



GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ



CİLT : 4 / SAYI : 2

ISSN 2146 - 9954

2015

GÜMÜŞHANE UNIVERSITY JOURNAL OF HEALTH SCIENCES



Satala Harebeleri / KELKİT

SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Bağlarbaşı Mah. 29100 / GÜMÜŞHANE

Tel : 0456 233 7425 - 248 Fax: 0 456 233 7604

sbd@gumushane.edu.tr

Türkiye Atıf Dizini (Turkiye Citation Index)'ne kayıtlıdır.

İÇİNDEKİLER

15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Bazı Toplumsal Cinsiyet Özellikleri İle Evlilik Uyumları Arasındaki İlişki (Araştırma Makalesi)	180
Ayten YILMAZ, İlknur Aydın AVCI	
Huzurevi Sakini Diyabetlilerin Ayak Bakımı Davranışları(Araştırma Makalesi)	194
Arzu ERKOÇ, Birsen YÜRÜGEN, Mehtap TAN, Ezgi ALTAN, İpek MALAZGİRTLİ	
Hastanede Tedavi Gören 65 Yaş Üstü Bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri (Araştırma Makalesi)	204
Melike DEMİR DOĞAN, Serap ÜNSAR	
Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Durumları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi (Araştırma Makalesi)	215
Arzu YÜKSEL	
Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinin Benlik Saygısı, Yalnızlık Düzeyleri Ve Ekileyen Faktörlerin İncelenmesi (Araştırma Makalesi)	227
Havva KAÇAN SOFTA, Gülşen ULAŞ KARAAHMETOĞLU, Umut DEMİRCİ, Elif KILINÇ, Alim KANDEMİR, Burak DURAK	
Kanser Tarama Merkezine Başvuran Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Erken Tanı Bilgi Ve Uygulamalarına Etkisi (Araştırma Makalesi)	244
Hacer GÖK UĞUR, İlknur AYDIN AVCI	
Çocuklarda Beden Eğitimi, Spor Ve Oyun Etkinliklerine Katılımın Kemik Gelişimi Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi (Araştırma Makalesi)	259
Mesut TEKİN, Yılmaz YÜKSEL	
QTL Tespiti İçin Hayvanlarda Kullanılan Populasyonlar Ve İstatistiksel Metodlar (Derleme)	270
Hüseyin DAŞ	
Gebelik Ve Doğumun Pelvik Taban Yetersizlikleri Üzerine Etkisi: Önlenmesi Ve Korunmada Hemşirenin Rolü (Derleme)	292
Hatice KAHYAOĞLU SÜT	
Fiziksel Engelli Çocuk Ve Ailesinin Evde Bakım Gereksinimi	305
Burcu AYKANAT GİRGIN, Serap BALCI (Derleme)	
Child Abuse And Neglect In Pediatric Emergency Departments: Four Case Presentations From Istanbul, Turkey (Olgu Sunumu)	318
Meltem KÜRTÜNCÜ, İbrahim Murat TANIR	
Ventriküloperitoneal Şantın Nadir Bir Komplikasyonu:Asenkron Bilateral İnguinal Herni (Olgu Sunumu)	330
Ahmet Ali TUNCER, Altınay BAYRAKTAROĞLU, Fevzullah AKYÜZ Arda AYDOĞMUŞ, Afra KARAVELİOĞLU, Didem BASKIN EMBLETON	



Sahibi (Owner)

Prof. Dr. İhsan GÜNAYDIN

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

(Editorial Manager)

Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ

Editörler (Editors)

Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ

Yrd. Doç. Dr. Sevil CENGİZ

Dergi Sekreteryası

Yrd. Doç. Dr. Nesibe BURNAZ

Arş. Gör. Vildan CİRİK

Öğr. Gör. Vildan DEMİR

Öğr. Gör. Meltem DEMİR

Arş. Gör. Uğur YAYLA

Arş. Gör. Eyyüp YILDIZ

Teknik Kurul

Bil. Müh. Bayram KARAKUŞ

Grafiker Ayşe YALÇINKAYA

Öğr. Gör. Sinan ÇAKMAK

İletişim Adresi

Sağlık Bilimleri Dergisi

Gümüşhane Üniversitesi

Bağlarbaşı Mah.

29100 / GÜMÜŞHANE

Tel: 0 456 233 76 37

Fax: 0 456 233 76 04

http://sbd.gumushane.edu.tr

Yayın Türü:

Yılda dört kez yayınlanan
hakemli, süreli yayın

Dergimize Makale
Göndermek İçin:

sbd@gumushane.edu.tr

EDİTÖRDEN...

Merhaba Değerli Bilim İnsanları,

Geçen ay çok önemli bir günü kutladık. Tüm meslektaşlarımızın geçmiş 14 Mart Tıp Bayramını kutluyoruz. Tıp Bayramı, her Mart ayının 14'ünde kutlanan, Türkiye'de tıp alanından çalışanların sorunlarının tartışıldığı, çözüm arandığı, bilime katkı sunanların ödüllendirildiği bir anma ve kutlama günüdür. 1976'dan beri sadece 14 Mart günü değil, 14 Mart'ı içine alan hafta boyunca çeşitli kutlamalar yapılmakta ve bu hafta "Tıp Haftası" olarak kabul edilmektedir.

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi olarak hepimizin 14 Mart Tıp Bayramını, Kutlu Doğum Haftasını ve 23 Nisan Ulusal Egemenlik ve Çocuk Bayramını en içten dileklerimizle kutluyoruz.

