde öz bakım gücü anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0.000, p<0.001). Huzurevinde yaşayan yaşlıların sosyal güvencesi olma durumlarına göre öz bakım gücü ve yaşam doyumları incelendiğinde, sağlık güvencesi olan bireylerin öz bakım gücünün daha yüksek olduğu saptanmış olup, gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (t:2.542, p<0.05). Yaşam doyumunu ölçüğü puan ortalamaları açısından anlamlı bir ilişki görülmemiştir (t: -0.377, p>0.05). (Tablo 3).

Huzurevinde yaşayan yaşlıların bulunduğu ilde yakını olma durumlarının yaşam doyumunu anlamlı düzeyde etkilediği görülmüştür (t:-2.878, p<0.05). Bulunduğu ilde yakını olmayan yaşlıların yaşam doyumunu ölçüğünün daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Yaşlıların Kurumla ve Sağlık Algıları İle İlgili Bazı Özelliklerin Öz Bakım Gücü ve Yaşam Doymu Puanları İle Karşılaştırılması

| Özellikler | | Öz bakım Gücü Ort.±SD | | Yaşam Doymu Ort.±SD | |
|--------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|---------------------|------------------------|---------------------|
| Bulunduğu İlde Yakını Olma | Var | 74.8±1.2 | t=0.285 | 14.1±1.8 | t=-2.878 |
| | Yok | 74.2±8.9 | p=0.777 | 15.3±1.7 | p=0.005* |
| Kurumda Kalma Sebebi | Kimse olmadığı için | 72.3±6.4 | | 15.0±1.8 | |
| | İstenmediğini düşündüğü için | 73.6±5.0 | F=5.318 | 14.6±1.9 | F=0.236 |
| | Rahatsız Etmek için | 73.0±6.7 | p: 0.002 | 14.8±1.7 | p:0.871 |
| | İyi bakılacağını düşündüğü için | 82.8±1.9 | | 15.1±2.3 | |
| Fiziksel Sağlığını Değerlendirme | Çok iyi | 91.3±2.2 | | 16.7±1.2 | |
| | İyi | 74.5±6.8 | F=5.813 | 15.1±1.7 | F=7.892 |
| | Orta | 75.2±1.1 | p=0.001* | 14.9±1.7 | p=0.000* |
| | Kötü | 65.8±1.4 | | 12.4±1.6 | |
| Kendini Mutlu Hisseden | Hisseden | 75.9±1.0 | t=3.096 | 15.4±1.5 | t=7.011 |
| | Hissetmeyen | 68.6±7.3 | p=0.003* | 12.8±1.5 | p=0.000* |
| Kendini Enerjik Hissetme | Hisseden | 77.7±1.1 | t=4.431 | 15.5±1.6 | t=4.897 |
| | Hissetmeyen | 69.4±6.6 | p=0.000* | 13.9±1.8 | p=0.000* |
| Günlük gereksinimleri karşılayabilme | Karşılayan | 75.0±9.6 | t=3.102 p=0.002* | 15.0±1.8 | t=2.719 p=0.008* |

İyi bakılacağını düşündüğü için kurum bakımını tercih eden yaşlıların öz bakım gücü diğerlerine göre daha yüksek olup, istatistiksel olarak da önemli bulunmuştur (F:5.318, p<0.05). Kurumda kalma sebebi ile yaşam doymu ölçeğinde ise anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0.05).

Fiziksel sağlığını çok iyi olarak değerlendiren yaşlıların öz bakım gücü ve yaşam doymu ölçeği puan ortalaması en yüksek olup, aralarındaki ilişki istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (öz-bakım gücü ölçeği için: F:5.813, p<0.05; yaşam doymu ölçeği için: F:7.892, p<0.001). Öz bakım gücü ölçeğinden aldıkları puanlar fiziksel sağlıklarını iyi ve orta olarak değerlendiren grupta benzer iken, kötü olarak değerlendiren grupta en düşük, çok iyi olarak değerlendiren grupta en yüksektir. Farkın; çok iyi olarak değerlendiren grupta; iyi, orta ve kötü olarak değerlendiren gruplar arasından, kötü olarak değerlendiren grupta; iyi ve orta diye değerlendiren grup arasından kaynaklandığı saptanmıştır. Yaşam doymu ölçeğindeki farkın ise; kötü olarak değerlendiren grupta ayrı ayrı diğer gruplar arasında ortaya çıktığı görülmüştür (Tablo 4).

Huzurevinde yaşayan ve mutlu olan, kendini enerjik hisseden yaşlıların öz bakım gücü ve yaşam doymu diğerlerine göre

anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (öz bakım gücü için sırasıyla t:3.096, p<0.05; ve t: 4.431, p<0.001, yaşam doymu için: t: 7.011, p<0.001 ve t: 4.897, p<0.001. (Tablo 4).

Günlük gereksinimlerini karşılayabilen yaşlıların öz bakım gücü ve yaşam doymu puan ortalamaları günlük gereksinimlerini karşılayamayanlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki bu ilişki öz bakım gücü (t:3.102, p<0.05) ve yaşam doymu puan ortalamalarının istatistiksel karşılaştırılması açısından önemli bulunmuştur (t:2.719, p<0.05) (Tablo 4).

Yaşlıların geleceğe yönelik beklentilerinin dağılımı incelendiğinde; % 69.9'u "ölüm", ü beklediklerini, % 6.8'i ise gelecekte "mutluluk ve sağlık" beklediklerini bildirmişlerdir. Huzurevinde yaşayan yaşlıların geleceğe yönelik beklentileri ve öz bakım gücü arasındaki ilişki anlamlı olup; (F: 3.652, p<0.05) bu farkın "ölüm" cevabı veren grupta "mutluluk, sağlık" cevabı verenler; ve "ölüm" diyen grupta "bilmiyorum" diye cevap veren gruplar arasından kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Geleceğe Yönelik Beklentilerin Öz Bakım Gücü ve Yaşam Doyumu Ölçekleri İle Karşılaştırılması

| Beklentiler | Sayı | % | Ölçek | |
|------------------|------|-------|----------------------|----------------------|
| | | | Öz bakım gücü ölçeği | Yaşam doyumu ölçeği |
| Mutluluk, sağlık | 7 | 6.8 | 82.4±1.3 | 16.3±2.6 |
| Hastalık | 8 | 7.8 | 76.1±1.7 | 15.1±1.6 |
| Bilmiyorum | 16 | 15.5 | 78.8±1.0 | 15.4±1.8 |
| Ölüm | 72 | 69.9 | 72.5±8.2 | 14.6±1.7 |
| TOPLAM | 103 | 100.0 | F= 3.652 p: .015 | F = 2.393 p: .073 |

Geleceğe yönelik beklentiler ile kendini mutlu hissetme ve fiziksel sağlığı değerlendirme durumları karşılaştırıldığında aralarındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç bulunamazken, kendini enerjik hissetme ($X^2=9.288$, $p=.026$) ve ruhsal sağlığı değerlendirme ($X^2=2\%$ 69.9'unun 8.77, $p=.000$) durumları karşılaştırıldığında anlamlı sonuçlar elde edilmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Bazı Değişkenlerin Geleceğe Yönelik Beklentiler İle Karşılaştırılması

| | Geleceğe Yönelik Beklentiler | | | | | | | | Total | İstatistik |
|--------------------------------|------------------------------|------|----------|------|------------|------|------|------|-------|-------------------------|
| | Mutluluk-Sağlık | | Hastalık | | Bilmiyorum | | Ölüm | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| Kendini Enerjik Hissetme | | | | | | | | | | |
| Evet | 6 | 9.5 | 3 | 4.8 | 14 | 22.2 | 40 | 63.5 | 63 | $X^2=9.288$ $P=.026$ |
| Hayır | 1 | 2.5 | 5 | 12.5 | 2 | 5.0 | 32 | 80.0 | 40 | |
| Kendini Mutlu Hissetme | | | | | | | | | | |
| Evet | 7 | 8.5 | 5 | 6.1 | 14 | 17.1 | 56 | 68.3 | 82 | $X^2=3.99$ $P=.262$ |
| Hayır | - | - | 3 | 14.3 | 2 | 9.5 | 16 | 76.2 | 21 | |
| Fiziksel Sağlığı Değerlendirme | | | | | | | | | | |
| Çok İyi | 1 | 33.3 | 1 | 33.3 | 1 | 33.3 | - | - | 3 | $X^2=12.90$ $P=.167$ |
| İyi | 5 | 8.2 | 3 | 4.9 | 9 | 14.8 | 44 | 72.1 | 61 | |
| Orta | 1 | 3.3 | 4 | 13.3 | 5 | 16.7 | 20 | 66.7 | 30 | |
| Kötü | - | - | - | - | 1 | 11.1 | 8 | 88.9 | 91 | |
| Ruhsal Sağlığı Değerlendirme | | | | | | | | | | |
| Çok İyi | 3 | 50.0 | 1 | 16.7 | 2 | 33.3 | - | - | 6 | $X^2=28.77$ $P=.000$ |
| İyi | 4 | 4.9 | 4 | 4.9 | 13 | 15.9 | 61 | 74.4 | 82 | |
| Orta | - | - | 3 | 20.0 | 1 | 6.7 | 11 | 73.3 | 15 | |
| Toplam | 7 | 6.8 | 8 | 7.8 | 16 | 15.5 | 72 | 69.9 | 103 | |

TARTIŞMA

Çalışmada 65-69 ve 70-74 yaş gruplarında öz bakım gücü ve yaşam doyum puanları yüksek bulunmasına rağmen, yaş faktörünün öz bakım gücünü ve yaşam doyumunu etkilemediği bulunmuştur. Altay ve Avcı (2009)'nın, huzurevindeki yaşlılarda yaptıkları çalışmalarında ise öz bakım gücü ve yaşam doyum puanının 65-74 yaş grubunda en düşük olmasına rağmen yaş grupları açısından istatistiksel anlamlı bir sonuç elde edilememiştir¹⁰. Çalışmamızla farklı sonuçlar bulunmasının sebebi olarak; çalışmanın yapıldığı yerler ve uygulanan kişilerin yaşamı algılama farklılıklarıyla ilgili olduğu düşünülmektedir.

Kadınların öz bakım gücü ve yaşam doyumunu erkeklere göre daha düşük bulunmuştur. Öz bakım gücü ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalar

değerlendirildiğinde bu çalışmaya benzer olarak Bakoğlu ve arkadaşları (2000) çalışmalarında da cinsiyet faktörünün öz bakım gücü ve yaşam doyumuna etkili olduğu ve erkeklerde öz bakım gücünün daha yüksek bulunduğu görülmüştür¹². Buna karşın; Düzöz ve arkadaşları (2009), Diabetes Mellituslu hastalarla yaptıkları çalışmalarında; cinsiyet faktörünün öz bakım gücü üstüne etkisi olmadığı ortaya konulmuştur¹³. Kadınların erkelere göre daha duygusal olması, daha fazla içine kapanık olması ve günlük aktivitelerinde daha bağımlı olmalarının çalışmamızda öz bakım gücü ve yaşam doyumunu bu şekilde etkilemiş olabileceği düşünülmüştür.

Eğitim faktörü incelendiğinde ise; yaşam doyumunu anlamlı bir farklılık olmamasına rağmen öz bakım gücü istatistiksel farklılık belirlenmiştir. Diğer çalışmalar incelendiğinde; Altay ve Avcı (2009)'nın,

huzurevindeki yaşlılarda yaptıkları çalışmalarında bu çalışmaya benzer şekilde eğitim durumunun öz bakım gücünü etkilediği bulunmuştur¹⁰. Eğitim düzeyi artışı ile öz bakım gücü puan ortalaması artışı arasında paralellik olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde Ünsar ve arkadaşları (2006) hemodiyaliz tedavisi gören hastalarla yaptıkları çalışmalarında da eğitim düzeyinin öz bakım gücüne etkisi olduğu sonucuna varılmıştır¹⁴. Bakış ve arkadaşları (2007), huzurevinde yaşayan bireylerin eğitim durumlarının yaşam doyumunu anlamlı düzeyde etkilediği bulunmuştur¹⁵. Bu sonuçlar çalışmamızı destekler biçimdedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe öz bakım gücü ve yaşam doyumunun artışı anlamlıdır. Eğitim düzeyi yüksek kişilerin doğal olarak sosyal ve ekonomik olanaklarının iyi olmasının sonucu olumlu etkilediği düşünülmüştür.

Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşamış olduğu yer ile öz bakım gücü arasındaki ilişki anlamlı bulunurken, yaşam doyumunu açısından aralarındaki ilişki anlamlı görülemediği. Diğer çalışmalar incelendiğinde ise; Bakoğlu ve arkadaşları (2000), hipertansiyonlu hastalarda yaptıkları çalışmalarında; bizim çalışmamızla benzer şekilde ilde yaşayanlarda köyde yaşayanlara göre öz bakım gücü puan ortalaması yüksek bulunmuştur¹². Farklı olarak; Özer (2004) çalışmasında yaşanan yer ile öz bakım gücü arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır¹⁶. Çalışmamızdaki sonucun şehirde yaşamın getirmiş olduğu sosyal, ulaşım, sağlık gibi avantajlardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sağlık güvencesi olan grubun öz bakım gücünün daha yüksek olduğu saptanmıştır. Fakat yaşam doyumunu ölçüğünde böyle anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Diğer çalışmalar incelendiğinde ise; Bakoğlu ve arkadaşları (2000), hipertansiyonlu hastalarda yaptıkları çalışmalarında; bu çalışmaya benzer şekilde sosyal güvencesi olan yaşlıların öz bakım gücü daha yüksek bulunmuştur¹². Sağlık güvencesi, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmayı kolaylaştırması, ilaçlarını ücretsiz temin edebilmesi, sağlık sorunları ile başa çıkmayı

kolaylaştırması, kendine güveni artırarak öz bakım gücünü de etkilediği düşünülmüştür. Yaşlıların boş zamanlarını değerlendirme durumlarına göre öz bakım gücü ve yaşam doyumunu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmanın aksine Akandere'nin, (2007) huzurevinde yaptığı çalışmasında boş zamanlardaki fiziksel aktivitelerin yaşam doyumunu üzerine olumlu etkisi olduğu görülmüştür¹⁷. Diener (1985), çalışmasında da egzersizlerin ve aktivitelerin yaşam doyumunu üzerine olumlu etki ettiği saptanmıştır¹⁸. Özer (2004) huzurevinde ve aile ortamında yaşayan yaşlılarla yaptıkları çalışmalarında boş zamanlarını değerlendirme fırsatı bulan yaşlıların yaşam doyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır¹⁶. Çalışmamız ve diğer çalışmalar arasındaki bu farkın bireylerin yaşam alışkanlıkları, spor yapma durumları ve yetiştikleri ortamın farklı olması ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Huzurevinde yaşayan yaşlıların huzurevinde kalma sebebine ile öz bakım gücü arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Diğer çalışmalar incelendiğinde; Altay ve Avcı (2009)'nın, çalışmalarında huzurevindeki kalma sebebinin öz bakım gücü ve yaşam doyumunu olumlu yönde etkilediği bulunmuştur¹⁰. Kimsesiz olan ve kendi isteği ile gelen yaşlılarda memnuniyetin artışına bağlı olarak olumlu etki ettiği düşünülmektedir.

Huzurevinde yaşayan yaşlıların fiziksel sağlığı değerlendirme durumlarına ile öz bakım gücü ve yaşam doyumunu incelendiğinde aralarında ilişki istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur. Ünal ve arkadaşları (2006) meslek yüksekokulu öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında bizim çalışmamıza benzer şekilde; fiziksel sağlığını iyi değerlendiren grubun öz bakım gücü daha yüksek bulunmuştur¹⁹. Çalışmamızla paralel şekilde, Altay ve Avcı (2009)'nın, huzurevinde yaptıkları çalışmada yaşlıların öz bakım gücü ve yaşam doyumunu yüksek bulunmuş olup, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır¹⁰. Kişilerin kendilerini iyi hissettikleri zaman hayattan daha çok

zevk aldıkları ve kendilerine bakabilme güçlerinin arttığı düşünülmektedir.

Günlük ihtiyaçlarını karşılayabilen bireylerin öz bakım gücü ve yaşam doyumu günlük ihtiyaçlarını karşılayamayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bakoğlu ve arkadaşları (2000) bizim çalışmamıza benzer olarak; hipertansiyonlu hastalarda öz bakım gücünün değerlendirilmesi konulu çalışmalarında ise; yine benzer şekilde günlük aktiviteleri yerine getirebilmenin öz bakım gücünü olumlu etkilediği görülmüştür¹². Bireyler bağımsız olarak kendi ihtiyaçlarını karşılayabildikleri sürece muhtaçlık ve acizlik duygusu ortadan kalkar ve kendilerine güven gelir. Kendine güvenen ve yetisi olduğunu düşünen bir yaşlının da mutlu olacağı, kendini iyi hissedeceği dolayısıyla öz bakım gücü ve yaşam doyumunun olumlu yönde etkileneceği düşünülmektedir.

Huzurevinde yaşayan yaşlıların geleceğe yönelik beklentilerinin öz bakım gücünü anlamlı bir düzeyde etkilediği, yaşam doyumunu ise etkilemediği görülmüştür. Bireylerin beklentileri olumlu yönde olduğu sürece bireyin kendine bakım gücü paralel olarak olumlu etkileneceği düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

- ✓ Erkeklerde öz bakım gücü ve yaşam doyumu kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur.
- ✓ Huzurevinde yaşayan yaşlıların geleceğe yönelik beklentilerinin öz bakım gücünü anlamlı bir düzeyde etkilediği, yaşam doyumunu ise etkilemediği görülmüştür.
- ✓ Bulunduğu ilde yakını olmayan yaşlıların, yaşam doyumunun daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- ✓ Öz bakım gücünün ölüm beklentisi olan grupta en düşük olduğu ortaya çıkmıştır.
- ✓ Fiziksel sağlığını çok iyi olarak değerlendiren, kendini mutlu hisseden, kendini enerjik hisseden ve günlük gereksinimleri karşılayabilen yaşlıların öz bakım gücü ve yaşam doyumunu anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Yaşlılarda yaşam sevinci oluşturabilmek yaşayacakları yıllara dair yeni umutlar oluşturabilmek açısından onları meşgul edecek uğraşlar planlanması,
- ✓ Özellikle huzurevinde yaşlı yakını olan bireyler yaşlı ziyaretleri konusunda bilinçlendirilmeye çalışılmalı, kitle iletişim araçlarını kullanılarak yaşlı yakınlarının duyarlılıklarını artıracak programlar hazırlanması,
- ✓ Yaşlıların kendilerini mutlu ve enerjik hissetmelerine yardımcı olacak sosyal aktivitelerin düzenlenmesi,
- ✓ Yaşlılığın hassas grup olmalarından dolayı bu gruba düzenli sağlık kontrolleri imkanları sunulması ve düzenli sağlık kontrollerin önemi ve sağlığın korunması konusunda bilgilendirilmesi,
- ✓ Geriatri-gerontoloji hemşiresi yetiştirilmesine ve istihdamına önem verilmesi, hemşireleri bu ünitelerde çalışmalarını için teşvik edilmesi önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Palabıyıközü R, Haran S, Yücat T, Köse K. Yaşlılarda depresyon ve yaşam doyumu. *Kriz Dergisi* 2006; 1(1): 26-31. DOI: 10.1501/Kriz_00000000008.
2. Jenny J. Self care actions theory and nursing diagnosis: a test of conceptual fit. *Journal Of Nursing Education* 1991; 30(5): 227-232. (PMID: 1652008).
3. Akdemir N. Psikososyal Destek. (Çev. Ed. N. Platin). Ankara: Akşam Sanat Okulu Matbaası; 1996. pp: 186-193.
4. Fawcett J. The nurse theorists; 21st-century updates- Dorothea E. Orem, College of Nursing University of Massachusetts-Boston. *Nursing Science Quarterly* 2001;14(1):34-38. (PMID : 11873352)
5. Ferroz T, Norton M. Elderly people' s definition of quality of life. *Rev Brros Psiquiatr* 2003; 25(1): 31-9. (PMID: 12975677)
6. Neugarten B.L, Havighurs, R.J, Tobin S.S. The measurement of the life satisfaction. *Journal Of Gerontology* 1961;16: 134-143. (PMID: 13728508)
7. Karataş S. Yüksek Lisans Tezi; 'Yaşlılarda Yaşam Doyumunu Etkileyen Etmenler', Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmetler, Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Nihal Turan. Ankara-1988.
8. Kearney B.Y, Fleischer B.J. Development of an instrument to measure exercise of self care agency. *Research In Nursing & Health* 1979; 2(1):25-34. (PMID: 254279).
9. Nahcivan N.O. A Turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. *Western Journal of Nursing Research* 2004; 26(7), 813-824. (PMID: 15466617)
10. Altay B, Avcı A.İ. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda özbakım gücü ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Dicle Tıp Dergisi* 2009; 36(4): 275-282. ISSN: 1300/2945, eISSN:1308/9889
11. Pınar R. Diyabet tedavisine uyumda algılanan güçlükler, metabolik kontrol ve yaşam kalitesi. *Ulusal Endokrinoloji Dergisi* 1996; 6: 165-174.
12. Bakoğlu E, Yetkin A. Hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi*

- Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 4(1): 41-49. ISSN 1301 – 6865
13. Düzöz G.T, Çatalkaya D, Uysal D.D. Tip 2 diabetes mellituslu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. Yeni Tıp Dergisi 2009; 26: 210-213. ISSN 1300-2317
 14. Ünsar S, Dündar İ, Zafer R, Kumaşoğlu Ç. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların öz bakım gücü ve etkileyen etmenler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006; 1(3): 70-80. ISSN:1306-6366.
 15. Bakış E, Çınar S. Huzurevlerinde yaşayan bireylerde özbakım gücü ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. Hemşirelik Forumu 2007; 7: 89-93. ISSN:1301-9880.
 16. Özer M. Huzurevinde ve aile ortamında yaşayan yaşlıların öz bakım gücü ve yaşam doyumunun incelenmesi. Turkish Journal Of Geriatrics 2004; 7(1): 33-36. ISSN: 1304-2947, e-ISSN: 1307-9948.
 17. Akandere M. Huzurevinde kalan yaşlılarda fiziksel aktivitelerin yaşam doyum düzeylerine etkisi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2007; 18(1):1-9. ISSN: 1302-1796.
 18. Diener E, Emmons R.A, Larsen R.J. The satisfaction with life scale. J Pers. Assesment 1985; 49:71-75. (PMID: 16367493).
 19. Ünal D, Şenol V, Öztürk A. Meslek yüksekokulu öğrencilerinin öz-bakım gücü düzeylerinin belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2006; 13(2): 95-102 . ISSN:1300-1744.

POSTPARTUM DÖNEMDEKİ PRİMİPAR ANNELERE LOĞUSA VE YENİDOĞAN BAKIMI KONUSUNDA VERİLEN EĞİTİMİN ANNELİK ÖZGÜVENİNE ETKİSİ

THE EFFECT OF TRAINING PROVIDED THE PRIMIPARAS IN THE POSTPARTUM PERIOD FOR MOTHERHOOD AND NEONATAL CARE ON MATERNAL SELF-CONFIDENCE

Sibel ÖZTÜRK¹, Behice ERCİ²

ÖZET

Araştırma postpartum dönemde primipar annelere verilen eğitimin özgüven gelişimine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Ön test- son test kontrol gruplu deneme modeliyle yapılan araştırma, Mart 2009- Şubat 2011 tarihleri arasında Erzurum il merkezinde bir aile sağlığı merkezine kayıtlı primipar gebelerle gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, Erzurum il merkezinde bir aile sağlığı merkezinde postpartum dönemde olan anneler oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleminde ise güç analizi ile belirlenen rastlantısal örnekleme yöntemiyle seçilen 55 kontrol, 55 deney grubunda olmak üzere toplam 110 anne ile çalışılmıştır. Verilerin toplanmasında annelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin kişisel bilgi formu ve Pharis Özgüven Ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen veriler, ki-kare testi, bağımsız gruplarda t testi tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılmıştır. Araştırmada etik ilkelere bağlı kalmıştır. Primipar annelere verilen eğitim ile annelerin özgüven düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Postpartum dönemde anneler yenidoğan bakımı ve annenin fizyolojik gereksinimleri yönünden ebe/hemşireler tarafından eğitimle desteklenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar sözcükler: Pospartum, anne, özgüven, eğitim

ABSTRACT

This study has been made with the purpose of determining the effect of training provided the primiparous in the postpartum period on the development of their self-confidence. The study, made with the pretest-posttest control group design, has been performed with the primiparous pregnant registered to a family health centre in Erzurum city centre between the dates March 2009-February 2011. The scope of the study has been comprised of the mothers in the postpartum period in a family health centre in Erzurum city centre. And in the sample of the study, totally 110 mothers, 55 in control group and 55 in test group, chosen with accidental sampling method determined through power analysis, have been studied. In collecting the data, personal information form about mothers' defining features and Pharis' Self-Confidence Scale have been used. For the collected data, chi-square test, t test in independent samples, and variance analysis in repetitive measurement have been used. The study has abided by ethical principles. It has been determined that with training provided the primiparous, the levels of the mothers' self-confidence increase. During the postpartum period, the mothers need to be supported by midwives/nurses through training in terms of neonatal care and the mothers' physiological needs.

Key words: Pospartum, mother, self-confidence, training

Bu makale doktora tezinden üretilmiştir. Atatürk Üniversitesi BAP projesi ile desteklenmiştir.

¹Yrd. Doç. Dr. Sibel Öztürk, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, e-posta: sblsbl0606@gmail.com

²Prof. Dr. Behice ERCİ, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, e-posta: behiceerci@hotmail.com

İletişim/ Corresponding Author: Yrd. Doç. Dr. Sibel Öztürk
e-posta: sblsbl0606@gmail.com

Geliş Tarihi / Received : 23.06.2015
Kabul Tarihi / Accepted: 20.01.2016

GİRİŞ

Özgüven, insanın mutlu ve başarılı bir hayat sürmesi, üstlendiği sorumluluk ve rolleri sağlıklı bir şekilde yerine getirmesi için gereken en önemli özelliklerden biridir. Özgüven insanın yaşamda karşılaşılabileceği sorunlar ve sorumluluklarla daha kolay baş edebileceği belirtilmiştir (1). Annelikte kadının hayatında yeni bir dönem olmakla beraber, yeni sorumluluklar gerektirmektedir (2, 3). Annenin yeni görevlerini başarabilmesi için özel beceri ve enerjiye gereksinimi vardır (3). Bu da güçlü bir annelik özgüvenini gerektirir.

Postpartum dönemde anneler öz bakım ve bebek bakımı konularında bilgi gereksinimi duymaktadır. Bebek bakımında beceri ve öz güven gelişimi primipar annelerde oldukça önemlidir (4). Özellikle primipar anneler bebekleri ile ilgilenmekten, bebek bakımını üstlenmekten kaygıları olabileceğinden dolayı bu dönemde annenin yeni rolüne uyum sağlanması için desteklenmesi gerekmektedir (5, 6, 7). Dünya Sağlık Örgütü, postpartum dönemin 3.-6. günlerinde yapılan ev ziyaretinde annede; meme bakımı, enfeksiyon kontrolü, loşia takibi ve psikolojik yönden değerlendirilmesini, altıncı haftada ise annenin involüsyon sürecinin izlem ve kontrolünü, anemi, konstipasyon ve diğer komplikasyonlar yönünden takip edilmesini önermektedir (4, 7). Anne bu dönemde kendi gereksinimlerinin yanı sıra yeni doğan bebeğinin gereksinimlerini tanımayı ve bu gereksinimlere yanıt vermeyi de öğrenir (5, 6, 7). Literatürde, postpartum dönemde annenin öz-bakım ve bebek bakımı ile ilgili bilgi gereksinimlerinin arttığı, primipar annelerde en fazla bebek bakımı ile ilgili kaygılarının olduğu belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda, bu dönemde, annelerin öz bakımları ve bebek bakımında eğitim ve rehberliğe gereksinim duydukları bulunmuştur (4, 9). Postnatal dönemde uygun bilgiler verilmesiyle sağlanan destek annenin stresini azaltır ve ebeveynliğe uyumuna da katkıda bulunur (10).

Doğum sonrası ilk günlerde ve ilk yıl içinde ebe/ hemşireler tarafından anneye düzenli ve sürekli verilen tavsiye ve destekler annenin bebek bakımı konusunda öz güvenini geliştirmeyi kolaylaştırmaktadır (11, 12). Özellikle primipar anneler bebek bakımı, büyüme- gelişme, bebeğin normal özellikleri ve davranışları (gece ağlaması v.b.), hastalıklarıyla ilgili bilgi eksikliği annede kaygıya neden olarak, annelik rolünden memnuniyeti azaltabilir. Bu durum anne-bebek bağlılığını ve annelerin yaşamlarındaki değişikliği olumsuz etkileyebilir. Doğumdan sonraki ilk 3 ayda annelerde görülen postpartum depresyon görülme nedeninin %30'unu bebek bakımında yaşanan zorluklardan kaynaklandığı belirtilmiştir. (11).

Doğum öncesi ve sonrası dönemde ebe ve hemşirelerin annelere verecekleri bakım hizmetlerinde fiziksel bakımın yanı sıra eğitim ve danışmanlık hizmetine de yer verilmelidir. (13-17). Yapılan bir çalışmada; annelerin postpartum dönemde öz bakımları ve bebek bakımı ile ilgili eğitim ve rehberliğe gereksinim duydukları belirtilmiştir (4, 18). Postpartum döneme özgü konularda bilgili olma özgüven duygularını geliştirebilir. Annenin yaşayabilecek sorunlarla baş etme, sorun çözme becerilerini arttırarak yaşam kalitesinin iyileşmesini de sağlayabilir (19, 20). Konu ile ilgili herhangi bir girişimsel eğitim çalışmasına rastlanmamıştır.

Araştırma, postpartum dönemde primipar annelere loğusa ve yenidoğan bakımı konusunda verilen eğitimin annelik özgüvenine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Hipotezler:

H₀: Loğusa ve yenidoğan bakımı eğitimi primipar annelerin özgüvenini etkilemez

H₁: Loğusa ve yenidoğan bakımı eğitimi primipar annelerin özgüvenini geliştirir.

MATERYAL VE METOD

Ön test- son test kontrol gruplu deneme modeliyle yapılan araştırma, Mart 2009-Şubat 2011 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, Erzurum il merkezinde bir aile sağlığı merkezinde primipar, postpartum dönemde olan anneler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise güç analizi ile belirlenen rastlantısal örnekleme yöntemiyle seçilen 55 kontrol, 55 deney grubunda olmak üzere toplam 110 anne oluşturmuştur. Yapılan güç analizinde anlamlılık seviyesi 0,05, güven aralığı 0,95, etki büyüklüğü 0,7 ve evreni temsil gücü %95 oranındadır. Bu sonuca göre örneklem büyüklüğünün evreni temsilde yeterli olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubuna aile sağlığı merkezindeki gebe tespit fişlerinden tespit edilen ve örneklem kriterlerine uyan anneler sırasıyla bir deney bir kontrol grubuna olacak şekilde alınmıştır. Örnekleme alınma kriterleri en az ilkökul mezunu olma, iletişime ve işbirliğine açık olma ve tanılanmış psikiyatrik bir hikâyesi bulunmama, miadında doğum yapmış olma, tekil gebeliğe sahip olma, tedavi ile gebe kalmış değildir.

Araştırmanın verilerinin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu (KBF) ve Pharis Öz-Güven Ölçeği (PÖGÖ) kullanılmıştır.

KBF araştırmacı tarafından hazırlanan ve annelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin soruları içeren bu form 3'ü açık uçlu olmak üzere toplam 10 sorudan oluşmaktadır

PÖGÖ, ilk olarak Pharis (1978) tarafından geliştirilmiş ve sonra Walker (1986) tarafından yapılan bir çalışmada iç tutarlık katsayısı 0,71-0,91 arasında bulunmuştur. Pharis Öz-Güven Ölçeği Türk toplumuna 2003 yılında Çalışır¹² tarafından uyarlanmıştır. Çalışır'ın çalışmasında ölçeğin alfa güvenilirlik katsayısı 0,85 bulunmuştur. Ebeveynin günlük bebek bakımı hakkındaki kendi güven duygularını ölçen bu ölçek 13 maddelik, 5 puanlı bir ölçüm aracıdır. Her bir bebek bakımı maddesi 1'den 5'e kadar (hiç, çok az, orta kararda, çok, tamamen) derecelendirilmiştir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça

annelerin bebek bakımı konusunda özgüven düzeylerinin de arttığını göstermektedir. "Pharis Öz-güven" ölçeğinde en düşük puan 13, en yüksek puan 65 olup 0-1 yaş döneminde bebeği olan tüm annelere uygulanabilmektedir (Ek II).

Bu çalışmada ölçeğin alfa güvenilirlik katsayısı 0,90 olarak saptanmıştır.

Verilerin toplanmasında KBF ve PÖGÖ annelere verilerek doldurmaları istenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki annelere doğumdan sonra 1. haftada KBF ve PÖGÖ ön test uygulaması, doğumdan sonraki 4. haftada ara ölçümler, 12. haftada son-test ölçümleri yapılmıştır.

Deney grubundaki (eğitim grubundaki) annelere loğusa bakımı (beslenme, uyku, dinlenme, banyo, hijyen, annelik hüznü ve postpartum depresyon) ve yenidoğan bakımı (beslenme, emzirme, banyo, göbek bakımı, gaz sancısı, alt değiştirme, bebeğin günlük bakımına katılma), anne- bebek ilişkisi konularında iki aşamalı eğitim yapılmıştır. Ön test verileri toplandıktan (doğumdan sonraki birinci hafta) sonra eğitim grubuna eğitimin birinci aşaması, doğumdan sonraki 2. haftada eğitimin ikinci aşaması tamamlanmıştır. Eğitimler ev ziyaretleri düzenlenerek yüz yüze görüşme yöntemi ile 6. ve 10. haftalarda tekrar edilerek sürmüştür. Her bir eğitim ortalama 40 dakika sürmüştür. Eğitimde kullanılan materyal veri toplama ve eğitim sürecinde eğitim grubundaki annelere hediye edilmiştir.

Kontrol grubuna herhangi bir girişimde bulunulmamıştır. Eğitimler tamamlanıp son testler uygulandıktan sonra eğitim kitapçıkları kontrol grubundaki annelere de hediye edilmiştir.

Araştırmadan elde edilen veriler bağımsız gruplarda t testi, eşleştirilmiş t testi ve tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulundan onay ve araştırma kapsamına alınan annelerin kayıtlı bulunduğu aile sağlığı merkezi için resmi izinler alınmıştır. Araştırmaya katılan bireyler,

araştırmaya katılıp katılmamakta özgür oldukları ve araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları konusunda bilgilendirilmiştir. Araştırmaya katılacak bireylere, bireysel bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapıp “gizlilik ilkesine” uyulmuştur.

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde ki-kare, bağımsız gruplarda t testi, tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

Tablo 1. Eğitim ve Kontrol Grubundaki Annelerin Özelliklerine Göre Dağılımı ve Benzerlikleri

| Tanımlayıcı Özellikler | Grup | Deney Grubu | | Kontrol Grubu | | Test ve P |
|-----------------------------|--------------------|-------------|------|---------------|------|-----------------------------|
| | | Sayı | % | Sayı | % | |
| Yaş | 17-22 | 21 | 38.2 | 23 | 41.8 | $\chi^2=1,934$ $p=0.380$ |
| | 23-28 | 24 | 43.6 | 27 | 49.1 | |
| | 29-36 | 10 | 18.2 | 5 | 9.1 | |
| Eğitim Durumu | İlköğretim | 24 | 43.6 | 24 | 43.6 | $\chi^2=1.17$ $p=0.557$ |
| | Lise | 25 | 45.5 | 28 | 50.9 | |
| | Üniversite ve üstü | 6 | 10.9 | 3 | 5.5 | |
| Aile Tipi | Çekirdek Aile | 31 | 56.4 | 24 | 52.7 | $\chi^2=0.14$ $p=0.702$ |
| | Geniş Aile | 29 | 43.6 | 26 | 43.7 | |
| Anneye Yardımcı Olacak Kişi | Var | 49 | 89.1 | 52 | 94.5 | $\chi^2=1.08$ $p=0.459$ |
| | Yok | 6 | 10.9 | 3 | 5.5 | |
| Bebeği İsteme Durumu | İstiyor | 54 | 97.3 | 53 | 96.4 | $\chi^2=0.343$ $p=0.558$ |
| | İstemiyor | 1 | 2.7 | 2 | 3.6 | |
| Doğum Şekli | Vajinal Doğum | 31 | 56.4 | 30 | 54.5 | $\chi^2=0.582$ $p=0.446$ |
| | Sezaryen | 24 | 43.6 | 25 | 45.5 | |
| | 1 gün | 43 | 78.2 | 43 | 78.2 | |
| Hastanede Kalma Süresi | 2 gün | 11 | 20.0 | 10 | 18.2 | $\chi^2=0.381$ $p=0.827$ |
| | 3 gün | 1 | 1.8 | 2 | 3.6 | |

Eğitim ve kontrol grubundaki annelerin özelliklerine göre dağılımı ve benzerlikleri tablo 1’de incelenmiştir. Postpartum dönemdeki primipar annelere loğusa ve yenidoğan bakımı konusunda verilen eğitimin annelik özgüvenine etkisinin değerlendirildiği araştırmada eğitim grubundaki annelerin %43,6’sı 23-28 yaş grubunda olduğu %45,5’inin lise mezunu olduğu, %92,7’sinin çalışmadığı, %56,

4’ünün çekirdek aileye sahip olduğu bulunmuştur. Kontrol grubundaki annelerin %49, 1’inin 23-28 yaş grubunda olduğu %50,9’unun lise mezunu olduğu, %96,4’ünün çalışmadığı, %52,7’sinin çekirdek aileye sahip olduğu belirlenmiştir. Eğitim ve kontrol grubundaki annelerin özellikleri yönünden benzer oldukları saptanmıştır. ($p>0.05$) (Tablo 1).

Tablo 2. Bütün Annelerin Özellikleri İle eğitim Öncesi Özgüven Düzeylerinin Karşılaştırılması

| Tanımlayıcı Özellikler | Grup | X ± SS | Test ve P |
|------------------------------------|--------------------|-------------|--------------------------------|
| Yaş | 17-22 | 28.79±6.03 | $t_{kw}=1.215$ $p=0.545$ |
| | 23-28 | 30.54±9.45 | |
| | 29-36 | 32.93±10.15 | |
| Eğitim Durumu | İlköğretim | 28.72 ±6.56 | $t_{kw} =1.348$ $p=0.510$ |
| | Lise | 31.05±9.31 | |
| | Üniversite ve üstü | 32.66±10.80 | |
| Aile Tipi | Çekirdek Aile | 29.52±7.81 | $t=0.93$ $p=0.368$ |
| | Geniş Aile | 30.97±9.07 | |
| Anneye Yardımcı Olacak Kişi | Var | 30.00±8.12 | $F_{kw}=440.000$ $p=0.874$ |
| | Yok | 25.66±1.15 | |
| Gebeliği İsteme Durumu | İstiyor | 30.29±8.47 | $F_{kw} =111.000$ $p=0.362$ |
| | İstemiyor | 25.66±1.15 | |
| Hastanede Kalma Süresi | 1 gün | 28.72±57.13 | $F_{kw} =8.770$ $p=0.012$ |
| | 2 gün | 35.00±10.05 | |
| | 3 gün | 35.66±15.63 | |
| Doğum Şekli | Vajinal Doğum | 28.95±8.50 | $t=1.75$ $p=0.083$ |
| | Sezaryen | 31.75±8.04 | |

Analiz deney ve kontrol grubunun (n=110) 1. haftadaki özgüven puan ortalamaları ile yapılmıştır.

Tablo 2 incelendiğinde annelerin yaşı, eğitim düzeyi, aile tipi, yardımcı olacak kişinin var olup olmadığı, gebeliği isteme durumu ve doğum şeklinin özgüven düzeylerini etkilemediği saptanmıştır ($p>.05$). Annelerin doğumdan sonra hastanede kalma süresinin uzadıkça özgüven düzeyini önemli düzeyde artırdığı belirlenmiştir ($p<.05$).