Dergimizin bu sayısında 7 orijinal araştırma makalesi, 3 derleme ve 2 olgu sunumu yer almaktadır. Birinci araştırma makalemiz Ayten YILMAZ ve İlknur Aydın AVCI'nın "15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Bazı Toplumsal Cinsiyet Özellikleri ile Evlilik Uyumluluğu Arasındaki İlişki" adlı araştırma makalesidir. Bu makaleyi Arzu ERKOÇ ve arkadaşlarının "Huzurevi Sakini Diyabetlilerin Ayak Bakımı Davranışları" isimli araştırma makalesi takip etmektedir. Üçüncü makalemiz Melike DEMİR DOĞAN ve Serap ÜNSAR'ın "Hastanede Tedavi Gören 65 Yaş Üstü Bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri" adlı araştırma makalesidir. Bu makaleyi Arzu YÜKSEL'in "Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal durumları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi" isimli araştırma makalesi izlemektedir. Sonraki makale Havva KAÇAN SOFTA'nın "Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinin Benlik Saygısı, Yalnızlık Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" isimli araştırma makalesidir. Altıncı makalemiz Hacer GÖK UĞUR ve İlknur AYDIN AVCI'nın "Kanser Tarama Merkezine Başvuran Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Erken Tanı Bilgi ve Uygulamalarına Etkisi" adlı araştırma makalesidir. Bu sayının son araştırma makalesi Mesut TEKİN ve Yılmaz YÜKSEL'in "Ortaokul Öğrencilerinin Beden Kitle İndeksi Ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi" adlı araştırma makalesidir.

İlk derlememiz Hüseyin DAŞ'ın "QTL Tespiti için Hayvanlarda Kullanılan Popülasyonlar ve İstatistiksel Metodlar" isimli derlemesidir. Bunu Hatice KAHYAOĞLU SÜT 'ün "Gebelik ve Doğumun Pelvik Taban Yetersizlikleri Üzerine Etkisi: Önlenmesi ve Korunmada Hemşirenin Rolü" isimli derlemesi izlemektedir. Son derlememiz ise Burcu AYKANAT GİRGIN ve Serap BALCI'nın "Fiziksel Engelli Çocuk ve Ailesinin Evde Bakım Gereksinimi" isimli derlemesidir. Bu sayıda yer alan ilk olgu sunumu Meltem KÜRTÜNCÜ ve İbrahim Murat TANIR'ın "Child Abuse And Neglect in Pediatric Emergency Departments: Four Case Presentations From İstanbul, Turkey" adlı olgu sunumudur. Bu sayıda yer alan son olgu sunumu Ahmet Ali TUNCER ve arkadaşlarının "Ventriküloperitoneal Şantın Nadir Bir Komplikasyonu: Asenkron Bilateral İnguinal Herni- Olgu Sunumu" adlı olgu sunumudur.

Bir sonraki sayımızda buluşmak üzere sağlıklılıkla kalın.

Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ

Yrd. Doç. Dr. Sevil CENGİZ



DERGİMİZ HAKKINDA

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi ; Temel Tıp Bilimleri , Cerrahi Tıp Bilimleri, Dahili Tıp Bilimleri , Hemşirelik, Beslenme ve Diyetetik , Sağlık Yönetimi , Ebelik, Çocuk Gelişimi, İlk ve Acil Yardım (Paramedik) ,Tıbbi Laboratuvar, Sporcu Sağlığı, Acil Yardım ve Afet Yönetimi, Sosyal Hizmetler, Diş Hekimliği ve Veterinerlik gibi bütün sağlık alanlarındaki bilimsel yazıları yayımlayan hakemli bir dergidir. Dergide önceden yayımlanmış, yayımlanmak üzere kabul edilmiş ve yayımlanmak için değerlendirilmekte olan yazılar değerlendirilmeye alınmaz. Yayımlanan yazıların sorumluluğu tümüyle yazar(lara) aittir. Yazardan düzeltme istenilmesi durumunda, düzeltmenin en geç 1 ay içinde yapılarak Sağlık Bilimleri Dergisi sekreterliğine ulaştırılması gerekmektedir. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi'nde aşağıda belirtilen özellikleri taşıyan yazılar yayımlanabilir:

Derleme: Belli bir konuda yakın zamana kadar yapılmış bilimsel çalışmaların kapsamlı derlemesi.

Araştırma Makalesi: Özgün araştırmaları tanıtan ve sonuçlarını sunan bilimsel formatta yazılmış makale.

Teorik ve Kuramsal Makaleler: İlgili bilim dalına katkı yapacak teorik düzlemde hazırlanmış makale

Kitap Tanıtımı

YAZIM KURALLARI

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri e-dergisi yılda dört kez (Ocak, Nisan, Temmuz ve Ekim) yayınlanan hakemli bir dergidir. Dergide ; klinik ve deneysel çalışmalar , ilginç olgu bildirimleri, editör tarafından davet edilmiş derlemeler, ve editöre mektuplar yayınlanır.

Dergimizde yayınlanması arzu edilen çalışmaların aşağıda belirtilen yazım kurallarına ve diğer koşullara uygun bir şekilde hazırlanarak dergimiz e-posta adresine (sbd@gumushane.edu.tr) gönderilmesi gerekmektedir. Yayımlanmak üzere dergimize gönderilen çalışmaların tüm sorumlulukları yazarlara aittir.