Tablo3. Eğitim ve Kontrol Grubundaki Annelerin Özgüven Düzeylerinin Karşılaştırılması

| GRUPLAR | | | |
|------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|
| Ölçüm Zamanları | Eğitim Grubu (s=55) | Kontrol Grubu (s=55) | Test ve P |
| | X ± SS | X ± SS | |
| 1. Hafta | 31.4±6.9 | 28.9±6.7 | $t=1.62$ $p=0.122$ |
| 4. Hafta | 44.1±7.5 | 40.2±5.9 | $t=4.43$ $p=0.003$ |
| 12. Hafta | 56.6±3.2 | 52.6±4.8 | $t=9.61$ $p=0.001$ |
| | $F=38,22$ $p=0.001$ | $F=40.95$ $p=0.001$ | |

Tablo 3’de eğitim ve kontrol grubundaki annelerin özgüven düzeyleri karşılaştırılmıştır. Araştırmadaki annelere verilen eğitimin annelik özgüvenini artırdığı bulunmuştur. Eğitim grubunda primipar annelerin öz güvenlerinin kontrol grubuna göre doğumdan sonraki 4. Hafta ($p= 0.003$, $p< 0.05$) ve 12. haftalarda ($p=0.001$, $p<0.01$) önemli düzeylerde daha çok arttığı saptanmıştır. “ Loğusa ve yenidoğan bakımı eğitimi primipar annelerin özgüvenini etkilemez” H_0 hipotezini red edip, “Loğusa ve yenidoğan bakımı eğitimi primipar annelerin özgüvenini artırır” H_1 hipotezi kabul edilmiştir. Eğitim ve kontrol grubundaki annelerin grup içi özgüven karşılaştırmalarının tekrarlı ölçümlerinde önemli düzeyde artış olduğu belirlenmiştir (eğitim grubu $p=0.001$, $p<0.01$ kontrol grubu $p=0.001$, $p<0.01$) (Tablo 3).

Annelerin yaşları ile özgüven düzeyleri arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=.270$, $p<.05$)

TARTIŞMA

Annelerin doğumdan sonra hastanede kalma süresi uzadıkça özgüven düzeyinin önemli düzeyde artırdığı belirlenmiştir. Annelerin hastanede kaldıkları süre içerisinde diğer anneler ile etkileşimleri, klinikteki ebe ve hemşirelerden destek almış olmalarından kaynaklanmış olabilir. Sağlık profesyonellerinden alınan destek, stres ve anksiyeteyi azaltarak ebeveynliğe uyumda başarılı olmayı sağlamaktadır (11, 21). Annelerin hastanede kaldığı sürece istedikleri zaman ebe ve hemşirelerden hizmet almaları annelerin stres ve anksiyetesinin azalmasına dolayısıyla özgüven düzeylerinin artmasında etkili olduğu düşünülebilir (Tablo 2).

Araştırmada postpartum dönemdeki primipar annelere loğusa ve yenidoğan bakımı konusunda verilen eğitimin annelik özgüvenini artırdığı bulunmuştur. Bu bulgular doğrultusunda, annelere verilen eğitimin annede öz-güvenin gelişiminde etkili olduğu ve annelerin sorumlulukları ile baş etmesi konusunda önemli katkılar sağladığı sonucuna varılmıştır. Bu çalışma ile paralel olarak Kalpalp'ın çalışmasında da eğitim alan annelerin öz güven puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştur (22). Ayrıca Çalışır'ın çalışmasında doğum öncesi bebek bakımı konusunda bilgi alan annelerin bilgi almayan annelere göre doğum sonrasında bebek bakımı ve öz-güven puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (3). Literatürde verilen bilginin, fiziksel ve psikososyal desteğin öz güven oluşturmada önemli yeri olduğu belirtilmektedir. Bilgi verme ve danışmanlık yapmanın ebeveynlerin bebek bakımı ve ebeveynlik becerisi kazandığını fark etmesinde ve bu farkındalığın artışında çok önemli olduğu belirtilmektedir (11, 13, 15, 23). Araştırmamızda verilen eğitimin annelerin öz-güven puanlarını arttırdığı saptanmıştır. Bu sonuç **“Loğusa ve yenidoğan bakımı eğitimi primiparlarda annelik özgüvenini geliştirir.”** hipotezini desteklemektedir.

Araştırmada ilerleyen haftalarda her iki grupta da annelik özgüveni artmıştır. Bebek büyüdükçe anne ve bebeğin birlikte geçirdiği

zaman artmaktadır. Böylece anne zamanla bebeğinin dilinden anlamakta, ağlamasının nedenini belirlemekte ve ihtiyaçlarına rahat bir şekilde cevap verebilmektedir. Bu nedenle de eğitim ve kontrol grubunda annelerin öz-güven düzeyinin yükseldiği düşünülebilir. Annenin bebeği ile birlikte vakit geçirdikçe ve bebeğinin bakımına katıldıkça anne-bebek ilişkisinin olumlu yönde geliştiği belirtilmiştir. Anneler de, bebeğin beslenmesi, altının değiştirilmesi gibi bakımı yaptıkça, bebeğe karşı olan olumsuz davranışlarının giderek azaldığı ve annenin bakım rolünde güven duygusunun arttığı saptanmıştır (5, 6, 7). Eğitim ve kontrol grubunda istemli gebelik olması, her iki grupta da ailede destek olacak kişilerin oranının yüksek olması kontrol grubundaki özgüven düzeyinin artışına neden olmuş olabilir. Fakat bu artış eğitim grubuna göre daha düşüktür. Bu durum postpartum dönemde ebe ve hemşireler tarafından verilecek eğitim ve danışmanlık hizmetleri öz güven düzeyinin artışını hızlandıracağını mevcut durumu daha da güçlendireceğini göstermektedir (Tablo 3).

Araştırmada bütün annelerin yaşları ile özgüven düzeyleri arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Araştırma kapsamımızda adolesan gebelerde yer almaktadır. Bu durum annelerin yaşlarının artışı ile annelerin psikolojik gelişimini tamamlamış olmaları ile açıklanabilir. Ayrıca kültürümüzde anneliğin kadının temel görevlerinden biri olduğu algısı ve bebeğin bakımından temel olarak sorumlu olması yaşın artması ile bu olgunun anneler üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Postpartum dönemde annelere verilen eğitimin annelik özgüvenini artırdığı tespit edilmiştir.

Postpartum dönemdeki primipar annelerin öz-güvenini, daha kısa sürede geliştirmek için annelerin doğum sonrası konuyla ilgili eğitimi önerilmektedir. Özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan ebelerin/hemşirelerin hizmet içi eğitimlerinde annelik öz güvenini

erken dönemde oluşmasının önemine yer verilmesi ve ebe/hemşirelerin ev ziyaretlerinde annelere bu konuda danışmanlık yapmaları önerilir. Ayrıca ev ziyaretleri sırasında bu konu ile ilgili kitapçık, broşür gibi materyallerde verilebilir.

Ebe/hemşire anneleri bebeğin normal özellikleri, bebeklerde sıkça karşılaşılabilecekleri sorunlar, genel bebek bakımı, bebeğin beslenmesi ve bebek için kullanılacak malzeme ve besinlerin kullanımı, annenin doğum sonu kendi bakımına ait gereksinimler konusunda eğitimler annelerin özgüvenlerinin geliştirilmesini sağlayabilir.

Teşekkür

Makalenin oluşturulmasında katkılarında dolayı Doç Dr. Fatma Güdücü TÜFEKÇİ'ye ve araştırmayı finansal açıdan destekleyen Atatürk Üniversitesini BAP koordinatörlüğüne teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

1. Özgüven gelişiminde Ailenin Rolü, Anabilim Eğitim Kurumları. Erişim: <http://www.anabilim.k12.tr/images/content/pdfler>. 2015
2. Gölbaşı Z. Postpartum Dönemde Erken Taburculuk, Evde Bakım Hizmetleri Ve Hemşirelik, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2003; 7(2), 15-22.
3. Çalşır H. İlk Kez Anne Olan Kadınların Annelik Rolü Başarımlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, 2003.
4. Altuntuğ K, Ege E. Sağlık Eğitiminin Annelerin Taburculuğa Hazır Oluş, Doğum Sonu Güçlük Yaşama Ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2013;15(2),45-56.
5. Balcı SA. İlk Kez Doğum Yapan Annelerin Bebeklerini Algılama Durumları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, 1997.
6. İşler A. Prematüre Bebeklerde Anne-Bebek İlişkisinin Başlatılmasında Yenidoğan Hemşirelerin Rolü, Perinatoloji Dergisi, 2007;15(1), 1-6.
7. Kavlak O, Şirin A. Anne ve Babaya Bağlanma Ve Hemşirenin Sorumlulukları, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 23(2), 183-194.
8. WHO, UNICEF, UNFPA. Maternal Mortality in 2005: Estimates Developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. and The World Bank. Geneva: WHO Library Cataloguing, 2007.
9. Waldenström U, Rudman A, Hildingsson I. Intrapartum And Postpartum Care In Sweden: Women's Opinions And Risk Factors For Not Being Satisfied, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2006; 85(5),551-560.
10. Zwelling E, Philips CR. Family-Centered Maternity Care In The New Millennium: Is It Real Or Is It Imagined, Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 2001;15(3),1-12.
11. Yıldız D, Akbayrak N. Doğum Sonrası Primipar Annelere Verilen Eğitim Ve Danışmanlık Hizmetlerinin Bebek Bakımı, Kaygı Düzeyleri Ve Annelik Rolüne Etkisi, Gülhane Tıp Dergisi, 2014; 56, 36-41.
12. Razurel C, Schweitzer MB, Dupanloup A, Irion O, Epiney M. Stresful Events, Social Support And Coping Strategies Of Primiparous Women During The Postpartum Period:A Qualitative Study, Midwifery, 2011; 27, 237-242.
13. Shin H, Park YJ, Ryu H, Seomun GA. Maternal Sensitivity: A Concept Analysis. Journal of Advanced Nursing, 2008; 64(3), 304-314.
14. Amankawaa LC, Pickler RH, Boonmee J. Maternal Responsiveness in Mothers of Preterm Infants, Newborn Nursing Review, 2007; 7(1),25-30.
15. Shin H, Park YJ, Kim MJ. Predictors of Maternal Sensitivity During The Early Postpartum Period, Journal of Advanced Nursing, 2006; 55(4), 425-434.
16. Drake EE, Humenick SS, Amankwaa L, Younger J, Roux G. Predictors of maternal responsiveness, Journal of Nursing Scholarship, 2007; 39(2), 119-125.
17. Tilokkulchai F, Phatthanasiriwethin S, Vichitsukon K, Serisathien Y. Attachment Behaviors In Mothers Of Premature Infants : A Descriptive Study in Thai Mothers, Journal Perinatal Neonatal Nursing, 2002; 16(3),69-83.
18. Doğaner G, Bekar M. Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Erken Postpartum Dönemde Kendisinin Ve Yenidoğanın Bakımına Yönelik Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi, Sağlık ve Toplum, 2006; 16(4), 60-70.
19. Altuntuğ K, Ege E. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlik Ve Güvenirliği, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 15(3), 214-222.
20. Taşkın L (ed.), Taşkın L, Kukul K. Kadın Sağlığına Giriş: Kadın Hastalıkları ve Hemşireliği. 11. Baskı . Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık -2012.ss:1-17.
21. Frei IA, Mander R. The Relationship Between First Time Mothers and Care Providers in The Early Postnatal Phase: An Ethnographic study in a Swiss Postnatal Unit, Midwifery, 2011; 27, 716-722.
22. Kalpalp Uz B. Adölesan Annelere Verilen Eğitiminin Öz Güven Ve Öz Bakım Güçlerine Etkisinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, 2006.
23. Pınar G, Doğan N, Algier L, Kaya N, Çakmak F. Annelerin Doğum Sonu Konforunu Etkileyen Faktörler, Dicle Tıp Dergisi, 2009; 36(3),184-190.

HASTA KOÇLUĞUNUN KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAİ) İLE İZLENEN HASTALARIN DİSPNE, ÖKSÜRÜK VE BALGAM SEMPTOMLARI ÜZERİNE ETKİSİ: PİLOT BİR ÇALIŞMA

THE EFFECT OF THE PATIENT COACHING ON THE DISPNEA, COUGH AND SPUTUM SYMPTOMS OF THE MONITORED PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD): A PILOT STUDY

Derya TÛLÛCE¹, Sevinç KUTLUTÛRKAN², Nurhayat ÇETİN³, Nurdan KÖKTÛRK⁴

ÖZET

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) hava yollarındaki ilerleyici tıkanma ve anormal inflamatuvar yanıt ile ilişkili olarak gelişen dispne, öksürük ve balgam ile karakterize bir akciğer hastalığıdır. Bu araştırma hasta koçluğunun KOAİ tanısı ile izlenen hastaların dispne, öksürük ve balgam semptomlarının şiddeti üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla Mart- Mayıs 2015 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin göğüs hastalıkları servisinde yarı-deneysel olarak yürütölen bir pilot çalışmadır. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan "Hasta Tanıtım Formu" ve "KOAİ Değerlendirme Testi (CAT)" kullanılarak toplanmıştır. Müdahale grubundaki hastalara, hasta koçluğu yaklaşımı ile eğitim verilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde frekans testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Wilcoxon testi kullanılmıştır. Müdahale grubundaki hastaların yaş ortalaması 64±8.3, kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması 61,6±2.5'tir. Müdahale grubundaki hastaların CAT pretest puan ortalaması 27.8±16.05 ve posttest puan ortalaması 20.6±5.85 olarak bulunmuştur (p<0.05). Kontrol grubundaki hastaların CAT pretest puan ortalaması 21.2±8.8 ve posttest puan ortalaması 18.4±8.4 bulunmuştur (p<0.05). Müdahale grubundaki hastaların hasta koçluğu yaklaşımı sonrası CAT soru 1(öksürük), CAT soru 3-8 (Dispne) semptomlarına ilişkin CAT puan ortalamalarında belirgin oranda düşme saptanırken CAT soru 2 (balgam) de çok daha az oranda düşme saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların hasta koçluğu yaklaşımı sonrası CAT Soru 1(öksürük) semptomuna ilişkin CAT puan ortalamalarında belirgin oranda azalma saptanırken, dispne ve balgamda çok daha az oranda azalma saptanmıştır. Her iki grupta da hastaların toplam CAT pretest ve posttest puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. Sonuç olarak hasta koçluğu yaklaşımının KOAİ hastalarında semptom kontrolünün sağlanmasında etkili bir yöntem olduğu bulunmuştur ve KOAİ'ı olan hastaların semptom kontrolünde hasta koçluğu yaklaşımının uygulanması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Hasta Koçluğu, Hemşirelik

ABSTRACT

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a lung disease characterized by dyspnea, cough and sputum, associated with the progressive airway obstruction and the abnormal inflammatory response. This study is a quasi-experimental pilot study, conducted at a pulmonary hospital between March- May 2015 in order to evaluate the effect of the patient coaching on the dyspnea, cough and sputum symptoms of the monitored patients with COPD. The data were obtained via the "Patient Identification Form", created by the researchers, and the COPD Assessment Test (CAT). The patients in the intervention group were educated via the patient coaching approach. The frequency test, the Mann-Whitney U test, the Kruskal-Wallis test and the Wilcoxon test were used in order to evaluate the data. The mean age of the patients in the intervention group was 64±8.3 and the mean age of the patients in the control group was 61.6±2.5. While CAT pre-test average score of the intervention group was 27.8±16.05; the post-test average score was found as 20.6±5.85 (p<0.05). Moreover, CAT pre-test average score of the control group was found as 21.2±8.8 and the post-test average score was 18.4±8.4 (p<0.05). While that there have been determined a sharp decrease in CAT average scores of the CAT question 1 (Cough) and the CAT questions 3-8 (Dyspnea) symptoms of the patients in the intervention group after the patient coaching approach, it has been stated that the CAT question 1 (Sputum) average scores of them have diminished slightly. When it comes to the patient in the control group, whereas there have been found a conspicuous decrease in the CAT average scores of the CAT question 1 (Cough) symptom of the patient after the patient coaching approach, it has been identified that the CAT question 2 (Sputum) and the CAT question 3-8 (Dyspnea) average scores of the patients have diminished slightly. The difference between the total CAT pre-test and post-test scores of the patients were statistically significant among the two groups. To sum up, the patient coaching approach is found as an effective method to control the symptoms of the patients who have COPD and it has been suggested that the patient coaching approach should be administered for the symptom control of the COPD patients.

Key Words: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Patient Coaching, Nursing

¹Ars. Gör., Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

²Yrd. Doç. Dr. Sevinç KUTLUTÛRKAN, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

³Hemşire Nurhayat ÇETİN, Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Gazi Hastanesi

⁴Prof. Dr. Nurdan KÖKTÛRK, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

İletişim/ Corresponding Author: Derya TÛLÛCE
e-posta: drytlc_87@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received : 02.08.2015
Kabul Tarihi / Accepted: 15.04.2016

GİRİŞ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), hava yollarındaki ilerleyici tıkanma ve anormal inflamatuvar yanıt ile ilişkili olarak gelişen dispne, öksürük ve balgam ile karakterize bir akciğer hastalığıdır (1,2). KOAH tüm dünyada önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Günümüzde 3. ölüm nedeni olan KOAH aynı zamanda sağlık harcamaları ve sakatlık bakımından da önemli bir toplumsal yük teşkil eder (2,3).

KOAH semptomları olan dispne, öksürük ve balgam, hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkiler (4,5,6,7,8,9). Yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde etkili ve doğru bir semptom yönetimi önemli bir unsurdur. Son yıllarda hasta koçluğu yaklaşımı ile etkili semptom yönetimi sağlanmaktadır.

Hasta koçluğu; etkili hasta eğitimi ile hastaların öz bakımlarını destekleyerek yaşam tarzı değişikliğinin sağlanmasıdır (10,11,12). Hasta koçluğu, zayıf kontrollü diabetes mellitus, onkoloji hastalarında ağrı yönetimi, obezitesi olan bireylerde kilo kaybı, hipertansiyon ve hiperlipidemi üzerinde etkilidir (13,14,15,16,17). KOAH'da en çok görülen semptomlardan dispne, öksürük ve balgam semptomlarının yönetiminde hasta eğitimi ve danışmanlığı etkili ve doğru yöntem olarak gösterilmektedir (18,19).

Dispne, KOAH'lı bireylerde sık karşılaşılan ve şiddeti bireysel klinik özelliklere göre değişkenlik gösteren bir semptomdur (20,21). Kulich ve ark çalışmasında KOAH tanılı bireylerde dispne görülme oranı %50'den daha fazladır (22). Miravittles ve ark çalışmasında, hastaların %60'ından fazlası, son bir hafta içinde her 24 saat boyunca en az bir ve birden fazla KOAH semptomu örneğin; dispne, öksürük ya da balgam yaşadığını, semptomların sabahları ve gün içinde geceye göre daha şiddetli yaşandığı belirtilmiştir. Hastaların dispne yaşama oranı %58.9 olarak belirlenmiştir (23).

Dispne semptomu, görülme oranı ve şiddeti ile ilişkili olarak, bireyin günlük

yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilemekte ve yaşam kalitelerini düşürmektedir. Squassoni ve ark.nın yaptıkları çalışmada KOAH olan bireylerde dispne ve yorgunluk, egzersiz toleransının ve fonksiyonel kapasiteyi azaltmaktadır (24). Dispne şiddetinin azalmasında ve yaşam kalitesinin artmasında hasta koçluğu yaklaşımı önemli bir yer tutmaktadır. Tabak ve ark çalışmasında KOAH hastalarının etkili öz yönetim becerileri dispne şiddetinin ve akciğer kapasitesini olumlu yönde etkilemektedir (18). Zwerink ve ark 29 çalışmanın incelendiği bir derlemede belirtildiği üzere öz yönetimin yaşam kalitesi arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmakta ve maliyet açısından iyi bir öz yönetim hastane yatışlarını azaltmaktadır (19). Shingai ve ark çalışmasında etkili ve tam bir semptom yönetimi hastalık ataklarını, hastaneye yatışı ve ölümleri azaltmada etkili olmuştur (20).

Öksürük ve balgam genellikle KOAH alevlenmesinde artış gösteren önemli semptomlardandır (25,26). Genel yetişkin popülasyonda hiç sigara içmeyenlerde %4 sigara içen yaşlı KOAH'lı bireylerde %50 oranında görülür (26). Öksürük, KOAH popülasyonunda erkeklerde %15-44, kadınlarda %6-17 oranında görülür (27). Burgel'in çalışmasında öksürük ve balgam üretimi, artmış hava yolu inflamasyonu ve hava yolu inflamasyonunu tetikleyen durumlar (sigara içme, KOAH alevlenme) ile ilişkilidir ve prevalansı %64'dür (28) Burgel ve ark çalışmasında alevlenme görülen hastalarda öksürük ve balgam %74.1'dir (29) Bir KOAH kohortunda; öksürük, balgam, wheezing ve dispne tüm ölüm nedenleri ile ilişkili bulunmuştur (30). Öksürük ve balgam, KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesini negatif yönde etkilemekte ve medikal tedavilerde artışa, hastaneye yatışlara ve erken ölümlere neden olmaktadır (26,27,31). Hasta koçluğu yaklaşımı öksürük ve balgam semptomlarının şiddetini azaltmaktadır. Yapılan çalışmalar KOAH'lı bireylerde öz yönetimin semptomları azalttığı bildirilmektedir (32,33). Warwick ve ark çalışmasında KOAH'lı bireylerde öz yönetim

ve semptom izlemi arasında pozitif sonuçlara ulaşılmış ve hastalarda davranış değişikliği gerçekleşmesinde sağlık personelinin önemi vurgulanmıştır (34).

Hasta koçluğu, hastaların iyilik düzeylerini arttırmak ve sağlıkla ilgili hedeflerine ulaşmasını kolaylaştırmak için koçluk kapsamında eğitim ve sağlığı geliştirme uygulamasıdır (35). KOAH'lı bireylerde hasta koçluğu uygulaması semptom kontrolü üzerinde semptomlara uyum sağlamayı kolaylaştırma, şiddetini azaltma, özyönetimi sağlama vb. etkilere sahiptir. Hasta koçluğu uygulaması ile semptom kontrolü sağlanmasının hasta bakım kalitesini artıracakı düşünülmektedir. Ülkemizde hasta koçluğu ile semptom kontrolü arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sınırlı sayıda olması nedeniyle, bu araştırma hasta koçluğunun KOAH tanısı ile izlenen hastaların dispne, öksürük ve balgam semptomlarının şiddeti üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Tanımlayıcı ve yarı deneysel olan çalışma, Mart- Mayıs 2015 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği'nde 10 hasta ile pilot uygulama olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; KOAH tanısı almak, 18 yaş ve üzerinde olmak, sağlıklı iletişim kurulabilmesi, işitme ve/veya konuşma problemi olmaması, okuma-yazma bilmesi, araştırmaya katılmaya gönüllülüktür.

Veri Toplama Araçları

Hasta Bilgi Formu ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) değerlendirme testi kullanılmıştır.

Hasta Bilgi Formu: Bu form yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, sosyoekonomik durum, KOAH tanı süresi, KOAH ağırlığı, eşlik eden kronik hastalıklar, son 6 ayda hastaneye yatma ya da acile başvurma durumu, nefes darlığı, öksürük ve balgam semptomlarını içeren 20 sorudan oluşur.

KOAH Değerlendirme Testi (CAT): Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)'ın etkilerini ve sağlık durumundaki bozulmayı ölçen sekiz maddelik kısa ve pratik bir testtir. Bu test öksürük, balgam, nefes darlığı, yorgunluk semptomları ve evden ayrılma gibi durumları değerlendirerek hastalık şiddetini ortaya koyar. CAT değerlendirme test skoru; 0-10 ise düşük etkili, 11-20 ise orta etkili, 21-30 ise yüksek etkili, 31-40 ise çok yüksek etkili olarak değerlendirilir.

Araştırmanın Uygulanması

16 Mart- 3 Nisan 2015 tarihleri arasında göğüs hastalıkları kliniğine, KOAH alevlenme tanısı ile yatan hastalar yaşa ve cinsiyete göre randomizasyon yöntemi ile müdahale ve kontrol grubuna ayrıldı.

Müdahale grubu

Müdahale grubundaki hastalar ile üç gün ara üç görüşme yapıldı.

İlk görüşme: Araştırmaya ilişkin Helsinki deklarasyonu prensiplerine uygun olarak açıklama yapıldıktan sonra hasta bilgi formu ve KOAH değerlendirme testi uygulandı. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar ile eğitim uygulamasının gerçekleştirileceği gün, saat ve ortama ilişkin sözel/yazılı bilgilendirme yapıldı. İlk görüşme hastaların alevlenme semptomlarının nispeten kontrol altına alındığı yatışın 3. günü yapıldı.

İkinci görüşme (İlk görüşmeden üç gün sonrası): Hastalara dispne, öksürük ve balgam semptomlarını azaltmaya yönelik sigara bırakma eğitimi, düzenli solunum-öksürük egzersizleri yapma, düzenli fiziksel aktivite yapma, doğru beslenme, doğru ilaç kullanmalarını içeren görsel (yazılı eğitim materyali) / işitsel eğitim materyali kullanılarak eğitim uygulaması gerçekleştirildi.

Üç semptomun yönetiminde etkili egzersiz uygulamalarından biri olan solunum öksürük egzersizleri demonstrasyon yöntemi ile gösterildi. Bir sonraki aşamada, solunum öksürük egzersizleri hasta tarafından uygulamasının gerçekleştirilmesi sağlandı.

Hastaya uygulama sürecinde eksik ya da yanlış uygulamasına ilişkin sözel geri bildirimler verildi. Hasta doğru uygulamayı gerçekleştirinceye kadar işlem tekrarı sağlandı. Bu uygulamanın değerlendirilmesi solunum öksürük egzersizlerine ilişkin bir checklist aracılığıyla gerçekleştirilmiştir.

Öncelikle hastaların inhaleri nasıl kullandıkları sorgulandıktan sonra inhaler kullanımı anlatıldı. Verilen eğitimden sonra hastaların semptomlarını kontrol altına almak ve atakları önlemek amacıyla kullandıkları inhaler ilaçları doğru kullanıp kullanmadıklarını değerlendirmek amacıyla inhaler kullanımını değerlendirme formu kullanıldı.

Üçüncü görüşme (İkinci görüşmeden üç gün sonrası) Hastaların solunum egzersiz uygulaması diyafragmatik solunum egzersizi, büyük dudak solunumu (pursed lip), segmental solunum egzersizi, kontrollü öksürük manevrası uygulamalarını doğru yapabilme durumları solunum öksürük egzersiz checklist, doğru inhaler kullanm yetenekleri inhaler kullanımını değerlendirme formu ve “KOAHA değerlendirme testi” ile tekrar değerlendirme işlemi gerçekleştirildi. Bu görüşme ile hastalarda hasta koçluğu uygulaması kapsamında yer alan eğitimin erken sonuçları değerlendirilmesi yapıldı.

Kontrol grubu

Kontrol grubundaki hastalarla iki görüşme yapıldı.

İlk görüşmede: Araştırmaya ilişkin Helsinki deklerasyonu prensiplerine uygun olarak açıklama yapıldıktan sonra hasta bilgi formu ve KOAHA değerlendirme testi uygulandı. Hastalar ile ikinci görüşmenin yapılacağı gün, saat ve ortama ilişkin sözel/yazılı bilgilendirme yapıldı.

İkinci görüşme: İlk görüşmeden bir hafta sonra yapıldı. Hastalara tekrar hasta bilgi formu uygulandı.

Data analysis

Verilerin analizi bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social

Sciences) 18 paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistik olarak sayı ve %'lik kullanılmıştır. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAHA) Değerlendirme Testi puan ortalamaları alınmıştır. Puan ortalamalarının normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Kolmogorov Smirnov testi uygulanmış ve ölçeğin normal dağılım göstermediği bulunmuştur. Parametrik koşulların sağlanmaması nedeniyle iki grubun karşılaştırılması amacıyla Mann-Whitney U testi (cinsiyet, medeni durum, başka kronik hastalık varlığı, son 6 ayda hastaneye yatma durumu, son 6 ayda acil servise başvurma durumu, öksürük ve balgam semptomlarının görülme durumları ve nefes darlığını arttıran durumlar), üç ve daha fazla grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi (eğitim düzeyi, meslek, sosyo-ekonomik durum, sigara kullanım durumu) ve wilcoxon testi (CAT pretest/posttest arasındaki ilişki) kullanılmıştır. Bütün istatistiksel analizlerde önemlilik seviyesi olarak $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir (36).

Araştırmanın Etik Boyutu

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Başhekimliğinden ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tanısı ile takip edilen hastalardan sözel/yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

BULGULAR

Demografik ve klinik özellikler

KOAHA tedavisi alan 10 hastanın (müdahale ve kontrol grubu) demografik ve klinik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 1'de gösterilmiştir. Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastalar yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyoekonomik durum ve sigara kullanımı açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$) (Tablo 1).

Tablo 1. Sosyodemografik Özellikler

| Özellikler | Müdahale (n=5) | Kontrol (n=5) | p değeri |
|------------------------|-------------------|----------------------|----------|
| Yaş | 64±8.3 (55-73) | 61,6± 2.5 (55-68) | 0.527 |
| Cinsiyet | | | |
| Kadın | 1 (%20) | 1 (%20) | 1.000 |
| Erkek | 4 (%80) | 4 (%80) | |
| Medeni durum | | | |
| Evli | 5 (%100) | 5 (%100) | 1.000 |
| Eğitim düzeyi | | | |
| Okur yazar | 1 (%20) | 0 | |
| İlkokul | 2 (%40) | 0 | |
| Ortaokul | 1 (%20) | 4 (%80) | 0.813 |
| Lise | 1 (%20) | 1 (%20) | |
| Meslek | | | |
| Emekli | 3 (%60) | 1 (%20) | |
| Serbest meslek | 1 (%20) | 3 (%60) | 0.513 |
| Ev hanım | 1 (%20) | 1 (%20) | |
| Sosyoekonomik durum | | | |
| İyi | 1 (%20) | 2 (%40) | 0.513 |
| Orta | 4 (%80) | 3 (%60) | |
| Sigara kullanma durumu | | | |
| Hayır | 1 (%20) | 1 (%20) | 1.000 |
| Bıraktım | 4 (%80) | 4 (%80) | |

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların hastalıkları ve semptomlar ile ilgili özelliklere ilişkin bilgiler Tablo 2'de gösterilmiştir. Araştırmada müdahale ve kontrol gruplarındaki hastalar acil servise başvuru sıklığı açısından karşılaştırıldığına, gruplar arasında anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastalar KOAH tanısı alma zamanı, hastalığı dışında bir kronik hastalığa sahip olma durumu, hastalıkları nedeniyle altı ayda hastanede yatma, atak ile son altı ayda hastanede yattığı gün ortalaması ve ortalama acil servise başvuru sayısı açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Hastalık ve Semptomlara İlişkin Özellikler

| Özellikler | Müdahale (n=5) | Kontrol (n=5) | p değeri |
|--|----------------------|--------------------|----------------|
| KOAH tanısı alma zamanı | 14,4± 11.3 (2-30) | 4,6± 2.7 (0-15) | 0.092 |
| <u>KOAH dışında kronik hastalık olma durumu*</u> | | | |
| Evet | 4 (%80) | 4 (%80) | 1.000 |
| Hayır | 1 (%20) | 1 (%20) | |
| <u>Atak ile son 6 ay içinde hastaneye yatma durumu</u> | | | |
| Evet | 5 (%100) | 4 (%80) | 0.317 |
| Hayır | 0 | 1 (%20) | |
| <u>Atak ile son 6 ay içinde hastanede yattığı gün ortalaması</u> | 26.8±17.6 | 15±6.7 | 0.173 |
| <u>Atak geçirme sıklığı</u> | | | |
| Evet | 5 (%100) | 2 (%40) | 0.05** |
| Hayır | 0 | 3 (%60) | |
| Ortalama atak geçirme sayısı | 2.4±0.8 | 0.8±0.5 | 0.063 |
| <u>Öksürük</u> | | | |
| Sabahları | 5 (%100) | 3 (%60) | 0.314 |
| Gün içerisinde | 4 (%80) | 5 (%100) | 0.137 |
| 3 aydan daha uzun | 5 (%100) | 5 (%100) | 1.000 |
| 2 yıldan daha fazla | 4 (%80) | 0 | 0.014** |
| Ortalama öksürük semptomu yaşama yılı | 10.4 | 0 | 0.019** |
| <u>Balgam</u> | | | |
| Sabahları | 5 (%100) | 2 (%40) | 0.05** |
| Gün içerisinde | 4 (%80) | 3 (%60) | 0.513 |
| 3 aydan daha uzun | 5 (%100) | 2 (%40) | 0.05** |
| 2 yıldan daha fazla | 4 (%80) | 1 (%20) | 0.72 |
| Ortalama balgam semptomu yaşama yılı | 10.4 | 0.8 | 0.074 |
| <u>Nefes darlığı artıran durumlar</u> | | | |
| Eforla | 3 (%60) | 1 (%20) | 0.513 |
| Soğuk havada | 5 (%100) | 2 (%40) | 0.05** |
| Sisli dumanlı havada | 3 (%60) | 4 (%80) | 0.513 |
| Stresle | 1 (%20) | 0 | 0.317 |
| Sigara dumanı olan yerlerde | 4 (%80) | 3 (%60) | 0.513 |
| Düz yolda yürürken | 4 (%80) | 2 (%40) | 0.221 |
| Merdiven çıkarken | 5 (%100) | 3 (%60) | 0.134 |
| Çiçek polenleriyle | 2 (%40) | 2 (%40) | 1.000 |
| Parfüm-deterjan kokusu ile | 3 (%60) | 3 (%60) | 1.000 |

*Hipertansiyon, Diabetes Mellitus, Kronik Böbrek Yetersizliği
** $p<0.05$

Hastaların öksürük, balgam ve nefes darlığı gibi hastalık semptomları ayrı ayrı verilmiştir (Tablo 2).

Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların sabahları, günün diğer zamanları, yılda toplam üç aydan daha uzun süre ve iki yıldan daha uzun süredir öksürük semptomu yaşama ile ortalama öksürük semptomu yaşama yılı açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında iki yıldan daha uzun süredir öksürük semptomu yaşama durumu, ortalama öksürük semptomu yaşama yılı açısından

istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$).

Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların sabahları öksürükle beraber, günün diğer zamanları, yılda toplam üç aydan daha uzun süre ve iki yıldan daha uzun süredir balgam semptomu yaşama ile ortalama balgam görülme yılı açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında balgam semptomunun sabahları öksürükle beraber ve yılda toplam üç aydan daha uzun süre görülmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$).

Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların nefes darlığını arttıran efor, soğuk hava, sisli-dumanlı hava, stres, sigara dumanı olan yerler, düz yolda yürürken, merdiven çıkarken- tempolu yürürken, çiçek polenleri, parfüm-deterjan kokusu gibi durumlar açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında soğuk havada görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$).

Hastaların CAT pretest ve posttest değerleri; müdahale grubundaki hastaların pretest puan ortalaması 27.8 ± 16.05 ve posttest puan ortalaması 20.6 ± 5.85 'dir ($p<0.05$). Kontrol grubundaki hastaların pretest puan ortalaması 21.2 ± 8.8 ve posttest puan ortalaması 18.4 ± 8.4 'dür ($p<0.05$).

Müdahale grubundaki hastaların CAT pretest ve posttest puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Kontrol grubundaki hastaların CAT pretest ve posttest puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$).

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların CAT pretest ve posttest puanları incelendiğinde, puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 3).

Tablo 3. CAT Pretest/Posttest ortalamaları

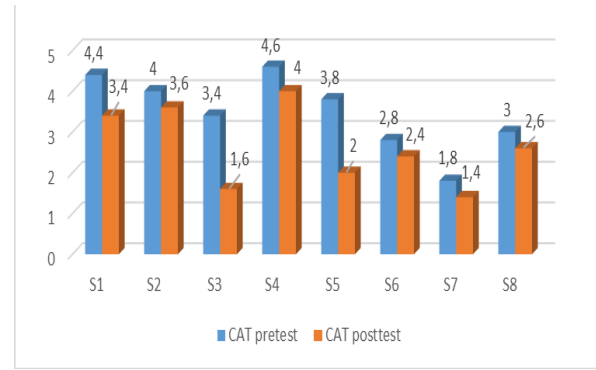
| Özellikler | Müdahale (n=5) | Kontrol (n=5) | p değeri ^a |
|-----------------------------|----------------|----------------|-----------------------|
| CAT – Pretest | 27.8±16.05 | 21.2±8.8 | 0.113 |
| CAT – Posttest | 20.6±5.85 | 18.4±8.4 | 0.675 |
| p değeri^b | 0.043** | 0.039** | |

a: Müdahale ve kontrol grubu arasındaki değer

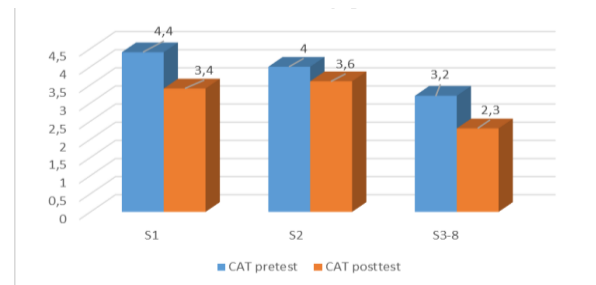
b: Gruplar arasındaki pretest/posttest arasındaki değer

Müdahale grubundaki hastaların semptomların değerlendirilmesinde etkili olan CAT sorularının pretest ve posttest puanları ortalamaları ayrı ayrı verilmiştir (Şekil 1). Müdahale grubundaki hastaların dispne, öksürük ve balgam semptomlarının gruplandırılmasına göre CAT pretest ve posttest puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı değerlendirme testi (CAT) birinci soru öksürük, ikinci soru balgam ve üçüncü soru ile sekizinci soru arasındaki sorular dispne semptomlarını tanımlamaktadır (Şekil 2). Pretest ve posttest puan ortalamalarında azalma olmasına rağmen aralarında istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0.05$).

Şekil 1: Müdahale grubundaki hastaların CAT sorularının pretest ve posttest puan ortalamaları



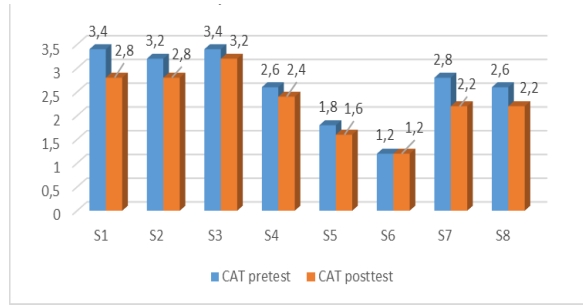
Şekil 2: Müdahale grubundaki hastaların Öksürük (CAT Soru 1), Balgam (CAT Soru 2) ve Dispne (CAT Soru 3-8) semptomlarına göre CAT pretest ve posttest puan ortalamaları



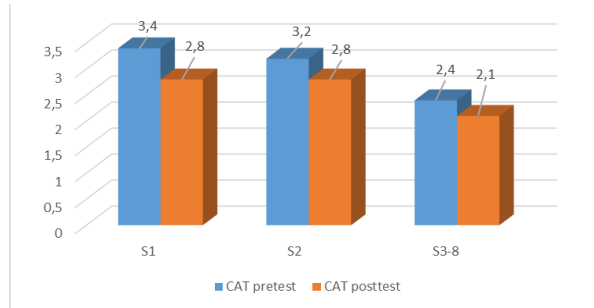
Kontrol grubundaki hastaların semptomların değerlendirilmesinde etkili olan CAT sorularının pretest ve posttest puanları ortalamaları ayrı ayrı verilmiştir (Şekil 3). Kontrol grubundaki hastaların dispne, öksürük ve balgam semptomlarına göre CAT pretest ve posttest puan ortalamaları değerlendirilmiştir (Şekil 4). Pretest ve posttest puan ortalamalarında

azalma olmasına rağmen aralarında istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0.05$).

Şekil 3: Kontrol grubundaki hastaların CAT sorularının pretest ve posttest puan ortalamaları



Şekil 4: Kontrol grubundaki hastaların Öksürük (CAT Soru 1), Balgam (CAT Soru 2) ve Dispne (CAT Soru 3-8) semptomlarına göre CAT pretest ve posttest puan ortalamaları



TARTIŞMA

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylerin dispne, öksürük ve balgam semptomlarının şiddetini azaltmaya yönelik hasta koçluğu yaklaşımı uygulanmıştır (37,38). Hasta koçluk uygulaması ile ilgili olarak daha önce KOAH, tip iki diyabet tanılı hastalarda, hipertansiyonda, kardiyak hastalıklarda çalışmalar yapılmıştır (13,39,40). Hastalık semptomları, tedavisi, fiziksel ve sosyal etkileşimleri ve yaşam tarzı değişiklikleri hastanın hastalık yönetimini sağlamasında önemli faktörlerdir (41,42). Yapılan çalışmalar hastanede hastalarla yüz yüze yapılan hasta koçluğunun hastalık semptomları azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (43,44). Hastalık yönetimi ve davranış değişikliği, farmakolojik uygulamalar ile birlikte yürütüldüğünde etkinliği artmaktadır (45).