Dergi kurallarına uygunluğuna karar verilen yazılar Hakem Danışma Kurulundan konu ile ilgili en az iki hakeme gönderilir ve bu üyelerden yayına uygun olup olmadığı konusunda görüşleri alınır. Bu incelemeden geçen yazılar, Yayın Kurulu tarafından tekrar değerlendirilir ve basılacağı yer ve sayı kararlaştırılır. Danışma ve Yayın Kurulları, düzeltme, kontrol ve dizgi aşamasında yayıncı, yazılarda düzeltme yapmak, biçiminde değişiklikler istemek ve yazarları bilgilendirerek kısaltma yapmak yetkisine sahiptir.

Yazarlardan istenen değişiklik ve düzeltmeler için verilen süre en fazla 1 aydır ve düzeltmeler yapıldıktan sonra, söz konusu yazılar yayın programına alınmaz.

Yazım kuralları ile ilgili gerekli görülen düzeltmeler editör ya da hakemler tarafından yapılabilir. Düzeltme için geri gönderilen yazılarda, hakemlerin ve editörün istemleri dışında değişiklikler yapılamaz. Dergide yayınlanan yazılar için yazarlara bir ücret ödenmez. Yayımlanmak üzere dergiye sunulan yazılar yayımlansın yayımlanmasın geri gönderilmez. Ancak düzeltme istenen yazılar düzeltmenin yapılmasını sağlamak amacıyla geri gönderilebilir.

MAKALE YAZIM KURALLARI

1. Yayımlanmak üzere dergiye gönderilen yazılar daha önce yayımlanmamış yada yayımlanmak üzere başka bir yere gönderilmemiş olmalıdır. Söz konusu araştırma bilimsel bir toplantıda bildiri (sözlü ya da poster) olarak sunulmuşsa yazının başlık sayfasının altında tarihi ve yeri ile birlikte dipnot şeklinde belirtilmelidir.

2. Dergimizde Türkçe, İngilizce ve Almanca dillerinden herhangi biri ile yazılmış yazılar yayınlanır. Yazılar MS Word 2003 veya üzeri sürümlerde, A4 kağıdı boyutunda, "Times New Roman" yazı stili, 12 punto ve 1.5 satır aralığı ile yazılmalıdır. Paragraflarda ilk satır girintisi 1 cm olmalıdır. Paragraf geçişlerinde satır atlanmamalıdır. Yazılarda geçen kısaltmalar yazı içinde ilk kullanımlarında açık olarak yazılmalı ve hemen yanında parantez içinde kısaltılmış şekil verilmelidir.

3. Yazılarda Türkçe ve İngilizce özet verilmelidir. Özetler 10 punto ile yazılmış ve 250 kelimeyi aşmayacak şekilde olmalıdır. "ÖZET" başlığı (10 punto) ortalanarak "kalın" yazılmalıdır. Özette denklem, atıf, standart dışı kısaltmalar yer almamalıdır. Özetlerden sonra çalışmanın alanını tanımlayabilecek en az üç, en fazla beş adet "anahtar kelime" (keywords) bulunmalıdır. Anahtar kelimeler (Index Medicus: Medical Subject Headings ve Türkiye Bilim Terimleri sözlüğü ile uyumlu olmalıdır. Index Medicus MeSH dağarcığına uygun anahtar sözcükler dizgi aşamasında dergimiz tarafından da eklenmektedir. Olgu sunumlarının özetleri kısa ve tek paragraflık olmalıdır. Olgu sunumu özetleri ağırlıklı olarak mutlaka olgu

hakkındaki bilgileri içermelidir.

4. Yazılar, Giriş bölümü ile ikinci sayfadan başlamalı ve uygun bölümlere ayrılmalıdır. Başlık sayfası dışında yazının hiçbir bölümünün ayrı sayfalarda başlatılması zorunluluğu yoktur. Başlıklardan önce bir satır boşluk bırakılmalıdır.

5. Araştırma yazıları TÜRKÇE ÖZET, İNGİLİZCE ÖZET, GİRİŞ, MATERYAL ve METOT, BULGULAR ve TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER (Tartışma içinde yer alabilir) ve KAYNAKÇA bölümlerinden oluşmalıdır. Başlıklarına numara verilmemeli ve paragraf ile hizalı bir şekilde tamamen büyük harflerle



kalın yazılmalıdır. Başlık sayfası dışında yazının hiçbir bölümünün ayrı sayfalarda başlatılması zorunluluğu yoktur. Başlıklardan önce bir satır boşluk bırakılmalıdır.

6. Yazıların ana başlığı ortada olacak şekilde, büyük harflerle “**kalın**” ve 12 punto ile yazılmalıdır. Yazarın adı başlığın sağ alt kenarına konulmalı; yazar birden fazla ise adları yan yana yazılmalıdır. Unvan kullanılmaksızın önce isim, sonra büyük harflerle soy isim yazılmalıdır. Yazarların akademik ünvanı, bağlı olduğu kurumu ve e-posta adresi dipnot şeklinde ilk sayfada yer almalıdır. İlk sayfada ayrıca, dipnot olarak aynı yazı karakterinde ve 10 punto ile çalışmayı destekleyen kuruluşlar ve diğer gerekli bilgiler belirtilmelidir.

7. Yazı, çizim veya grafiklerin yazım alanı içinde olmalarına dikkat edilmelidir. Yazılarda sayfa kenar boşlukları ; üstbilgi ve altbilgi 2 cm olmalıdır.

8. Yazılar, şekil ve tablolar dahil 25 sayfayı geçmemelidir.

9. Yazılardaki resim, şekil ve grafikler "Şekil" adı altında gösterilmeli; şekil ve grafikler bilgisayar ortamında çizilmelidir. Tablo, şekil ve denklemlere sıra numarası verilmeli, başlıklar tabloların üzerine, şekillerin ise altına her sözcüğün ilk harfi büyük olacak şekilde ve ortalanarak “kalın” karakterler ile yazılmalıdır. Ayrıca tablo ve şekillere ait kaynaklar hemen altına 8 punto ile verilmelidir. Tablolar her sayfaya bir tablo olacak şekilde yerleştirilmelidir. Yazılardaki tablolar dikey çiziyi içermemeli ve tablolar word programındaki tablo menüsünden yararlanılarak yapılmalı ve tablo sayısı 5’i geçmemelidir. Şekil, resim, tablo ve grafiklerin metin içinde geçtiği yerler ilgili cümlelerin sonunda belirtilmelidir. Net baskı elde edilebilmesi için, şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer jpg veya gif dosyası olarak (pixel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm eninde ve 300 çözünürlükte taranarak), dergiye ayrıca iletilmesi gerekmektedir. Kullanılan kısaltmalar şekil, resim, tablo ve grafiklerin altındaki açıklamada belirtilmelidir. Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak şekil, resim, tablo ve grafik açıklamasında belirtilmelidir.

10. Yazıda yer alan birinci derece başlıklar (I,II, III gibi) Romen rakamlarıyla sınıflandırılmalı, tamamen büyük koyu harflerle ve paragraf ile hizalı bir şekilde yazılmalıdır. İkinci derece başlıklar (A,B,C gibi) büyük harflerle sınıflandırılmalıdır. Bu başlıklar her sözcüğün ilk harfi büyük olacak şekilde kalın harflerle ve paragraf ile hizalı bir şekilde yazılmalıdır. Üçüncü derece başlıklar (1, 2, 3 gibi) rakamlarla sınıflandırılmalıdır. Bu tür başlıklar her sözcüğün ilk harfi büyük olacak

şekilde, kalın ve paragraf ile hizalı yazılmalıdır. Dördüncü derece başlıklar ise (a, b, c gibi) küçük harflerle sınıflandırılmalıdır. Dördüncü derece alt başlıklar küçük harflerle, kalın ve paragraf ile hizalı yazılmalıdır.

11. Kaynaklar

Yazarlar yalnızca doğrudan yararlandıkları kaynakları yazılarında gösterebilirler. Dergimiz, başka çalışmalarda bildirilen kaynakların aktarma şeklinde kullanılmasını kesinlikle uygun görmez. Bir kaynağın aslından yararlanılmamış olduğu düşünüldüğünde, yazarından söz konusu kaynak ya dakaynakların ilk sayfalarının fotokopilerini göndermesi istenir. Yazarlar tarafından doğrulanmayan kaynaklar dizgi aşamasında yazıdan ayıklanmaktadır.

Kaynaklar bölümünde, yayınlanmamış ve sayfa numaralarıyla verilemeyecek kaynak (yayınlanmamış kongre, sempozyum, toplantı, vb. belgeleri) kullanılamaz.

Kaynaklar yazıda kullanılış sırasına göre sıralanmalıdır. Noktalamalara birden çok yazarlı bir çalışmayı tek yazar adıyla kısaltmamaya ve kaynak sayfalarının başlangıç ve bitimlerinin belirtilmesine dikkat edilmelidir. Kullanılacak kısaltmalar Index Medicus'a uygun olmalıdır. Yazar sayısı altıdan fazla ise “ve ark. ya da et al” şeklinde kısaltılabilir.

Aşağıda kaynak gösterim örnekleri sunulmuştur:

Makale:

1. Şahinöz T, Şahinöz S ve ark. Yurтта Kalan Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 23 (4): 159-166.

Kongre Bildirileri:

2. Şahinöz S, Şahinöz T, Çolak A, Cengiz S. Gümüşhane Üniversitesi Öğrencilerinin Zararlı Alışkanlıkları. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; 4-7 Ekim 2011, Trabzon. 2011. p 374

Kitap:

3. Şahinöz S (ed.), Şahinöz T (ed.), Eker H.H, Kıvanç A, Bodur A.F, Çolak, A. Hasta Bakımı: Sürdürülebilir Kalkınma İçin Kadın Girişimcilik ve Eğitim Merkezi Eğitim Kitabı. 1. Baskı. ISBN: 978-605-87853-0-4 Gümüşhane - 2011. ss: 4-7

Tezler:

4. ŞAHİNÖZ T. Uzmanlık Tezi; “Kayseri’de 1985 – 1998 Yılları Arasında Sağlık Durumu ve Demografik Göstergelerdeki Değişim” Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Yusuf Öztürk. Kayseri – 1999.



Kaynaklara yapılan atıflar, dipnotlar yerine metnin içinde parantez içinde yazıda kullanım sırasına göre rakamlarla yapılmalıdır. Yapılacak atıf bir internet sitesinden alınmışsa ve atfın yazarı belli değil ise, parantez içerisindeki ifadeler şu şekilde sıralanmalıdır; internet sitesinin kurumu, erişim yılı.

.....(www.die.gov.tr, 2007) : internet adresine atıf

.....(Devlet Planlama Teşkilatı, 2005) : kuruma atıf

Yukarıdaki atıf gösterimleri metin dili Türkçe olan makaleler içindir.Yabancı dilde yazılan makalelerdeki atıflarda kullanılan bağlaçlar, metin dili ile uyumlu olmalıdır. Kaynağa yapılan atıf dışında, yapılacak açıklamalar, "Notlar" başlığı altında yazının sonunda ayrı bir sayfada verilmelidir. Kaynakçada yer alan eserler kitap, makale vb. şekilde sınıflandırılmamalıdır.