Bu çalışmada müdahale ve kontrol gruplarının CAT pretest-posttest değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

azalma vardır. Ancak her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı değerlendirme testini dispne, öksürük ve balgam semptomlarına göre kategorize ettiğimizde, hasta koçluğu yaklaşımı her iki grubun puan ortalamalarını azaltmıştır.

Dispne hafiften şiddetliye doğru değişerek hastaların günlük yaşam aktivitelerini etkileyen bir semptomdur. Soğuk, nemli ve bulutlu hava KOAH'lı hastalarda dispne semptomunun şiddetini arttıran faktörlerdendir (46). Bu çalışmada soğuk havalar ile dispne görülme sıklığı arasında anlamlı farklılık olduğu, soğuk havaların dispne görülme sıklığını arttırdığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada uygulanan hasta koçluğu yaklaşımı dispne semptomunun şiddeti üzerine etkili olmuştur. Yapılan çalışmalarda hasta koçluğu yaklaşımı içerisinde verilen eğitim ile dispne semptomu şiddetinde azalma görülmüştür (4,5,46,47). Sidhu ve ark. çalışmasında hastalık yönetiminin semptomları azalttığı saptanmıştır (13). Nguyen ve ark çalışmasında hasta koçluğu, dispne semptom puanını azaltmış ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (48).

Öksürük ve balgam üretimi, sıklıkla bakteriyel enfeksiyonlar, artmış hava yolu inflamasyonu ve hava yolu inflamasyonunu tetikleyen durumlar (sigara içme, KOAH alevlenme) ile ilişkilidir (26,27,28). Bu çalışmada, müdahale ve kontrol grupları arasında iki yıldan daha uzun süredir öksürük semptomu yaşama durumu, ortalama öksürük semptomu yaşama yılı, sabahları öksürükle beraber balgam semptomu yaşama, yılda toplam üç aydan daha uzun süre balgam semptomu görülmesi arasında anlamlı fark vardır. Bu çalışmada hasta koçluğu yaklaşımı öksürük ve balgam semptomları üzerine de etkilidir. Tel'in çalışmasında, hastalar öksürük ve dispneyi şiddetli yaşarken, balgam semptomlarını ise daha hafif yaşamaktadır (49). Yapılan çalışmalara göre öz yönetim uygulamaları ile KOAH'lı hastaların semptom şiddetleri azalmıştır (50,51). Liddy ve ark sağlık koçluğu uygulamasının hastalığın etkileri üzerine

pozitif anlamlı olduğu bulunmuştur (52). Hasta koçluğu hasta sonuçlarına ve hastalık yönetimi üzerine olumlu sonuçlar vermektedir (35).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, hasta koçluğu yaklaşımı ile müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların semptomlarındaki değişim açısından bakıldığında:

Müdahale grubundaki hastaların hasta koçluğu uygulaması sonrası CAT Soru 1 (öksürük), CAT Soru 3-8 (Dispne) semptomlarına ilişkin CAT puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı olmamakla birlikte belirgin oranda düşme saptanırken CAT Soru 2 (balgam) de çok daha az oranda düşme saptanmıştır. Hastaların toplam CAT pretest ve posttest puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır.

Kontrol grubundaki hastaların hasta koçluğu uygulaması sonrası CAT Soru 1 (öksürük) semptomuna ilişkin KOAH değerlendirme testi puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı olmamakla birlikte belirgin oranda düşme saptanırken CAT Soru 3-8 (Dispne) ve CAT Soru 2 (Balgam) de çok daha az oranda düşme saptanmıştır. Hastaların toplam CAT pretest ve posttest puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır.

Hasta koçluğu yaklaşımı KOAH hastalarında, özellikle öksürük ve dispne semptomlarının kontrolünde etkili bir uygulamadır.

Öneriler

Bu çalışmada, KOAH ile takip edilen hastaların yaşadıkları dispne, öksürük ve balgam semptomlarının şiddetinin azaltılmasına yönelik hasta koçluğu uygulamasından elde edilen bulguların desteklenmesi açısından;

Tanı alma zamanı ve hastalık evresi, atak geçirme sıklığı, son bir yılda hastaneye yatma sıklığı, hastanede aldığı tedavilere göre randomizasyon sağlanması,

Çalışma kapsamına farklı merkezlerden hasta katılımının sağlanarak örneklem büyüklüğünün genişletilmesi,

Hasta koçluğu yönteminin balgam semptomu üzerine etkisini arttıracak uygulamalara daha fazla yer verilmesi,

Hastaların yaşadıkları semptomların değişiminin izlenmesi açısından hastanede ve evde semptom değerlendirilmelerinin yapılması önerilir.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma Kronik obstrüktif akciğer hastalığına sahip, semptomlarının şiddetlenmesi üzerine hastaneye yatan ve yaş, cinsiyet açısından randomizasyonu yapılan 10 hasta ile gerçekleştirilen bir pilot çalışmadır.

KAYNAKÇA

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for The Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Updated 2015). Chapter 1: Definition and overview. p:2
2. Türk Toraks Derneği, KOAH Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu 2010 (www.toraks.org.tr, 2015)
3. World Health Organization [WHO], (2012). Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/index.html>, 2015
4. Park SK, Larson JR. Symptom Cluster, Healthcare Use and Mortality in Patients with Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease. J Clin Nurs. 2014 September;23(0): 2658–2671. doi:10.1111/jocn.12526.
5. Scano G, Gigliotti F, Stendardi L, Gagliardi E. Dyspnea and Emotional States in Health and Disease. Respir Med. 2013 May;107(5):649-55. doi: 10.1016/j.rmed.2012.12.018.
6. Ståhl E, Lindberg A, Jansson SA, Rönmark E, Svensson K, Andersson F, et al. Health-Related Quality of Life is Related to COPD Disease Severity. Health Qual Life Outcomes. 2005 Sep 9;3:56.
7. Ng TP, Niti M, Tan WC, Cao Z, Ong KC, Eng P. Depressive Symptoms and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Effect on Mortality, Hospital Readmission, Symptom Burden, Functional Status, and Quality of Life. Arch Intern Med. 2007;167(1):60-67. doi:10.1001/archinte.167.1.60
8. Cleland JA, Lee AJ, Hall S. Associations of Depression and Anxiety with Gender, Age, Health Related Quality of Life and Symptoms in Primary Care COPD Patients. Family Practice 2007; 24: 217–223
9. Donesky D, Nguyen HQ, Paul SM, Carrieri-Kohlman V. The Affective Dimension of Dyspnea Improves in a Dyspnea Self-Management Program With Exercise Training. J PainSymptomManage2014;47:757e771.
10. Kivelä K, Elo S, Kyngäs H, Kääriäinen M. The Effects of Health Coaching on Adult Patients with Chronic Diseases: A Systematic Review. Patient Educ Couns. 2014 Nov;97(2):147-57. doi: 10.1016/j.pec.2014.07.026.
11. Dwingler S, Dirmaier J, Herbarth L, König HH, Eckardt M, Kriston L, et al. Telephone-Based Health Coaching for Chronically Ill Patients: Study Protocol for A Randomized Controlled Trial. Trials. 2013 Oct 17;14:337. doi: 10.1186/1745-6215-14-337.
12. Bourbeau J, Bartlett SJ. Patient Adherence in COPD. Thorax. 2008;63(9):831–838

13. Sidhu MS, Daley A, Jordan R, Coventry PA, Heneghan C, Jowett S, et al. Patient Self-Management in Primary Care Patients with Mild COPD - Protocol of A Randomised Controlled Trial of Telephone Health Coaching. *BMC PulmMed*. 2015 Feb 22;15:16. doi: 10.1186/s12890-015-0011-5.
14. Thom DH, Ghorob A, Hessler D, De VD, Chen E, Bodenheimer TA. Impact of Peer Health Coaching on Glycemic Control in Low-Income Patients with Diabetes: A Randomized Controlled Trial. *Ann Fam Med*. 2013;11:137-44. doi: 10.1370/afm.1443.
15. Thomas ML, Elliott JE, Rao SM, Fahey KF, Paul SM, Miaskowski C. A Randomized, Clinical Trial of Education or Motivational-Interviewing-Based Coaching Compared to Usual Care to Improve Cancer Pain Management. *Oncol Nurs Forum*. 2012;39:39-49. doi: 10.1188/12.ONF.39-49.
16. O'Hara BJ, Phongsavan P, Venugopal K, Eakin EG, Eggins D, Cation H, et al. Effectiveness of Australia's Get Healthy Information and Coaching Service(R): Translational Research with Population Wide Impact. *PrevMed*. 2012;55:292-8. doi: 10.1016/j.ypmed.2012.07.022.
17. Willard-Grace R, DeVore D, Chen EH, Hessler D, Bodenheimer T, Thom DH. The Effectiveness of Medical Assistant Health Coaching for Low-Income Patients with Uncontrolled Diabetes, Hypertension, and Hyperlipidemia: Protocol for A Randomized Controlled Trial and Baseline Characteristics of The Study Population. *BMC Fam Pract*. 2013;14:27. doi: 10.1186/1471-2296-14-27.
18. Tabak M, Brusse-Keizer M, van der Valk P, Hermens H, Vollenbroek-Hutten M. A Telehealth Program for Self-Management of COPD Exacerbations and Promotion of An Active Lifestyle: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2014 Sep 9;9:935-44. doi: 10.2147/COPD.S60179.
19. Zwerink M, Brusse-Keizer M, van der Valk PD, Zielhuis GA, Monninkhof EM, van der Palen J, et al. Self Management for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Cochrane Database SystRev*. 2014 Mar 19;3:CD002990. doi: 10.1002/14651858.CD002990.pub3.
20. Shingai K, Kanezaki M, Senjyu H. Distractive Auditory Stimuli Alleviate the Perception of Dyspnea Induced by Low-Intensity Exercise in Elderly Subjects With COPD. *Respir Care* 2015;60(5):689-694. DOI: 10.4187/respcare.03533
21. Borges-Santos E, Wadaa JT, Marques da Silva C, Silvae RA, Stelmach R, Carvalhoa CR et al. Anxiety and Depression are Related to Dyspnea and Clinical Control but not with Thoracoabdominal Mechanics in Patients With COPD *Respiratory Physiology&Neurobiology* 210 (2015) 1-6. doi:10.1016/j.resp.2015.01.011
22. Kulich K, Keininger DL, Tiplady B, Banerji D. Symptoms and Impact of COPD Assessed By An Electronic Diary in Patients with Moderate-to-Severe COPD: Psychometric Results From The SHINE Study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2015 Jan 7;10:79-94. doi: 10.2147/COPD.S73092
23. Miravittles M, Worth H, SolerCataluña JJ, Price D, De Benedetto F, Roche N, et al. Observational Study to Characterise 24-Hour COPD Symptoms and Their Relationship with Patient-Reported Outcomes: Results From The ASSESS Study. *Respir Res*. 2014 Oct 21;15(1):122. doi: 10.1186/s12931-014-0122-1.
24. Squassoni SD, Machado NC, Lapa MS, Cordoni PK, Bortolassi LC, Oliveira JN, et al. Comparison Between The 6-Minute Walk Tests Performed in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Different Altitudes. *Einstein (Sao Paulo)*. 2014 Oct-Dec;12(4):447-51. doi: 10.1590/S1679-45082014AO3139.
25. Terada K, Muro S, Ohara T, Haruna A, Marumo S, Kudo M, et al. Cough-Reflex Sensitivity to Inhaled Capsaicin in COPD Associated with Increased Exacerbation Frequency. *Respirology* (2009) 14, 1151-1155 doi: 10.1111/j.1440-1843.2009.01620.x
26. Miravittles M. Cough and Sputum Production As Risk Factors for Poor Outcomes in Patients with COPD *Respiratory Medicine* 2011, 105, 1118-1128. doi:10.1016/j.rmed.2011.02.003
27. Berkhof FF, Boom LN, Hertog NE, Uil SM, Kerstjens HAM, van den Berg JWK. The Validity and Precision of The Leicester Cough Questionnaire in COPD Patients with Chronic Cough. *Health Qual Life Outcomes* 2012 Jan 9;10:4. doi: 10.1186/1477-7525-10-4.
28. Burchell PR. Cough and Sputum Production in COPD Patients: Clinical Phenotype or Markers of Disease Activity? *Int J ClinPract*, December 2013, 67, 12, 1213-1219
29. Burchell PR, Nesme-Meyer P, Chanez P, Caillaud D, Carre P, Perez T, et al. Cough and Sputum Production are Associated with Frequent Exacerbations and Hospitalizations in COPD Subjects *Chest*. 2009;135(4):975-982. Doi: 10.1378/chest.08-2062.
30. Putcha N, Drummond MB, Connett JE, Scanlon PD, Tashkin DP, Hansel NN, et al. Chronic Productive Cough is Associated with Death in Smokers with Early COPD. *COPD*, 11:451-458, 2014. DOI: 10.3109/15412555.2013.837870
31. Pelkonen M, Notkola IL, Nissinen A, Tukiainen H, Koskela H. Thirty-Year Cumulative Incidence of Chronic Bronchitis and COPD in Relation to 30-Year Pulmonary Function and 40-Year Mortality: A Follow-Up in Middle-Aged Rural Men. *Chest*. 2006 Oct;130(4):1129-37.
32. Walters J. COPD - Diagnosis, Management and the Role of The GP. *AustFamPhysician*. 2010 Mar;39(3):100-3.
33. Stenekes SJ, Hughes A, Grégoire MC, Frager G, Robinson WM, McGrath PJ. Frequency and Self-Management of Pain, Dyspnea, and Cough in Cystic Fibrosis. *J Pain Symptomange*. 2009 Dec;38(6):837-48. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.04.029.
34. Warwick M, Gallagher R, Chenoweth L, Stein-Parbury J. Self-Management and Symptom Monitor Ingamong Older Adults with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Adv Nurs*. 2010 Apr;66(4):784-93. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05238.x.
35. Huffman M. Health Coaching: A New and Exciting Technique to Enhance Patient Self-Management and Improve Outcomes. *Home Healthc Nurse*. 2007 Apr;25(4):271-4. quiz 275-6.
36. Hayran M, Hayran M. Sağlık Araştırmaları için Temel İstatistik. Omega Araştırma, Ankara, 2011
37. Lari SM, Attaran D, Tohid iM. Improving Communication Between The Physician and The COPD Patient: An Evaluation of The Utility of The COPD Assessment Test in Primary Care. *Patient Relat Outcome Meas*. 2014 Nov 10;5:145-52. doi: 10.2147/PROM.S54484.
38. Landis SH, Muellerova H, Mannino DM, Menezes AM, Han MK, van der Molen T, et al. Continuing to Confront COPD International Patient Survey: Methods, Copd Prevalence, and disease burden in 2012-2013. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2014 Jun 6;9:597-611. doi: 10.2147/COPD.S61854.
39. Eakin EG, Winkler EA, Dunstan DW, Healy GN, Owen N, Marshall AM, et al. Living Well with Diabetes: 24-Month Outcomes from A Randomized Trial of Telephone-Delivered Weight Loss and Physical Activity Intervention to Improve Glycemic Control. *Diabetes Care*. 2014 Aug;37(8):2177-85. doi: 10.2337/dc13-2427.
40. Vale MJ, Jelinek MV, Best JD, Dart AM, Grigg LE, Hare DL, et al. Coaching Patients on Achieving Cardiovascular Health (COACH): A Multicenter Randomized Trial in Patients with Coronary Heart Disease. *Arch Intern Med*. 2003 Dec 8-22;163(22):2775-83.
41. Walters JA, Cameron-Tucker H, Courtney-Pratt H, Nelson M, Robinson A, Scott J, et al. Supporting Health Behaviour Change in Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Telephone Health-Mentoring: Insights From A Qualitative Study. *BMC Fam Pract*. 2012 Jun 13;13:55. doi: 10.1186/1471-2296-13-55.
42. Eakin EG, Lawler SP, Vandelanotte C, Owen N. Telephone Interventions for Physical Activity and Dietary Behavior Change: A Systematic Review. *Am J PrevMed*. 2007 May;32(5):419-34.
43. Bourbeau J. Integrated Disease Management For Adults with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *BMJ*. 2014 Sep 19;349:g5675. doi: 10.1136/bmj.g5675.
- 44.ewel AR, Gellermann I, Schwertfeger I, Morfeld M, Magnussen H, Jörres RA. Intervention By Phone Calls Raises Domiciliary Activity and Exercise Capacity in Patients

- with Severe COPD. *RespirMed*. 2008 Jan;102(1):20-6. Epub 2007 Oct 24.
45. Liu F, Zou Y, Huang Q, Zheng L, Wang W. Electronic Health Records and Improved Nursing Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Patient Prefer Adherence*. 2015 Mar 24;9:495-500. doi: 10.2147/PPA.S76562.
 46. Alahmari AD, Mackay AJ, Patel AR, Kowlessar BS, Singh R, Brill SE, et al. Influence of Weather and Atmospheric Pollution on Physical Activity in Patients With COPD. *Respir Res*. 2015 Jun 13;16:71. doi: 10.1186/s12931-015-0229-z.
 47. Akinci AC, Pinar R, Demir T. The Relation Of The Subjective Dyspnoea Perception with Objective Dyspnoea Indicators, Quality Of Life and Functional Capacity in Patients with COPD. *J ClinNurs*. 2013 Apr;22(7-8):969-76. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04161.x.
 48. Nguyen HQ, Donesky D, Reinke LF, Wolpin S, Chyall L, Benditt JO, et al. Internet-Based Dyspnea Self-Management Support for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Pain Symptom Manage*. 2013 Jul;46(1):43-55. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.06.015.
 49. Tel H, Akdemir N. KOAH'lı Hastalara Uygulanan Planlı Hasta Öğretiminin ve Hasta İzleminin Hastaların Hastalıkla Başetme Durumlarına Etkisi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998, 2 (2) 44.
 50. Billington J, Coster S, Murrells T, Norman I. Evaluation Of A Nurse-Led Educational Telephone Intervention to Support Self-Management of Patients Withchronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized Feasibility Study. *COPD* 2014 Dec 4
 51. He M, Yu S, Wang L, Lv H, Qiu Z. Efficiency and Safety of Pulmonary Rehabilitation in Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *MedSciMonit*. 2015 Mar 18;21:806-12. doi: 10.12659/MSM.892769.
 52. Liddy C, Johnston S, Irving H, Nash K, Ward N. Improving Awareness, Accountability, and Access Through Health Coaching: Qualitative Study of Patients' Perspectives. *Can Fam Physician*. 2015 Mar;61(3):e158-64.

KARALAHANA EKSTRAKLARININ *INVITRO* OKSİDE LİPOPROTEİNLERDE MALONDİALDEHİT SEVİYELERİNE ETKİLERİ

THE IMPACTS OF KALE EXTRACTS ON THE LEVELS OF MALONDALDEHYDE IN *INVITRO* OXIDE LIPOPROTEINS

Nurçin KÜÇÜK KENT¹, Birgül VANİZÖR KURAL², Asım ÖREM³, Sevil CENGİZ⁴

ÖZET

Karalahana (*Brassica oleracea L. var. acephala* DC.); brokoli, karnabahar, brüksel lahanası, kırmızı lahana gibi sebzelerin yer aldığı çok sayıda türün bulunduğu *Brassicaceae* veya *Cruciferae* ailesinin bir üyesidir. Besin kaynağı olarak özellikle Karadeniz bölgesinde yaygın tüketilmektedir. Antioksidan özelliği bilinen karalahananın lipid metabolizmasına koruyucu etkisi ile ilgili sınırlı bilgi yer almaktadır.

Bu çalışmanın amacı, karalahana bitkisi yapraklarının sulu ve metanolik ekstraktların *invitro* ortamda bakırla okside edilen lipoproteinlerde lipid peroksidasyon son ürünü olan malondialdehit (MDA) seviyelerine etkilerini belirlemektir. Kurutulan karalahana yapraklarından hazırlanan 5, 10, 25, 50 ve 100 µg/mL konsantrasyonlardaki sulu ve metanolik ekstraktlar, ultrasantifügasyonla yoğunluk gradientine göre ayrılan düşük ve çok düşük yoğunluklu lipoproteinlere (LDL ve VLDL) ilave edildi. 1 saat sonra 37°C de 24 saat Cu⁺² ile oksidasyona maruz bırakıldı ve tiyobarbitürük asit (TBARS) yöntemi ile MDA seviyeleri belirlendi.

Ekstrak ilavesiz değerlerle karşılaştırıldığında, hem sulu hem de metanollü ekstraktlar tüm konsantrasyonlarda okside LDL'de MDA seviyeleri azaltırken, okside VLDL'de MDA seviyeleri sulu ekstrakta sadece 100 µg/mL'lık konsantrasyonda, metanollü ekstrakta ise 100, 50 ve 25 µg/mL'lık konsantrasyonlarda istatistiksel olarak anlamlı azalma gözlemlendi (p<0,05).

Sonuç olarak, karalahana ekstraktlarının, özellikle metanolik ekstraktların, lipoproteinlerde lipid peroksidasyonunu engelleyici niteliğe sahip olduğu, dolayısıyla karalahana ile beslenmenin kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde yarar sağlayabileceği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Antioksidan, Karalahana, Lipid peroksidasyonu, Lipoproteinler

ABSTRACT

Kale or black cabbage (*Brassica oleracea L. var. acephala* DC.) is a member of *Brassicaceae* or *Cruciferae* family including a lot of vegetable species containing: broccoli, cauliflower, brussels sprouts, red cabbage etc.. Kale is consumed as a food source especially in Black Sea Region. Although Kale's antioxidant property is known, there is limited information about its protective effect on lipid metabolism.

The purpose of this study was to evaluate whether aqueous and methanolic extracts prepared from leaves of kale plant could have protective effects against the final product of lipid peroxide as malondialdehyde (MDA) in oxidized lipoproteins by copper. The prepared of aqueous and methanolic extracts from dry leaves of kale at 5, 10, 25, 50 ve 100 µg/mL concentrations were added to low and very low density lipoproteins (LDL, VLDL) which were separated with density gradient by ultracentrifugation. After 1 hour, they have been exposed to oxidation by Cu⁺² at 37°C during 24 hours and the levels of MDA was determined by thiobarbituric acid (TBARS) method.

When it is compared with the levels of MDA without extracts, a statistically significant reduction was observed the level of MDA at both concentration of aqueous and methanolic extracts in oxidized LDL and also, only reduction at aqueous extract with 100 µg/mL and methanolic extracts with 100, 50 and 25 µg/mL in oxidized VLDL (p<0,05).

Finally, it may be said that the extracts of kale, especially methanolic extracts, may have inhibitive composition of lipid peroxidation in lipoproteins and therefore, nutrition with kale may be beneficial in prevention of cardiovascular diseases.

Keywords: Antioxidant, Kale, Lipid peroxidation, Lipoproteins

*Bu çalışma için gerekli etik kurul izinleri KTÜ Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı (11.03.2004, Etik Kurul No:2004/31) tarafından alınmıştır ve çalışma Karadeniz Teknik Üniversitesi Araştırma Projesi (Proje No: 2004.114.001.03) ile desteklenmiştir "Karalahananın Lipoproteinlerin Oksidasyonuna Etkisi" başlıklı yüksek lisans tezi içeriğinde yer almaktadır.

¹Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Yardımcı Doçent Doktor

²Karadeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya ABD Profesör Doktor

³Karadeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya ABD Profesör Doktor

⁴Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Yardımcı Doçent Doktor

GİRİŞ

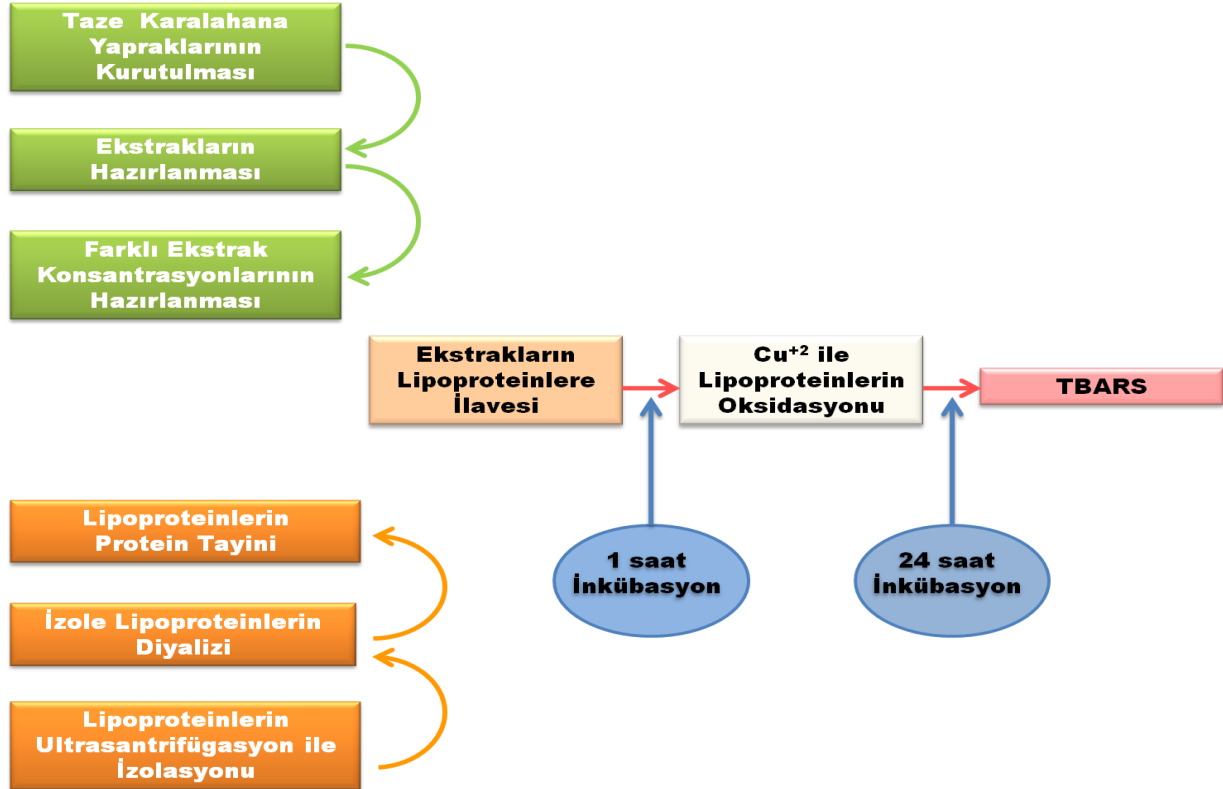
Brassicaceae veya *Cruciferae* bitkileri 338 cinsin ve 3709 türün yer aldığı, tarımdan insanların tükettiği besinlere, hayvan yemlerinden, yağ ürünleri ve biyoyakıtlara kadar birçok alanda kullanılan geniş bir bitki ailesidir (1-3). Altı alt gruba ayrılan *Brassica oleracea* bitkilerinden lahanana, brokoli, karnıbahar, Brüksel lahanası, karalahana sebze olarak sıklıkla tüketilmektedir. (3-5). Karalahana (*Brassica oleracea* L. var. *acephala* DC.) çok eski zamanlardan beri Doğu Akdeniz ülkelerinde ve Türkiye’de özellikle Karadeniz Bölgesinde yaygın olarak yetişen bir bitki türüdür (6,7). Karalahana içeriğindeki fenolik bileşikler, glukosinolatlar, karotenoidler, vitaminler (C, K, E vitaminleri), essansiyel elementler, yağ asitleri ve aminoasitler ile oksidatif hasara karşı yararlı bir besin kaynağı olduğu düşünülmektedir (1,5,8-11).

Lipoproteinler, serbest ve ester kolesterol, triaçilgliserol, yağ asitleri ve çeşitli protein ve vitamin gibi bileşiklerden oluşan lipid taşıyıcı proteinlerdir (12). Oksidatif stres sonucu lipoproteinlerin özellikle LDL'nin oksidasyona maruz kalması köpük hücre oluşumuna yol açarak kardiyovasküler hastalıklara neden olmaktadır (12,13). Bu nedenle lipoproteinleri oksidasyonlara karşı korumada antioksidan besin kaynaklarının yararlı olabileceği düşünülmektedir (14,15).

Karalahananın lipoproteinlerin oksidasyonu ve MDA seviyelerine etkisi ile ilgili sınırlı literatür çalışması yer almaktadır. Bu çalışmanın amacı; farklı konsantrasyonlardaki (100-5 µg/mL) sulu ve metanollü kara lahanana yaprağı ekstraktlarının *invitro* ortamda Cu⁺² ile okside edilen LDL ve VLDL'nin lipid peroksidasyonu son ürünü olan malondialdehit seviyelerini azaltıp azaltamayacağını belirlemektir.

MATERYAL VE METOD

Bu çalışma yer alan deney aşamaları aşağıda ayrıntılı bir şekilde açıklanmış olup Şekil 1'de özetlenmiştir.



Şekil 1. Deney Aşamaları

Karalahana Ekstraktlarının Hazırlanması

Trabzon ili ve ilçelerinden temin edilen karalahana bitkisine ait taze ve yeşil yapraklar serin ve karanlık bir ortamda kurutuldu. Kurutulan karalahana örnekleri öğütücüde küçük parçalara ayrıldı ve harmanladı. Sulu ekstraktlar 56 g öğütülmüş karalahana bitkisi ultra saf su içinde 6 saat boyunca kaynatılarak; metanollü ekstraktlar ise 8 g öğütülmüş kara lahana bitkisi sokslet aparatında yaklaşık 24 saat boyunca çözücü ortam metanol olacak şekilde inkübe edilerek elde edildi. Kuru ağırlık hesapları rotary evaporatörde (R100, Bibby Sterilin Ltd., UK) ekstraktların 50 mL'sinin uçurulmasıyla sağlandı. Son olarak ekstraktlar 0,2 µM çapındaki filtre kağıtlarından süzülerek aligotlanıp deney gününe kadar -80°C'de saklandılar.

Lipoproteinlerin İzolasyonu

Yazılı onamları alınan sağlıklı 15 kişiden temin edilen EDTA'lı kan örnekleri 30 dakika oda sıcaklığında bekletildikten sonra 4°C 4000 rpm' de 20 dakika santrifüjlenerek plazmaları elde edildi. Elde edilen plazmalardan Slavovs ve ark. (1985) metoduna göre polikarbonat ultrasantrifüj tüpünde yoğunluğu NaBr ile 1.30 g/mL'ye getirilen plazma 1.24, 1.063, 1.019 ve 1.006 g/mL'lik gradient çözeltisi (NaBr/NaCl/EDTA/NaN₃) ile tabakalandırılıp Beckman Optima LE80K ultrasantrifüjünde 50000 rpm'de (90Ti rotor) 3 saat santrifüjlenerek elde edildiler (16). İzole lipoproteinler; 4°C'lik karanlık bir ortamda her 3-4 saatte tampon yenilenerek önce 10 mM EDTA-10 mM fosfat tampon içinde (pH 7,4) ve sonrasında 10 mM EDTAsız fosfat tamponu (pH 7,4) içinde 12 saat boyunca diyalize bırakıldı (17). Ardından protein miktarları ise Lowry metodu (1951) kullanılarak belirlendi (18).

İzole Lipoproteinlerin Ekstraktlarla ve Bakırla Muamele Edilmesi

Sulu ve metanolik karalahana ekstraktları son konsantrasyonları 100, 50, 25, 10, 5 µg/mL olacak şekilde 50 µg/mL protein konsantrasyonuna ayarlanan LDL ve VLDL'lere eklenerek 37°C' de 1 saat

süresince ön-inkübasyona bırakıldı. Ekstraktlı ve ekstraksız izole lipoproteinler son konsantrasyonu 1,67 µM olacak şekilde CuSO₄.5H₂O ile muamele edilerek 37°C de 24 saat boyunca karanlıkta inkübasyona bırakıldı. Oksidasyon, 1 mM EDTA ilave edilerek durduruldu (19, 20).

Malondialdehit Seviyelerinin Belirlenmesi

Oksidasyon sonrası lipoproteinlerdeki MDA seviyeleri, tiyobarbitürik asit yöntemi (TBARS) ile tayin edildi (21). Spektrofotometrik olarak 532 nm'de ölçülerek 1,1,3,3 tetrametoksiopropan standartları gözönüne alınarak numunelerdeki MDA seviyeleri belirlendi.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirilmede ikiden fazla grupların değerlendirmesinde Kruskal Wallis ve ikili grup değerlendirmelerinde ise Mann Whitney U testleri p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı farklı kabul edildi. Sonuçlar ortalama±standart sapma olarak gösterildi.

BULGULAR

Karalahana bitkisi yapraklarından hazırlanan sulu ve metanolik ekstraktların bakırla oluşturulan *invitro* LDL ve VLDL'de MDA, dolayısıyla lipid peroksidasyonuna etkisi Tablo 1'de gösterilmektedir. Oksidasyon öncesi değerlerine kıyasla; oksidasyon sonrası MDA seviyeleri ekstraksız lipoprotein gruplarında LDL için 8,2 kat, VLDL için ise 2,3 kat arttığı gözlemlendi (p<0,001). Metanollü ve sulu ekstraktlarla muamele edilen lipoproteinlerde ekstrak konsantrasyon artışına paralel olarak azalan MDA ürünü elde edildiği tespit edildi. Ancak tüm konsantrasyonlardaki hem sulu hem de metanollü ekstraktlar okside LDL'de MDA seviyelerini istatistiksel olarak anlamlı azaltırken, okside VLDL'de MDA seviyelerini sulu ekstrakta sadece 100 µg/mL'lik konsantrasyonda, metanollü ekstrakta ise 100, 50 ve 25 µg/mL'lik konsantrasyonda anlamlı azalmıştı. Oksidasyona karşı koruyucu etkinin en fazla 100 µg/mL konsantrasyonundaki ekstraktlı gruplarda olduğu gözlenirken, oksidasyona karşı ortalama LDL inhibisyon yüzdeleri

yaklaşık olarak metanollü ve sulu ekstraktı gruplarda sırasıyla %76 ve %72 değerleri civarındaydı (Şekil 2). Metanolik ve sulu ekstrakt içeren VLDL oksidasyon gruplarında

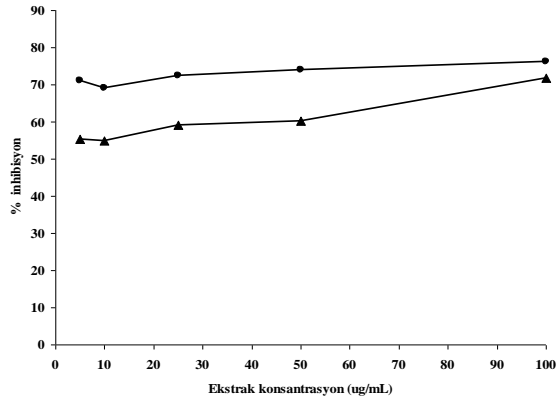
oksidasyon sonrasında VLDL yüzde inhibisyon değerleri ise sırasıyla ortalama olarak %53 ve % 47 değerleri civarındaydı (Şekil 3).

Tablo 1. Ekstraktı Ekstraksız Okside Lipoproteinlerde MDA Seviyeleri

| | Oksidasyon Öncesi | Ekstraksız Oksidasyon Sonrası | Ekstraktı Oksidasyon Sonrası Ekstrakt Konsantrasyonu (µg/mL) | | | | |
|------------------------------|-------------------|-------------------------------|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | 0 | 5 | 10 | 25 | 50 |
| Sulu Ekstraktlar | | | | | | | |
| LDL-MDA nmol/L | 2,60 ± 1,06 | 21,33 ± 8,39 | 8,54 ± 2,23* | 8,6 ± 2,17* | 7,93 ± 2,82* | 7,75 ± 2,27* | 5,41 ± 1,76* |
| VLDL-MDA nmol/L | 2,92 ± 1,74 | 6,83 ± 3,69 | 4,59 ± 2,90 | 4,43 ± 2,66 | 4,48 ± 2,49 | 3,86 ± 2,52 | 3,41 ± 2,17* |
| Metanollü Ekstraktlar | | | | | | | |
| LDL-MDA nmol/L | 2,60 ± 1,06 | 21,33 ± 8,39 | 5,44 ± 2,46* | 5,61 ± 1,79* | 5,15 ± 1,76* | 4,77 ± 1,75* | 4,68 ± 2,14* |
| VLDL-MDA nmol/L | 2,92 ± 1,74 | 6,83 ± 3,69 | 4,22 ± 2,34 | 3,98 ± 2,22 | 3,76 ± 2,04* | 3,72 ± 2,0* | 3,03 ± 1,76* |

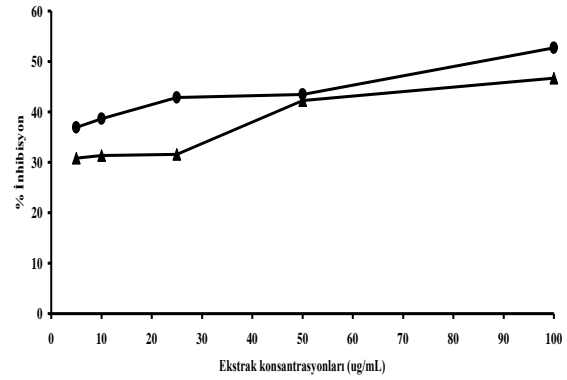
*Ekstraksız okside lipoproteinlerdeki MDA seviyelerine (0 grubu olarak ifade edilenler) göre istatistiksel olarak anlamlı (p<0,01).

Şekil 2. Farklı Ekstrakt Konsantrasyonlarının LDL-MDA Oluşumunu İnhibe Edici Etkisi.



●: Metanollü Ekstraktlar, ▲ : Sulu Ekstraktlar.

Şekil 3. Farklı Ekstrakt Konsantrasyonlarının VLDL-MDA Oluşumunu İnhibe Edici Etkisi.



●: Metanollü Ekstraktlar, ▲ : Sulu Ekstraktlar

TARTIŞMA

Bu çalışmada taze karalahana yapraklarının sulu ve metanolik ekstraktların lipoproteinlerdeki lipid peroksidasyonuna karşı engelleyici etki gösterip göstermeyeceği incelendi. Çalışma sonunda sulu ve metanolik karalahana ekstraktlarının lipid peroksidasyon son ürünü olan MDA seviyesini ekstrak konsantrasyonu artışına paralel olarak düşürdüğü, özellikle metanolik ekstraktlarının düşürücü etkisinin fazla olduğu belirlendi.

Yöremizde yetişen karalahananın antioksidan özellikleri daha önceki çalışmalarla ortaya konulmuştur (9,11). Karalahana bitkisi birçok lahana çeşidine kıyasla içeriğindeki yüksek seviyedeki antioksidan bileşikler, C ve K vitamini, karotenoid, glukosinolatlar, esansiyel yağ asitleri ve diğer fenolik bileşiklerin bulunduğu yararlı bir sebze çeşididir (5,10, 22). Antioksidan besinler, metabolizmada artan oksidatif strese karşı savunmada koruyucu ve önemli görevler üstlenmektedirler (23). Oksidatif stres ile dolaşımında yükselen serbest radikal içerikli bileşikler; plazmadaki lipidlerin taşınımında görevli hidrofilik yapıları LDL ve VLDL lipoproteinlerinin oksidasyonlarını arttırarak ve sonrasında köpük hücre oluşumu ile başlayan karmaşık bir patolojik döngüyü tetikleyerek aterosklerozun meydana gelmesine neden olurlar (12, 13, 15, 24). Günümüze kadarki literatür bilgilerinde *Crucifera* bitkilerinin LDL oksidasyonuna karşı koruyucu etkilerinin olduğu rapor edilse de (10, 22, 25, 26) karalahana ile ilgili yer alan çalışmaların çoğunda: karalahananın antioksidan bileşik içeriği, besin kaynağı olarak tüketim şekilleri konuları çoğunlukla yer almaktadır ve lipid metabolizması ile ilişkisini ele alan sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır (10,11, 22, 27). Kural ve ark. (2011), karalahana ekstraktlarının lipoproteinlerin oksidasyonuna karşı direncini attırdığını kinetik konjuge dien takibi yaparak belirlemiştirler (11). Ayrıca metanolik ekstraktlarının lipoproteinlerin

oksidasyona karşı direncini arttırmada sulu ekstraktlardan daha etkili olduğunu ifade etmişler ve bunun nedenini de metanolik ekstraktların daha yüksek fenolik ve flavonoid içeriğe sahip olmasına bağlamışlardır. Bizim çalışmada da metanolik ekstraktlarının lipid peroksidasyonunu göstergesi olan MDA seviyesini düşürmede daha etkili olması bu çalışmayı desteklemektedir. Manchali ve ark. (2012) karalahanın da içinde yer aldığı *Cruciferous* sebzelerinin; LDL azaltıcı, serbest radikallere karşı mücadeleci ve oksidatif stresi azaltıcı etkilerinin kalp sağlığına yararlı olabileceğini rapor etti (28). Diğer yandan, bu çalışmada hazırlanan karalahana ekstraktları kaynatılarak elde edildi ve karalahananın tüketim ve pişirme metodları da kardiyokoruyuculuğu açısından önemli olabilir (29-32).