Yukarıdaki gösterimler metin dili Türkçe olan kaynaklar içindir.Yabancı dilde yayınlanacak çalışmalarda bağlaçlar ve kısaltmalar metin dili ile uyumlu olmalıdır. Örneğin, metin dili İngilizce olan bir çalışmada 've' bağlacı yerine 'and', 'ss.' kısaltması yerine 'pp.'kullanılmalıdır.

12. Etik

İnsanlar üzerinde yapılan deneysel çalışmaların sonuçlarını bildiren yazılarda, bu çalışmanın yapıldığı gönüllü ya da hastalara uygulanacak prosedürlerin) özelliği tümüyle anlatıldıktan sonra, kendilerinin bilgilendirilip onaylarının alındığını gösterir bir cümle bulunmalıdır. Yazarlar, bu tür bir çalışma söz konusu olduğunda, uluslararası alanda kabul edilen kılavuzlara ve TC. Sağlık Bakanlığı tarafından getirilen ve 29 Ocak 1993 tarih ve 21480 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan "İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik" ve daha sonra yayınlanan diğer yönetmelik ve yazılarda belirtilen hükümlere uyulduğunu belirtmeli ve ilgili Etik Kuruldan aldıkları onayı göndermelidir.

Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalar için de gereken izin alınmalı; yazıda deneklere ağrı, acı ve rahatsızlık verilmemesi için neler yapıldığı açık bir şekilde belirtilmelidir.Hasta kimliğini tanıttak fotoğraf kullanıldığında, hastanın yazılı onayı alınmalı ve hastanın gözleri bantla kapalı olmalıdır.

Yukarıdaki formata uygun olmayan çalışmalar içerik açısından değerlendirilmeye alınmayacak ve editör tarafından yazara iade edilecektir.

İletişim	Sağlık Bilimleri Dergisi
Adres	Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Sekreteryası Bağlarbaşı Mah. 29100 Gümüşhane
Tel	0 456 233 76 37 0 456 233 74 25 - 248
Faks	0 456 233 76 04
e-posta	sbd@gumushane.edu.tr



Gümüşhane University Journal Of Health Sciences

GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU / SCIENTIFIC ADVISORY BOARD

Abdülgani TATAR Atatürk Üniversitesi	Cemalettin BALTACI Gümüşhane Üniversitesi
Aclan ÖZDER Afyon Kocatepe Üniversitesi	Cemil ŞAHİN Gümüşhane Üniversitesi
Adem KUŞGÖZ Karadeniz Teknik Üniversitesi	Cihan ÖREM Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet ALVER Karadeniz Teknik Üniversitesi	Çetin AKAR Hacettepe Üniversitesi
Ahmet EROĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi	Dilek ÇİLİNGİR Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet KALAYCIOĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi	E.Edip KEHA Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet KARAGÜZEL Karadeniz Teknik Üniversitesi	Engin YENİLMEZ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet MENTEŞE Karadeniz Teknik Üniversitesi	Erdem DUMAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet TİRYAKİ Karadeniz Teknik Üniversitesi	Erhan ÇAPKIN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet YILMAZ Gümüşhane Üniversitesi	Ersan ODACI Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ali Fuat BODUR Gümüşhane Üniversitesi	Ersan KALAY Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ali GÜNDOĞDU Gümüşhane Üniversitesi	Esra ERCAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Aliye ÖZENOĞLU 19 Mayıs Üniversitesi	Ersagun KARAGÜZEL Karadeniz Teknik Ü.
Asım ÖREM Karadeniz Teknik Üniversitesi	Ethem ALHAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Aydın KIVANÇ Gümüşhane Üniversitesi	Evrım AKTEPE Süleyman Demirel Üniversitesi
Ayhan KANAT Rize Üniversitesi	Evrım ÖZKORUMAK Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayişe KARADAĞ Gazi Üniversitesi	Fahri UÇAR Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayla GÜRSOY Karadeniz Teknik Üniversitesi	Fatma DEMİR KORKMAZ Ege Üniversitesi
Aynur BÜTÜN AYHAN Ankara Üniversitesi	Fatma TAŞ ARSLAN Selçuk Üniversitesi
Aysel KÖKSAL AKYOL Ankara Üniversitesi	Fehmi Volan AKYÖN 18 Mart Üniversitesi
Ayşe METİN Ankara Çocuk Sağ.ve Has.	Ferdi BAŞKURT Süleyman Demirel Üniversitesi
Ayşe ÇOLAK Gümüşhane Üniversitesi	Fevziye ÇETİNKAYA Erciyes Üniversitesi
Ayşe OKANLI Atatürk Üniversitesi	Feyyaz ÖZDEMİR Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayşe Özfer ÖZÇELİK Ankara Üniversitesi	Figen ÇELEP Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayşegül BİLGE Ege Üniversitesi	Fisun ŞENUZUN Ege Üniversitesi
Ayşegül İŞLER Akdeniz Üniversitesi	Gamze ÇAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayşenur ÖKTEN Karadeniz Teknik Üniversitesi	Gökhan YILMAZ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayten DEMİR Ankara Üniversitesi	Gökşin ŞENGÜL Atatürk Üniversitesi
Bayram KAYMAK Hacettepe Üniversitesi	Gülşah YEĞİNOĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi
Bayram ŞAHİNÖZ Hacettepe Üniversitesi	Gülbahtiyar DEMİREL Cumhuriyet Üniversitesi
Belgin YILDIRIM Adnan Menderes Ü.	Gülhan ERDEM 18 Mart Üniversitesi
Beyazıt YEMEZ Dokuz Eylül Üniversitesi	Gülgün ERSOY Hacettepe Üniversitesi
Birgül KURAL Karadeniz Teknik Üniversitesi	Gülşah YILDIZ DENİZ Gümüşhane Üniversitesi
Bora CENGİZ Bahçeci Sağlık Grubu	Güngör Çağdaş DİNÇEL Gümüşhane Üniversitesi
Burhan ÇAKICI Gümüşhane Üniversitesi	Gürdal YILMAZ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Cavit KART Karadeniz Teknik Üniversitesi	Hafız AYDIN Karadeniz Teknik Üniversitesi