Sonuçta, karalahananın kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörü LDL ve VLDL oksidasyonlarına karşı önleyici etkileri sebebiyle besin olarak tüketiminin yararlı olacağı düşünülmektedir ve bu konuda ileri çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Verkerk R, Schreiner M, Krumbein A, Ciska E, Holst B, Rowland I, Schrijver RD, Hansen M, Gerh C, Mithen R, Dekker M. Glucosinolates In Brassica Vegetables: The Influence Of The Food Supply Chain On Intake, Bioavailability And Human Health. *Mol. Nutr. Food Res.* 2009; 53: S219 – S265.
2. Franzke A, Lysak MA, Al-Shehbaz IA, Koch MA, Mummenhoff K. Cabbage Family Affairs: The Evolutionary History Of Brassicaceae. *Trends in Plant Science.* 2011;16; (2): 108-116.
3. Mourato MP, Moreira IN, Leitão I, Pinto FR, Sales JR, Martins LL. Effect Of Heavy Metals In Plants Of The Genus Brassica. *Int. J. Mol. Sci.* 2015; 16: 17975-17998.
4. Rakow G. Species Origin and Economic Importance of Brassica. *Biotechnology in Agriculture and Forestry.* 2004; 54: 3-7.
5. Podsedek A. Natural Antioxidants And Antioxidant Capacity Of Brassica Vegetables: A Review. *LWT.* 2007; 40: 1-11.
6. Balkaya A, Yanmaz R. Promising Kale (*Brassica oleracea* var. *acephala*) Populations From Black Sea Region, Turkey. *New Zealand Journal of Crop and Horticultural Science.* 2005; 33; (1): 1-7.
7. Hagen SF, Borgea GIA, Solhaugb KA, Bengtsson GB. Effect Of Cold Storage And Harvest Date On Bioactive Compounds In Curly Kale (*Brassica oleracea* L. var. *acephala*). *Postharvest Biology and Technology.* 2009; 51: 36-42.
8. Kopsell DE, Kopsell DA, Lefsrud MG, Curran-Celentano J. Variability In Elemental Accumulations Among Leafy *Brassica oleracea* Cultivars and Selections. *Journal Of Plant Nutrition.* 2004; 27; (10): 1813-1826.
9. Ayaz FA, Glew RH, Millson M, Huang HS, Chuang LT, Sanz C, Hayırlıoğlu-Ayaz S. *Nutrient contents of kale (Brassica oleracea L. var. acephala DC.).* *Food Chemistry.* 2006; 96: 572-579.
10. Jahangir M, Kim HK, Choi YH, Verpoorte R. Health-Affecting Compounds In *Brassicaceae*. *CRFSFS.* 2009; 8: 31-43.

11. Kural BV, Küçük N, Yücesan FB, Örem A. Effects Of Kale (*Brassica oleracea* L. var. *acephala* DC) Leaves Extracts On The Susceptibility Of Very Low And Low Density Lipoproteins To Oxidation. *Indian J Biochem Biophys.* 2011; 48: 361-364.
12. Heinecke JW. Oxidants And Antioxidants In The Pathogenesis Of Atherosclerosis: Implications For The Oxidized Low Density Lipoprotein Hypothesis. *Atherosclerosis.* 1998; 141: 1–15.
13. Nakajima K, Nakano T, Tanaka A. The Oxidative Modification Hypothesis Of Atherosclerosis: The Comparison Of Atherogenic Effects On Oxidized LDL And Remnant Lipoproteins In Plasma. *Clinica Chimica Acta.* 2006; 367: 36 – 47.
14. Verhoeven DTH, Goldbohm RA, Poppel GV, Verhagen H, Brandt PAVD. Epidemiological Studies on Brassica Vegetables and Cancer Risk. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention.* 1996; 5: 733-748.
15. Agbor GA, Vinson JA, Oben JE, Ngogang JY. Antioxidant Effect of Herbs and Spices on Copper Mediated Oxidation of Lower and Very Low Density Lipoprotein. *Chinese Journal of Natural Medicines.* 2010; 8: 0114–0120.
16. Sclavons MM, Cordonnier CM, Mailleux PM, Heller FR, Dessager JP, Harvent CM. Fast Separation Of Tree Main Plasma Lipoprotein Classes By Ultracentrifugation Using Vertical Rotor and Multiple Discontinues Density Gradient. *Clin Chim Acta.* 1985; 153; (2): 125-135.
17. Stoscheck CM. Quantification Of Protein. *Guide To Protein Purification Methods In Enzymology.* 1990; 182: 50-68.
18. Lowry OH, Rosebrough NL, Farr AL, Randel RJ. Protein Measurement With Folin Phenol Reagent. *J Biol Chem.* 1951; 193: 265-275.
19. Menendez R, Fraga V, Amor AM, González RM, Mas R. Oral Administration Of Policosanol Inhibits In Vitro Copper Ion-Induced Rat Lipoprotein Peroxidation. *Physiology & Behavior.* 1999; 67: 1-7.
20. Puhl H, Waeg G, Esterbauer H. Methods To Determine Oxidation Of Density Lipoproteins: Method In *Enzymology.* 1994; 233: 425-441.
21. Yagi K. Lipid Peroxides and Related Radicals In Clinical Medicine: Free Radicals In Diagnostic Medicine. Plenum Press, Newyork. 1994; Pp. 1-15.
22. Soengas P, Sotelo T, Velasco P, Carrea ME. Antioxidant Properties of Brassica Vegetables. *Functional Plant Science and Biotechnology.* 2011; 5; (2): 43-55.
23. Finaud J, Lac G, Filaire E. Oxidative Stress Relationship With Exercise And Training. *Sports Med.* 2006; 36; (4): 327-358.
24. Torres N, Guevara-Cruz M, Velázquez-Villegas LA, Tovar AR. Nutrition And Atherosclerosis. *Archives of Medical Research.* 2015; 46: 408-426.
25. Duchnowicz P, Borsa M, Podsédek A, Koter-Michalaka M, Broncel M. Effect Of Polyphenols Extracts From Brassica Vegetables On Erythrocyte Membranes (in vitro study). *Environmental Toxicology and Pharmacology.* 2012; 3; 4: 783–790.
26. Harish R, Chauhan JB. In Vitro Antioxidant Activity And Total Phenolic Of Brassica oleracea var. gemmifera (Brussel sprouts). *J Nat Prod Plant Resour.* 2014; 4; (1): 57-63.
27. Nazzaro F, Cardinale F, Cozzolino A, Granese T, Fratianni F. Polyphenol Composition and Antioxidant Activity of Different Potentially Functional Kale-Based Snacks. *Food and Nutrition Sciences.* 2014; 5: 1145-1152.
28. Manchali S, Chidambara Murthy KN, Patil BS. Crucial Facts About Health Benefits Of Popular Cruciferous. *Journal Of Functional Foods.* 2012; 4: 94 –106.
29. Kahlon TS, Chapman MH, Smith GE. In Vitro Binding Of Bile Acids By Spinach, Kale, Brussels Sprouts, Broccoli, Mustard Greens, Green Bell Pepper, Cabbage And Collards. *Food Chemistry.* 2007; 100: 1531–1536.
30. Murador DC, Cunha DT, Rosso VV. Effects Of Cooking Techniques On Vegetable Pigments: A Meta-Analytic Approach To Carotenoid And Anthocyanin Levels. *Food Research International.* 2014; 65: 177–183.
31. Shahidi F, Ambigaipalan P. Phenolics And Polyphenolics In Foods, Beverages And Spices: Antioxidant Activity And Health Effects –A Review. *Journal of Functional Foods.* 2015; 18: 820–897.
32. dos Reis LCR, de Oliveira VR, Hagen MEK, Jablonski A, Flôres SH, de Oliveria Rios A. Carotenoids, Flavonoids, Chlorophylls, Phenolic Compounds And Antioxidant Activity In Fresh And Cooked Broccoli (*Brassica oleracea* var. Avenger) And Cauliflower (*Brassica oleracea* var. Alpha F1). *LWT - Food Science and Technology.* 2015; 63 (1): 177-183.

YAŞLI BİREYLERİN YAŞADIKLARI ÖLÜM KAYGISI İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

LIVED IN ELDERLY PERSONS RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF LIFE AND DEATH ANXIETY

Kadriye SAYIN KASAR¹, Emine KARAMAN¹, Deniz SAY ŞAHİN², Yasemin YILDIRIM³, Fisun ŞENUZUN AYKAR⁴

ÖZET

Ölüm, inanç ve kültürlere göre çeşitli farklılıklar göstermekle birlikte yaş ve bireysel değer yargılarından etkilenen, yaşam kalitesini etkileyen bir kavramdır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma; yaşlı bireylerin ölüm kaygıları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya bir devlet hastanesinin İç Hastalıkları Kliniğinde yatan ya da polikliniğe başvuran, araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 84 yaşlı birey dahil edilmiştir. Veriler, Birey Tanıtım Formu, Ölüm Kaygısı Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde student t testi, tek yönlü varyans analizi, pearson ve spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Çalışmaya katılan yaşlı bireylerden sözlü onam alınmıştır. Örnekleme dahil edilen yaşlı bireylerin %81'i genç yaşlı, %16,7'si orta yaşlı, %2,4'ü ileri yaşlı olup; yaş ortalaması 70,36±4,98'dir. Çalışmaya dahil olan yaşlı bireylerde herhangi bir ölümcül hastalık bulunmazken yarısından fazlasında (%60,7) en az bir kronik hastalığın var olduğu görülmüştür. Örnekleme alınan bireylerin ölüm kaygısı ölçek puan ortalamaları 7,73±2,63 olup; yaş grupları, cinsiyet, kronik hastalık varlığı gibi değişkenlere göre ölüm kaygısının değişmediği görülmüştür. Yaşam kalitesi alt boyutlarının puan ortalamasına bakıldığında; fonksiyonel durum alt boyutunun 77,77±19,40, esenlik alt boyutunun 59,44±15,43, genel sağlık anlayışı alt boyutunun 54,44±16,62 olduğu saptanmıştır. Global yaşam kalitesi puan ortalaması ise; 63,88±14,41'dir. Ölüm kaygısı ile global yaşam kalitesi ve yaşam kalitesinin tüm alt boyutları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Yaşlı bireylerin yüksek düzeyde ölüm kaygısı yaşadığı, yaşam kalitelerinin "orta düzeyde" olduğu ve yaşadıkları ölüm kaygısının yaşam kalitelerini etkilemediği görülmektedir. Çalışmanın daha geniş yaşlı popülasyonları ile farklı bölgelerde tekrar yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Ölüm kaygısı, Yaşam kalitesi

ABSTRACT

Death, according to the beliefs and cultures that are affected by age and individual values will vary, but is a concept that affects the quality of life. This descriptive and cross sectional study; with death anxiety of elderly people was carried out to examine the relationship between quality of life. The study applying to the a state hospital inpatient or outpatient internal medicine clinic, meet the criteria of the research and who agreed to participate were included in the study, 84 elderly. The data, Individual Identification Form, Death Anxiety Scale and collected using the SF-36 Quality of Life Scale. Data to evaluate the student's t test, one-way analysis of variance, Pearson and Spearman correlation analysis was used. The elderly verbal consent was obtained in the study. The sample of elderly individuals were included 81% of young and old, 16.7% of middle-aged, 2.4% is the elderly; the mean age was 70.36 ± 4.98. Elderly individuals involved in the study are not any fatal disease, over half of (60.7%) were found to be have at least one chronic disease. Death Anxiety Scale score of the individuals in the sample is 7.73 ± 2.63; according to variables such as age group, gender, the presence of chronic disease it was seen that change of death anxiety. When looking at the average scores of quality of life subscales functional status of the dimensions 77.77 ± 19.40, dimensions of well-being 59.44± 15.43 understanding of the general health subscale 54.44 ± 16.6 that has been determined. The average global of quality of life score; 63.88 is ± 14.41. Death anxiety between all dimensions of global quality of life and quality of life it was found to be a significant relationship (p> 0.05)

The elderly where high levels of death anxiety, quality of life "moderate" and of where they live in fear of death seems to affect their quality of life. The study is recommended to be done again in different regions with larger elderly populations.

Key Words: Elderly, Death anxiety, Quality of life

¹ Ar. Gör. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

² Öğr. Gör. Dr. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Cevat Sayılı Sağlık Yüksekokulu

³ Doç. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

⁴ Prof. Dr. İzmir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

GİRİŞ

Türkiye’de, yaşlı nüfus (65 ve daha yukarı yaş) 2014 yılında 6 milyon 192 bin 962 kişi olup yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %8 olarak saptanmıştır (1). Kronolojik sıraya göre kendilerini ölüme daha yakın hisseden yaşlı bireyler için ölüm kavramı çok daha önem taşımaktadır (2).

Yaşam ve ölüm birbirine zıt kavramlar olarak görülmesine karşın ölüm, yaşamın ayrılmaz bir parçası olup; insanoğlunun çağlar boyunca ilgi duyduğu ve tanımlamaya çalıştığı bir konu olmuştur (3). Ölüm kavramı üzerine yapılan çeşitli felsefi ve psikolojik araştırmalar sonucunda ölümün bireylerin yaşamlarını anlamlandırmasına yardım etmede eşsiz olanaklar sağladığı görülmüştür. Ancak, ölüm; yaşamın anlamını bulma arayışında sağladığı olanaklarla birlikte, yaşamı sonlandıran; bireyde hiçlik duygusunu uyandırarak korku ve kaygıya neden olan bir olgu olarak da belirtilmiştir (4, 5, 6).

Ölüm korkusu, günümüzde üzerinde en çok araştırma yapılan konulardan biri olmasına karşın hala netlik kazanmayan ve açıkça konuşulamayan konulardan biridir (7, 8). Genel anlamda korku bilişsel bir süreçtir ve belirli bir durumda gerçek ya da potansiyel bir tehlikenin var olduğuna dair bireyin yaptığı bir değerlendirmenin sonucunda açığa çıkmakta iken, kaygı ise; bilişsel bir süreç olmanın aksine, duygusal bir tepkiye karşılık gelmektedir. Örneğin; ceset görmek, mezarlık ziyareti, sevdiklerinden birinin ölümü vb. durumlar ölümün somutlaşmış biçimleri olarak bireyde korku doğururken; zamanın belli olmaması, hiç kimsenin ne zaman öleceğini bilememesi gibi yönleriyle de ölüm, tüm yaşama yayılan bir olgu olarak kaygıya neden olabilmektedir (4, 9).

Bu noktada ölüm kaygısı çok boyutlu bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Klinik ortamda ölüm kaygısını etkileyen faktörler arasında fiziksel ve ruhsal bozukluklar ve buna bağlı yaşam kalitesindeki değişikliklerin yer aldığı görülmektedir (2). Bazı çalışmalarda da bu değişkenler yaş, cinsiyet, dini inançlar, kültür, eğitim seviyesi, medeni durum, meslek, bir yakının kaybı, ölüm

düşüncesinin sıklığı olarak belirtilmektedir (8, 10). Ölüm kaygısının bireyler üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu belirtilmektedir. Bazı yaşlıların bu süreci kabullendiği ve huzurla ölümü beklediği görülürken; bazı yaşlı bireylerin bu süreçten rahatsız olduğu ve kabullenmediği görülmüştür. Literatürde yaşlı bireylerde ölüm kaygısının çeşitli değişkenlerle olan ilişkisinin değerlendirildiği çalışmalara rastlanmış olup; çalışmalarda birbirleriyle çok tutarlı olmayan sonuçların olduğu görülmüştür (2, 11, 12, 13).

Yaşam ömrünün uzaması ile ölüm kaygısını yoğun olarak hisseden yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini etkilenmesi beklenen bir durum olarak görülmekte ve bu etkinin boyutlarının değerli olacağı düşünülmektedir. Bakım gereksinimi oldukça fazla olan bu yaş grubuyla diğer sağlık profesyonellerine göre daha çok karşılaşan ve holistik bakımı sağlayan hemşirelere bu süreçte önemli sorumluluklar düşmektedir. Özellikle yaşlı bireylerin yoğun olarak yaşadıkları ölüm kaygısı yaşam kalitesini de etkilemesi açısından önem taşımaktadır.

Ülkemizde yaşlı bireylerde ölüm kaygısını (2, 6, 13, 14) ve yaşam kalitesini (15, 16, 17, 18, 19, 20) inceleyen yayınlar olmasına karşın ölüm korkusu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir yayına rastlanamamıştır. Bu nedenle, bu çalışmanın amacı yaşlı bireylerin ölüme yönelik yaşadıkları kaygının anlaşılması ve bu durumun yaşam kalitesi ile birlikte incelenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Örneklem Seçimi: Çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanmış olup, Burdur’da bir devlet hastanesinin iç hastalıkları kliniği ve polikliniğinde yürütülmüştür. Çalışmaya, (a) 65 yaş ve üzeri olan, (b) mental konfüzyonu ya da psikiyatrik bir sorunu olmayan, (c) işitme ve konuşma gibi herhangi bir iletişim problem olmayan, (d) çalışmaya katılmaya gönüllü olan yaşlı bireyler dahil edilmiştir. Örneklemi söz konusu kriterlere uyan 84 yaşlı oluştururken; 9 yaşlı birey ise çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir.

Veri Toplama: Verilerin toplanmasında, Hasta Tanıtım Formu, Ölüm Kaygısı Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Hastalara ait tıbbi kayıtlar hasta dosyalarından elde edilmiştir. Araştırma verileri bir araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

Veri Toplama Formları:

I. Hasta Tanıtım Formu: Bu form literatür taraması sonucunda araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır (4, 7, 8, 9, 21, 22). Formda bireylere yönelik sosyo-demografik özellikleri ve hastalık durumlarına yönelik bilgileri içeren toplam 20 soru bulunmaktadır.

II. Ölüm Kaygısı Ölçeği: Templer tarafından (1970) geliştirilen bu ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Şenol (1989) tarafından yapılmıştır (22, 23). Ölçek, 15 maddeden oluşmakta olup; doğru yanlışı şeklinde ikili likert tipindedir. Puan aralığı 0-15 olan ölçekten 7 ve üzerinde puan alan bireylerin ölüm kaygısı yüksek olarak değerlendirilmektedir (22).

III. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği: Ware (1992) tarafından geliştirilen bu ölçek, bireyin sağlık durumu ve yaşam kalitesini incelemektedir (24). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (25). Ölçekte 36 ifade yer almakta olup; fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Fonksiyonel durum alt başlığı, fiziksel aktivitelerin kısıtlanması, emosyonel ve sosyal problemlere bağlı sosyal aktivitelerin kısıtlanması, fiziksel ve emosyonel sağlık problemlerine bağlı günlük yaşam aktivitelerinin engellenmesi başlıklarından oluşmaktadır. Esenlik alt boyutu ise mental sağlık, ağrı ve zindelik başlıklarını içermektedir. Son alt başlık olan genel sağlık anlayışı ise, bütün olarak sağlığın değerlendirmesini ve geçen yıla göre sağlıktaki değişikliklerin değerlendirmesini kapsamaktadır. Bu üç alt başlık ise global yaşam kalitesini oluşturmaktadır. Ölçekteki her alt boyutun ve global yaşam kalitesinin puanları 0-100 arasındadır (25). Ölçek pozitif bir puanlamaya sahiptir ve ölçek puanının

yüksek olması iyi yaşam kalitesine işaret etmektedir (24).

Etik İzin: Çalışmaya dahil edilen bireylere çalışmanın amacına yönelik bilgi verilmiş olup, örnekleme oluşturan yaşlı bireylerden sözlü onam alınmıştır.

İstatistiksel Analiz: Veriler SPSS 21.0 istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Hastaların tanıtıcı bilgileri sayı ve yüzde şeklinde sunulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde student t testi, tek yönlü varyans analizi ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Ölüm kaygısı puanlarının değerlendirmesinde numerik verilerin normal dağılıma uygunluğu shapiro-wilk testi kullanılarak; yaşam kalitesi ile ölüm kaygısı arasındaki ilişki spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel veri analizlerinde p değeri 0.05 olarak kabul edilmiştir (26).

BULGULAR

Katılımcıların Özellikleri: Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de verilmektedir. Katılımcıların yaş ortalaması 70,36±4,98 (min.65, max.91) olup; %81'i genç yaşlı, %16,7'si orta yaşlı, %2,4'ü ileri yaşlıdır. Yaşlı bireylerin %51,2'si erkek, %66,6'sının eğitim düzeyi ilköğretim ve altındadır. Bireylerin %44,4'ü ev hanımı, %29,8'i emeklidir. Yaşlı bireylerin birlikte yaşadıkları bireylerin ortalama sayısı 2,73±1,64 olup, bireylerin %9,5'i yalnız yaşarken %59,5'i ise iki kişi olarak yaşamaktadır (Tablo 1 ve Tablo 3). Çalışmaya dahil edilen yaşlıların %60,7'sinde en az bir kronik hastalık bulunmakta olup, hiçbirinde kanser gibi ölümcül bir hastalık bulunmamaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Yaşlı Bireylerin Bazı Özellikleri

| | Ortalama±SD | |
|-------------------------|-------------|------|
| Yaş | 70,36±4,98 | |
| Cinsiyet | n | % |
| Kadın | 41 | 48,8 |
| Erkek | 43 | 51,2 |
| Yaş | | |
| Genç Yaşlı | 68 | 81,0 |
| Orta Yaşlı | 14 | 16,7 |
| İleri Yaşlı | 2 | 2,4 |
| Eğitim Durumu | | |
| İlköğretim ve altı | 74 | 88,0 |
| Lise | 5 | 6,0 |
| Üniversite ve üstü | 5 | 6,0 |
| Meslek | | |
| Emekli | 25 | 29,8 |
| Ev Hanımı | 37 | 44,0 |
| Serbest Meslek | 21 | 25,0 |
| Diğer | 1 | 1,2 |
| Kronik Hastalık Varlığı | | |
| Evet | 51 | 60,7 |
| Hayır | 33 | 39,3 |

Ölüm Kaygısı: Yaşlı bireylerin ölüm kaygısı ölçek puan ortalaması 7,73±2,63 (min.2, max.15) olarak saptanmıştır (Tablo 3). Genç yaşlıların ölüm kaygısı puan ortalaması 7,72±2,77, orta yaşlıların puan ortalaması 7,57±1,98, ileri yaşlıların puan ortalaması ise 9,50±2,12'dur; ancak yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Cinsiyet ve kronik hastalık varlığı ile ölüm kaygısı puan ortalaması arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 2).

Tablo 2. Yaşlı Bireylerin Ölüm Kaygısı ve Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi

| Özellikler | S | Ölüm Kaygısı Puan Ortalaması | | |
|-------------------------|----|------------------------------|------|------|
| | | Ort.±SD | F/t* | P |
| Yaş Grupları | | | | |
| Genç Yaşlı | 68 | 7,72±2,77 | ,469 | ,627 |
| Orta Yaşlı | 14 | 7,57±1,98 | | |
| İleri Yaşlı | 2 | 9,50±2,12 | | |
| Cinsiyet | | | | |
| Kadın | 41 | 7,92±3,13 | ,638 | ,525 |
| Erkek | 43 | 7,55±2,08 | * | |
| Eğitim Durumu | | | | |
| İlköğretim ve altı | 74 | 7,71±2,70 | ,084 | ,919 |
| Lise | 5 | 7,60±2,40 | | |
| Üniversite ve üstü | 5 | 8,20±2,28 | | |
| Meslek | | | | |
| Emekli | 25 | 7,80±2,27 | ,092 | ,964 |
| Ev Hanımı | 37 | 7,64±3,10 | | |
| Serbest Meslek | 21 | 7,76±2,30 | | |
| Diğer | 1 | 9,00±0,00 | | |
| Kronik Hastalık Varlığı | | | | |
| Evet | 51 | 7,80±2,81 | ,283 | ,778 |
| Hayır | 33 | 7,63±2,38 | * | |

Tablo 3. Yaşlı Bireylerin Ölüm Kaygısı ve Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

| | n | Min | Max | Ortalama±SD |
|-------------------|----|-------|--------|-------------|
| Ölüm Kaygısı | 84 | 2,00 | 15,00 | 7,73±2,63 |
| Fonksiyonel Durum | 84 | 25,28 | 100,00 | 77,77±19,40 |
| Esenlik | 84 | 23,74 | 94,00 | 59,44±15,43 |
| Genel Sağlık | 84 | 7,50 | 93,50 | 54,44±16,62 |
| Global Sağlık | 84 | 22,08 | 90,93 | 63,88±14,41 |
| Yaş | 84 | 65,00 | 91,00 | 70,36±4,98 |

Yaşam Kalitesi: Örneklemi oluşturan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi alt boyutlarının puan ortalamasına incelendiğinde; fonksiyonel durum alt boyutu puan ortalaması 77,77±19,40, esenlik alt boyutu puan ortalaması 59,44±15,43, genel sağlık anlayışı alt boyutu puan ortalaması 54,44±16,62 olarak saptanmıştır. Global yaşam kalitesi puan ortalaması ise 63,88±14,41'dir (Tablo 3). Yaşlı bireylerin cinsiyet, yaş, meslek, eğitim düzeyi ve kronik hastalık varlığı gibi değişkenlere göre yaşam kalitesi parametreleri incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür (p>0,05) (Tablo 4, Tablo 5).

Ölüm Kaygısı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki: Tablo 4'te görüldüğü gibi ölüm kaygısı ile global yaşam kalitesi ve yaşam kalitesinin tüm alt boyutları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır (p>0,05) (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların Ölüm Kaygısı ve Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları ile Yaş Ortalaması İlişkisi

| Yaşam Kalitesi Alt Boyutları | Yaş Ortalaması | | Ölüm Kaygısı Puan Ortalaması | |
|------------------------------|----------------|------|------------------------------|------|
| | r | p | r _s | p |
| Fonksiyonel Durum | -,134 | ,225 | -,085 | ,443 |
| Esenlik | -,169 | ,125 | ,020 | ,856 |
| Genel Sağlık | ,110 | ,320 | ,080 | ,469 |
| Global Sağlık | -,078 | ,480 | ,005 | ,966 |
| Ölüm Kaygısı | ,028 | ,797 | - | - |

Tablo 5. Yaşlı bireylerin Yaşam kalitesi ve Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi

| Özellikler | | Yaşam Kalitesi Puan Ortalaması | | | |
|--------------------------------|--------------------|--------------------------------|-------------|----------|-------|
| Yaş | | S | F | p | |
| Fonksiyonel Durum | Genç Yaşlı | 68 | 77,89±20,23 | 0,494 | 0,612 |
| | Orta Yaşlı | 14 | 79,08±15,81 | | |
| | İleri Yaşlı | 2 | 64,51±14,04 | | |
| Esenlik | Genç Yaşlı | 68 | 59,86±15,11 | 0,469 | 0,627 |
| | Orta Yaşlı | 14 | 58,90±17,34 | | |
| | İleri Yaşlı | 2 | 49,18±18,07 | | |
| Genel Sağlık | Genç Yaşlı | 68 | 59,44±15,43 | 0,272 | 0,763 |
| | Orta Yaşlı | 14 | 56,60±18,25 | | |
| | İleri Yaşlı | 2 | 48,00±7,77 | | |
| Global Sağlık | Genç Yaşlı | 68 | 63,98±14,59 | 0,508 | 0,604 |
| | Orta Yaşlı | 14 | 64,86±14,07 | | |
| | İleri Yaşlı | 2 | 53,89±13,29 | | |
| Cinsiyet | | S | t | p | |
| Fonksiyonel Durum | Kadın | 41 | 79,22±19,69 | 0,085 | 0,505 |
| | Erkek | 43 | 76,38±19,25 | | |
| Esenlik | Kadın | 41 | 60,83±16,02 | 0,232 | 0,426 |
| | Erkek | 43 | 58,12±14,91 | | |
| Genel Sağlık | Kadın | 41 | 56,79±16,89 | 0,352 | 0,209 |
| | Erkek | 43 | 52,20±16,25 | | |
| Global Sağlık | Kadın | 41 | 65,61±15,04 | 0,486 | 0,286 |
| | Erkek | 43 | 62,24±13,75 | | |
| Meslek | | | F | p | |
| Fonksiyonel Durum Esenlik | Emekli | 25 | 78,91±19,40 | 1,087 | 0,359 |
| | Ev Hanımı | 21 | 73,94±20,34 | | |
| | Serbest Meslek | 37 | 79,89±18,80 | | |
| | Diğer | 1 | 50,97±0,00 | | |
| Genel Sağlık Global Sağlık | Emekli | 25 | 59,89±15,61 | 0,406 | 0,749 |
| | Ev Hanımı | 21 | 59,25±14,99 | | |
| | Serbest Meslek | 37 | 59,71±15,92 | | |
| | Diğer | 1 | 42,48±0,00 | | |
| Fonksiyonel Durum Esenlik | Emekli | 25 | 50,18±16,65 | 1,351 | 0,264 |
| | Ev Hanımı | 21 | 55,92±14,75 | | |
| | Serbest Meslek | 37 | 55,86±17,34 | | |
| | Diğer | 1 | 77,50±0,00 | | |
| Genel Sağlık | Emekli | 25 | 62,99±15,01 | 0,222 | 0,881 |
| | Ev Hanımı | 21 | 63,04±13,92 | | |
| | Serbest Meslek | 37 | 65,15±14,72 | | |
| | Diğer | 1 | 56,98±0,00 | | |
| Eğitim Durumu | | S | F | p | |
| Fonksiyonel Durum | İlköğretim ve altı | 56 | 76,64±19,96 | 0,592 | 0,556 |
| | Lise | 23 | 81,38±16,17 | | |
| | Üniversite ve üstü | 5 | 73,80±28,04 | | |
| Esenlik | İlköğretim ve altı | 56 | 59,90±16,38 | 0,247 | 0,782 |
| | Lise | 23 | 59,33±14,19 | | |
| | Üniversite ve üstü | 5 | 54,80±10,65 | | |
| Genel Sağlık | İlköğretim ve altı | 56 | 52,74±18,01 | ,937 | ,396 |
| | Lise | 23 | 57,36±13,57 | | |
| | Üniversite ve üstü | 5 | 60,10±11,42 | | |
| Global Sağlık | İlköğretim ve altı | 56 | 63,09±15,51 | ,344 | ,710 |
| | Lise | 23 | 66,02±12,28 | | |
| | Üniversite ve üstü | 5 | 63,88±14,41 | | |
| Kronik Hastalık Varlığı | | S | t | p | |
| Fonksiyonel Durum | Evet | 51 | 76,62±20,94 | 3,09 | ,506 |
| | Hayır | 33 | 79,53±16,92 | | |
| Esenlik | Evet | 51 | 58,72±16,65 | 2,11 | ,596 |
| | Hayır | 33 | 60,56±13,49 | | |
| Genel Sağlık | Evet | 51 | 55,42±17,67 | ,30 | ,507 |
| | Hayır | 33 | 52,93±15,00 | | |
| Global Sağlık | Evet | 51 | 63,59±15,82 | 3,79 | ,816 |
| | Hayır | 33 | 63,34±12,11 | | |

TARTIŞMA

Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı sık rastlanan ve bireyin yaşamını olumsuz etkileyebilen bir durumdur. Şenol (1989) tarafından yapılan bir çalışmada yaşlıların ölüme ilişkin kaygı ve korkularının orta düzeyde olduğu gözlemlenmiştir (22). Yaşlı bireylerde ölüm korkusu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmada da örnekleme oluşturan 65 yaş üstü yaşlı bireylerin ölüm kaygısını yüksek düzeyde yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızda elde edilen bu bulgu literatürü destekler niteliktedir ve yaşlılıkta ihmal edilmemesi gereken önemli bir konudur.

Ölüm kaygısının farklı değişkenler (kültür, hastalık durumu vb.) ile ilişkili olduğu belirtilmesine (8.10) rağmen en önemli değişkenin yaş olduğu belirtilmektedir. Yaş artışına paralel olarak kronolojik sıralama gereği yaşlı bireyler kendilerini ölüme daha yakın hissetmektedir. Beklenti, yaştan artmasıyla ölüm kaygısının artacağıdır (2). Yapılan çalışmaların bir kısmında bu beklentiye karşıt bulgular elde edilmiştir. Cicirelli (2002) ile Wink ve Scott (2005) yaptığı çalışmalarda yaş ile ölüm kaygısı arasında ilişki bulunmamış hatta 70'li yaşların ortasındaki bireylerin, 60'lı yaşların sonundaki bireylere göre daha az ölüm korkusu taşıdıklarını bildirmiştir (27, 28). Fortner ve Neimeyer'in (1999) 49 araştırmayı kapsayan, ölüm kaygısı ile çeşitli değişkenlerin incelendiği meta analiz çalışmasında; birçok değişkenin aksine yaş ve ölüm kaygısı arasında bir ilişki bulunmamıştır (29). Hatta bazı çalışmalarda yaş artışıyla ölüm kaygısının azaldığı bulgusuna ulaşılmıştır (30, 31). Çalışmamızda ise, yaş ve ölüm kaygı puan ortalaması arasında istatistiksel bir ilişki saptanmamıştır.

Ölüm kaygısı ile ilişkili bir diğer değişkenin cinsiyet olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmaların çoğunda kadınlarda ölüm kaygısının fazla olduğu ve bunun yaşla arttığı gösterilmiştir (22, 32, 33). Kadın ve erkek bireyler arasında görülen bu farkın kadınların duygularını ve korkularını daha sıklıkla dışa vurabilmelerine; erkeklerin ise

cinsiyete özgü etiketlere bağılı olarak duygularını ve korkularını rahatça dile getirmemelerine bağılı olabileceğı akla gelmektedir. Ancak bu durum kültürel değışikliklerden de etkilenebileceğı için kadın ve erkekler arasındaki farklılıkların da çalışmanın yapıldığı kültüre göre değışebileceğı düşünölmektedir. Çalışmamızda ise ölüm kaygısı puan ortalamalarının kadınlarda daha yüksek olduğı saptanmasına karşın, ölüm kaygısı açısından kadın erkek arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu bulguyu destekler nitelikte cinsiyet ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (9, 29).

İlerleyen yaşla beraber sağlık sorunları ve buna bağılı yaşanan sıkıntılar artmaktadır (34). Literatürde, fiziksel hastalık durumunun ölüm kaygısını olumsuz etkileyebileceğı belirtile de fiziksel hastalık varlığının her zaman ölüm kaygısını arttırmadığı görölmektedir. Son dönem kanser hastaları ile ölümcül hastalığı olmayan bireylerin incelendiğı bir çalışmada ise, kanserli grupta ölüm kaygısının artmadığı ve hatta ölüm kaygısı ölçek puanlarının azaldığı saptanmıştır (35). Diğere bir çalışmada da kanser hastaları ile başka hastalığı olan bireyler karşılaştırılmış ve yine kanserli grupta bir önceki çalışmaya benzer olarak ölüm kaygısı daha düşük bulunmuştur (36). Literatüre paralel olarak bu çalışmada da bireylerin var olan hastalıkları ile ölüm kaygıları arasında anlamlı bir farkın olmadığı görölmüştür.

Yaşlı bireylerde hayata anlam katan önemli bir parametre de yaşam kalitesidir. Örnekleme oluşturan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi puanlarına bakıldığında; fonksiyonel durum alt boyut alanında yaşam kalitesinin yüksek olduğı, diğere iki alt boyutta ve global sağlık alanında yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğı bulunmuştur. Yaşla birlikte fonksiyonel kapasitede azalma, rol ve işlevlerde bozulma ve kayıplar, kronik hastalıklar ve duygusal etmenler gibi pek çok faktör yaşam kalitesini bozabilmektedir. Bu noktada yaşlılık süreci, yaşamı dolayısıyla yaşam kalitesini etkileyen önemli bir parametre olarak karşımıza çıkmaktadır.

Literatüre bakıldığında da yaşın ilerlemesinin ve beraberinde getirdiğı kötü bilişsel düzeyin yaşam kalitesini azalttığı görölmüştür (17, 37, 38, 39). Yapmış olduğumuz bu çalışmada da ileri yaşlı bireylerde ölüm kaygı puanlarının yüksek olduğı görölmüştür. Aynı şekilde yaşam kalitesi puanlarının da yaş artışı ile birlikte azaldığı görölmüştür. Onat'ın (2013) yapmış olduğı bir çalışmada cinsiyet, meslek ve sigara kullanımı gibi değışkenlerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin hem fiziksel hem de mental skorunu etkilemediğı; gelir durumunun fiziksel fonksiyon alt boyut puanını, medeni durumun ve eğitim durumunun ise sadece mental sağlık alt boyut puanını etkilediğı görölmüştür. Kronik hastalık ve kullanılan ilaç sayısının ise yalnızca mental sağlık alt boyut puanını etkilediğı sonucuna ulaşılmıştır (17). Başka bir çalışmada da yaşlıların cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik durumun kötü olmasının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğı gösterilmiştir (39). Bir diğere çalışmada, huzurevinde kalan 65 yaş ve üzerindeki bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence, ekonomik durumun yaşam kalitesini etkilediğı bulunmuştur (40). Bu çalışma sonuçlarına karşın Sönmez ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan bir çalışmada ise, yaşlıların eğitim durumu, aylık gelir düzeyi, medeni durumu ve sağlık güvencesi ile yaşam kalitesi alt bileşenleri arasında anlamlı farklılığın olmadığı görölmüştür (41). Yapılan bu çalışmada da yaşam kalitesini etkileyebileceğı düşünülen cinsiyet, yaş, meslek, eğitim düzeyi ve kronik hastalık varlığı gibi parametrelere göre yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Ölüm kaygısı yaşam kalitesini etkileyen önemli bir diğere değışkendir. Literatüre bakıldığında; yapılan bir çalışmada ölüm kaygısı ile yaşam kalitesi ölçek puanları arasındaki ilişki değılendirilmiş; ölüm kaygı puanının yaşam kalitesinin alt başlıklarını oluşturan genel sağlık algısı, canlılık, ruhsal sağlık puanları ile negatif yönde ilişkili olduğı saptanmıştır. Bu durum yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin yaşadıkları ölüm

kaygısından önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir (2). Yapılan bu çalışmada ise, yaşlı bireylerin ölüm kaygısı ile global yaşam kalitesi ve tüm diğer alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızdan elde edilen bu sonuç literatür bilgilerini desteklememektedir. Bu durumun çalışmamızdaki örneklem grubundaki yaşlı bireylerin çoğunluğunun genç yaşlı grubunda olması ve beklenen yaşam süresinin daha fazla olmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Nitekim ileri yaşlılık dönemlerinde ölüm kaygısının daha yoğun yaşanması ile yaşam kalitesinin bozulması yakından ilişkilidir. Ayrıca, eğitim düzeyi de bu noktada önemli bir diğer değişkendir. Yapılan bu çalışmada yaşlı bireylerin eğitim seviyelerinin ilköğretim ve altında olması bireylerde yaşam kalitesine yönelik duyarlılığın düşük olabileceğini akla getirmektedir. Bu noktada çalışmanın daha büyük bir örneklem ile örneklem grubundaki bireylerin sosyo-demografik özellikler bakımından homojen olduğu bir yaşlı popülasyonu ile yapılması önerilmektedir.

SONUÇ

Ölüm kaygısı başta yaşlılar olmak üzere her yaş grubunda insanın yaşamını ve yaşam kalitesini etkileyebilen bir kavramdır. Bu kavramın dikkate alınmaması birçok ruhsal bozukluğu etkileyen önemli noktalardan birinin ihmal edildiği anlamına gelebilmektedir. Yaşlı bireylerin orta düzeyde ölüm kaygısı yaşadığı, özellikle ileri yaşlarda ölüm kaygısı puanının arttığı ancak bunun istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmektedir. Yaşlı bireylerin yaşadıkları ölüm kaygısı ve yaşam kaliteleri arasındaki etkileşimi değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışma ile ülkemizde az sayıda bulunan ölüm kaygısı ile ilgili klinik çalışmalara bir katkıda bulunulmuştur. Bu çalışmanın bazı sonuçları literatürde yer alan ülkemizde ve yurtdışında bu yönde yapılan araştırmaların sonuçları ile uyum gösterirken bazı bulgular ise çelişmektedir. Bu doğrultuda yaşlı bireylerin ölüme yönelik yaşadıkları kaygının ve bu kaygının yaşam kalitesi ile etkileşiminin bilinmesinin sunulacak sağlık

bakımına yön vermede yardımcı olacağı düşünülmektedir. Bu noktada yapılan çalışmanın daha geniş yaşlı popülasyonları ile farklı bölgelerde tekrar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (<http://www.tuik.gov.tr/Start.do>, 2015). Erişim tarihi:12.02.2016.
2. Öztürk Z, Karakuş G, Tamam L. Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2011;12(1):37-43
3. Duyan V. Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2014;8(1):25-31.
4. Tanhan F. Ölüm Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı ve Psikolojik İyi Olmaya Etkisi. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2013;(1)184-200.
5. Brayne S, Fenwick P. *Nearing the end of Life, A Guide for Relatives and Friends of the Dying*, First published in Great Britain-2008. p:1-3
6. Arpacı F, Avdaş E, Doğruöz Ö, Sarıdoğan T. Yaşlılarda Ölüm Kaygısının İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2011(1-2):53-66.
7. Akça F, Köse İA. Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Klinik Psikiyatri* 2008;11(1):7-16.
8. Abdel-Khalek AM, Tomas-Sabado J. Anxiety and Death Anxiety in Egyptian and Spain Nursing Student. *Death Studies* 2005;29(2):175-169.
9. Erdoğan MY, Özkan M. Farklı Dini İnanışlardaki Bireylerin Ölüm Kaygıları ile Ruhsal Belirtiler ve Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007;14(3):171-179.
10. Morris CG. *Psikolojiyi Anlamak (Psikolojiye Giriş)* (Çev. Ayvayışık HB, Sayıl M), Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 3. Baskı. ISBN: 9789756761212. İstanbul-2002.ss: 396.
11. Missler M, Stroebe M, Geurtsen L, Mastenbroek M, Chmoun S, van der Houwen K. *Exploring Death Anxiety Among Elderly People: A Literature Review and Empirical Investigation*. *Omega* 2012;64(4):357-79.
12. Lehto RH, Stein KF. *Death Anxiety: An Analysis of an Evolving Concept. Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal* 2009;23(1):2-41.
13. Softa HK, Uçukoğlu H, Karaahmetoğlu GU, Esen D. Yaşlılarda Ölüm Kaygısı Düzeyini Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2011(1-2):67-79.
14. Top FÜ, Saraç A, Gülsüm Yaşar G. Huzurevinde Yaşayan Bireylerde Depresyon Düzeyi, Ölüm Kaygısı ve Günlük Yaşam İşlevlerinin Belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri* 2010;13:14-22.
15. Arpacı F, Tokyürek Ş, Bilgili N. Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2015;8(1):1-11.
16. Şahin NE, Emiroğlu ON. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014: 57-66.
17. Onat ŞŞ. Yaşlı Bireylerde Sosyodemografik Özellikler ve Kognitif Fonksiyonların Yaşam Kalitesine Etkisi. *Türk Osteoporoz Dergisi* 2013;19:69-73.
18. Sönmez Y, Uçku R, Kıtay Ş, Korkut H, Sürücü S, Sezer M ve ark. İzmir'de Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 75 Yaş ve Üzeri Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007;21(3):145-153.
19. Kılıçoğlu A, Yenilmez Ç. Huzurevindeki Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Bireye Özgü Etkenler ile İlişkisi. *Düşünen Adam* 2005;18(4):187-195.
20. Arslan Ş, Kutsal YG. Geriatriye Yaşam Kalitesinin Değerlendirmesi. *Geriatrics* 1999;2(4):173-178.
21. Cheng SY, Hu WY, Liu WJ, Yao CA, Chen CY, Chiu TY. *Good Death Study of Elderly Patients with Terminal Cancer in Taiwan. Palliative medicine* 2008;22(5):626-32.
22. Şenol C. Yüksek Lisans Tezi; "Ankara İlinde Kurumlarda Yaşayan Yaşlılarda Ölüme İlişkin Kaygı ve Korkular" Ankara

- Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Bekir Onur. Ankara-1989.
23. Templer DI. The Construction and Validation of a Death Anxiety Scale The Journal Of General Psychology 1970;82(2):165-177.
 24. Ware JE, Sherbourne DC. The MOS 36 İtem Short form Health Survey (SF 36). Medical Care 1992;30(6):473-483.
 25. Pınar R. Sağlık Araştırmalarında Yeni Bir Kavram: Yaşam Kalitesi, Bir Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kronik Hastalarda Geçerlik ve Güvenirliğinin Sınanması. Hemşirelik Bülteni 1995;9:85-95.
 26. Akgül, A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri ve Analiz Yöntemleri (Statistical Analysis Techniques and Analysis Methods in Medical Research). SPSS Applications. Higher Education Council Press, Ankara; 1997.
 27. Cicirelli VG. Fear of Death in Older Adults: Predictions from Terror Management Theory. Journal of Gerontology Psychological Sciences 2002;57(4):358-366.
 28. Wink P, Scott J. Does Religiousness Buffer Against The Fear of Death and Dying in Late Adulthood? Finding from a Longitudinal Study. Journal of Gerontology 2005;60(4):207-214.
 29. Fortner BV, Neimeyer RA. Death Anxiety in Older Adults: A Quantitative Review. Death Studies 1999;23(5):387-411.
 30. Nelson LD. Structural Conduciveness, Personality Characteristics and Death Anxiety. Omega: Journal of Death and Dying 1979;10(2):123-133.
 31. Stevens SJ, Cooper PE, Thomas LE. Age Norms for Templer's Death Anxiety Scale. Psychological Reports 1980;46:205-206.
 32. Madnawat AVS, Kachhawa PS. Age, Gender, and Living Circumstances: Discriminating Older Adults on Death Anxiety. Death Studies 2007;31(8):763-769.
 33. Depaola SJ, Griffin M, Young JR, Neimeyer R. Death Anxiety and Attitudes Toward the Elderly Among Older Adults: The Role of Gender and Ethnicity. Death Studies 2003;27(4):335-354.
 34. Özen, D. Yüksek Lisans Tezi; "Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Kaygısının Günlük Yaşam İşlevlerine Etkisi". Haliç Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul- 2008.
 35. Gibbs HW, Lawis AJ. Spiritual Values and Death Anxiety: İmplications for Counseling with Terminal Cancer Patients. Journal of Counseling Psychology 1978;25(6):563-569.
 36. Dougherty K, Templer DI, Brown R. Psychological States in Terminal Cancer Patients as Measured over Time. Journal of Counseling Psychology 1986;33(3):357-359.
 37. Kavlak Y. Huzurevinde Kalan Bireylerin Demografik Özelliklerinin Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam kalitesi ve Depresyon Üzerine Etkisi. Akad Geriatri 2012;4:97-103.
 38. Jiang Y, Hesser JE. Associations Between Health-related Quality of Life and Demographics and Health Risks. Results from Rhode Island's 2002 behavioral risk facror survey. Health and Quality of Life Outcomes 2006;4(14):1-10.
 39. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of Health-related Quality of Life in Elderly in Tehran, Iran. BMC Public Health 2008;8:323-331.
 40. Çalıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A. Muğla İl Merkezinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2006;9(1):30-33.
 41. Sönmez Y, Uçku R, Kıtay Ş, Korkut H, Sürücü S, Sezer M ve ark. İzmir'de Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 75 Yaş ve Üzeri Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007;21(3):145-153.

ESANSİYEL HİPERTANSİYONLU HASTALARDA M235T ANJİOTENSİNOJEN GEN POLİMORFİZMİ

ANGIOTENSİNOGEN GENE POLYMORPHISM IN PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION

Kağan KILINÇ¹ Abdülkerim BEDİR² Nurol ARIK³ Muhlise ALVUR⁴ Ali Fuat BODUR⁵

ÖZET

Esansiyel hipertansiyon, patogeneğinde çeşitli genlerin rol oynadığı poligenik bir hastalıktır. Kan basıncının regülasyonunda görev yapan renin-angiotensin sistemi (RAS) aynı zamanda hipertansiyon gelişimine de neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalar neticesinde angiotensinogen (AGT) genin genetik polimorfizm gösterdiği tespit edilmiştir. AGT'nin en yaygın iki varyantı T174M ve M235T'dir. Çeşitli populasyonlar üzerinde yapılan çalışmalar sonunda, M235T varyantının diğer varyantlara göre esansiyel hipertansiyonla daha fazla ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Bununla beraber, AGT gen polimorfizminin hipertansiyonla ilişkisi etnik farklılıklar göstermektedir.

105 hipertansif hasta ve 56 normotansif kişiyi kapsayan bu çalışmamızda, Türk populasyonunda AGT 235T varyantının allel frekansı ve esansiyel hipertansiyonla ilişkisi incelenmiştir. MS-PCR'in (mutagenically seperated polymerase chain reaction) TD PCR (touchdown polimerase chain reaction) formatında kullanıldığında bu çalışmada 235T allel frekansı 0.43 olarak bulunmuştur ki bu değer beyaz ırk için tespit edilen değerler ile uyumludur. Çeşitli çalışmalarda bu polimorfizmin esansiyel hipertansiyonla ilişkisi farklı sonuçlar göstermekte olup, çalışmamızda AGT 235T varyantının esansiyel hipertansiyonla anlamlı bir ilişkisi gözlemlenmemiştir (P=0.54). Bununla beraber çalışmamızda hipertansif grupta TT homozigot genotipli hastaların diğer genotipli hastalara (TM+MM) göre anlamlı derecede daha yüksek sistolik kan basıncına sahip oldukları gözlemlendi (p<0.02).

Anahtar Kelimeler : Esansiyel Hipertansiyon, Anjiotensinojen, M235T Polimorfizm, Touchdown PCR

ABSTRACT

Essential hypertension is a polygenic disease indicating that several genes are involved in its pathogenesis. The renin-angiotensin system, which is involved in the regulation of blood pressure, may play an important role in the development of hypertension. It is shown that the angiotensinogen (AGT) gene had genetic polymorphism and most common variants of AGT are T174M and M235T. In several studies on various populations, it was observed that M235T variant is more related with essential hypertension than other variants. However, the relation between AGT gene polymorphism and hypertension shows ethnic differences.

We examined 105 hypertensive patients and 56 normotensive persons to estimate allele frequency of AGT 235T variant and to establish relationship with essential hypertension in Turkish population. In this study, originally, mutagenically seperated (MS) PCR was used in the form of touch down (TD) PCR. Frequency of 235T allele was found 0.43, which accords to previous studies results in whites. Several studies were shown differences about their relation with essential hypertension. In our study we have not observed any significant relationship between the variant of AGT 235T and essential hypertension (P=0.54). However, we observed that hypertensive patients with homozygous T genotype have higher systolic blood pressure than hypertensive patients with other genotype (TM+MM, p<0.02).

Key Words : Essential Hypertension, Angiotensinogen, M235T Polymorphism, Touchdown PCR

Bu yayın aynı isimli yüksek lisans tezinden (Samsun SBE,1999) revize edilmiş olup çalışmanın bir kısmı 1999 yılında Antalya'da Ulusal Biyokimya Kongresi'nde sunulmuştur.

¹Yrd. Doç. Dr. Gümüşhane Üniversitesi Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi Genetik ve Biyomühendislik Bölümü

²Prof. Dr. Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya ABD

³Prof. Dr. Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

⁴Prof. Dr. Medikal Park Samsun

⁵Yrd. Doç. Dr. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü

GİRİŞ:

Hipertansiyen tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hayat standartlarını kısaltan ve ölüme neden olan başlıca hastalıklardan biridir. Türk Hipertansiyon uzlaşısı raporuna göre 2012 yılı itibarı ile Türkiye’de halkın %30.3’ü hipertansiftir (1). Avrupa Hipertansiyon Derneği (EHS) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği’nin (ECS) Arteryal Hipertansiyon Klavuzu ile Amerikan Ortak Ulusal Komitesi’nin üst üste 3 raporunda (JNC VI, VII ve VIII) yaş, çeşitli hastalıklarla ilişkili olma, primer veya esansiyel hipertansiyon olup olmamasına göre yapılmış çeşitli sınıflandırmalarda sistolik kan basıncının (SKB) ≥ 140 mmHg ve diastolik kan basıncının (DKB) ≥ 90 mmHg olması hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır (2-3). Esansiyel (primer-sebebi belli olmayan) hipertansiyon (EH), birçok genetik ve çevresel etmenin rol oynadığı çok faktörlü bir hipertansiyon çeşididir. Esansiyel hipertansiyon toplam hipertansiyon vakalarının %90’dan fazlasını oluşturmaktadır ve patofizyolojisinde stres, obezite, diyabet gibi etyolojik unsurlar yanında, çevresel etmenlerin tetiklediği sodyumun geri Emilimi ile görevli bazı hormonların ve vazokonstriktörlerin sentezinin artışı, artmış ya da düzensiz renin aktivitesine bağlı olarak angiotensinojen II ve aldosteron üretiminin artışı gibi bazı genetik durumlarla da karşılaşılmaktadır (4-5).

Sıvı ve elektrolit dengesinin sağlanması yolu ile kan basıncının düzenlenmesine katkıda bulunan çeşitli doku ve organları içeren sistemler bulunmaktadır. Bunlardan biri de renin–anjiotensin sistemidir (RAS). Anjiotensinojen (AGT) karaciğerden sentezlenerek dolaşıma verilir ve renin tarafından kısmen aktiflenir. Renin, Na^+ ve Cl^- değişimine hassas olan böbrek jukstaglomeruler (JG) hücrelerince sentezlenir. Renal sempatik sinirler, baroreseptör ve tuz konsantrasyonundan bağımsız olarak renin salınımını tetikleyebilir. Renin dolaşımında 30 dakika ile 1 saat arasında etkisini gösterir ve bu sürede anjiotensinojeni substrat olarak kullanarak anjiotensin I’e dönüştürür. Anjiotensin I de

akciğerlerde kapiller endotellerce sentezlenen anjiotensin dönüştürücü enzim (angiotensin converting enzim -ACE-) tarafından aktif olan anjiotensin II’ye çevirilir. Anjiotensin II güçlü bir vazokonstriktördür ve kan basıncının dakikalar içinde düzenlenmesine yardımcı olur (6).

RAS’ın hipertansiyonla ilişkisi olduğuna dair çalışmalar yanında inme, kardiyak yetmezlik ve koroner arter hastalığı gibi diğer bazı kalp damar hastalıklarının bu sistemle yakın alakalı olduğuna dair bulgular da mevcut olup AGT gen polimorfizmi ile ilgili olarak mutant genotipinin koroner arter hastalığı için bağımsız bir risk faktörü olduğu bile ifade edilmektedir (7-10).

RAS’ın elemanlarından anjiotensinojen, 1. kromozomun 1q42-43 pozisyonunda lokalize bir gen olup 485 aminoasidi şifreleyen 1455 nükleotitin kombinasyonundan oluşmuştur ve doğal formu 452 aminoasid içerir (6). Anjiotensinojen geni polimorfiktir ve 20’den fazla varyantı tespit edilmiştir. Bu varyantlar içinde en fazla rastlanan 2 nokta mutasyonu sonucu, T174M ile genin 702. bazında T—C değişikliği sonucu 235. pozisyonda metiyonin yerine treonin gelmesi ile oluşan M235T polimorfizmleridir. Yapılan çeşitli çalışmalarda AGT plazma düzeyleri ve genetik polimorfizmi ile esansiyel hipertansiyon arasında ilişki olduğuna dair sonuçlara ulaşılmıştır (11-13). Bununla beraber, esansiyel hipertansiyonun çevre-gen etkileşimli multifaktöryel bir hastalık olması, farklı toplumlarda, hatta aynı toplumun farklı popülasyonlarında farklı sonuçlara yol açtığına, bunun bir örneği olarak AGT polimorfizmleri ile esansiyel hipertansiyon arasında ilişki olmadığına yönelik çalışmalar da bulunmaktadır (14-17).

Bu çalışmada randomize edilmiş esansiyel hipertansiyonlu Türk hastalarda AGT M235T polimorfizminin T ve M alleleri ile esansiyel hipertansiyon arasında bir ilişki olup olmadığını tespiti amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

I. Hasta (Hipertansif) Grubu

Hasta grubu Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hipertansiyon Polikliniği tarafından takip edilen 105 kişiden (34 Erkek 71 kadın) oluşturuldu. Hipertansiyon kriteri olarak sistolik kan basıncı >140 mmHg, diastolik kan basıncı >90 mmHg (JNC report VI) olarak kabul edildi. Sekonder hipertansiyonlu bireyler klinik ve laboratuvar değerlendirmesine müteakip elimine edildi. Hipertansif grup bir ya da daha fazla anti-hipertansif ilaç kullanmaktadır.

II. Kontrol (Normotensif) Grubu

Negatif aile hikayesi olan ve üç farklı zamanda yapılan tansiyon ölçümlerinde sistolik kan basıncı <140 ve diastolik kan basıncı < 90 olan sağlıklı hastane personeli ile huzurevi sakinlerinden oluşan 56 kişiden (27 erkek, 29 kadın) oluşturuldu. Hipertansif ve normotensif gruptaki katılımcılara deney hakkında bilgi verildi ve izinleri alındı.

III. Biyokimyasal Testler

Serum Trigliserit, HDL-kolesterol ve total kolesterol düzeyleri Hitachi marka otoanalizörde (Hitachi Ltd. 747 Tokyo, Japan) spektrofotometrik olarak end point reaksiyonla tespit edildi. Apo -A1, Apo-B ve lp(a) ise nefalometrik (Behring GmbH, Almanya) olarak gerçekleştirildi.

IV. Genotipleme

Çalışmamız AGT gen polimorfizminin tespiti amacıyla bazı modifikasyonlar yapılmak sureti ile Suzanne Schmidt yöntemi kullanıldı (18). Optimizasyon sırasında diğer çalışmalardan farklı bir yöntem kullanıldı ve mutajenik olarak ayrıştırılmış polimeraz zincir reaksiyonu (MS PCR) ve touch down polimeraz zincir reaksiyonu (TD PCR) kombinasyonu geliştirildi. Bu yöntemle kullanılan mutant primer, normal primer ve ortak primer, MS PCR yöntemine göre geni sınırlamakta ve ortamda hangi gen varsa onu çoğaltmaktadır. TD PCR yöntemi kullanılarak farklı Tm derecelerine sahip 3 primerin uygun PCR koşullarında çalışması sağlandı.

A. DNA Ekstraksiyonu

EDTA'lı CBC tüpüne alınmış periferik venöz kandan fenol-kloroform yöntemi ile DNA izole edildi (19).

B. Polimeraz Zincir Reaksiyonu (PCR) Şartları

Kullanılan primerler (GENEMED Synthesis Inc.):

Mutant primer : CCA GGT TGC TGT
CCA CAC TGG CTC CGG (27 baz)

Normal primer :AAG TGG ACG TAG
GTG TTG AAA GGG AGG GTG CTG TCC
ACA CTG GCT TCC A (49 baz)

Ortak primer : TGT GGT CCT CCC ACG
CTC TCT CC (23 baz)

PCR reaksiyon karışımında kullanılan kimyasalların (MBI Fermentase UK) final konsantrasyonları: dNTP (10mM) 200 µM, MgCl₂ (25mM) 1.5mM, AGT Primer 1 (100 pmol/µL) 0.30 µM, AGT Primer 2(100 pmol/µL) 0.40 µM, AGT Primer 3 (100 pmol/µL) 0.20 µM, DNA Taq polimeraz (5 U/µL) 0.75 U, DNA ekstraktı, Taq buffer ve deiyonize su ile 30 µL'lik reaksiyon hacmi oluşturuldu. PCR karışımı thermocycler (Techne) cihazına konarak hedef DNA bölgesi çoğaltıldı.

Uygulanan PCR Döngüsü şekil 1'de verildi.

Şekil 1. TD ve MS PCR Kombinasyonuna Ait Program.

| | Siklus Sayısı | Sıcaklık (°C) | Süre (dakika) |
|-----------|---------------|-----------------|---------------|
| Program 1 | 1 | 94 | 4 |
| Program 2 | 2 | | |
| 1.Aşama | | 94 | 1 |
| 2.Aşama | | 70 | 1 |
| 3.Aşama | | 72 | 1 |
| Program 3 | 2 | | |
| 1.Aşama | | 94 | 1 |
| 2.Aşama | | 69 | 1 |
| 3.Aşama | | 72 | 1 |
| Program 4 | 2 | | |
| 1.Aşama | | 94 | 1 |
| 2.Aşama | | 68 | 1 |
| 3.Aşama | | 72 | 1 |
| Program 5 | 2 | | |
| 1.Aşama | | 94 | 1 |
| 2.Aşama | | 67 | 1 |
| 3.Aşama | | 72 | 1 |
| Program 6 | 2 | | |
| 1.Aşama | | 94 | 1 |
| 2.Aşama | | 66 | 1 |
| 3.Aşama | | 72 | 1 |
| Program 7 | 2 | | |
| 1.Aşama | | 94 | 1 |
| 2.Aşama | | 65 | 1 |
| 3.Aşama | | 72 | 1 |
| Program 8 | 30 | | |
| 1.Aşama | | 94 | 1 |
| 2.Aşama | | 60 | 1 |
| 3.Aşama | | 72 | 1 |
| Program 9 | 1 | 4 | ∞ |

Genomik DNA' dan amplifiye edilmiş PCR ürünleri % 4 NuSieve agaroz jel elektroforezinde (Hybaid-Consort) 90 voltta, yaklaşık 30 mA akım şiddetinde 2 saat boyunca yürütüldü ve UV transillüminatörde (HEROLAB) bandlar analiz edildi.

V. İstatiksel Analiz:

Allel ve genotip frekanslarına ait veriler Hardy Weinberg eşitliği ve ki-kare testi (χ^2) ile analiz edildi. Hipertansif ve normatensif gruplar arasındaki klinik özellikler aritmetik ortalama \pm Standart Sapma (SD) olarak ifade edildi ve Student's t testi ile karşılaştırıldı. AGT genotipleri arasındaki fenotipik özelliklerin karşılaştırılmasında tek-yönlü ANOVA testi kullanıldı. Plazma Lp (a) ve trigliserit değerleri, parametrik istatistik analiz yapılabilmesi için logaritmik transformasyona tabi tutuldular. Odds oranı tayininde Mantel-Haenszel metodu kullanıldı $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Hastalardan oluşan hipertansif ve sağlıklı bireylerden oluşan normotensif (kontrol)

grubuna ait antropometrik bilgiler, SKB ve DKB ortalamaları ve lipid parametreleri Tablo 1’de yer almaktadır.

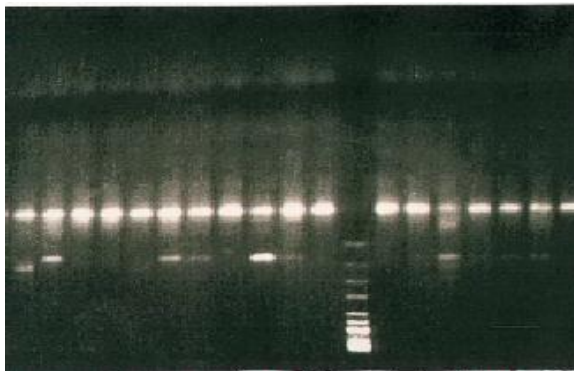
Tablo 1. Kontrol ve Hasta Grubuna Ait Antropometrik Bilgiler SKB ve DKB Ortalamaları ve Lipid Parametreleri

| | Normotensif Grup | Hipertansif Grup | P |
|--------------------------|------------------|------------------|--------|
| n | 56 | 105 | |
| Yaş, Yıl | 58.9 ±14.2 | 48.2± 11.4 | 0.001 |
| Erkek, % | 45 | 30 | |
| Pozitif Aile Hikâyesi, % | 0 | 54 | |
| SKB, mm Hg | 115.2 ± 9.7 | 153.2± 24.2 | >0.001 |
| DKB, mm Hg | 72.0 ± 74.2 | 96.0 ± 12.9 | >0.001 |
| Trigliserid, mg/dl | 128.9 ± 74.2 | 158.3 ± 85.8 | 0.020 |
| Total kolesterol, mg/dl | 168.0 ± 53.7 | 199.4 ± 51.3 | 0.002 |
| HDL kolesterol mg/dl | 39.2 ± 14.2 | 40.5 ± 8.6 | 0.670 |
| ApoA-1, mg/dl | 138.5 ± 42.0 | 152.1 ± 25.3 | 0.039 |
| ApoB, mg/dl | 127.7 ± 48.5 | 137.9 ± 37.0 | 0.195 |
| Lp(a), mg/dl | 40.2 ± 58.7 | 94.2 ± 75.03 | >0.001 |

Veriler aritmetik ortalama ± standart sapma olarak ifade edilmiştir.
Pozitif aile hikayesi 1. dereceden hipertansif akraba olmasıdır.
p < 0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Çoğaltılmış AGT genotiplerinin %4’lük NuSieve agarozda yürütülmesine ait görüntüler Şekil 2’de sunulmuştur. M235T genotipine ait TT mutant homozigot varyantı jelde 134 bp’lik bir parça uzunluğuna sahiptir. TM heterozigot form ise 134 ve 156 bp’lik iki band şeklinde görülmektedir. Doğal tipi oluşturan MM genotipi ise 156 bp’lik tek band şeklindedir.

Şekil 2: Agaroz Jelde Görüntülenen MM, TM ve TT Genotipleri



Genotipleme çalışmasında AGT’nin TT, TM ve MM varyantları sayısal olarak hasta grubunda sırası ile 25, 58 ve 22 olarak bulunurken, kontrol grubunda sırasıyla 11, 26

ve 19 olarak tespit edildi. Hipertansif ve normotensif gruplar arasında genotip dağılımının anlamlı olmadığı görüldü ($\chi^2=3.24$ p=0.18). Hipertansif ve normotensif gruplarda genotip ve allel frekansları Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Hipertansif ve Normotansif Grupta Genotip ve Allel Dağılımı

| | Hipertansif Grup | Normotansif Grup |
|-------------------------|-------------------|------------------|
| Genotip ve Allel | | |
| TT | % 24 | %20 |
| TM | % 55 | %46 |
| MM | % 21 | %34 |
| T Allel | 0.51 | 0.43 |
| M Allel | 0.49 | 0.57 |
| χ^2 (p) | 3.1 (0.21) | 0.40 (0,52) |

χ^2 (p) : ki kare ve p değeri

Gerek normotansif gerekse hipertansif grupta bulunan T allel frekansı, beyaz ırk olarak tabir edilen gruplara ait çalışmadaki sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Hipertansif grupta çeşitli alt grupların normotansif gruba kıyasla genotipik olarak hipertansiyon risklerinin analizi Tablo 3’de verildi. Bu alt grupların da kontrol grubu genotiplerine göre risk farkı görülmedi.

Tablo 3. Normotansif Gruba Kıyasla Hipertansif Alt Gruplarının Genotipe Göre Hipertansiyon Riski

| | n | Odds Oranı (%95 CI) | P |
|--|-----|----------------------|------|
| Hipertansif Grup | 105 | 1.28 (0.57-2.28) | 0.54 |
| BMI > 25.1 kg/m ² Olan Hastalar | 86 | 1.16 (0.50-2.67) | 0.73 |
| Pozitif Aile Hikâyesi Olan Hastalar | 57 | 1.33 (0.54-3.25) | 0.53 |

Pozitif aile hikâyesi birinci dereceden hipertansif akrabasının bulunması olarak tarif edilmiştir.
AGT genotip 1= TT, 2= TM + MM.
CI: Confidence interval.

Kontrol ve hasta grubunun karşılaştırılmasında T allel frekansı ile esansiyel hipertansiyon arasında ilişki tespit edilememekle beraber, AGT 235T varyantını homozigot olarak taşıyan hipertansif bireylerin diğer genotip taşıyıcılarına göre sistolik kan basınçların anlamlı derecede yüksek olduğu gözlemlendi. Sistolik kan basıncının, AGT 235T homozigot grupta ortalama \pm standart sapma değeri: 164.5 ± 27.1 iken, diğer genotip gruplarında (TM+ MM) ise: 150 ± 22.4 olduğu gözlemlendi (P < 0.02).

Esansiyel hipertansiyon, genetik etmenlerle çevresel faktörlerin kombinasyonu sonucu ortaya çıkan multifaktöryel bir hastalıktır. Sadece RAS elemanları değil, atrial natriüretik peptid (ANP), antitrombin III (AT III), addusin, nitrik oksid sentetaz (NOS) ve endotelin-I (ET-1) gibi başka polimorfik genlerin de EH ile ilişkili olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (20). EH gelişiminde poligenik ve multigenik oluşumlarla ilişki olarak bazı çevresel faktörlerin de (tuz tüketim alışkanlığı, stres, obezite, alkol, aile hikâyesi, sosyo-ekonomik düzey vb.) etkili olduğu bilinmektedir (3,4).

1980'li yılların sonlarından itibaren başlayan ve halen devam eden EH'nin etyolojisine yönelik genetik çalışmalarda en belirgin tespitlerden biri de EH ile ilişkili polimorfik genlere ait genotip oranlarının ve bunların allel frekanslarının çeşitli populasyonlarda son derece farklı sonuçlar göstermesiydi. İlginç biçimde Avrupa'dan Asya kıtasına doğru gittikçe T allel frekansının arttığı görülmektedir. Aynı durum siyah ırk için de geçerlidir. Beyaz ırk olarak tabir edilen populasyon grupları üzerinde yapılan çalışmalarda T allel frekansı

daha çok 0.35-0.50 aralığında bulunurken (18,21-23) bu değer Çin, Japon ve Mısırlılarda 0.70-0.80'lere hatta Batı Afrika'da %92'lere kadar çıkabilmektedir (12,24-26). Çalışmamızda 0.43 olarak bulunan T allel frekansı beyaz ırk üzerinde yapılan çalışmalarda bulunan değerler aralığındadır. Ülkemizde AGT 235T polimorfizminin çeşitli hastalıklarla ilişkisini inceleyen çalışmalar mevcuttur. Örneğin, Eroğlu ve arkadaşlarının nefropatili ya da nefropatisiz Tip 2 diyabetli hastalarda AGT M235T polimorfizminde T allelini ortalama 0.46 olarak çalışmamıza yakın değerlerde bulurken, aynı polimorfizmin prematur koroner arter hastalığı ile ilişkisini araştıran Berdeli ve arkadaşları T allel frekansını kontrol grubunda 0.50 olarak tespit etmiştir (28).

AGT 235T polimorfizminin kan basıncını arttırarak esansiyel hipertansiyona (EH) sebep olduğuna dair çalışmalardan elde edilen sonuçlar da farklılıklar göstermektedir. M235T polimorfizmi ile EH arasında ilişki olduğuna dair pozitif sonuçlar olduğu gibi (11-13,18,23,25), bizim çalışmamızın da dahil olduğu başka bir grup çalışmada genotipik dağılım ve allel frekansları açısından hipertansif ve normotansif bireyler arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. (14-17,22). Bununla beraber çalışmamızda T allelini homozigot olarak taşıyan bireylerin (TT) sistolik kan basınçlarının (SKB: 164 ± 27.1) diğer genotipleri (TM, MM) taşıyan bireylere göre (SKB: 150 ± 22.4) anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü (p<0.02). Bu durum T allelinin hipertansiyonla ilişkili olduğunu belirten çalışmaları desteklemektedir. T allel frekansı ile EH arasında ilişkinin tespitine ait çalışmalar Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo-4: T allel frekansının ES ile ilgili diğer çalışmada bulunan frekanslarla karşılaştırılması

| Çalışma (Kaynakça) | T Allel Frekansı (Vaka/Kontrol) | Vaka /Kontrol (n) | EH İlişkisi |
|-------------------------|------------------------------------|----------------------|-------------|
| Bu Çalışma | 0.51 / 0.43 | 105/56 | (-) |
| Jenuemaitre (Utah) (21) | 0.44 / 0.35 | | (+) |
| Bennett (22) | 0.42 / 0.39 | 94 / 94 | (-) |
| Caufield (23) | 0.51 / 0.49 | 149 / 64 | (+) |
| Schmidt (18) | 0.47 / 0.41 | 219 / 92 | (+) |
| Cheng JL (24) | 0.73 / 0.68 | 300 / 150* | (+) |
| M. Shamaa (12) | 0.75 / 0.29 | 83 / 60 | (+) |
| Hata (25) | 0.89 / 0.75 | 105 / 81 | (+) |
| Tchelougou (26) | 0.92 / 0.93 | 202 / 204 | (-) |

(*): Meta Analiz; T Allel frekansı 235T (TT+TM) Genotipine aittir.
EH: Esansiyel Hipertansiyon

AGT M235T varyantının EH ile ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda farklı sonuçların görülmesi, EH'nun poligenik özelliği ve bunların çevresel faktörle etkileşimiyle açıklanmaktadır. EH üzerine etkili olduğu gösterilen pek çok genin birbiri üzerine etkileri de olabilmektedir. RAS'ın poligenik biçimde çeşitli organ sistemleri üzerinde kan basıncını, sıvı ve elektrolit dengesini düzenleyici etkisi olduğu bilinmektedir. RAS üzerinde hipertansiyona predispozisyon oluşturan polimorfizmlerin kendi aralarında ya da diğer başka genlerle etkileşimi, kalp krizi, sol ventrikül hipertrofisi, inme gibi diğer kardiyovasküler olaylarla ilişkisini ve bu ilişkisinin de farklı çalışmalarda farklı çıkmasını açıklamaktadır. Çalışmalarda sonuçların ırklar arasında farklılık göstermesi bu düşüncüyü desteklemektedir (7,27,29).

T allel frekansının yüksek olmasından dolayı çalışmalarda hasta ve kontrol gruplarının yüksek sayılarda olmasına ihtiyaç duyulmamaktadır. Bununla beraber son yıllarda AGT M235T polimorfizminin diyabet, diyabetik nefropati, inme, kalp krizi, diğer kardiyovasküler hastalıklar gibi başka hastalıklarla ilişkisinin ortaya konması, hasta grubunun oluşturulurken bu alt grupların da dikkate alınmasını poligenik etkileşimi görmek açısından zorunlu hale getirmektedir.

KAYNAKLAR

- Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç, et al. Journal of Hypertension, 2005 Patent 2, www.turkhipertansiyon.org , 2012; 23(10): 1817-1823.
- 2013 ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Arş. 2014; Suppl.(4): 1-72.
- 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults. Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2014; 311 (5):507-520.
- Calhoun DA, Bakir SE, Oparil S. Etiology and Pathogenesis of Essential Hypertension. Ann Intern Med. 2003; 139:761-776.
- Nandhini S. Essential Hypertension –A Review Article. J. Pharm. Sci. & Res. 2014; 6 (9) : 305-307.
- John Hall. Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology: 12th Edition. Saunders Elsevier. ISBN 978-1-4160-4574-8. 2011. 241-242.
- Liang X, Qiu J, Liu X, Li X, Shaoua Z, Wang J, et al. Polymorphism of Angiotensinogen Gene M235T in Myocardial Infarction and Brain Infarction: a Meta-Analysis. Gene. 2013; 529(1):73–79.
- Corvol P, Soubrier F, Jeunemaitre X. Molecular Genetics of the Renin-Angiotensin-Aldosterone System in Human Hypertension. Pathol Biol. 1997; 45(3): 229-39.
- Bedir A, Arik N, Adam B, Kilinc K, Gümüş T, Güner E. Angiotensin Converting Enzyme Gene Polymorphism and Activity in Turkish Patients With Essential Hypertension. Am J Hypertens. 1999; 12(10 Pt 1): 1038-43.
- Katsuya T, Koike G, Yee T W, Sharp N, Jackson R, Norton R, et al. Association of Angiotensinogen Gene T235 Variant With Increased Risk of Coronary Heart Disease. Lancet 1995; 345:1600–3.
- Laragh JH (Ed), Brenner BM (Ed), Jeunemaitre X, Menard J, Clauser E, Corvol P. Angiotensinogen: Molecular Biology and Genetics. Hypertension: Pathophysiology, Diagnosis and Management. Second Edition. Raven Press ISBN 0-7817-0157-0. New York-1995. pp: 1653-1665.
- Shamaa M, Fouad H, Haroun M, Hassanein M, Abdel Hay M A. Association Between the Angiotensinogen (AGT) Gene (M235T) Polymorphism and Essential Hypertension in Egyptian Patients. The Egyptian Heart Journal 2015; 67, 1–5.
- Corvol P, Jeunemaitre X. Molecular Genetics of Human Hypertension: Role of Angiotensinogen. Endocr Rev. 1997; 18(5):662-77.
- Corvol P, Soubrier F, Jeunemaitre X. Molecular Genetics of the Renin-Angiotensin-Aldosterone System in Human Hypertension. Pathol Biol. 1997;45(3):229-39.
- Hingorani AD, Sharma P, Jia H, Hopper R, Brown MJ. Blood Pressure and the M235T Polymorphism of the Angiotensinogen Gene. Hypertension 1996; 28(5):907-11.
- Kılınç K. Yüksek Lisans Tezi “Esansiyel Hipertansiyonlu Hastalarda M235T Anjiotensinojen Gen Polimorfizmi ” Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Abdülkerim Bedir. Samsun-1999.

17. Kiema TR, Kauma H, Rantala AO, Lilja M, Reunanen A, Kesaniemi AY, et al. Variation at the Angiotensin-Converting Enzyme Gene and Angiotensinogen Gene Loci in Relation to Blood Pressure Hypertension. 1996; 28(6):1070-5.
18. Schmidt S, Sharma A M, Oliver Z, Beige J, Friedel MW, Ganten D, et al. Association of M235T Variant of Angiotensinogen Gene With Familial Hypertension of Early Onset. Nephrology Dialysis and Transplantation 1995; 10 (7): 1145-1148.
19. Albariño CG, Romanowski V. Phenol Extraction Revisited: a Rapid Method For the Isolation and Preservation of Human Genomic DNA From Whole Blood. Mol Cell Probes 1994; 8(5):423-7.
20. Hamet P, Pausova Z, Adarichev V, Adaricheva K, Tremblay J. Hypertension: Genes and Environment. J Hypertens. 1998;16(4): 397-418.
21. Jeunemaitre X., Soubrier F, Kotelevtsev YV, Lifton RP, Williams CS, Charu A, et al. Molecular Basis of Human Hypertension: Role of Angiotensinogen. Cell 1992; 71(1) : pp. 169–180.
22. Bennett CL, Schrader AP, Morris BJ. Cross-Sectional Analysis of Met²³⁵→Thr Variant of Angiotensinogen Gene in Severe, Familial Hypertension. Biochemical and Biophysical Research Communications. 1993; 197 (2) :833-39
23. Caulfield M, Lavender P, Farrall M, Munroe P, Lawson M, Turner P, et al. Linkage of The Angiotensinogen Gene To Essential Hypertension. The New England Journal Of Medicine. 1994; 330 (23):1629-1633.
24. Cheng JL, Wang AI, Wan J. Association Between the M235T Polymorphism of the AGT Gene and Cytokines in Patients With Hypertension. Exp Ther Med. 2012; 3(3): 509–512.
25. Hata A, Namikawa C, Sasaki M, Sato K, Nakamura T, Lalouel JM, et al. Angiotensinogen as a Risk Factor For Essential Hypertension in Japan. J Clin Invest. 1994 ; 93(3): 1285–1287.
26. Tchelougou D, Kologo JK, Karou SD, Yameogo VN, Bisseye C, Djigma FW, et al. Renin-Angiotensin System Genes Polymorphisms and Essential Hypertension in Burkina Faso, West Africa. International Journal of Hypertension Volume 2015, Article ID 979631, 7 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2015/979631>.
27. Berdeli A, Sekuri C, Sirri Cam F, Ercan E, Sağcan A, İstemihan T, et al. Association Between the eNOS (Glu298Asp) and the RAS Genes Polymorphisms and Premature Coronary Artery Disease in a Turkish Population. Clin Chim Acta. 2005; 351(1-2): 87-94.
28. Eroglu Z, Cetinkalp S, Erdogan M, Kosova B, Karadeniz M, Kutukculaer A, et al. Association of the Angiotensinogen M235T and Angiotensin Converting Enzyme Insertion/Deletion Gene Polymorphisms in Turkish Type 2 Diabetic Patients With and Without Nephropathy. Journal of Diabetes and Its Complications 2008; 22 (3): 186– 190
29. Koh, KK, Han SH, Oh PC, Shin EK, Quon MJ. Combination Therapy For Treatment or Prevention of Atherosclerosis: Focus on the Lipid-RAAS interaction. Atherosclerosis 2010; 209(2): 307–313.