Gümüşhane University Journal Of Health Sciences

GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Halil KAVGACI Karadeniz Teknik Üniversitesi
Haluk DUMAN Aksaray Üniversitesi
Handan GÜLER Cumhuriyet Üniversitesi
Hasan BOZKAYA Karadeniz Teknik Üniversitesi
Hasan EFE Rize Üniversitesi
Hasan Hüseyin EKER Gümüşhane Üniversitesi
Havva ÖZTÜRK Karadeniz Teknik Üniversitesi
Havva TEL Cumhuriyet Üniversitesi
Hayri AYDOĞAN Gümüşhane Üniversitesi
Hayriye ÜNLÜ Başkent Üniversitesi
Hilal YILDIRAN Gazi Üniversitesi
Huri İLYASOĞLU Gümüşhane Üniversitesi
Hüseyin DAŞ Gümüşhane Üniversitesi
İbrahim İKİZCELİ İstanbul Üniversitesi
İbrahim TURAN Gümüşhane Üniversitesi
İbrahim YILDIRAN Gazi Üniversitesi
İclal ÇAKICI Yeditepe Üniversitesi
İhsan KALYONCU Karadeniz Teknik Üniversitesi
İknur TOSUN Karadeniz Teknik Üniversitesi
İmdat AYGÜL Gümüşhane Üniversitesi
İrfan NUHOĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi
İsmet DURMUŞ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Kaan KILINÇ Gümüşhane Üniversitesi
Kurtuluş BURUK Karadeniz Teknik Üniversitesi
Lale TAŞKIN Hacettepe Üniversitesi
Levent TUMKAYA Rize Üniversitesi
Makbule Gezmen KARADAĞ Gazi Üniversitesi
Mehmet GÜNAY Gazi Üniversitesi
Meltem UÇAR Lefke Avrupa Üniversitesi
Merih KUTLU Karadeniz Teknik Üniversitesi
Mevlit İKBAL Karadeniz Teknik Üniversitesi
Mine BEKAR Cumhuriyet Üniversitesi
Mine EKİNCİ Atatürk Üniversitesi
Mualla AYKUT Erciyes Üniversitesi
Muazzez GARİPAĞAOĞLU Medipol Üniversitesi
Muhammed KIZILTUNÇ Gümüşhane Üniversitesi
Murat BAŞ Başkent Üniversitesi
Murat ERSEL Ege Üniversitesi
Murat KARKUCAK Karadeniz Teknik Üniversitesi

Murat S. KESİM Karadeniz Teknik Üniversitesi
Murat TOPBAŞ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Musa ÖZATA Selçuk Üniversitesi
Musa KARAALP Gümüşhane Üniversitesi
Mustafa GÖKÇE Karadeniz Teknik Üniversitesi
Mustafa ÖNCEL Gümüşhane Üniversitesi
Nazan KARAHAN Karabük Üniversitesi
Nazlı HACIALİOĞLU Atatürk Üniversitesi
Nesibe Arslan BURNAZ Gümüşhane Üniversitesi
Nesrin ERCİYES Karadeniz Teknik Üniversitesi
Nesrin NURAL Karadeniz Teknik Üniversitesi
Neşe KAKLIKAYA Karadeniz Teknik Üniversitesi
Nezihe GÖKHAN Gümüşhane Üniversitesi
Nurcan ÇALIŞKAN Gazi Üniversitesi
Nurcan YABANCI Ankara Üniversitesi
Nurçin KÜÇÜK Gümüşhane Üniversitesi
Nuri GÜLEŞÇİ Gümüşhane Üniversitesi
Orhan DEĞER Karadeniz Teknik Üniversitesi
Orhan BAŞ Rize Üniversitesi
Osman AYNACI Karadeniz Teknik Üniversitesi
Özgül KARAKURT Dokuz Eylül Üniversitesi
Özgür ALPARSLAN Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Ömer ŞENEL Gazi Üniversitesi
Özlem BİLİK Dokuz Eylül Üniversitesi
Özlem DURAN Cumhuriyet Üniversitesi
Özlem ŞAHİN ALTUN Atatürk Üniversitesi
Pelın BAĞCI Rize Üniversitesi
Ramazan ERDEM Süleyman Demirel Üniversitesi
Rasin ÖZYAVUZ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Recep BEDİR Rize Üniversitesi
Recep DEMİRHAN Kartal Eğitim Araştırma H.
Reci MESERİ Ege Üniversitesi
Saime ŞAHİNÖZ Gümüşhane Üniversitesi
Sedat BOSTAN Gümüşhane Üniversitesi
Seher S. KARABUDAK Adnan Menderes Ü.
Selahattin KIYAN Ege Üniversitesi
Selma T. HESAPÇIOĞLU Karadeniz Teknik Ü.
Sema KANDİL Karadeniz Teknik Üniversitesi
Sevil CENGİZ Gümüşhane Üniversitesi