ÇOCUKLARDA BEDEN EĞİTİMİ, SPOR VE OYUN ETKİNLİKLERİNE KATILIMIN KEMİK GELİŞİMİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

PHYSICAL EDUCATION, SPORTS AND GAME PARTICIPATION EFFECTIVENESS EVALUATION IN BONE DEVELOPMENT IN CHILDREN

Mesut HEKİM¹

ÖZET

Günümüzde çocuklar arasında hareketsiz yaşam tarzının sürekli arttığı bilinmektedir. Hareketsiz yaşam tarzının çocuklarda bazı sağlık sorunlarına neden olduğu belirtilmektedir. Ayrıca çocuklarda hareketsiz yaşam tarzının büyüme ve gelişimi de olumsuz yönde etkilediği vurgulanmaktadır. Özellikle çocuklarda kemik gelişimi hareketsiz yaşam tarzından olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu nedenle çocuklarda hareketsiz yaşam tarzının en aza indirilmesi önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Beden eğitimi, spor ve oyun etkinliklerine katılımın sağlık üzerine yararları bilinmektedir. Yapılan birçok araştırma bulgusu bu düşünceyi desteklemektedir. Ayrıca çocuklarda kemik gelişiminin desteklenmesinde de beden eğitimi, spor ve oyun etkinliklerine katılımın faydalı olacağı belirtilmektedir. Ancak özellikle ülkemizde bu konuda yapılan araştırmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Böylece bu çalışmada, çocuklarda beden eğitimi, spor ve oyun etkinliklerine katılımın kemik gelişimi üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Beden eğitimi ve spor, oyun, kemik gelişimi

ABSTRACT

Nowadays, sedentary lifestyles among children is known to increase continuously. Sedentary lifestyle is reported to cause some health problems in children. In addition, it is emphasized that growth and development of a sedentary lifestyle affect children negatively. Especially bone development is adversely affected by the sedentary life style in children. Therefore, the minimization of the sedentary lifestyle of children emerges as an important issue. Physical education, sport and play activities on the health benefits of participation are known. Made many research findings support this idea. It is also physical education, participation in sports and games activities are reported to be useful support bone development in children. However, especially in our country was found to be limited to the research conducted in this regard. Therefore, in this study, those children in physical education, sports, and aimed to evaluate the effects on the development of bone involvement in play activities.

Keywords: Physical education and sports, games, bone development

¹ Okutman, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi BESYO, Antrenörlük Bölümü.

GİRİŞ

Eğitimden beklenen temel yararların başında kişilerin gizli güç ve yeteneklerinin ortaya çıkarılması gelmektedir. Günümüzde insanların zihinsel, fiziksel, duygusal ve toplumsal açıdan gelişmelerinin desteklenmesi çağdaş eğitimin bir gereği olarak görülmektedir. Bu kapsamda çağdaş eğitimin amacına ulaşabilmesi için kişilerin zihinsel özelliklerinin yanında fiziksel özelliklerinin de eğitilmesine gereksinim vardır (1). Bu noktada beden eğitimi ve spor derslerinin eğitim faaliyetleri içerisinde önemli bir misyon ve öneme sahip olduğu ortaya çıkmaktadır. Çünkü beden eğitimi dersleri, genel eğitim sistemi içerisinde bireyin gelişimini fiziksel etkinlikler yolu ile destekleyen önemli bir derstir (2).

Çocuklarda birçok gelişim alanı süreklilik arz etmekle beraber, gelişimin ivmesi bazı dönemlerde farklılık göstermektedir (3). Çocuklarda bireysel farklılıkların da görüldüğü her gelişim alanı bir sonraki gelişim alanı ile yakından ilişkilidir (4). Dolayısıyla gelişimin süreklilik arz eden bir bütün olduğu, her gelişim alanının bir sonraki gelişim alanı ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Çocuklarda gelişimin değerlendirildiği kriterlerden birisi kemik gelişimidir. Koruyucu hekimlik alanında kemik sağlığı her geçen gün önem kazanan bir konu haline gelmiştir (5). Çünkü çocuklarda kemik gelişimi sağlıklı büyüme ve gelişmenin önemli bir göstergesidir. Literatürde yer alan bilgiler ve yapılan araştırma sonuçları değerlendirildiği zaman çocukların kemik gelişmelerinin bazı dönemlerde hızlı, bazı dönemlerde ise yavaş gerçekleştiği görülmektedir. Tepeli'ye (2011) göre, bebeklerde doğuştan sonra 270 kemik bulunmakta olup, bu dönemdeki kemikler ince, esnek ve bükülebilir bir özelliğe sahiptirler. İlk çocukluk döneminde kemik gelişiminin henüz tamamlanmamış olması çocuklarda fiziksel duruş bozukluklarının görülmesine neden olmaktadır. Buna karşılık kemikler esnek bir yapıya sahip oldukları için zor kırılan bir özellik göstermektedirler. Bu durum çocukların özellikle ilköğretim yıllarında incelik isteyen küçük el işlerini

yapmalarında zorluk yaşamalarına neden olmaktadır. Çocuklarda kemik gelişimi bireysel özelliklere göre farklılık göstermekle beraber kemik gelişimindeki bireysel farklılıklar genellikle boy uzunluğu ile rahatça tespit edilebilmektedir (6).

Çocuklarda kemik gelişimi diğer gelişim alanlarını, özellikle de motor gelişim alanını etkilemektedir (3). Bu nedenle çocuklarda kemik gelişimini ve kemik sağlığını etkileyen unsurların değerlendirilmesi, kemik gelişimini olumlu veya olumsuz yönde etkileyen unsurların belirlenmesi oldukça önemlidir. literatürde yer alan araştırmalar incelendiği zaman, kemik gelişimini etkileyen birçok içsel ve dışsal unsur olduğu belirtilmiş, beden eğitimi, spor ve oyun etkinliklerine katılımın kemik gelişimini olumlu yönde etkilediği, buna karşılık hareketsiz yaşam tarzının çocukların kemik gelişmelerini ve kemik sağlıklarını olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir. Ancak ülkemizde bu alanda yapılan araştırmaların sınırlı olduğu görülmüş, bu kapsamda yapılan bu araştırmada çocuklarda beden eğitimi, spor ve oyun etkinliklerine katılımın kemik gelişimi üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Beden Eğitimi, Spor ve Oyun Kavramları

Kavramsal olarak beden eğitimi "insanın fiziksel ve ruhsal sağlığını geliştirmek amacıyla organizmanın bütünlük ilkesine dayanarak uygulanan ve tüm kişiliğin eğitimi" olarak tanımlanan bir kavramdır (7). Diğer bir tanıma göre beden eğitimi "sosyal ihtiyaçlarına uygun olarak, kişinin biyolojik kapasitesinin geliştirilmesi amacıyla yapılan bazı fiziksel egzersizlerin tümünü değerlendiren ve sistematik olarak sürdürülen etkinliklerdir" şeklinde tanımlanmıştır (8). Beden eğitimi faaliyetleri özellikle çocukluk döneminde gelişimin desteklenmesinde büyük bir öneme sahiptir. Beden eğitimi dersleri fiziksel ve kassal gelişiminin yanında çocukların zekâ gelişimleri açısından da yararlıdır. Bu nedenle okul çağındaki çocuklara uygun beden eğitimi programlarının hazırlanması

önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır (9).

Spor kavramı, insanların çeşitli amaçlarla belirli kurallar dâhilinde yaptıkları fiziksel etkinlikler şeklinde tanımlanmaktadır. Bu kapsamda insanların profesyonel oyuncu olarak veya serbest zamanlarını değerlendirmek için katıldıkları futbol, basketbol ve yüzme gibi aktiviteler spor kavramı içerisinde değerlendirilmektedir. Çünkü söz konusu aktiviteler belirli amaçlar doğrultusunda ve ilgili branşın kuralları dikkate alınarak yapılmaktadır (10).

En genel tanımı ile oyun, belirli bir hedefe yönelik olan ya da olmayan, kuralsız ya da bazı kurallara bağlı olarak uygulanabilen, her şartta çocukları isteyerek ve severek yer aldıkları, bilişsel, dilsel, fiziksel, sosyal ve duygusal gelişimin temeli olan, gerçek yaşamın bir parçası ve çocuklar için etkin bir öğrenme süreci olarak tanımlanmaktadır. Oyun her yaş grubundaki insan için farklı anlamlar taşıyan bir olgudur. Yetişkin bireyler açısından oyun, dinlenme, eğlenme veya boş zamanları değerlendirme faaliyeti olarak ele alınmaktadır. Çocuklar açısından oyun, yaşadığı dünyayı, çevreyi ve etrafındaki insanları tanıma aracı olarak kullanılmaktadır (11). Ayrıca oyun ile çocuklar kendi bedenlerinin ve yeteneklerinin de farkına varmaktadırlar (12).

Büyüme ve Gelişme Kavramları

Büyüme ve gelişme kavramları çocuk gelişimi ve eğitiminde kullanılan temel kavramlar arasında yer almaktadır (13). Hücrelerin büyümesi ve çoğalmasının neden olduğu vücut ölçülerindeki değişim "büyüme" olarak tanımlanmaktadır. Büyüme süreci doğumdan ölüme kadar geçen süre içerisindeki tüm değişiklikleri kapsamaktadır. Büyümenin en belirgin göstergeleri vücut ölçülerinde ve ağırlığındaki artıştır. Gelişim ise, organizmada gözlenen fonksiyonel değişiklikleri ifade etmektedir. Kişinin fonksiyonel özelliklerinin gelişmesi ile olgunlaşma gerçekleşir (3,14). Literatürde büyüme ve gelişim kavramlarının birbiri ile sürekli karıştırıldığına dair bulgular mevcuttur. Ancak büyüme ve gelişme

birbirinden ayrı anlamlar taşıyan olgulardır. Burada önemli olan ayıt edici nokta büyümenin vücut oranlarındaki değişikliklerle ilgili olmasıdır (13, 14).

Çocuklarda gelişim, olgunlaşma ile büyüme değişimlerini ifade eden bir süreçtir. Gelişim sürecinde herhangi bir durma veya sonlanma söz konusu değildir. Çocukluk döneminde gelişim bazen yavaşlayabilir, ancak sürekli olarak devam eder. Bu nedenle çocuklara uygulanacak her türlü spor, oyun ve antrenman etkinlikleri çocukların gelişim özellikleri göz önünde bulundurularak hazırlanmalıdır (3).

Çocuklarda kemik gelişimi

Çocuklarda kemik gelişimi, özellikle de yıllık boy uzaması büyüme hızının izlenmesinde büyük bir role sahiptir (4). Bunun yanında kemik gelişimine bağlı olarak çocuklarda kronolojik ve biyolojik yaş tespiti de yapılabilmektedir. Özellikle kemik epifiz bölgelerinin radyolojik olarak görüntülenmesi yaş tespitinde sıklıkla kullanılan bir yöntemdir (15).

Çocuklarda kemik gelişimi doğumdan itibaren her geçen yıl sürekli artan bir seyir izlemektedir. Yeni doğan bir bebeğin ortalama boy uzunluğu 48-53 cm arasında bulunmaktadır. Doğumdan sonra bebeğin boyu ilk 6 ayda 8 cm, ikinci 6 ayda ise ortalama olarak 4 cm uzamaktadır. 1-2 yaşlarında ise boy uzaması 10-12 cm civarındadır. Bu kapsamda doğumdaki boylarına göre boy uzunluklarının ilk 3 ay %20, bir yaşına kadar %50 ve iki yaşına kadar %75 düzeyinde geliştiği görülmektedir (6). Dolayısıyla bebeklerde iki yaşına kadar kemik gelişiminde bazen hızlı bazen yavaş olmakla beraber sürekli bir gelişimin olduğu söylenebilir.

Çocuklarda kemik gelişimi 2-6 yaş döneminde yavaşlamaktadır. Özellikle boy uzunluğundaki gelişim eğrisine bakıldığı zaman kemik gelişiminde bir yavaşlama olduğu görülmektedir. Nitekim bebeklerin boyları ilk yaşlarında 20-25 cm uzarken, 2-3 yaşında 10 cm, 5-6 yaşlarında ise 5-6 cm uzamaktadır. İlkokul döneminde de çocukların kemik gelişimindeki yavaşlama

devam etmekte olup, 6-7 yaş grubundaki çocuklarda yıllık boy artışı 10 cm civarındadır (6). Boy uzamasındaki yavaşlama 9 yaşına kadar devam etmektedir. Bu yaş dönemine kadar kız ve erkek çocuklarının kemik gelişimlerinde ve boy uzunluklarında anlamlı farklılık gözlenmemektedir. 9 yaşından sonra kemik gelişimi ve boy uzamasında önemli bir hızlanma görülür (4). Kemik gelişiminin üst düzey geliştiği dönemin de ergenlik dönemi olduğu belirtilmektedir (13).

Çocuklarda kemik sağlığı ve gelişimini etkileyen birçok unsur bulunmaktadır. Kemik sağlığını ve gelişimini etkileyen unsurların başında genetik yapı, hormonal özellikler, organizmanın D vitamini ve kalsiyum metabolizması, beslenme biçimi, yaşam tarzı, vücut ağırlığı, egzersiz ve spora katılım ile kullanılan ilaçlar gelmektedir (5, 16).

Beden Eğitimi, Spor ve Oyunun Kemik Gelişimine Etkileri

Spor etkinliklerine katılım insan sağlığını birçok açıdan olumlu yönde etkilemekte olup (17), beden eğitimi ve spor etkinlikleri ile oyun faaliyetlerine katılımın fiziksel (18), motorsal (19), psikolojik (20, 21, 22, 23) ve sosyal gelişim (24, 25, 26) üzerine olumlu etkileri olduğu bilinmektedir. Bunun yanında spor etkinliklerine katılımın çocukların kemik gelişimleri üzerine etkilerinin birçok araştırmaya konu olduğu belirtilmektedir (4).

Beden eğitimi ve spor etkinliklerinin yanında çocuklarda oyun etkinliklerinin de fiziksel gelişim üzerine faydaları olduğu bilinmektedir (11). Nitekim yapılan araştırma bulguları da bu düşüncüyü desteklemektedir. Meyer vd., (2013) tarafından yapılan araştırmada, çocuklara okulda uygulanan beden eğitimi ve spor etkinliklerinin kemik gelişimi üzerine etkileri incelenmiştir. Araştırmada okul ortamında düzenli olarak beden eğitimi ve spor etkinliklerine katılan çocukların kemik mineral yoğunluklarının arttığı tespit edilmiştir (27). Ameri vd., (2012) tarafından yapılan araştırmada yaş ortalaması 8-12 arasında olan çocuklara 3 ay boyunca haftada 3 gün düzenli egzersiz çalışması uygulanmıştır. Bunun yanında aynı yaş grubunda bulunan diğer çocuklara da

kalsiyum ve D vitamininden zengin beslenme programı uygulanmıştır. Araştırmanın sonunda hem fiziksel aktivite grubunun hem de mineral destekli beslenme programına dâhil edilen grubun kemik mineral yoğunluklarında anlamlı bir gelişme meydana geldiği tespit edilmiştir. Ancak beslenme grubu ile kıyaslandığı zaman egzersiz grubunda bulunan çocukların kemik mineral yoğunluklarının daha fazla geliştiği tespit edilmiştir (28). Janz vd., (2006) tarafından yapılan diğer bir araştırmada, 5-8 yaş grubunda bulunan kız ve erkek çocuklarda fiziksel aktivite düzeyinin kemik gelişimi üzerine etkileri incelenmiştir. Araştırmada çocukların fiziksel aktivite düzeylerinin yüksek olmasının genel kemik gelişiminin %5 oranında daha iyi olmasını sağladığı tespit edilmiştir. Ayrıca fiziksel aktivite düzeyinin en fazla kalça kemiğinin gelişimini desteklediği belirlenmiş ve yüksek fiziksel aktivite düzeyinin kalça kemiğinin gelişimini %14 düzeyinde desteklediği bulunmuştur (29).

Menarşal dönem öncesinde bulunan 10-13 yaş grubu kız çocukları üzerinde yapılan bir araştırmada, çocukların düşük, orta ve yüksek fiziksel aktivite düzeyine sahip olmanın kemik gelişimini etkilediği tespit edilmiştir. Söz konusu araştırmada, kız çocuklarında fiziksel aktivite düzeyinin artmasına bağlı olarak kemik gelişiminin desteklendiği tespit edilmiştir. Özellikle fiziksel aktivite düzeyinin tibia (kaval kemiği) uzunluğunu %38 düzeyinde etkilediği belirlenmiştir (30).

Çocuklarda kemik gelişiminde beden eğitimi, spor ve oyun etkinliklerine katılımın faydalı olmasının temelinde, fiziksel aktivite yetersizliğinin çocuklarda kemik gelişimini olumsuz yönde etkilemesi yatmaktadır. Nitekim literatürde yer alan araştırmalarda bu görüşü desteklemektedir. Vicente-Rodriguez vd., (2009) tarafından yapılan araştırmada, çocuklarda sedanter (hareketsiz) yaşam tarzına sahip olmanın kemik gelişimini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiş ve televizyon karşısında uzun süre vakit geçiren, hareketsiz yaşam tarzına sahip olan çocuklarda düşük kemik mineral yoğunluğu

görülme riskinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (31).

Literatürde yer alan araştırmalar incelendiği zaman özellikle orta ve ileri yaş grubunda bulunan bireylerde kemik mineral yoğunluğundaki azalmaya bağlı olarak bazı kemik rahatsızlıkları ortaya çıkmaktadır. Orta ve ileri yaş grubunda bulunan bireylerde en sık karşılaşılan kemik rahatsızlıklarının başında osteoporozun geldiği belirtilmektedir (32, 33). Hatta günümüzde osteoporozun çocuklarda da görülmeye başladığı, osteoporozun çocuklarda kemik kırılmalarına neden olduğu rapor edilmiş ve çocuklarda osteoporoz ile ilgili araştırmalar yapılmaya başlanmıştır (34). Bu noktada kemik gelişiminin yanında kemik sağlığının korunması için de çocuklarda spora katılımın önemli bir konu olduğu söylenebilir. Çünkü kemik gelişiminin sağlıklı olmasının yanında beden eğitimi ve spor etkinliklerinin kemik hastalıklarına yakalanma riskini de azalttığı bilinmektedir. Yabancı ve Pekcan (2010) tarafından yapılan araştırmada, çocukluk ve gençlik döneminde fiziksel etkinliklere katılımın kemik mineral yoğunluğunun gelişimine katkı sağladığı belirtilmiş ve ilerleyen yaşlarda kemik rahatsızlıklarına yakalanma riskinin en aza indirilmesinde küçük yaşlarda fiziksel etkinliklere katılmanın faydalı olacağı savunulmuştur (35). Özen vd., (2007) tarafından yapılan diğer bir araştırmada, çocuklarda spora katılımın kemik sağlığını geliştirdiği tespit edilmiş, elde edilen bulgular ışığında gelecekte toplum genelinde osteoporoz görülme sıklığının en aza indirilmesinde adolesan dönem öncesindeki çocukların spora yönlendirilmelerinin faydalı olacağı vurgulanmıştır (36). Meyer et al., (2013) tarafından yapılan araştırmada da çocukluk döneminde fiziksel aktiviteye katılımın kemiklerin büyümesine ve sağlıklı gelişmesine katkı sağladığı belirtilmiş, bu durumun ilerleyen yıllarda osteoporoz gibi kemik rahatsızlıklarına yakalanma riskini azalttığı ifade edilmiştir (27). Casazza vd., (2012) tarafından yapılan diğer bir çalışmada ise çocuklarda kemik kalitesinin yükseltilmesinde fiziksel etkinliklere katılımın faydalı sonuçlar ortaya koyduğu

tespit edilmiştir (37). Literatürde yer alan birçok araştırmada da çocuklarda kemik sağlığının korunması, geliştirilmesi ve osteoporozun önlenmesinde beden eğitimi ve spor etkinliklerine katılımın faydalı sonuçlar ortaya koyduğu tespit edilmiştir (38, 39, 40, 41, 42, 43).

Sonuç

Sonuç olarak, literatürde yer alan araştırma bulguları değerlendirildiği zaman çocuklarda beden eğitimi, spor ve oyun etkinliklerine katılımın kemik gelişimini olumlu yönde etkilediği söylenebilir. Ayrıca çocuklarda kemik gelişiminin sağlıklı olmasında da beden eğitimi, spor ve oyun etkinliklerinin önemli bir role sahip olduğu görülmektedir. Bu kapsamda çocuklarda kemik sağlığının korunması ve geliştirilmesi için beden eğitimi ve spor etkinliklerine katılımın artırılması için gerekli önlemlerin alınması oldukça önemlidir. Çocuklarda hareketsiz yaşam tarzının en aza indirilmesi için gerekli önlemlerin alınmasının da çocukların kemik gelişimlerini desteklemeye yardımcı olacağı düşünülebilir.

KAYNAKLAR

1. Kangalgil M, Hünük D, Demirhan G. İlköğretim, Lise Ve Üniversite Öğrencilerinin Beden Eğitimi Ve Spora İlişkin Tutumlarının Karşılaştırılması. Hacettepe Spor Bilimleri Dergisi. 2006; 17(2): 48-57.
2. Ünlü H, Aydos L. Öğretmen Görüşlerine Göre; Beden Eğitimi Derslerinde Öğretmenlerin Ve Öğrencilerin Tercih Ettikleri Öğretim Yöntemleri. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi. 2007; 8(2), 71-81.
3. Müniroğlu S, Özkan A, Köklü Y, Alemdaroğlu U, Eyuboğlu E. 6-12 Yaş Grubu Çocukların Gelişim Dönemleri, Fiziksel Uygunlukları ve Fiziksel Aktivite. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi. 2009.
4. Muratlı S. Antrenman Bilimi Yaklaşımıyla Çocuk ve Spor. 2 Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım. 2007.
5. Çoker M. Çocuk Kemik Sağlığı. Güncel Pediatri. 2008; 6: 121-123.
6. Tepeli K. Fiziksel Gelişim. M. Engin Deniz (Ed.). Erken Çocukluk Döneminde Gelişim (1. Baskı) içinde (s. 55-89). Ankara: Ertem Basım. 2011.
7. Alpaslan, S. Ortaöğretim Öğrencilerinin Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Sergilediği Öğretim Davranışlarına İlişkin Algıları ve Öğrencilerin Bu Derse Karşı Geliştirdikleri Tutumları. Yüksek Lisans Tezi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi. Bolu. 2008.
8. Günsel AM. İlköğretimde Beden Eğitimi ve Uygulamaları. Ankara: Anı Yayıncılık. 2014.
9. Bal E. İlköğretim Okullarındaki Beden Eğitimi Dersinin Yapılmasında Karşılaşılan Yetersizliklerin Giderilmesinde Yönetici ve Öğretmenlerin Rolü. Yüksek Lisans Tezi. Yeditepe Üniversitesi. İstanbul. 2010.
10. Yüksel Y, Hekim M, Gürkan O. Ortaöğretim Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Davranış Biçimlerinin Fiziksel Aktiviteye Katılım ve Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. III. Sakarya'da Eğitim Araştırmaları Kongresi, Sakarya Üniversitesi, 12 Haziran 2014, Sakarya. 2014; s. 326-333.

11. Öztürk A. Okul Öncesi Eğitimde Oyun. Ankara: Eğiten Kitap. 2010.
12. Celik A, Sahin M. Sports And Child Development. International Journal of Social Science. 2013; 6(1): 467-478.
13. Hasırcı S, Sevimli D, Durusoy EA. Gelişim ve Öğrenme. Ankara: Nobel Kitabevi. 2009.
14. Özer DS, Özer MK. Çocuklarda Motor Gelişim. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım. 2006.
15. Demirkıran DS, Çelikel A, Zeren C, Arslan MM. Yaş Tespitinde Kullanılan Yöntemler. Dicle Tıp Dergisi. 2014; 41(1): 238-243.
16. Ercan, O. Ergenlik Çağında Kemik Sağlığı. Türk Pediatri Arşivi. 2011; 46: 54-58.
17. Güner B. Kadınların Spor ve Serbest Zaman Etkinliklerine Katılım Sorunlarının Değerlendirilmesi. Uluslararası Spor Bilimleri Dergisi. 2015; 1(1): 22-29.
18. Saygın Ö, Polat Y, Karacabey K. Çocuklarda Hareket Eğitiminin Fiziksel Uygunluk Özelliklerine Etkisi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi. 2005; 19(3): 205-212.
19. Houwen S, Hartman E, Visscher C. Physical Activity And Motor Skills in Children With And Without Visual Impairments. Medicine And Science in Sports And Exercise. 2009; 41(1): 103-109.
20. Keskin, O. Effect Of Physical Education And Participation To Sports On Social Development in Children. Journal of International Multidisciplinary Academic Researches. 2014; 1(1): 1-6.
21. McPhie ML, Rawana JS. The Effect Of Physical Activity On Depression In Adolescence And Emerging Adulthood: A Growth-Curve Analysis. Journal of Adolescence. 2015; 40, 83-92.
22. Vardar T. Gençlerde Saldırgan Davranışların Önlenmesinde Sporun Önemi. Uluslararası Multidisipliner Akademik Araştırmalar Dergisi. 2015; 2(2): 41-49.
23. Uluşık V, Pepe K. Spor Yapan ve Yapmayan Ortaöğretim Öğrencilerinin Stres ve Saldırganlık Düzeylerinin İncelenmesi. Uluslararası Spor Bilimleri Dergisi. 2015; 1(1): 1-13.
24. Yalçın U, Balcı V. 7-14 Yaş Arası Çocuklarda Spora Katılımdan Sonra Okul Başarılarında, Fiziksel ve Sosyal Davranışlarında Oluşan Değişimlerin İncelenmesi. SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi. 2013; 11(1): 27-33.
25. Hills AP, Dengel DR, Lubans DR. Supporting Public Health Priorities: Recommendations for Physical Education and Physical Activity Promotion in Schools. Progress in Cardiovascular Diseases. 2015; 57: 368-374.
26. Şahin A. Engellilerde Sosyal Gelişim Yetersizlikleri: Sosyalleşme Sürecinde Sporun Faydaları. Uluslararası Multidisipliner Akademik Araştırmalar Dergisi. 2015; 2(3): 20-28.
27. Meyer U, Ernst D, Zahner L, Schindler C, Puder JJ, Kraenzlin M, Rizzoli R, Kriemler S. 3-Year Follow-Up Results Of Bone Mineral Content And Density After A School-Based Physical Activity Randomized Intervention Trial. Bone. 2013; 55: 16-22.
28. Ameri EA., Dehhoda MR, Hemayattalab R. Bone Mineral Density Changes After Physical Training And Calcium Intake In Students With Attention Deficit And Hyper Activity Disorders. Research in Developmental Disabilities. (2012); 33: 594-599.
29. Janz KF, Gilmore JM, Burns TL, Levy SM, Torner JC, Willing MC, Marshall TA. Physical Activity Augments Bone Mineral Accrual in Young Children: The Iowa Bone Development Study. The Journal of Pediatrics. June. 2006; 793-799.
30. Michalopoulou M, Kambas A, Leontsini D, Chatziniolaou A, Draganidis D, Avloniti A, Tsoukas D, Michopoulou E, Lyritis GP, Papaioannou N, Touris S, Fatouros IG. Physical Activity Is Associated With Bone Geometry Of Premenarcheal Girls In A Dose-Dependent Manner. Metabolism Clinical And Experimental. 2013; 62: 1811-1818.
31. Vicente-Rodríguez G, Ortega, FB, Rey-Lopez JP, Espana-Romero V, Blay VA, Blay G, Martin-Mattias M, Moreno LA. Extracurricular Physical Activity Participation Modifies The Association Between High TV Watching And Low Bone Mass. Bone. 2009; 45, 925-930.
32. Lau EMC, Chung HL, Ha PC, Tang H, Lam D. Bone Mineral Density, Anthropometric Indices, And The Prevalence of Osteoporosis in Northern (Beijing) Chinese And Southern (Hong Kong) Chinese Women-The Largest Comparative Study to Date. Journal of Clinical Densitometry. 2015; doi:10.1016/j.jocd.2014.11.001.
33. Herrera, A., Mateo, J., Gil-Albarova, J., Lobo-Escolar, A., Artigas, J. M., López-Prats, F., Mesa, N., Ibarz, E., Gracia, L. Prevalence Of Osteoporotic Vertebral Fracture in Spanish Women Over Age 45. Maturitas. 2014; 80: 288-295.
34. Szazek LL, Scharer K. Identification, Prevention, and Treatment of Children With Decreased Bone Mineral Density. Journal of Pediatric Nursing. 2014; 29, 3-14.
35. Yabancı N, Pekcan G. Adolesanlarda Beslenme Durumu ile Fiziksel Aktivite Düzeyinin Vücut Bileşimi ve Kemik Mineral Yoğunluğu Üzerine Etkisi. Aile ve Toplum. 2010; 6(22): 9-20.
36. Özen AO, Mustafa B, Şen N, Sarıçoban HE, Büyükgebiz B. Prepubertal Ve Pubertal Dönemdeki Çocukların Ultrasonometrik Kemik Yoğunluğunun Ölçülmesi Ve Bunu Belirleyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2007; 50: 231-235.
37. Casazza K, Hanks LJ, Hidalgo B, Hu HH, Affuso O. Short-Term Physical Activity Intervention Decreases Femoral Bone Marrow Adipose Tissue in Young Children: A Pilot Study. Bone. 2012; 50: 23-27.
38. Francis SL, Letuchy EM, Levy SM, Janz, KF. Sustained Effects of Physical Activity on Bone Health: Iowa Bone Development Study. Bone. 2014; 63, 95-100.
39. Cvijetic S, Baric IC, Bolanca S, Juresa V, Özegovic DD. Ultrasound Bone Measurement in Children And Adolescents Correlation With Nutrition, Puberty, Anthropometry, And Physical Activity. Journal of Clinical Epidemiology. 2003; 50: 591-597.
40. Baxter-Jones ADG, Kontulainen SA, Faulkner RA, Bailey DA. A Longitudinal Study of The Relationship of Physical Activity To Bone Mineral Accrual From Adolescence To Young Adulthood. Bone. 2008; 43: 1101-1107.
41. Lappe JM, Watson P, Gilsanz V, Hangartner T, Kalkwarf HJ, Oberfield, S., Shepherd J, Winer KK, Zemel B. The Longitudinal Effects of Physical Activity and Dietary Calcium on Bone Mass Accrual Across Stages of Pubertal Development. Journal of Bone and Mineral Research. 2015; 30(1): 156-164.
42. Janz KF, Thomas DQ, Ford MA, Williams SM. Top 10 Research Questions Related To Physical Activity And Bone Health in Children And Adolescents. Research Quarterly for Exercise and Sport. 2015; 86(1), 5-12.
43. Julián-Almárcegui C, Gómez-Cabello A, Huybrechts I, González-Agüero A, Kaufman JM, Casajús JA, Vicente-Rodríguez G. Combined Effects Of Interaction Between Physical Activity And Nutrition on Bone Health in Children And Adolescents: A Systematic Review. Nutrition Reviews. 2015; 73(3): 127-139.

HIV/AIDS HASTALARINDA YORGUNLUK VE HEMŞİRELİK BAKIMI HIV/AIDS PATIENTS WITH FATIGUE AND NURSING CARE

Kadriye SAYIN KASAR¹, Yasemin YILDIRIM²

ÖZET

HIV/AIDS; sağlıklı yaşam süresini kısaltan, tedavi ve takip gerektiren, toplumun tüm kesimini etkileyen ciddi bir halk sağlığı problemidir. HIV/AIDS olan bireylerde çok sayıda belirti ve bulgu görülmekle birlikte, en sık ve üzücü belirtilerden biri de yorgunluktur. Yorgunluk bu bireylerde yaşam kalitesinin azalmasına, fonksiyonel durumun zayıflamasına ve yüksek aktif antiretroviral tedaviye uyum düzeyinin azalmasına neden olmaktadır. Bu nedenlerle yorgunluğun doğru değerlendirilmesi, altta yatan nedenin etkin tedavisi ve hemşirelik bakımı önemlidir. Hemşirelerin de HIV ile ilgili yorgunluk yaşayan bireyleri fark ederek doğru şekilde değerlendirilmesi, beslenme, aktivite ve uyku düzeniyle bağlantılı olarak yorgunluk seviyesinin zamanla nasıl değiştiğinin izlenmesi ve bu bireylerin günlük ve haftalık aktiviteleri için önceliklerini belirlemesine yardımcı olma gibi önemli rolleri bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS, Yorgunluk, Hemşirelik Bakımı

ABSTRACT

HIV/AIDS; shorten the healthy life expectancy, treatment and follow-up required is a serious public health problem affecting all sectors of society. Although there is a large number of signs and symptoms in patients with HIV/AIDS, fatigue is one of the most common and distressing symptoms. Fatigue decreased quality of life in these individuals, the functional state of weakness and leads to a decrease of highly active antiretroviral treatment compliance level. Therefore, accurate assessment of fatigue, effective treatment and nursing care of the underlying cause is important. Nurses properly assessing noticing fatigue living individuals related to HIV, nutrition, are important roles such activity and monitoring how it changed the timing of the fatigue level in conjunction with sleep patterns and helping to identify priorities for daily and weekly activities of these individuals.

Key Words: HIV/AIDS, Fatigue, Nursing Care

¹Ar. Gör., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.

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

GİRİŞ

Human Immunodeficiency Virus (HIV) enfeksiyonu, konak hücre DNA'sına yerleşen retrovirüslerin neden olduğu asemptomatik taşıyıcılık durumundan ağır düşkünlük ve ölümcül hastalıklara kadar değişen geniş bir klinik tablo ile sonuçlanabilen bir enfeksiyondur. Bu enfeksiyona bağlı olarak meydana gelen sekonder bir bağışıklık eksikliği sendromu olan AIDS (Acquired Immunity Deficiency Syndrome) ise fırsatçı enfeksiyonlar, malignite, nörolojik işlev bozukluğu gibi durumlarla kendini belli etmektedir (1). HIV enfeksiyonu sadece erişkinleri değil bebek, çocuk, genç, yaşlı demeden herkesi etkileyebilen henüz virüsün vücuttan atılmasını sağlayabilecek tedavisinin ve aşısının bulunmadığı ciddi bir hastalıktır. Yan etkileri fazla ve ekonomik olarak büyük yük getiren tedavisine rağmen, hastalıktan ölüm hemen hemen tamamen ortadan kalkmış, HIV enfeksiyonu ölümcül hastalık olmaktan çıkıp, yaşam boyu ilaç kullanımını gerektiren bir tür kronik hastalığa dönüşmüştür (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Kasım 2014 verilerine göre; dünyada ortalama 39 milyon HIV ile enfekte kişi yaşamakta olup, 2013 yılında, dünyada 1.5 [1.4-1.7] milyon kişinin HIV ile ilgili nedenlerden öldüğü bildirilmektedir. 2013 yılı içinde 2.1 [1.9-2.4] milyon yeni vaka bildirilmiş olup, 12.9 milyon kişi antiretroviral tedavi almaktadır (3). Tüm HIV ile enfekte bireylerin %95'inden fazlası gelişmekte olan ülkelerde olup, %70'i Sahra-altı bölgede görülmektedir (3).

Ülkemizde ilk defa 1985 yılında bir HIV pozitif hasta ve bir AIDS basamağına ulaşmış hasta bildirilmiştir, daha sonra her yıl HIV/AIDS vakalarının sayılarında giderek artma gözlenmiştir (4). Sağlık Bakanlığı 2014 Haziran verilerine göre; 8238 HIV/AIDS hastası bulunduğu bildirilmektedir (5).

HIV enfeksiyonu olan hastalarda çok sayıda belirti ve bulgu görülmekle birlikte, belirtiler enfeksiyonun evresine göre değişmektedir. İlk birkaç haftalık enfeksiyonda bireylerde hiçbir belirti görülmeyebilir veya ateş, baş ağrısı, döküntü ya da boğaz ağrısı gibi grip benzeri belirtilerle de karşılaşabilirler. Enfeksiyon giderek kişinin bağışıklık sistemini zayıflatır lenfadenopati, kilo kaybı, ateş, ishal ve öksürük gibi diğer belirti ve bulgular gelişebilir. Tedavi edilmediği sürece tüberküloz, kriptokokal menenjit, lenfoma ve kaposi sarkomu gibi ciddi hastalıklar geliştirebilir (3).

HIV enfeksiyonu olan hastalarda en sık görülen belirtilerden biri de yorgunluktur. Yorgunluk, hastalığa ve tedaviye bağlı olarak görülen çok boyutlu bir sorundur. Yorgunluğun etkili hemşirelik bakımı için doğru değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Yorgunluk yaşam doyumu, genel sağlık, ruh sağlığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir semptomdur (6,7,8,9,10). Bu makalede, HIV ile ilgili yorgunluğun genel nedenleri gözden geçirilerek uygun yönetimini açıklamak amaçlanmıştır.

TANIM

Yorgunluk hastalar tarafından genellikle "güçsüzlük, halsizlik, bitkinlik, dikkatini bir şeye yoğunlaştırmada zorlanma, kuvvetsizlik, uykusuzluk ve motivasyon eksikliği" olarak tanımlanan subjektif bir sorundur (6). HIV/AIDS ile ilgili yorgunluk hastalar tarafından "sadece yorgun hissetme değil, ezici ve kemik erimesi" olarak tarif edilmektedir (11). Hastalar sıklıkla halsizlik, enerji yokluğu, uyku hali, bitkinlik ve dinlenmede yetersizlik gibi tüm yaşam kalitesini etkileyen bulgulardan yakınmaktadırlar (12).

SIKLIK

HIV/AIDS olan bireylerde yorgunluk en sık karşılaşılan belirtilerden biridir (13,14,15,16,17). Yorgunluk HIV enfeksiyonu olan bireylerde %33-88

oranında görülmekte iken, hastalık kötüleştikçe görülme sıklığı artmaktadır (18,19,20,21,22,23). HIV enfeksiyonu olan bireylerde ilk akut dönemde, yorgunluğu içeren grip benzeri semptomlar görülebilir (3). Bu başlangıç döneminden sonra, yorgunluk insidansı azalmakta, ancak daha sonra hastalığın seyri içinde tekrar yükselmektedir. İleri evre AIDS hastalarında erken aşamadan daha fazla yorgunluk deneyimlendiği bildirilmektedir. Yorgunluk yaşam kalitesinin azalmasına, fonksiyonel durumun kötüleşmesine neden olmakta ve ayrıca yüksek aktif antiretroviral tedaviye uyumu da azaltmaktadır (24,25,26,27,28). Yapılan bir çalışmada yorgunluk antiretroviral ilaçların %71 oranında en sık görülen yan etkisi olarak bildirilmiş olup, sağlık durumunun kötüleşmesi, çalışma verimliliğinin azalması ve sağlık kaynağı kullanımının artması ile ilişkili olduğu bulunmuştur (29).

NEDENLERİ

HIV/AIDS ile ilgili yorgunluk yaygın olarak çalışılmadığı için, yorgunluğun nedenleri tam olarak anlaşılamamıştır (24,30). HIV ile enfekte bireylerde yorgunluk hakkında bilgilerin çoğu kanserli bireylerde görülen yorgunlukla ilgili çalışmalardan gelmektedir.

Araştırmacılar birden fazla mekanizmanın HIV/AIDS ile ilgili yorgunluğun patogeneğinde etkin olabileceğini düşünmektedirler. Yorgunlukla ilgili olası nedenler; dinlenme/egzersiz yetersizliği, yanlış/yetersiz beslenme, uyku bozuklukları, ağrı, ilaç yan etkileri, anemi, hormonal dengesizlikler (özellikle düşük testosteron ve adrenal hormon seviyesi), tiroid bezi ve hipogonadizm anormallikleri, fırsatçı enfeksiyonlar, ateş, düşük CD4 hücre sayısı, sitokinler, büyüme hormonu, karaciğer fonksiyon bozukluğu, kanda yüksek düzeyde olan HIV virüsü, depresyon ve anksiyete, kafein, alkol ve madde kullanımınıdır (12,24,31,32,33).

Bugüne kadar yapılan çalışmalar, HIV/AIDS hastalarında yorgunluğun, fizyolojik ve psikososyal değişkenler arasındaki karmaşık bir etkileşim sonucu olabileceğini düşündürmektedir. Yorgunluğu başlatan ya da kötüleştiren faktörleri tanımlamak için çalışmalar hala devam etmektedir (24,32).

YORGUNLUK TEORİLERİ

HIV/AIDS ile ilgili yorgunluğun mekanizması tam olarak açıklanamamış olmasına karşın, literatürde yorgunluğun nasıl ve hangi nedenlerle geliştiğini açıklamaya çalışan farklı modeller bulunmaktadır. Halen HIV/AIDS ile ilgili yorgunluk araştırmalarının çoğu tündengelemdir (34).

Barbara Piper liderliğindeki hemşire bilim adamları, tündengelemler yöntemiyle kanser ile ilgili yorgunluğa yönelik bütünleştirilmiş yorgunluk modelini (IFM) geliştirmiştir (6,34,35,36). IFM şu anda birden fazla faktörün neden olduğu HIV/AIDS ile ilgili yorgunluğun araştırılmasında önerilen tek modeldir. Model HIV/AIDS’de aktivite ile ilgisiz tüm vücut yorgunluğunun olağandışı veya anormal bir algı olduğu tanımına dayanmaktadır. Modele göre; yorgunluk yeterli uyku veya dinlenme ile çözülemez, bir aydan fazla zaman ise kronik bir aydan kısa bir deneyim ise akut olarak adlandırılır (6,35).

Winningham’ın “Psikobiyojik Enerji Hipotezi”nde yorgunluk, hastanın hastalık süreci, uygulanan tedavi, aktivite düzeyi, dinlenme alışkanlığı, semptom algılaması ve fonksiyonel durum ile ilişkilendirilerek, “enerji yetersizliği” olarak tanımlamıştır (6).

Selye’nin “Yorgunluk Modeli”nde; herkesin adaptasyon için belli düzeyde enerji ile doğduğunu ve bu enerji bittiğinde/azaldığında yorgunluğun ortaya çıktığını belirtmiştir. Ayrıca, egzersiz sırasında yüzeysel enerjinin tükendiğini, dinlenme döneminde de derinlerdeki

enerjinin yüzeyde boşalan enerjinin yerini doldurduğunu ileri sürmüştür (6).

Diğer bir model Kaliforniya Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve semptom yönetim merkezi bilim adamları tarafından yapılan araştırmaların sonuçlarının revize edilmesiyle elde edilmiş olan “Semptom Yönetim Modeli”dir. Model yorgunluğa özgü bir model değildir ancak hemşirelik alanı olan insan, çevre, sağlık ve hastalık içinde gömülü çok boyutlu bir semptom yönetim modelidir (34).

HIV/AIDS ile ilgili yorgunluğu çalışan ilk araştırmacılar olan Dr. Julie Barroso “HIV/AIDS Yorgunluk Teorisi”ni geliştirmiştir. HIV/AIDS’e özgü yorgunluk modeli, Barroso'nun yorgunlukla ilgili dört pilot çalışmasının sonuçlarına göre geliştirilmiştir. Model değişkenler arasında beklenen sonuçların ele alınmasına dayanmakta ve modelin geliştirilme çalışmaları hala devam etmektedir (13, 31, 33, 34, 37).

DEĞERLENDİRME

Hastalarda yorgunluğun etkin tedavi ve yönetimi için öncelikle sübjektif ve objektif değerlendirme önemlidir (Tablo 1). Hastadan ayrıntılı bir anamnez alınmalı ve fizik muayene yapılmalıdır. Yorgunluğa katıda bulunan diğer semptomların da ayrıntılı olarak değerlendirilmesi oldukça önemlidir.

Yorgunluğun objektif olarak değerlendirilmesinde kullanılan bazı ölçekler bulunmaktadır. Aaronson ve arkadaşları (1999) yorgunluğun sübjektif yapısından dolayı yorgunluğu farklı yönleriyle farklı araçlarla ölçmenin zorluğunu vurgulamıştır (38). Bazı araçlar sadece yorgunluğun varlığı ya da yokluğunu ölçerken, diğerleri yorgunluğun sadece bir yönünü ölçmektedir (fiziksel yorgunluğu ya da kas gücünde azalma) (24). Bazı araştırmacılar yorgunluk dışındaki kavramları (performansı veya canlılık) ölçmek için araçlar geliştirmişlerdir. Yorgunluğu ölçmek için kullanılan araçların çoğu çok kısa (dört soru veya daha az) ve

kabul edilebilir psikometrik özelliklere sahip olmasına karşın, tam olarak HIV/AIDS hastaları tarafından deneyimlenen yorgunluğu ölçmemektedir. Bu nedenle, HIV ile enfekte olan bireylerde yorgunluğu ölçmek için 58 maddelik “HIV İlgili Yorgunluk Ölçeği (HRFS)” geliştirilmiştir (24,33). Biçimlendirici nitel araştırma sonuçlarına göre geliştirilen ölçek; yorgunluğun şiddet ve sonuçlarını ölçmenin yanı sıra HIV ile enfekte bireylerde yorgunluğu oluşturan koşulları da ölçmek için tasarlanmıştır. Bugün yorgunluğu ölçmek için kullanılan ölçeklerin çoğu Barroso ve Lynn (2002) tarafından geliştirilen ölçeklerden birinden elde edilmiştir (33). Ölçeğin, yorgunluğun şiddeti, koşullara yanıtı ve yorgunlukla ilgili işleyişteki bozulmayı ölçen üç alt boyutu bulunmaktadır (33, 39).

Yukarıda belirtilen araç dışında, yorgunluğu ölçmek için çeşitli araçlar geliştirmiştir Bunlardan biri Bormann ve arkadaşları (2001) tarafından bir çalışmada kullanılan, başlangıçta romatoid artritli hastalarda yorgunluğu ölçmek için geliştirilmiş olan ve yorgunluğun çok boyutlu değerlendirilmesinde kullanılan “Küresel Yorgunluk İndeksi”dir (40).

Aslında, kanser hastalarında yorgunluğu ölçmek üzere geliştirilmiş olan ama HIV ile ilgili yorgunluk çalışmalarında sık olarak kullanılan, “Piper Yorgunluk Ölçeği”de bulunmaktadır (41).

Multiple skleroz ve sistemik lupus eritematozusu olan hastalar için geliştirilmiş “Yorgunluk Şiddet Ölçeği”; uyku kalitesi ve insomnia çalışmalarında kullanılan ve uyku bozukluğu olan hastaların yorgunluğunu ölçmek için Görsel Analog Skaladan türetilmiş olan “Lee Yorgunluk Ölçeği” de HIV/AIDS’li bireylerde yorgunluğun değerlendirilmesi için kullanılan ölçeklerdir (42). Bazı çalışmalarda yorgunluğu ölçmek için yaşam kalitesi ölçeği veya genel semptom ölçeği de kullanılmaktadır (43).

Tablo 1. HIV/AIDS Hastalarında Yorgunluk Değerlendirmesi

| Sübjektif | Objektif |
|--|---|
| <p><i>Hastanın öyküsü alınırken:</i></p> <ul style="list-style-type: none">✓ Fonksiyonel yeterliliği, GYA'ni gerçekleştirme düzeyi, tamamlayıcı tıp yaklaşımı, vitamin, kafein ve alkol kullanımını değerlendiren kapsamlı bir anamnez alınmalıdır.✓ Yorgunluk belirtilerinin başlangıcı, süresi, arttıran ve azaltan faktörler, yorgunluğa neden olan diğer hastalık belirtileri (hipotiroidizm, hipogonadizm, anemi, kalp yetmezliği, kötü beslenme, anksiyete, sedatif kullanımı vb.) sorgulanmalıdır.✓ HIV ile enfekte bireyler arasında depresyon yaygındır ve yorgunluğun önemli bir nedenidir. Geçerli bir depresyon belirleme aracıyla taranmalıdır.✓ Barınma durumu, iş stresi, kişisel ilişkiler gibi özellikli herhangi bir yaşam stresi sosyal öyküsünde sorgulanmalıdır.✓ Hastanın uyku düzeni değerlendirilmelidir. HIV enfeksiyonu ilk olarak uykuyu etkileyebilir.✓ Madde kötüye kullanımı sorgulanmalıdır.✓ Bitkiler ve reçetesiz ilaçlarda dahil olmak üzere mevcut tüm ilaçları listelenmelidir.✓ Beslenme değerlendirmesi yapılmalıdır. | <ul style="list-style-type: none">✓ Vital bulguları özellikle ortostatik kan basıncı ve nabız ölçümleri kontrol edilmelidir.✓ Beslenme durumu aldığı kalori ve sıvı miktarı değerlendirilmelidir.✓ Konjonktiva (solukluk) ve cilt değerlendirmesi, tiroid, akciğer, kalp ve derin tendon refleksleri da dahil olmak üzere bir fizik muayene yapılmalıdır.✓ Yorgunluk ölçekleri ile yorgunluk değerlendirmesi yapılmalıdır. |

Coffey S (ed.). Guide For HIV/AIDS Clinical Care, 2014; 301-304; Breitbart,W., McDonald, M.V., Rosenfeld, B., Monkman, N. D.,& Passik, S. (1998). Fatigue in ambulatory AIDS patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 15, 159-167; Barroso J. A review of fatigue in people with HIV infection. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 1999;10:42-49.

YORGUN DÜŞEN HIV/AIDS HASTALARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI

21. yy'da HIV/AIDS alanında semptom yönetimi, hemşirelik araştırma önceliklerinden biri olarak tespit edilmiştir (45). HIV/AIDS hastalarının hastalıkları ile daha uzun süre yaşamaları semptom yönetimini giderek önemli bir sağlık konusu haline getirmiştir (46, 47).

Yorgunluk, kontrol altına alınmadığında bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen semptomlardan biridir, ayrıca hem fiziksel hem de psikolojik bir bozulmaya sebep olarak ilaç tedavisine uyumu azaltabilir (48, 49, 50). Yorgunluğun bireyi olumsuz yönde etkilemesini önlemek için, doğru değerlendirilmesi ve bireye uygun aktivite planlanması etkili baş etmede önemlidir (51).

Yorgunluğa neden olan faktörlerin açık olmaması ve sübjektif bir kavram olması nedeni ile tanımlanması ve değerlendirilmesinde güçlükler yaşanmakta, genellikle ihmal edilmekte, bireyin yorgunluk ile baş etmesi için uygun hemşirelik girişimleri yapılmamaktadır (52).

Hemşirelik bakımında amaç; hastanın yorgunluğunun nedenlerini anlatabilmesi, yaşam üzerine yorgunluğun etkilerine ilişkin duygularını paylaşabilmesi, günlük ve haftalık aktiviteleri için önceliklerini belirleyebilmesi, aktivite düzeyinde tatmin edici sonuçlar elde edebilmesidir (53).

Yorgunluğu gidermek için genel önlemler, farmakolojik ve nonfarmakolojik girişimler kullanılmaktadır.

Genel önlemler:

Yorgunluğu olan hastaya önerilebilecek genel önlemler aşağıdaki şekildedir (6, 32, 44, 54).

- ✓ Dinlenme: Sağlık profesyonelleri yorgunluk bildiren hastalara genellikle dinlenmesini önermekte veya hastaların kendisi yorgun olduğunda dinlenmeyi seçmektedir.
- ✓ Günün önemli aktiviteleri enerjilerinin yüksek olduğu zaman dilimlerinde planlanmalı.
- ✓ Bireyin enerjisini korumak için gerekli olmayan aktiviteler mümkün olduğunca kısıtlanmalı ya da engellenmelidir. Bu önerilerin yorgunluk düzeylerini azaltmaya yardımcı olduğu ve yaşam kalitesini artırdığı görülmektedir;
- ✓ Gerekirse alışveriş, temizlik ve yemek hazırlama gibi aktiviteler için yardım alınmalıdır.
- ✓ Fiziksel olarak daha yorucu olan aktivitelere alternatif dinlendirici faaliyetler geliştirilmelidir.
- ✓ Gün içinde dinlenme ya da şekerleme yapılmalıdır (eğer insomnia problemi varsa yatmadan 6 saat kadar önce).
- ✓ Sağlıklı ve dengeli beslenme, düzenli egzersiz, yeterli dinlenme, kafein, alkol alımını sınırlama ve uyuşturucu kullanımından kaçınmaları gerektiği anlatılmalıdır. Bu temel sağlık alışkanlıkları ile bu hastalarda büyük ölçüde enerji seviyesi ve genel yaşam kalitesi artırılabilir.
- ✓ Belirli bir zaman döneminde neleri başarabileceği konusunda gerçekçi hedefler belirlenmelidir.

Farmakolojik Girişimler:

Yorgunluğun tedavisinde etkinliği kanıtlanmış bir ilaç yoktur. HIV ile ilgili yorgunluğun tedavisinde amaç; altta yatan nedenin belirlenmesi ve tedavisidir. Genel tedavi yaklaşımları kan transfüzyonu, hormon replasman tedavisi, anabolik steroid tedavisi, antidepresan veya psikostimülan ilaçlar, hiperbarik oksijen ve dextroamphetamines tedavisidir (7,15,32,44).

Bir çalışmada; HIV ile enfekte bireylere haftada iki veya üç kez yüksek basınçlı oksijen ile hiperbarik oksijen tedavisi uygulanmış ve bu yöntemin yorgunluğu gidermede etkili olduğunu gösterilmiştir (55). Yapılan çalışmalarda, depresif, halsiz, konsantasyon bozukluğu olan hastalarda düşük dozda psikostimülan (kafein, metilfenidat vb.) kullanımının hastaların iyilik duygusunu arttırarak, iştahını düzelttiği ve yorgunluğu azalttığı saptanmıştır (6). Bunun yanı sıra, psikostimülanlar uykusuzluğa, öforiye, mizaç dalgalanmasına neden olabileceği için dikkatli kullanılması gerektiği vurgulanmıştır. Yorgunlukla birlikte hastada depresyon varsa bu ilaçlara antidepresanlarla birlikte başlanması ve antidepresanlar etkisini gösterdiğinde bu ilaçların kesilmesi önerilmektedir (6,56,57).

Non-farmakolojik Girişimler:

Literatürde düzenli egzersiz yapılmasının yorgunluk düzeyini azaltmadaki etkisini araştıran pek çok çalışma vardır. Düzenli egzersiz hastalarda enerji kaybını azaltır, işlevsel kapasiteyi artırır ve dolaşım sistemini hızlandırarak yorgunluğa neden olan sitokinlerin ve diğer maddelerin dolaşımdan atılmasını sağlar (58). Çalışmalar sonucunda elde edilen sonuçlar egzersizin (hafif-orta yoğunlukta yürüyüş programı dahil) fiziksel enerjide düzelmeyi ve işlevsel kapasitede artışı, yaşam kalitesinin iyileşmesini, psikolojik durumun düzeltilmesini sağladığı gösterilmiştir (32,58,59). Yapılan bir çalışmada 12 haftalık denetimli aerobik egzersiz (koşu bandı üzerinde) programının HIV ile enfekte kişilerde fizyolojik yorgunluğu azalttığı bulunmuştur (60).

Çoğunlukla güvenlik ve etkinliği kontrollü klinik çalışmalarla incelenmemiş olmasına karşın, birçok alternatif ve tamamlayıcı tedavi HIV/AIDS ile ilgili yorgunluk tedavisinde kullanılmaktadır. Yorgunluk için kullanılan bitkisel tedaviler, doğal uyarıcı olan ginseng ve yohimbeydir. Ayrıca karnitin (kas oluşturmak için kullanılan bir

takviye) ve dehidroepiandrosteron (DHEA, testosteron hormonu öncüsü) gibi takviyeler de yorgunluk ve halsizlik için kullanılmaktadır (15, 19, 61, 62, 63). Bunların yanında düzenli akupunktur tedavisi, stres azaltıcı psikososyal ve davranışsal terapiler, masaj terapisi ve tai chi, qigongun (Çin tıbbi tabanlı bir egzersiz) yorgunluğu giderdiği ve yaşam kalitesini artırdığı bildirilmektedir (15, 44, 54, 57, 58, 63).

SONUÇ

Özet olarak, yorgunluk HIV/AIDS'i olan bireylerde yaygındır ve çeşitli faktörlere bağlı olabildiği gibi farklı faktörlerinin birleşimi nedeniyle de gelişebilmektedir. HIV/AIDS ile ilgili yorgunluğa en iyi biçimde hemşirelik bakımı sunmak için, altta yatan neden ya da nedenleri doğru şekilde değerlendirmek ve tedavi etmek önemlidir. Hemşirelere HIV ile ilgili yorgunluk yaşayan bireyleri fark ederek beslenme, aktivite ve uyku düzeniyle bağlantılı olarak yorgunluk seviyesinin zamanla nasıl değiştiğini takip etme konusunda önemli görevler düşmektedir.

KAYNAKLAR

1. Babayiğit MA, Bakır B. HIV Enfeksiyonu ve AIDS: Epidemiyoloji ve Korunma. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2004; 3 (11):280-290.
2. Zorlu M, Çalım Sİ. İşyerinde Damgalama ve Ayrımcılık Faktörü Olarak HIV/AIDS. Çalışma ve Toplum, Ekonomi ve Hukuk Dergisi 2012; 4(35):165-188.
3. World Health Organization (WHO), 2014. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>. [Erişim Tarihi: 14 Mart 2015].
4. Tümer A. HIV/AIDS Epidemiyolojisi ve Korunma. Hacettepe Üniversitesi HIV/AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi (HATAM). URL: http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/Epid_web_A.T_2015.pdf. [Erişim Tarihi: 14 Mayıs 2015].
5. T.C. Sağlık Bakanlığı, HIV/AIDS Veri Tabloları, 2014. URL: <http://www.saglik.gov.tr/TR/ana-sayfa/1-0/20150526.html>. [Erişim Tarihi: 10 Mart 2015].
6. Can G. Kanser Hastalarında Yorgunluk. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2006; 3(2):10-17.
7. Breitbart W, McDonald MV, Rosenfeld B, Monkman ND, Passik S. Fatigue in Ambulatory AIDS Patients. Journal of Pain and Symptom Management 1998; 15(3): 159-167.
8. Cleary PD, Fowler FJ, Weissman J, Massagli MP, Wilson I, Seage, GR et al. Health Related Quality of Life in Persons with Acquired Immune Deficiency Syndrome. Medical Care 1993; 31(7): 569-580.
9. Cunningham WE, Shapiro MF, Hays RD, Dixon WJ, Visscher BR, George L et al. Constitutional Symptoms and Health-Related Quality of Life in Patients with Symptomatic HIV Disease. American Journal of Medicine 1998; 104(2): 129-136.
10. Darko DF, Miller JC, Galen C, White J, Koziol J, Brown SJ et al. Sleep Electroencephalogram Delta-Frequency Amplitude, Night Plasma Levels of Tumor Necrosis Factor Alpha, and Human Immunodeficiency Virus Infection. Proceedings of the National Academy of Science 1995; 92(26): 12080-12084.
11. Jones SG. The Other Side of The Pill Bottle: The Lived Experience of HIV-Positive Nurses on HIV Combination Drug Therapy. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care 2002; 13 (4): 22-36.
12. Adinolfi A. Assessment and Treatment of HIV-related Fatigue. J Assoc Nurses AIDS Care. 2001; 12 (29): 29-34.
13. Barroso J, Carlson JR, Meynell J, Physiological and Psychological Markers Associated with HIV-related Fatigue. Clinical Nursing Research 2003; 12(1): 49-68.
14. Corless IB, Bunch EH, Kempainen JK, Holzemer WL, Nokes KM, et al. Self-care for Fatigue in Patients with HIV. Oncology Nursing Forum 2002; 29(5): 60-69.
15. Breitbart W, Rosenfeld B, Kaim M, Funesti-Esch J. A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Psychostimulants For Treatment of Fatigue in Ambulatory Patients with Human Immunodeficiency Virus Disease. Archives of Internal Medicine 2001; 161(3): 411-420.
16. Rabkin JG, Mc Elhiney MC, Rabkin R. Treatment of HIV-related Fatigue with Armodafinil: A Placebo-controlled Randomized Trial. Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry 2011; 52 (4): 328-336.
17. Vogl D, Rosenfeld B, Breitbart W, Thaler H, Passik S, McDonald M, et al. Symptom Prevalence, Characteristics and Distress in AIDS Outpatients. Journal of Pain and Symptom Management 1999;18(4): 253-262.
18. Duracinsky M, Herrmann S, Berzins B, et al. The Development of PROQOL-HIV: An International Instrument to Assess the Health-related Quality of Life of Persons Living with HIV/AIDS. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 2012; 59(5): 498-505.
19. Jong E, Oudhoff LA, Epskamp C et al. Predictors and Treatment Strategies of HIV-related Fatigue in the Combined Antiretroviral Therapy Era. Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins 2010; 24(10): 1387-1405.
20. Voss JG. Predictors and Correlates of Fatigue in People Living with HIV/AIDS. Journal of Pain and Symptom Management 2005; 29(5): 173-184.
21. Phillips KD, Sowell RL, Rojas M, Tavakoli A, Fulk LJ, Hand GA. Physiological and Psychological Correlates of Fatigue in HIV Disease. Biological Research for Nursing 2004; 6(1):59-74.
22. Groopman JE. Fatigue in Cancer and HIV/AIDS. Oncology (Williston Park, N.Y.) 1998, 12(3):335-344.
23. Henderson M, Safa F, Easterbrook P, Hotopf M. Fatigue Among HIV-infected Patients in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy. HIV Medicine 2005; 6 (5): 347-352.
24. Barroso J, Joachim G. Fatigue in HIV and AIDS: An Analysis of Evidence. Journal of the Association of Nurses In AIDS Care 2013; 24(1): 5-14.
25. Crystal S, Fleishman JA, Hays RD, Shapiro MF, Bozzette SA. Physical and Role Functioning Among Persons with HIV: Results from a Nationally Representative Survey. Medical Care 2000; 38(12): 1210-23.
26. Duran S, Spire B, Raffi F, Walter V, Bouhour D, Journot V et al. Self-Reported Symptoms After Initiation of a Protease Inhibitor in HIV-Infected Patients And Their Impact On Adherence To HAART. HIV Clinical Trials 2001; 2(1):38-45.
27. Henry SB, Holzemer WL, Weaver K, Stotts N. Quality Of Life And Self-Care Management Strategies Of Plwas With Chronic Diarrhea. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care 1999; 10(2): 46-54.
28. Trotta MP, Ammassari A, Cozzi-Lepri A, Zaccarelli M, Castelli F, Narciso P et al. Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy is Better in Patients Receiving Non-nucleoside

- Reverse Transcriptase Inhibitor-containing Regimens than in those Receiving Protease Inhibitor-containing Regimens. *AIDS, Official Journal of the International AIDS Society* 2003; 17 (7): 1099-1102.
29. Da Costa Di Bonaventura M, Gupta S, Cho M, Mrus J. The Association of HIV/AIDS Treatment Side Effects with Health Status, Work Productivity, and Resource Use. *AIDS Care: Psychological and Sociomedical Aspects of AIDS/HIV*, 2012; 24(6): 744-755.
30. O'Dell MW, Meighen M, Riggs RV. Correlates of Fatigue in HIV Infection Prior to AIDS: A Pilot Study. *Disability and Rehabilitation* 1996; 18(5): 249-254.
31. Barroso J, Preisser JS, Leserman J, Gaynes BN, Golden RN, Evans DN. Predicting Fatigue and Depression in HIV-positive Gay Men. *Psychosomatics* 2002; 43(4): 317- 325.
32. Coffey S (ed.). *Guide For HIV/AIDS Clinical Care*, 2014 Edition. Rockville, MD: U.S.-pp. 301-304.
33. Barroso J, Lynn MR. Psychometric Properties of the HIV-related Fatigue Scale. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2002;13(1): 66-75.
34. Voss JG, Dodd M, Portillo C, Holzemer W. Theories of Fatigue, Application in HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2006; 17(1): 37-50.
35. Piper BF. Fatigue in: Kohlman-Carrieri VK, Lindsey AM, West CM (ed) *Pathophysiological Phenomena in Nursing: Human Responses to illness*, 2nd ed. Saunders, Philadelphia- 1993.ss 285-286.
36. Piper BF, Lindsey AM, Dodd MJ. Fatigue Mechanisms in Cancer Patients: Developing Nursing Theory. *Oncology Nursing Forum* 1987; 14 (6): 17-23.
37. Barroso J. HIV-related Fatigue. *American Journal of Nursing* 2002; 102(5): 83-86.
38. Aaronson LS, Teel CS, Cassmeyer V, Neuberger GB, Pallikkathayil L, Pierce J et al. Defining and Measuring Fatigue. *Image Journal of Nursing Scholarship* 1999;31(1):45-50.
39. Pence BW, Barroso J, Leserman J, Harmon JL, Salahuddin N. Measuring Fatigue in People Living with HIV/AIDS: Psychometric Characteristics of the HIV-Related Fatigue Scale. *AIDS Care* 2008; 20(7): 829-837.
40. Bormann J, Shively M, Smith TL, Gifford AL. Measurement of Fatigue in HIV-positive Adults: Reliability and Validity of the Global Fatigue Index. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2001; 12 (3):75-83.
41. Low Y, Preud'homme X, Goforth HW, Omonuwa T, Krystal AD. The Association of Fatigue with Depression and Insomnia in HIV-seropositive Patients: A Pilot Study. *Sleep* 2011; 34(12):1723-1736.
42. Lerdal A, Gay CL, Aouizerat BE, Portillo CJ, Lee KA. Patterns of Morning and Evening Fatigue Among Adults with HIV/AIDS. *Journal of Clinical Nursing* 2011; 20 (15-16): 2204-2216.
43. Wantland DJ, Mullan JP, Holzemer WL, Portillo CJ, Bakken S, McGhee EM. Additive Effects of Numbness and Muscle Aches on Fatigue Occurrence in Individuals with HIV/AIDS Who are Taking Antiretroviral Therapy. *Journal of Pain and Symptom Management* 2011; 41(2): 469-477.
44. Barroso J. A Review of Fatigue in People with HIV Infection. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 1999;10(5):42-49.
45. Sowell RL. Identifying HIV/AIDS Research Priorities for the next Millennium: A Delphi Study with Nurses in AIDS Care. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2000; 11(3):42-52.
46. Newshan G, Sherman DW. Palliative Care: Pain and Symptom Management in Persons with HIV/AIDS. *The Nursing Clinics of North America* 1999; 34(1):131-145.
47. Holzemer WL, Henry SB, Nokes KM et al. Validation of the Sign and Symptom Check-list for Persons with HIV Disease (SSC-HIV). *J Adv Nurs*. 1999;30:1041-1049
48. Hockenberry-Eaton M, Hinds PS. Fatigue in Children and Adolescents with Cancer: Evolution of a Program of Study. *Seminars in Oncology Nursing* 2000; 16(4): 261-78.
49. Sousa KH, Holzemer WL, Henry SB, Slaughter R. Dimensions of Health-related Quality of Life in Persons Living with HIV Disease. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 29(1): 178-187.
50. Paolini CA. Symptoms Management at the end of Life. *The Journal of the American Osteopathic Association* 2001; 101(10): 609-615.
51. Yurtsever S. Kronik Hastalıklarda Yorgunluk ve Hemşirelik Bakımı. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004; 4(1): 16-20.
52. Yıldırım M. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanısı ile Hastaneye Başvuran Bireylerin Yorgunluk Düzeylerinin Belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri* 2006.
53. Birol L. Hemşirelik Süreci. *Etki Matbaacılık*. 2. Baskı. İzmir-2005. ss: 301-319.
54. Curt GA, Breitbart W, Cella D, Groopman JE, Horning SJ, Itri LM et al. Impact of Cancer-Related Fatigue on the Lives of Patients: New Findings from the Fatigue Coalition. *Oncologist* 2000;5(5): 353-60.
55. Reillo MR. Hyperbaric Oxygen Therapy for the Treatment of Debilitating Fatigue Associated with HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 1993; 4(3): 33-38.
56. Tavio M, Milan I, Tirelli U. Cancer-related Fatigue (review). *Int J Oncol* 2002; 21(5): 1093-1099.
57. Fatigue: PDQ, Supportive Care-Health Professionals, National Cancer Institute, 2006.
URL: <http://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/fatigue/fatigue-hp-pdq>, [Erişim Tarihi: 01 Mart 2015] .
58. Mock V. Evidence-based Treatment for Cancer-related Fatigue. *Journal of the National Cancer Institute Monographs* 2004; (32): 112-118.
59. Courneya KS, Mackey JR, Bell GJ, Jones LW, Field CJ, Fairey AS. Randomized Controlled Trial of Exercise Training in Postmenopausal Breast Cancer Survivors: Cardiopulmonary and Quality of Life Outcomes. *Journal of Clinical Oncology* 2003; 21(9): 1660-1668.
60. Smith BA, Neidig JL, Nickel JT, Mitchell GL, Para MF, Fass RJ. Aerobic Exercise: Effects on Parameters Related to Fatigue, Dyspnea, Weight and Body Composition in HIV-infected Adults. *AIDS*. 2001; 15(6): 693-701.
61. Cruciani RA, Revuelta M, Dvorkin E, Homel P, Lesage P, Esteban-Cruciani N. L-carnitine Supplementation in Patients with HIV/AIDS and Fatigue: A Double-blind, Placebo-Controlled Pilot Study. *HIV/AIDS Research and Palliative Care* 2015; (7): 65-73.
62. Plioplys AV, Plioplys S. Amantadine and L-carnitine Treatment of Chronic Fatigue Syndrome. *Neuropsychobiology*.1997; 35(1): 16-23.
63. Breitbart W. and others. Fatigue in ambulatory AIDS patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 1998; 15(3): 159-167.

SURİYE'DEN TÜRKİYE'YE GÖÇ'ÜN ETKİLERİ

THE EFFECTS OF MIGRATION FROM SYRIA TO TURKEY

Semra AKKÖZ ÇEVİK¹

ÖZET

Suriye'de yaşanan savaş, tüm Suriye halkını ve özellikle de Suriyeli kadın ve çocukları son derece olumsuz şartlarda yaşamaya mecbur bırakmıştır. Ülkedeki karışıklık ve savaş ortamı, hem ülke içinde, hem de iltica ettikleri ülkelerde Suriye vatandaşları için gittikçe zorlaşan yaşam koşulları sunmaktadır. Kendi ülkelerindeki savaş nedeniyle yetersiz beslenme, temizlik için yeterli su bulamama gibi olumsuz koşulların yanında bir de savaşın psikolojik etkilerinden dolayı sağlık sorunu yaşayan Suriyeli sığınmacılar gittikleri bölgelere de bu sağlık sorunlarını taşımaktadırlar. Sayıları fazla olan Suriyeli sığınmacılar sağlık kurumlarının yükünü artırmış, sağlık insan gücü yetersiz kalmış bunun yanında dil engeli, sağlık sigortasına sahip olunmaması gibi nedenlerle sağlık kuruluşuna başvurulmaması bu insanların sağlığını olumsuz etkilemiştir. Özellikle koruyucu hizmetler aksamış, bu durumdan kadın ve çocuklar daha fazla etkilenmişlerdir.

Bu derlemede, savaş nedeni ile Suriye'den Türkiye'ye göçün özellikle kadın sağlığı ve çocuk sağlığına etkileri üzerinde durulmuştur.

Anahtar kelimeler: Göç, sağlık, kadın sağlığı, Suriyeli mülteciler

ABSTRACT

War in Syria, the Syrian people and especially all Syrian women and children are forced to live in extremely adverse conditions. Confusion in the country and the climate of war, both within the country and also offers increasingly difficult living conditions for Syrian nationals in their country of asylum.

In addition to adverse conditions, such as an inability to find enough water for cleaning, malnutrition because of the war in their country, the Syrian refugees living health problems because of the psychological effects of war are carrying these health problems where they go. Number of Syrian refugees has increased more than the burden of health care, health human resources were inadequate besides the language barrier, not apply to the health care provider, not owned health insurance adversely affected the health of these people. Particularly preventive services were disrupted, women and children have been affected more by this situation. In this review, the migration from Syria to Turkey in particular has focused on its effects on women's health and child health.

Key words: Migration, health, Women's health, Syrian refugees

¹ Yrd.Doç.Dr. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

GİRİŞ

Türkiye Cumhuriyeti, Suriyelileri, özellikle sınır kentlerinde açtığı barınma merkezlerinde yüksek standartlarda misafir etmek için yoğun emek ve para harcamaktadır. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'nin (BMMYK) 21 Nisan 2014 tarihli verilerine göre; Suriye iç savaşında kendi ülkesini terk ederek Türkiye, Irak, Lübnan, Ürdün ve Mısır'a yerleşen 2.704.812 Suriyeli nüfusun yüzde 50'sinden fazlasını kadınlar ve çocuklar oluşturmaktadır (1). Haziran 2013'ten günümüze kadar barınma merkezlerinde bulunan Suriyeli misafir sayısı yatay bir seyirle de olsa artmaya devam etmiştir. 19 Nisan 2014 itibarıyla 221.442 Suriyeli misafir 10 ilde bulunan 22 barınma merkezinde hayatlarını devam ettirmektedir. Kamplar dışında en yüksek sayıda Suriyelinin yaşadığı şehir 330 bin kişi ile İstanbul'dur. İstanbul'dan sonra 253 bin kişi ile Gaziantep (KD:220,000 K: 33,222), 240 bin kişi ile Şanlıurfa, 204 bin kişi ile Hatay gelmektedir. Kilis 86 bin, Mardin 78 bin, Adana 61 bin ve Kahramanmaraş 60 bin Suriyeliye ev sahipliği yapmaktadır. Türkiye'nin 11 ilinde ise 10 ile 50 bin arası Suriyeli yaşamaktadır. Gaziantep'te 19 Nisan 2014 tarihi itibarıyla dört adet barınma merkezi bulunmaktadır. İslâhiye, Karkamış ve Nizip 1 çadır kentleri ile Nizip 2 konteyner kentinde toplamda 33.950 Suriyeli bulunmaktadır. İlki 24 Mart 2012'de açılan bu barınma merkezlerinde, 5.346 çadır ve 1.000 konteyner, Suriyeli sığınmacıların kullanımına sunulmuştur. Gaziantep'te, Mart 2012'de 227 olan Suriyeli sayısı bir yıllık süreç içerisinde 30 bin rakamına ulaşmış ve Nisan 2013'ten günümüze kadar yatay bir artışla 34 bine yaklaşmıştır (2, 3).

I. Türkiye'deki Suriyelilerin Durumu

Gerek kamplarda yaşayan gerekse kamp dışında yaşayan Suriyeli sığınmacılar genç bir grup olmalarına ilaveten, çoğunlukla çalışma çağında ve sağlam vücutlu kişilerden oluşmaktadır. Hem erkek hem de kadınlarda en yoğun yaş grubu 19-54 yaş grubudur. Bunu 0-12 yaş grubu izlemektedir. En az

misafirin bulunduğu yaş grubu ise 55 yaş ve üzeridir (4).

Mültecilerin %75'inden fazlasını çocuk ve kadınlar oluşturmakta ve büyük çoğunluğu kamplar dışında zor koşullar altında yaşamlarını sürdürmektedir. Suriyeliler iyi bir yaşam sürmekten ziyade; güvenlik, beslenme, barınma, sağlık gibi temel ihtiyaçlarını karşılama arayışındadır (5). Türk tabipler birliğinin raporuna göre Sadece kamplarda bugüne kadar 6.051 doğum gerçekleşmiş olup, toplam gerçekleşen poliklinik hizmeti sayısı 1.5 milyonu aşmaktadır (6).

Suriye'deki çatışma nedeniyle kadınlar, tutuklanmadan yakınlarını kaybetmeye, fiziksel ve ekonomik sıkıntılardan cinsiyete dayalı şiddete kadar pek çok zorlukla karşılaşmış ve karşılaşmaya devam etmektedirler. Özellikle genç kızlar şiddet, eğitimin aksamaması, erken yaşta evlilik ve gebelik gibi çeşitli risklerle yüz yüze kalmaktadırlar (1). Türkiye'deki Suriyelilerin % 53'ünden fazlası 18 yaş altındaki çocuk ve gençlerden, % 75'ten fazlası ise özel koruma ihtiyacı içinde bulunan çocuk ve kadınlardan oluşmaktadır (4).

Gaziantep'te Kamplarda yaşayan Kadın Suriyeli sığınmacıların % 40'ı kamp dışında yaşayan kadınların ise % 44'ü 19-54 yaş grubundadır (2, 7). Kamp dışında yaşayan Suriyeli kadınların çalışma oranı % 7,3'tür (7). Kamplarda yaşayanlara gıda, barınma, sağlık, eğitim yardımı yapılmakta kamp dışındakilere ise kayıt yaptırmaları halinde sağlık ve ilaçlara ücretsiz erişim hakkı sağlanmaktadır. Kamp dışı yaşayan Suriyelilerin oranı % 85 olup konaklama problemleri yaşamaktadırlar. Birkaç ailenin birleşip aynı evi kiralaması, kira için fazla ücret ödenmesi bu problemlerden bazılarıdır (7- 9).

II. Suriyeli Sığınmacıların Ülke Sağlıkına Etkileri

Kendi ülkelerindeki savaş nedeniyle yetersiz beslenme, temizlik için yeterli su bulamama gibi olumsuz koşulların yanında bir de savaşın psikolojik etkilerinden dolayı

sağlık sorunu yaşayan Suriyeli sığınmacılar gittikleri bölgelere de bu sağlık sorunlarını taşımaktadırlar. Suriyeli sığınmacılar sağlık kurumlarının yükünü artırmakta ve sağlık insan gücünü yetersiz kılmaktadır. Bunun yanında dil engeli, sağlık sigortasına sahip olunmaması gibi nedenlerle sağlık kuruluşuna başvurulmaması bu insanların sağlığını olumsuz etkilemektedir. Özellikle koruyucu hizmetler aksamış, bu durumdan kadın ve çocuklar daha fazla etkilenmişlerdir. Orsamın 2015 raporuna göre Türkiye 'de görülmeyen hastalıklar ve çocuk felci sınır illerinde görülmeye başlanmış, bu kapsamda 0-5 yaş arası çocuklara çocuk felci aşısı yapılmıştır. Yine bu raporda kızamık ve şark çıbanı gibi hastalıkların yeniden görülmeye başladığı, 2013 yılında kızamık vakasının en fazla yaşandığı ilin Gaziantep olduğu belirtilmektedir (9).

Usak'ın raporunda Mültecilerin yüzde 82,4'ünün çatışmalardan dolayı ciddi psikolojik travma yaşadığı ancak şu an iyi olduğu, kamplardaki çocukların yüzde 54,9'unun psikolojik rehabilitasyon hizmeti aldığı belirtilmektedir (10).

Mazlumder'in (2014) raporuna göre Suriyeli sığınmacı kadınlar sığınmacıların genel yaşam koşullarının neden olduğu sağlık sorunlarının yanı sıra kadın olmanın getirdiği ek sorunlarla da baş etmek durumunda kalıyor. Yabancı bir ülkede hiç bilmedikleri bir sağlık sistemiyle karşılaşan sığınmacılar çok zorunlu olmadıkça sağlık hizmetlerinden faydalanmıyor. Bu nedenle özellikle kamp dışında yaşayan sığınmacılarda hamile kadınların gebelik takibi, çocukların aşılanması gibi koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinden faydalanma oranı çok düşük. Rapor için yapılan görüşmeler kapsamında görüşülen iki hamile sığınmacı kadın gebelik takibi yaptırmadıklarını belirtmişlerdir. Raporda doğumu ev koşullarında gerçekleştiren sığınmacı kadınlar olduğu da belirtiliyor (11).

Türk Tabipler Birliğinin raporunda sağlık hizmetlerine erişememe ile ilgili görüşmelerde farklı nedenler saptanmıştır. Bunlar; nereye ve nasıl başvurulacağının

bilinmemesi, ücretsiz olduğunun bilinmemesi, kayıtlı olmama, dil sorunu, ücretli olması, ilaçlara para ödenmesi gibi nedenlerdir (6). Türk tabipler birliğinin raporunda hastanede doğum yapan Suriyeli kadın bebeğinin ilk aşısının hastanede yapıldığını ondan sonraki aşlarının yapılmadığını belirtmiştir. Bu kadın ve daha birçok kadın aile hekiminin ne olduğu, nasıl başvurulacağı konusunda bilgi sahibi olmadığı ve Türkçe konuşmadığı için hizmetten yararlanamamaktadır (6).

Orsam 2015 raporuna göre Türkiye genelinde kamplardan hastanelere 500.000 hasta nakledilmiş, Türkiye'de ameliyat edilen hasta sayısı 200.000'i aşmış ve 35.000 Suriyeli doğumu gerçekleştirmiştir. Yine bu raporda sınır illerindeki devlet hastanelerinde toplam hizmetin % 30 ile % 40'ı Suriyelilere verildiği belirtilmektedir (9). Ayrıca Suriye'deki savaşta yaralanan yaralıların tedavileri de bu hastanelerde yapılmaktadır. Bu nedenle sınır illerindeki devlet hastanelerinde hem fiziki koşullar bakımından hem de sağlık çalışanı bakımından kapasite sorunu yaşanmaktadır. Bu sınır illerinden biri de Kilis'tir. Korkmaz'ın belirttiğine göre Kilis Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin ağır iş yükünü azaltmak için Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneler Birliği tarafından bir uygulama başlatılmıştır. Bu uygulamada geçici görevlendirmelerle hemşire, ebe, sağlık memuru, hekim, anestezi teknikeri, acil ve ilk yardım elemanı gibi sağlık çalışanı görevlendirilmiştir (12).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Suriyeli sığınmacıların Türkiye'ye gelmesiyle ortaya çıkan en önemli sorunlardan biri sağlık sorunudur. Savaş nedeniyle yiyecek, su, elektrik, yakacak ve tıbbi malzeme gibi temel gereksinimlere ulaşamayan yüz binlerce insan; açlık, hastalık ve yoksulluk içerisinde yaşam mücadelesi vermektedir. Kendi topraklarında iç savaş nedeniyle, yetersiz beslenme, temizlik için gerekli su ve arındırıcı ürünlere erişememe gibi nedenlerle ciddi sağlık sorunları yaşanmış ve ülkemize misafir

olarak kabul edildiklerinde bu hastalıkları da beraberlerinde getirmişlerdir. Ancak giderek artan sayıları ile kabul edilen Suriyeli sığınmacıların sağlık bakımları için, yeterli sağlık kuruluşu ve insan gücünün olmaması, dil engeli ile karşılaşmaları, sağlık sigortasına sahip olmamaları, sosyal ve psikolojik stres gibi faktörler, sığınmacıların sağlık sorunlarını olumsuz etkilediği kadar buldukları toplumun sağlığını da olumsuz etkilemektedir (7). Bu olumsuzlukları gidermek için özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması gerekmektedir.