Gümüşhane University Journal Of Health Sciences

GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Sevilay HİNDİSTAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Sezer KISA Gazi Üniversitesi
Suzan YILDIZ İstanbul Üniversitesi
Süha TÜRKMEN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Süleyman Erhan DEVECİ Fırat Üniversitesi
Süleyman GÜVEN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Süleyman TÜREDİ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Şükran ÖZKAHRAMAN Süleyman Demirel Ü.
Tahsin YILDIRIM Karadeniz Teknik Üniversitesi
Tamer TAŞDEMİR Karadeniz Teknik Üniversitesi
Taşkın KILIÇ Gümüşhane Üniversitesi
Tevfik ÖZLÜ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Turhan ARAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Turgut ŞAHİNÖZ Gümüşhane Üniversitesi
Vildan A. ÇAKMAK Karadeniz Teknik Üniversitesi
Yakup ASLAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Yasemin K. YILDIRIM Ege Üniversitesi
Yıldıray KALKAN Rize Üniversitesi
Yılmaz BÜLBÜL Karadeniz Teknik Üniversitesi
Yunus KARACA Karadeniz Teknik Üniversitesi
Yusuf ÇELİK Hacettepe Üniversitesi
Yüksel ALİYAZICIOĞLU KTÜ
Zahit PAKSOY Gümüşhane Üniversitesi
Zeliha BAŞKURT Süleyman Demirel Üniversitesi

FİZİKSEL ENGELLİ ÇOCUK VE AİLESİNİN EVDE BAKIM GEREKSİNİMİ

Burcu AYKANAT GİRĞİN¹, Serap BALCI²

ÖZET

Çeşitli hastalıklar, kazalar, travmalar, tümörler veya doğumsal anomaliler sonucu, kas ve iskelet sisteminde fonksiyon kaybı yaşayan çocuklara fiziksel engelli ya da ortopedik engelli çocuk denilmektedir. Ekstremitelerinde, hareket zorluğu, şekil bozukluğu, kas güçsüzlüğü, kemik hastalığı olanlar, felçliler, serebral palsi, spastikler ve sipina bifida olanlar fiziksel engelli çocuk olarak kabul edilmektedir. Fiziksel engelli çocukların, kendilerinden beklenen birçok aktiviteyi yapamıyor olmaları, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız gerçekleştirememeleri, ebeveynlerine bağımlı olmaları ve sosyal yaşam sınırlılıkları çocuklarda kendini işe yaramaz hissetme, kendini yetersiz hissetme, anksiyete, depresyon, yalnızlık gibi olumsuz duygularla sonuçlanmaktadır. Engellilik hem çocuğun hem de ebeveynlerinin fiziksel, duygusal, sosyal yönden etkilenmelerine ve çeşitli problemlere maruz kalmalarına neden olur. Evde bakım hizmetlerinin ülkemizde aktif olmayışı, engelli çocuk ve ebeveynlerinin problemlerinin çözümünde başarısız olmalarına ve problemlerin giderek artmasına neden olmaktadır. Ülkemizde mental ve duygusal engelli çocuk ve ailelere yönelik araştırmalar var olmasına rağmen, fiziksel engelli çocukların evde bakım gereksinimlerini ve yaşadıkları problemleri inceleyen araştırmalar sınırlıdır. Bu makalede fiziksel engelli çocukların evde bakım gereksinimleri ve bakım vericilerin engelli çocuğun bakımı nedeniyle yaşadığı fiziksel, duygusal, sosyal sorunları literatür doğrultusunda tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Evde Bakım, Aile, Çocuk, Fiziksel Yetersizlik

¹Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü Öğretim Görevlisi

²İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Yardımcı Doçent Dr

İletişim/Corresponding Author: Burcu AYKANAT GİRĞİN

Tel: 0376 213 17 02 **e-posta:** aykanat_87@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received : 25.09.2014

Kabul Tarihi / Accepted : 09.03.2015

HOME CARE NEEDS OF THE PHYSICALLY DISABLED CHILDREN AND THEIR FAMILIES

ABSTRACT

Children who have musculoskeletal loss of function due to several diseases, accidents, trauma, tumors or congenital abnormalities is called physically disabled or orthopedically handicapped child. Children who have lack of motion, deformity, muscle weakness, bone disease, paralysis for their extremities, with cerebral palsy, spastic and spina bifida are accepted physically disabled children. Physically disabled children cannot do many activities, cannot perform daily living activities independently, dependent on their parents and have limitations for social life results negative emotions such as feeling useless, feeling inadequate, anxiety, depression and loneliness. Disability is not only effects the child but also affects the family and relatives about physical, emotional, social aspects, causes various problems for their life. The lack of active home care services in our country provide the basis that health problems increase exponentially and being unsuccessful of children with disabilities and their families in the solution of all these problems. There are studies for families and children with mental and sensory disabilities in our country but research is limited that examine physically disabled children's' problems and needs for home care. In this article, the home care needs of children with physical disabilities and physical, emotional, social problems of caregivers due to care of children with physical disabilities will be discussed in accordance with the literature.

Key Words: Home Care, Family, Child, Physical Disabled.