- ✓ Aile sağlığı merkezleri Suriyeli sığınmacılara yönelik aşılama ve bağışıklama hizmetlerini yaygınlaştırmalıdır
- ✓ Sağlık kurumlarına artan talebi karşılamak üzere geçici sağlık personeli görevlendirilebilir
- ✓ Sağlık kurumlarında var olan tercüman sayısı artırılabilir

KAYNAKLAR

1. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. Türkiye'deki Suriyeli Kadınlar. Ankara 2014.ss: 7-80. <https://www.afad.gov.tr/Dokuman/TR/80-20140529154110-turkiye'deki-suriyeli-kadınlar,-2014.pdf>. Erişim: 15.01.2015
2. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. Suriye'den Türkiye'ye nüfus hareketleri kardeş topraklarındaki misafirlik. Ankara 2014.ss:1-152. <https://www.afad.gov.tr/Dokuman/TR/79-20150209111636-webformatisuriyedenurkiyeyenufushareketleri.pdf>. Erişim: 15.01.2015
3. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. Türkiye'deki Suriyeli Sığınmacılar. Ankara 2013.ss:14-55. https://www.afad.gov.tr/Dokuman/TR/60-2013123015491-syrian-refugees-in-turkey-2013_baski_30.12.2013_tr.pdf. Erişim: 15.01.2015
4. Erdoğan M. Türkiye'deki Suriyeliler: Toplumsal Kabul ve Uyum. HUGO 2014. <http://www.hugo.hacettepe.edu.tr/HUGO-RAPOR-TurkiyedekiSuriyeliler.pdf>. Erişim: 21.01.2015
5. Ortadoğu Stratejik Araştırmalar Merkezi. Suriye'ye Komşu Ülkelerde Suriyeli Mültecilerin Durumu: Bulgular, Sonuçlar ve Öneriler. Orsam Rapor No: 189,Ankara 2014. http://www.orsam.org.tr/tr/Uploads/Yazilar/Dosyalar/2014424_orsam%20rapor%20189tur.pdf. Erişim: 03.06.2015
6. Zencir M, Davas A. Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Hizmetleri Raporu. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ocak 2014, Ankara. <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacirpr.pdf>. Erişim: 22.01.2015
7. Gaziantep Kent Konseyi Yürütme Kurulu. Gaziantep'te Yaşayan Suriyeli Misafirlere İlişkin Rapor: Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Aralık, 2014. <http://www.gaziantepkentkonseyi.org.tr/dosyalar/gaz%20antep%20kent%20konseyi%20rapor.pdf>. Erişim: 22.01.2015

8. Demirel S. Türkiye'de Geçici Koruma Statüsüyle Bulunan Suriye Vatandaşlarına Yönelik Harcamaların Güvenlik Ekonomisi Açısından Değerlendirilmesi. Avrasya Strateji Dergisi 4(1): 095-128.
9. Orhan O, Gündoğar S. S. Suriyeli Sığınmacıların Türkiye'ye Etkileri. Orsam Rapor No: 195, 1-40.Ocak 2015. <http://www.orsam.org.tr/raporgoster.aspx?ID=5276>. Erişim: 22.01.2015
10. Güçer M, Karaca S, Dinçer B. Sınırlar Arasında Yaşam Savaşı Suriyeli Mülteciler Alan Araştırması. Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kurumu Mayıs 2013, USAK Rapor no: 13-04.ss:7-61.
11. http://www.usak.org.tr/images_upload/files/suriyeli%20m%C3%BClteciler%20film%20nete.pdf. Erişim:03.06.2015.
12. Mazlumder. Kamp Dışında Yaşayan Suriyeli Kadın Sığınmacılar Raporu. Mayıs 2014. <http://panel.stgm.org.tr/vera/app/var/files/m/a/mazlumder-kamp-disinda-yasayan-suriyeli-kadin-siginmacilar-raporu.pdf>. Erişim: 22.01.2015
13. Korkmaz AÇ. Sığınmacıların Sağlık ve Hemşirelik Hizmetlerine Yaratdığı Sorunlar. Sağlık ve hemşirelik yönetim dergisi 2014;1(1):37-42. doi:10.5222/SHYD.2014.037

KADIN SAĞLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİNDE BİR MODEL: FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ

A MODEL IN THE ASSESSMENT OF WOMEN'S HEALTH: FUNCTIONAL HEALTH PATTERNS

Nuriye ERBAŞ¹, Gülbahtiyar DEMİREL²

ÖZET

Kadınların daha ileriki yaşamlarında sağlıklarını korumak ve geliştirmek için kadın sağlığının çok iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Genel insancıl yaklaşımın yanı sıra, bilimsel metodun birlikte kullanılması ile bu amaçlar başarılabilir. Hemşirelik modelleri ve hemşirelik süreci hemşirelik bakımına bilimsel ve planlı yaklaşımı sağlayan araçtır. Kuramcılar tarafından geliştirilen çeşitli modeller sağlıklı/hasta bireyden/aileden, verilerin sistemli ve kapsamlı bir biçimde toplanmasını sağlamaktadır. Bu modellerden birisi Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) modelidir. Gordon'un belirli bir zaman diliminde davranışların sırası olarak tanımladığı FSÖ hemşirelik süreci, kritik düşünme ve klinik karar verme üzerinde durmaktadır. Gordon FSÖ'yü insan sağlığı ve yaşam süreci ile ilişkili 11 başlık altında sınıflandırmıştır. Bunlar; sağlığı algılama-sağlığın yönetimi, beslenme-metabolik durum, boşaltım, aktivite-egzersiz, bilişsel-algısal, uyku-dinlenme, kendini algılama, rol-ilişki, cinsellik-üreme, başetme-stres toleransı, değer-inanç örüntüleridir Bu derleme çalışması güncel literatür doğrultusunda kadın sağlığının değerlendirilmesinin önemini vurgulamak ve Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ile kadın sağlığının değerlendirilmesi üzerine dikkatleri çekmek amacıyla ele alınmıştır.

Anahtar kelimeler: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri, Model, Kadın, Sağlık

ABSTRACT

Women's health should be assessed very effectively with a view to protecting and improving women's health at advancing ages. The achievement of these goals requires the concurrent utilisation of a general humanitarian approach and the scientific method. What provide nursing care with this scientific and planned approach are nursing models and the nursing process. Theoreticians developed a variety of models to ensure that data are collected from healthy/ill women/families in a systematic and comprehensive manner. One of these is the Functional Health Patterns (FHP) model. Defined by Gordon as the sequence of behaviours in a certain period of time, FHP emphasises the nursing process, critical thinking and critical decision-making. Gordon classified FHP under 11 headings pertaining to human health and the process of life. These include health perception and management, nutritional-metabolic status, elimination, activity exercise, cognitive-perceptual, sleep-rest, self-perception, role-relationship, sexually reproductive, coping-stress tolerance, and value-belief pattern. This review aims to underline the importance of the assessment of women's health in line with the current literature and attract attention to the assessment of women's health in the scope of Functional Health Patterns.

Keywords: Functional Health Patterns, Model, Women, Health

Bu çalışma, 1. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur. 18-19 Aralık 2014, İzmir.

¹ Yrd. Doç. Dr. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,

¹ Yrd. Doç. Dr. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü,

İletişim/ Corresponding Author: Yrd. Doç. Dr. Gülbahtiyar DEMİREL
e-posta: gulbahtiyar_doganer@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received : 04.02.2016
Kabul Tarihi / Accepted: 15.04.2016

GİRİŞ

Sağlık alanında ele alınması gereken konuların başında kadınların sağlık sorunları ve hastalık riskleri gelmektedir. Bunun birinci nedeni, erkeklerin beklenen yaşam süresinin kadınlara göre daha kısa olması nedeniyle erkeklerin daha az hastalık ve stres yaşamalarıdır (1). Kadınların daha uzun yaşamaları, onların ileri yaşlardaki daha yüksek hastalık oranlarının bir nedenidir (2). İkinci nedeni ise, kadınların erkeklere göre çok daha fazla yaşadıkları üreme sağlığı sorunlarıdır (özellikle 15-49 yaş arası). Ayrıca menopoz ile bağlantılı hastalıklar, sağlıksız koşullarda çalışma, şiddete maruz kalma, aile ve toplumdan kaynaklanan psiko-sosyal faktörler (eğitim, istihdam, toplumsal cinsiyet rolü), sağlık hizmetlerinin kalitesi, sağlıksız yaşam biçimi gibi faktörler de belirli sağlık sorunlarını beraberinde getirmektedir (3-6).

Kadınların sağlıklarını korumak ve geliştirmek için kadın sağlığının çok iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Bundan dolayı da, öncelikli olarak kadınların yaşamlarını tehdit edebilecek risk faktörlerinin farkında olmamız önem taşımaktadır (7,8). Düzenli sağlık kontrollerinin ön plana çıkmasının sebebi sağlığı korumanın, hastalıkları tedavi etmekten daha kolay ve ucuz olduğu gerçeğidir. Bu nedenle periyodik sağlık muayeneleri, önlenebilir sağlık sorunlarının semptomsuz bireylerde saptanması amacıyla fizik muayene, laboratuvar tetkikleri, görüşme gibi bir dizi standart işlem kullanarak belli aralıklarla değerlendirilmesi için yapılır (8,9).

Kaliteli bakım günümüzde sağlık bakım hizmetlerinin hedefidir. Bu nedenle hemşireler de hastalarına sürekli olarak güncellenen bilgilerle etkin bakımı vermek durumundadır. Bireyin sağlığını desteklemek, sürdürmek ya da sağlık düzeyini yükseltmek hemşireliğin genel amacıdır. Bu amaçların başarılması, genel insancıl yaklaşımın yanı sıra, bilimsel metodun birlikte kullanılmasını gerektirmektedir (10,11). Hemşirelik

modelleri ve hemşirelik süreci hemşirelik bakımına bu bilimsel ve planlı yaklaşımı sağlayan araçtır. Kuramcılar tarafından geliştirilen çeşitli modeller sağlıklı/hasta bireyden/aileden, verilerin sistemli ve kapsamlı bir biçimde toplanmasını sağlamaktadır. Bu modellerden birisi Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) modelidir (12). Bu derleme çalışması güncel literatür doğrultusunda kadın sağlığının değerlendirilmesinin önemini vurgulamak ve Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ile kadın sağlığının değerlendirilmesi üzerine dikkatleri çekmek amacıyla ele alınmıştır.

FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ MODELİ

Gordon 1987'de hemşirelik tanıları üzerinde yaptığı çalışmalarında güçlü hemşirelik bakışı ile bilgiyi toplamak ve organize etmek için 'Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ)' adını verdiği bir bakış açısı ileri sürmüştür (13). Gordon'un belirli bir zaman diliminde davranışların sırası olarak tanımladığı FSÖ hemşirelik süreci, kritik düşünme ve klinik karar vermenin üzerinde durmaktadır. FSÖ insan sağlığı ve yaşam süreci ile ilişkili 11 başlık altında sınıflandırmıştır. Bunlar; sağlığı algılama-sağlığın yönetimi, beslenme-metabolik durum, boşaltım, aktivite-egzersiz, bilişsel-algısal, uyku-dinlenme, kendini algılama, rol-ilişki, cinsellik-üreme, başetme-stres toleransı, değer-inanç örüntüleridir (14,15).

A. Sağlığı Algılama-Sağlığın Yönetimi:

Bu örüntü kadının sağlığı ve iyilik halini nasıl algıladığını, nasıl yönettiğini, herhangi bir sağlık sorunu olup-olmadığını tanımlamaktadır. Kadının sağlığını değerlendirmek amacıyla ilk olarak görüşmeler yapılmaktadır. Bu görüşmeler kadının sağlık algıları, fonksiyonel durumu ve sağlık, iyileşme ve diğer faktörler hakkındaki bilgiyi açığa çıkarma amacıyla hemşire ve kadın arasındaki planlanmış, amaca yönelik konuşmalardan oluşmaktadır. Böylece değerlendirme görüşmesi ile kadının sağlık, hastalık, sağlık yönetimi uygulamaları ve sağlık bakımı hakkındaki özel ilgilerini, algılarını belirlemeye olanak sağlanmaktadır. Görüşme ayrıca; demografik verileri, sosyal

zemin ve destek sistemlerine ait verileri elde etmede bir araçtır. Değerlendirme görüşmesinden toplanan veri ve bilgi, klinik karar ve tanısal dayanak sağlamaktadır (16,17).

Görüşme soruları örnekleri (14, 15)

- ✓ Şu anki sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
- ✓ Sağlığınıza korumak ve geliştirmek için ne tür uygulamalar yaparsınız?
- ✓ Son iki yıl içinde sağlığınıza yükseltmek için yaşam stilinizde herhangi bir değişiklik yaptınız mı?
- ✓ Sağlığınıza yükseltme amaçlarınız nelerdir?
- ✓ En son ne zaman bir sağlık bakım vericiyi ziyaret ettiniz? Nedeni neydi?
- ✓ Sağlık bakım vericinin önerdiklerini takiben herhangi bir probleminiz oldu mu?

B. Beslenme-Metabolik Durum: Bu örüntü metabolik gereksinimlerle ilişkili olarak kadının besin ve sıvı tüketimi özelliklerini tanımlamaktadır (14, 15).

Görüşme soruları örnekleri (14, 15)

- ✓ Şu anki boyunuz nedir?
- ✓ Şu anki kilonuz nedir?
- ✓ Son zamanlarda herhangi kilo alımı veya kilo kaybı yaşadınız mı? İştahınızda herhangi bir değişim oldu mu?
- ✓ Günlük menünüzü tanımlayın (yemek aralarında alınanlarda dahil).
- ✓ Özel diyetiniz var mı? Varsa nedir bu diyetiniz? Nasıl takip ediyorsunuz?
- ✓ Sakındığınız yiyecekler var mı?
- ✓ Herhangi vitamin desteği kullanıyor musunuz?
- ✓ Çiğneme veya yutma probleminiz var mı; hazımsızlık, ağız yarası, diş çürüğü?
- ✓ Takma dişiniz var mı?
- ✓ Saçınızda, tırnaklarınızda, derinizde herhangi değişiklik oldu mu?

Hemşirelik tanıları

- ✓ Uygun beslenme
- ✓ Bozulmuş beslenme: gereğinden fazla
- ✓ Bozulmuş beslenme: gereğinden az

C. Boşaltım: Bu örüntü kadının barsak, mesane ve cilt yoluyla sekresyon biçimini tanımlamaktadır (14, 15).

Görüşme soruları örnekleri (14, 15)

- ✓ Barsak alışkanlığınız ne sıklıkta olmaktadır?
- ✓ Diare, konstipasyon, gayta kaçırma gibi herhangi probleminiz var mı?
- ✓ Bu değişiklikler olduğunda herhangi bir ilaç kullanır mısınız?
- ✓ Barsak alışkanlığınızda herhangi bir değişim fark ediyor musunuz?
- ✓ Her zamanki idrara çıkma düzeninizi tanımlayın. Gün boyunca ve gece ne sıklıkta idrara çıkarsınız?
- ✓ Öksürdüğünüzde, aksırdığınızda veya güldüğünüzde idrar kaçırma oluyor mu?
- ✓ İdrara çıkmak istediğinizde idrar yapma ile ilgili probleminiz var mı?

Ç. Aktivite-Egzersiz: Bu örüntü kadının aktivitelerini, yaptığı egzersizleri, boş vakitlerini değerlendirme ve eğlence biçimini tanımlamaktadır (14,15).

Görüşme soruları örnekleri (14,15)

- ✓ Düzenli olarak meşgul olduğunuz fiziksel egzersizin çeşidi, sıklığı ve miktarını tanımlayın.
- ✓ Boş zamanlarınızda yaptığınız aktiviteler nelerdir?
- ✓ Kendi kendine beslenme, banyo yapma, saç tarama ve giyinme, tuvalete gitme, hareket etme, merdiven çıkma, alışveriş, yemek pişirme, ev işi vb. aktiviteleri ne derece yapabiliyorsunuz?

Sağlık ve hastalık durumunun her ikisinin de değerlendirilmesinde, aktiviteler için kardiyovasküler ve solunum sisteminin cevabına bakılır. Aktivite ve egzersizi değerlendirme yöntemlerinde, tipik aktivitelerin tanımlanması, hareketlerin örnekleri, öz bakım aktiviteleri ve sınırlılıkları, aktivite intoleransı için risk faktörleri, gayretine karşı fizyolojik cevap yer alır. Bu geniş yaklaşımda: (14, 15)

- ✓ Bireyin günlük aktiviteleri, boş zaman aktiviteleri ve egzersiz alışkanlıklarını içeren tipik aktivite örnekleri tanımlanmalıdır.
- ✓ Aktivite ve egzersizin kardiyovasküler sistem ve stres yönetmede pozitif etkileri değerlendirilmelidir.

- ✓ Öz bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında, fiziksel yeterlilik yönünden yeterli olup olmadığı tanımlanmalıdır.
- ✓ Değişen ve normal aktivitelere karşı oluşan fizyolojik, davranışsal ve psikolojik tepkiler tanımlanmalıdır.

Hemşirelik tanıları: Aktivite ve egzersiz örüntüsünün değerlendirilmesi bir ve daha fazla primer hemşirelik tanısının tanımlanmasıyla sonuçlanır (14,15).

- ✓ Aktivite intoleransı
- ✓ Aktivite intoleransı için riskler
- ✓ Dikkati başka yöne çeken aktivite defisiti
- ✓ Ev bakımını sürdürmede yönetmede yetersizlik
- ✓ Fiziksel harekette yetersizlik
- ✓ Yürümede yetersizlik
- ✓ Tekerlekli sandalye aktivitelerinde yetersizlik
- ✓ Tekerlekli sandalyeye transfer yeteneğinde yetersizlik
- ✓ Banyo hijyen öz bakımında yetersizlik
- ✓ Beslenme öz bakımında yetersizlik
- ✓ Tuvalet öz bakımında defisit
- ✓ Yorgunluk

D. Bilişsel-Algisal: Bu örüntü kadının duygusal algılama ve biliş durumunu tanımlamaktadır. Duyu, algılama ve bilişsel fonksiyonları tanımlama; görme, işitme, tat, koklama, dokunma, ağrı algısı, dil ve düşünme ile ilgili süreçler ve yapıların anlaşılmasını gerektirmektedir. Bu örüntü ilgili duyu organlarının, periferik sinir sisteminin ve merkezi sinir sisteminin anlaşılmasını içermektedir (17).

Görüşme soruları örnekleri (14,15)

Sağlığını korumak ve geliştirmek için bilmek istediği konular değerlendirilir.

- ✓ Ağrı yaşama durumu değerlendirilir.
- ✓ Ağrısı olduğunda neler yaptığı değerlendirilir.
- ✓ Öğrenme yöntemleri değerlendirilir.

Hemşirelik tanıları

- ✓ Aspirasyon olasılığı
- ✓ Rahatlıkta değişim
- ✓ Konfüzyon
- ✓ Karar çatışması
- ✓ Reflekslerde bozulma

- ✓ Çevresel yorumlamada bozukluk sendromu
- ✓ Bilgi yetersizliği
- ✓ Duyusal - algısal değişim (görme, işitme, tatma, dokunma)
- ✓ Düşünce sürecinde değişim
- ✓ Tek taraflı ihmal

E. Uyku-Dinlenme: Bu örüntü kadının uyku, dinlenme ve gevşeme biçimini tanımlamaktadır. Hemşire uyku ve dinlenmenin ayrıntılı değerlendirmesinde aşağıdaki durumları belirlemelidir (14).

- ✓ Uyku ve dinlenmenin nicelik ve kalitesi hakkındaki bireysel algıları belirleme
- ✓ Uyku ve dinlenmeyi etkileyebilen farklı faktörleri değerlendirme
- ✓ Uyku düzeni rahatsızlıklarının belirti, bulgu ve nedenlerini belirleme
- ✓ Uyku düzeni rahatsızlıklarının fizyolojik, kognitif ve psikolojik fonksiyonlarına etkilerini değerlendirme

Görüşme soruları örnekleri (14,15)

- ✓ Uykudan sonra kendinizi iyi dinlenmiş olarak hissediyor musunuz?
- ✓ Uyku probleminiz oluyor mu? Uykuya dalmada zorluk? Diğer?
- ✓ Rahat uyumanıza katkıda bulunan şeyler nelerdir?

Hemşirelik tanıları: Uyku ve dinlenmeyi değerlendirme bir veya daha fazla primer hemşirelik tanılarının sınıflandırılmasıyla sonuçlanabilir (14,15).

- ✓ Yorgunluk
- ✓ Uyku modeli rahatsızlığı
- ✓ Uyku yoksunluğu

Uyku ve dinlenme problemlerine katkıda bulunan faktörler araştırıldığında özellikle aşağıdaki problemleri görebiliriz:

- ✓ Anksiyete
- ✓ Etkisiz bireysel baş etme
- ✓ Etkisiz ailesel baş etme
- ✓ Korku
- ✓ Ağrı
- ✓ Disfonksiyonel yas tutma

Stres ve diğer durumsal faktörlerin uyku üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir. Uykusuz geceler ve uykuda kesilmeler strese eşlik edebilir. Fiziksel ağrı, mücadele, korku, anksiyete ve sevdiklerinden birinin

ölümünden sonra yas tutma uyku düzeni rahatsızlıklarına katkıda bulunabilir (14,15).

F. Kendini Algılama: Bu örüntü kadının duygu durumu, kontrol, yeterlilik ve beden imgesi gibi kendini algılama durumunu tanımlamaktadır (16,17,18). Benlik kavramı; “Ben neyim” “Ben kimim” gibi sorulara cevap verme içinde sıklıkla yansıtılabilen ve verilen bir sürede kendi kişiliğini, nasıl bir kişi olduğunu tanımlamak veya incelemektir. Benlik kavramı; fiziksel özellikler, sosyal roller ve kişinin kişilik özelliklerine bakışımı içermektedir. Benlik kavramının bir parçası olan benlik saygısı, yetenek, değer ve kendi dünyası hakkında kişisel bir düşüncedir. Benlik saygısı; başkalarıyla etkileşimler sayesinde olumlu veya olumsuz olarak değiştirilebilen kendisine bağlı değer ve zaman boyunca geliştirilmektedir. Pozitif benlik saygısı başkaları tarafından saygı gösterilen özellikleri üzerine odaklanma ve olumlu kişisel özelliklerini belirleme ile de yükseltilebilmektedir (17). Bir kadının benlik kavramını değerlendirme, kadının sahip olabildiği diğer sorunları öğrenmeyi sağlayabilmektedir. Ayrıca kadının benlik algılarının davranış ve emosyonel tepkilerini nasıl etkilediğini açığa vurmaya yardım etmektedir (17,18). Böyle bir değerlendirme, kişinin benliği hakkında duyguları ve düşüncelerini belirlemeyi içermelidir; benlik kavramının gelişmesini etkileyen faktörleri, benlik kavramını tehdit eden ve kişinin benlik saygısına tehdit yönünde gösterdiği tepkilerin tipini belirlemelidir. Benlik kavramı; benlik algılarını ölçmek için planlanmış anketlerin sonuçlarının anlamını açıklama, benlik kavramı hakkında ilgili soruya cevap verme, benlik saygısının düzeyini belirtme ifadeleri gibi kişisel ve sosyal kimlik hakkındaki ifadeleri dinleme, vücut dili ve genel görünüşü gözleme ile değerlendirilmektedir (17). Benlik kavramını değerlendirme, özellikle kişiler benliğini gizlemek için savunma mekanizmaları kullanılırlarsa zor olabilir. Onun için, açmaya teşvik etme ve dostça ilişki kurma için özel çabalar gösterilmelidir. Benlik kavramı modelini değerlendirmenin amaçları aşağıda yer almaktadır (14,15).

- * Kişinin sosyal kimlik durumunu belirleme
- * Bireyin benlik kavramına katkıda bulunan faktörleri belirleme
- * Kişinin benlik değeri algılarını belirleme
- * Benlik kavramı için mevcut ve olası tehditleri belirleme.

Görüşme soruları örnekleri (14,15)

- ✓ Duymada, görmede herhangi probleminiz var mı?
- ✓ Duyma cihazı kullanır mısınız? Sağ, sol veya her iki kulakta?
- ✓ Gözlük ya da kontakt lens kullanıyor musunuz?
- ✓ Eğitimsel materyalleri okumada herhangi probleminiz var mı?
- ✓ Yeni şeyleri öğrenmenin en iyi yolu nedir? Okuma? Demonstrasyon? Video?
- ✓ Ağrınız oluyor mu? Ağrınızı nasıl kontrol ediyorsunuz?
- ✓ Genel olarak kendinizi nasıl hissedersiniz?
- ✓ Sizin güçlü yönlerinizi ne belirler?
- ✓ Sağlığınız, hastalığınız, hastanede olmanızla ilgili sizi en çok ne endişelendirir?

Hemşirelik tanıları

- ✓ Beden imgesi (imajı) bozukluğu
- ✓ Kişisel kimlik bozukluğu
- ✓ Benlik saygısı bozukluğu
- ✓ Düşük benlik saygısı
- ✓ Anksiyete
- ✓ Korku
- ✓ Ümitsizlik
- ✓ Güçsüzlük

G. Rol-İlişki: Bu örüntü kadının üstlendiği algıların davranış ve emosyonel tepkilerini nasıl etkilediğini açığa vurmaya yardım eden rol ve ilişkileri tanımlamaktadır. Rol ve ilişkileri değerlendirme, hemşirelik tanıları için göstergeler sağlamaktadır. Kadının rolü, rolü algılama ve rol performansı, rol baskısına tepki veya rol baskısı için riski, etkili iletişimi sınırlayan faktörleri, aile içindeki mevcut veya potansiyel disfonksiyon ve güçleri değerlendirilmelidir (17).

- * Rollerin algılamalarını tanımlama

- * Rol baskısına tepki veya rol baskısı için riski tanımlama
- * Kişi ve önemli diğerleri arasındaki iletişim modellerini değerlendirme
- * Etkili iletişimi sınırlayan faktörleri belirleme
- * Aile içindeki fonksiyon bozukluğu, mevcut ya da olası güçleri tanımlama

Görüşme soruları örnekleri (14,15)

- ✓ Çalışıyor musunuz? Çalışmıyor musunuz? Sakat mısınız?
- ✓ Geçinmek için ne yaparsınız?
- ✓ (Eğer emekliyse) Geçmişteki mesleğiniz neydi? Emekli olmanızla ilgili ne hissediyorsunuz?
- ✓ Yalnız mı yoksa birileriyle mi yaşıyorsunuz?
- ✓ Kimin desteği size güven verir?
- ✓ Eşinizle, partnerinizle, çocuklarınızla ve diğer aile üyeleriyle ne tür ilişkileriniz var?
- ✓ Sağlığınız/hastalığınız ailenizi veya diğer önemli kişileri nasıl etkiler?
- ✓ Herhangi birine (eşiniz, çocuğunuz, partneriniz vb.) bakıyor musunuz?
- ✓ Eğer siz olmasanız bu kişiye ne olur?

Hemşirelik tanıları (14,15)

- ✓ Aile süreçlerinde değişim
- ✓ Ebeveynlikte değişim
- ✓ Ebeveyn- çocuk bağılılığında değişim
- ✓ Ebeveyn rol çatışması
- ✓ Disfonksiyonel keder
- ✓ Rol performansında değişim
- ✓ Sosyal izolasyon
- ✓ Çevre değiştirme stresi
- ✓ Bakım verici rolünde zorlama
- ✓ Sosyal ilişkilerde bozulma
- ✓ Sözel iletişimde bozulma
- ✓ Saldırganlık riski: kendine ya da diğerlerine

Ğ. Cinsellik-Üreme: Bu örüntü kadının cinsellik ve üremeye yönelik doyum ve doyumsuzluk durumunu tanımlamaktadır. Fizyolojik, kültürel ve sosyal görünüşü de içeren kompleks bir fenomen olarak insan cinselliği, cinsel kimliğin davranışsal sunumudur. Hayat boyu yapılan davranışlardan etkilenmekte ve kişisel kimlik

algılanışını yansıtmaktadır. Üreme gelişimi ve fonksiyonu gebe kalma ile belirlenmesine karşın üreme modelleri kişilerin erkeklik ve kadınlık algılarından, sosyal ve kültürel normlardan etkilenmektedir. Kadınların cinsel ve üreme fonksiyonları cinsel ya da üreme kaygılarını ifade etmek, eğitim gereksinimlerini tanımlamak, tedavi edilmesi gerekli problemleri tanımlamak ve doğumdan itibaren normal üreme yapılarının gelişimini ve fonksiyonlarını izlemek için değerlendirilmelidir (15). Cinsel ve üreme fonksiyonlarının değerlendirilmesi için aşağıdaki konular üzerine odaklanılmalıdır (14,15).

- * Acil cinsel kaygıları tanımlamak
- * Kişinin cinsel ya da üreme fonksiyonunu anlamasını değerlendirmek
- * Beklenen fiziksel değişikliklerle birlikte cinsel gelişim dönemini tayin etmek
- * Cinsel ya da üreme problemlerini tanımlamak

Görüşme soruları örnekleri (14,15)

- ✓ Cinsel sağlığınız ile ilgili endişeleriniz var mı?
- ✓ Sağlığınızda cinsel sağlık/ rollerinizi etkileyen yeni değişimler oldu mu?
- ✓ Cinsel yolla bulaşan hastalığınız oldu mu? Eğer olduysa tanımlayın.
- ✓ Son menstrual periyodunuz ne zamandı?
- ✓ Son menstrual döngünüz/ menopoz yılınız ne zamandı?
- ✓ Herhangi bir menstrual probleminiz var mı?
- ✓ Hiç gebe kaldınız mı? Gebelik sayınız; doğum sayınız; yaşayan çocuk sayınız; abortus sayınız?
- ✓ Gebelik ve doğumla ilgili herhangi bir sorun yaşadınız mı?

Hemşirelik tanıları (14,15)

- ✓ Cinsel disfonksiyon
- ✓ Değişmiş cinsel modeller
- ✓ Etkili meme beslemesi
- ✓ Etkisiz meme beslemesi
- ✓ Yarıda kesilen meme beslemesi

H. Başetme- Stres Toleransı: Bu örüntü kadınların genelde stresle baş etme ve stresi tolere etmedeki etkinliğini tanımlamaktadır (14).

Görüşme soruları örnekleri (14,15)

- ✓ Şu anki stres miktarınızı nasıl değerlendirirsiniz? Yüksek? Orta? Düşük?
- ✓ Stres altında olduğunuzda ne yaparsınız?
- ✓ Geçen yıl yaşamış olduğunuz major yaşam deneyimleri ve stresler nelerdi?
- ✓ Yaşamınızda herhangi bir yeni kayıp/ kayıplar yaşadınız mı?

I. Değer-İnanç: Bu örüntü kadınların spiritüel (maneviyat) inançlar da dahil, değerler, inançlar, seçimlere/kararlara rehberlik eden amaçlarla ilgili örüntülerini tanımlamaktadır. Değer ve inançlar kadının tutumlarını, yaşamındaki hedeflerini ve davranışlarını büyük ölçüde etkilemektedir (16,17). Değer ve inanç; kadının benlik algısı, başetme becerileri, stres toleransı ve rol ilişkileri ile yakından ilgilidir. Yapılan çalışmalarda değer ve inançların kadına holistik yani sadece fiziksel gereksinimlerinin değil aynı zamanda psikolojik ve spiritüel gereksinimlerini de dikkate alan bakım verebilmek için mutlaka değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir (12,18). Hemşirenin, bireyin sağlıkla ilgili verdiği kararları anlayabilmesi, bireyin değer ve inançlarını destekleyen girişimler ve başetme stratejileri belirleyebilmesi için kadının değer ve inançlarını anlaması gerekmektedir. Bu örüntü ile kadının kültürel-etnik geçmişini ve bunların ne derecede sürdürüldüğünü, kadının yaşam, ölüm, sağlık, hastalık, spiritüaliteye ilişkin değer ve inançlarını, kültürel sağlık uygulamalarını belirlemek gerekmektedir (16,17).

Değer ve inançları değerlendirmede amaçlar (14,15)

- * Kişinin kültürel-etnik geçmişini ve bunların ne derecede sürdürüldüğünü belirlemek
- * Kişinin yaşam, ölüm, sağlık, hastalık, spiritüaliteye ilişkin değer ve inançlarını tanımlamak

* Kişinin değer ve inançlarının sağlık hizmeti veren kişilerle çatışıp çatışmadığını belirlemek

* Kültürel sağlık uygulamalarını belirlemek

* Spiritüel distres (sıkıntı) yaşayıp yaşamadığına ait belirtileri tanımlamak

Görüşme soruları örnekleri (14,15)

- ✓ Yaşamınızdaki en önemli şey nedir?
- ✓ Dinle ilgili yakın ilişkileriniz var mı?
- ✓ Sağlık bakımı verenlerin bilmesini istediğiniz herhangi bir özel isteğiniz var mı?
- ✓ Bakımınız karşılanırken sağlık bakımı veren kişinin göz önünde bulundurması gereken değer ve inançlarınız var mı?

İnsanın fonksiyonel özelliklerini temsil ettiği için FSÖ, geniş bir kapsamda uygulanabilmektedir. İnsan bütün olarak ele alındığında bir örüntü diğer tüm örüntüler göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. Bir örüntüdeki sorun, bir diğer örüntüdeki sorun nedeniyle olabilmektedir. Örneğin, bireyin uyku biçimindeki rahatsızlık (Uyku-dinlenme) ameliyat korkusuna (Kendini algılama) bağlı olabilir. Ayrıca bir örüntü alanındaki bir sorun, bir diğer örüntü alanında bir sorunun oluşmasını da kolaylaştırabilir. Örneğin aktivite intoleransı sonucunda özbakım eksikliği gelişebilir (14,15).

Son yıllarda hemşirelik bakımını sistematize etmede kullanılan Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) modelinin kullanıldığı ve bireylerin hemşirelik bakım gereksinimlerinin saptandığı çalışmalar mevcuttur. FSÖ modelinin kullanıldığı çalışmalara; kolostomili hastalarda (19), yaşlılarda (20), huzurevinde yaşayan yaşlılarda (21), rektum kanseri olan hastalarda (22), psikiyatri hastalarında (23) ve açık kalp ameliyatı geçiren hastalarda (24), depresyon tanısı alan hastalarda (25), okul çağındaki çocuk ve ergenlerde (26) örnek olarak verilebilir. Bu çalışmalarda FSÖ modelinin bireylerin sağlık sorunlarını bütüncül olarak değerlendirmede etkin olduğu belirtilmektedir (19-26).

SONUÇ

Kadını tanımak, hemşireyi bireysel bir değerlendirmeye götüren fonksiyonel bir değerlendirme sonrası gerçekleşmektedir. Kadında ya da ailede/toplumda tanımlanmış olan fonksiyonel örüntüler girişimlere ve sonuçlara temel oluşturmakta, bir yön vermektedir. Bu durumda bireyselleştirilen sadece tanı değil, girişimler ve beklenen sonuçlardır. Tanı bakımının planlanması konusunda düşünmek için yalnızca bir temel oluşturmaktadır. Tanısal sürecin kullanılması, bilgi ve karar verme becerileri geliştikçe sürekli olarak yenilenmektedir.

KAYNAKLAR

1. Devlet Planlama Teşkilatı. 9. Kalkınma Planı. 2006; <http://www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/1968/plan9.pdf> [Erişim tarihi: 09-01-2015].
2. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara - 2003. ss:17-33.
3. Akın A, Mihçioğulları S. Hacettepe Üniversitesi Kadın Sağlığı Merkezi. http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/kadini_n_statusu_anne_olumleri.pdf [Erişim tarihi: 10-01-2015].
4. Özbaş S, Özkan S. Kadın sağlığını geliştirmede medyanın kullanımını ve etkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2010;9(5):541-546.
5. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara - 2005. ss: 9-13.
6. Goodwin TM, Montoro MN, Muderspach LI, Paulson RJ, Roy S. Management of Common Problems in Obstetrics and Gynecology. 5 edition. ISBN: 978-1-4051-6916-5 Singapore - 2010. pp: 62-67.
7. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 9. Baskı. Ankara - 2009. ss: 455-486.
8. Kuşçu E (Ed), Ayhan A (Ed), Lund K, Mcmanaman J. Puerperium. Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji. Güneş Tıp Kitabevleri. Ankara - 2010. ss:22-43.
9. Erenus M (Ed), Yoldemir T (Ed), Smith RP. Obstetrik Jinekoloji ve Kadın Sağlığı. Güneş Kitapevi. ISBN: 9752771289 İstanbul - 2008.
10. Meleis AI. Theoretical Nursing: Development and Progress. ISBN: 978-1-60547-211-9 Philadelphia - 2011. pp: 548-616.
11. Pearson A, Vaughan B, Fitzgerald M. Nursing Models of Practice. 2. Edition. Elsevier Limited. China - 2005. pp:759-780.
12. Sitzman KL, Eichelberger LW. Understanding the Work of Nurse Theorists: A Creative Beginning. 2. Edition. ISBN:978-0-7637-7816-3 America - 2010. pp: 1-17.
13. Staub-Müller M. Evaluation of the implementation of nursing diagnosis, interventions and outcomes. International Journal of Nursing Terminologies and Classification 2009; 20(1):9-15.
14. Erdemir F (Ed), Yılmaz E (Ed), Gordon M. Hemşirelikte Standardize Bir Dile Neden Gereksinim Vardır? Hemşirelik Sınıflama Sistemlerinin Tarihsel Gelişimine Genel Bakış. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri. Başkent Üniversitesi Basın Yayın Halkla İlişkiler Bürosu. Ankara - 2003. ss:11-15.
15. Erdemir F (Ed), Yılmaz E (Ed), Gordon M. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri ve Klinik Karar Verme. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri. Başkent Üniversitesi Basın Yayın Halkla İlişkiler Bürosu. Ankara - 2003. ss: 87-93.
16. Carpenito-Moyet LJ. Nursing Care Plans and Documentation: Nursing Diagnoses and Collaborative Problems. 5. Edition. Lippincott Williams and Wilkins. ISBN: 978-0-7817-7064-4 China - 2008. pp: 814.
17. Gordon M. Manual of Nursing Diagnosis. 12 edition. Jones and Bartlett Learning. America - 2010. pp:31.
18. Green CJ. Maternal Newborn Nursing Care Plans. 2 edition. Jones and Bartlett Learning. ISBN: 978-0-7637-7742-5 America - 2011. pp: 9-22.
19. Dal Ü. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre kolostomili hasta bakımı. Hemşirelik Formu 1999; 2(5):246-249.
20. Güler G, Güler N, Kocataş S, Akgül N. Yaşlıların sağlık bakım gereksinimleri. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2009;31:367-373.
21. Gümüş AB, Şıpkın S, Keskin G. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ile bir huzurevinde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012;3(1):13-21.
22. Gürler H, Yılmaz M. Rektum kanserli bir olgunun standart hemşirelik bakımının planlanmasında bir model: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri. Fırat Tıp Dergisi 2011;16 (3):141-146.
23. Sabancıoğulları S, Ata EE, Kelleci M, Doğan S. Bir psikiyatri kliniğinde hemşireler tarafından yapılan hasta bakım planlarının Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve NANDA tanılarına göre değerlendirilmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011;2(3):117-122.
24. Yılmaz M, Çiftçi ES. Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model: Fonksiyonel sağlık örüntüleri. Türk Göğüs Kalp Damar Cer Dergisi 2010;18(3):183-189.
25. Temel M, Kutlu FY. Gordon's model applied to nursing care of people with depression. International Nursing Review 2015;4:563-572.
26. Pereira CDFD, Tourinho FSV, Ribeiro JLS, Medeiros SBM, Santos VEP. Functional health patterns: nursing diagnoses in public school-aged children and adolescents. Text Context Nursing, Florianopolis, Out-Dez 2013;22(4):1056-1063.