GİRİŞ

Engellilik, bir hasar veya sakatlık sonucunda, bireyin yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel durumuna göre kendinden yapması beklenen aktiviteleri önleyen ve sınırlayan olumsuz bir durumdur (1).

Çeşitli hastalıklar, kazalar, travmalar, tümörler veya doğumsal anomaliler sonucu, kas ve iskelet sistemi fonksiyonlarında yaşayan bireylere fiziksel engelli ya da ortopedik engelli denilmektedir (2,3). “Ekstremitelerinde hareket etme zorluğu, şekil bozukluğu, kas güçsüzlüğü, kemik hastalığı olanlar, felçliler, serebral palsi, spastikler ve sipina bifida olanlar bu grup içinde kabul edilmektedir”(3,4). Ülkemizde yaklaşık 187.200 fiziksel engelli çocuğun olduğu, bu engellerin %24’ünün doğuştan, %73,5’inin daha sonra ortaya çıktığı, %2,5’inin ise nedeninin bilinmediği bildirilmektedir (3,5).

“Fiziksel engelli çocukların, kendilerinden beklenen birçok aktiviteyi yapamıyor olmaları, çocuğun günlük yaşam aktivitelerini bağımsız gerçekleştirememesi, ebeveynlerine bağımlı olmaları ve sosyal yaşam sınırlılıkları çocuklarda; kendini işe yaramaz ve yetersiz hissetme, anksiyete, depresyon, yalnızlık gibi olumsuz duygularla sonuçlanmaktadır” (6). Engellilik hem çocuğun hem de ebeveynlerinin fiziksel, duygusal, sosyal yönden etkilenmelerine ve çeşitli problemlere maruz kalmalarına neden olur. Çocuğun sağlık sorunları için harcanan mali giderler ailenin ekonomik güçlük yaşamalarına yol açmakta (7, 8, 9), çevrenin tutumu ile yüzleşmekten kaçınma ve hayal kırıklığına bağlı ebeveynler kendilerini izole etmekte (9), engelli çocuğun bakımı, sorumluluk paylaşımı gibi nedenlerle aile içi çatışmalar yaşanmaktadır (7, 9).

“Ülkemizde evde bakım sisteminin aktif olmayışı, engelli çocuğun ve ebeveynlerinin yukarıda sözü edilen problemlerinin çözümünde yalnız kalmalarına ve problemlerin giderek artmasına neden olmaktadır” (9). Ülkemizde fiziksel engelli çocukların yaşadıkları problemleri ve evde bakım gereksinimlerini inceleyen araştırmalar sınırlıdır (3, 10). Bu makalede fiziksel engelli çocukların evde bakım gereksinimleri ve bakım vericilerin engelli çocuğun bakımı nedeniyle yaşadığı fiziksel, duygusal, sosyal sorunları literatür doğrultusunda tartışılacaktır.

I. Fiziksel Engelli Çocukların Fiziksel Problemleri ve Bakım Gereksinimleri

Fiziksel engeller genellikle kronik sorunlardır ve çocuğun fiziksel aktivitelerini kısıtlar. Serebral Palsi, doğumdan sonra ilk birkaç yıl içinde belirlenen, doğum öncesi, sırası veya

sonrasında herhangi bir nedene bağlı olarak beynin hasar görmesi sonucu oluşan motor bir bozukluktur (3, 11). Hastalarda motor bozuklukların yanı sıra, duyuusal bozukluklar, mental reterdasyon, konuşma geriliği, öz bakım yetersizliği, ağız ve diş problemleri de görülmektedir (12, 13, 14, 15, 16).

Serebral palsili çocuğun kas tonüsündeki değişiklikler çocuğun sırt üstü pozisyonda yatırıldığında kalça ve alt ekstremitelerin içe doğru çekilmesine neden olur. Kas tonüsündeki problemler çiğneme, yutma ve konuşma becerilerini de olumsuz yönde etkileyerek büyüme ve gelişmede gecikmeye ve çocukların kendilerini ifade etmelerinde sorun yaşamalarına neden olmaktadır (17). Serebral palsy kas gerginliğine yol açarak çocuğun enerji ihtiyacını arttırmakta, çocuklarda hareketsizliğe bağlı olarak konstipasyon sorunu görülmektedir (18). Bu nedenle çocuklarda, kas gücünü ve eklem fonksiyonlarını korumak için düzenli olarak pasif ve aktif egzersizler yaptırılmalı, çocuğun çiğneme ve yutma problemlerini göz önüne alarak beslenme uzmanı tarafından sıvı ve yumuşak besinler verilerek enerji gereksinimi karşılanmalı, büyüme ve gelişmesi desteklenmelidir” (17). Fizyoterapinin yanı sıra konuşma terapisi, psikolojik destek, anormal ekstremitte postürünü düzeltmek için atelleme, eklem kontraktür ve şekil bozukluklarını önlemek için ise ortopedik cerrahi yöntemleri kullanılmalıdır (17, 18).

Müsküler distrofi, nedeni henüz bilinmeyen biyokimyasal bir bozukluk nedeniyle kaslarda güçsüzlük ve atrofiye yol açan bir hastalıktır (19). Çocuk 3-4 yaşına geldiğinde kaslarda güçsüzlük belirlemeye başlar. En sık görülen başlangıç semptomları yürümede bozulma, ördek gibi yürüyüş, sık düşmeler, yaşlarına göre hareketlerde geri kalmadır. Çocuk ayağa kalkmak için önce yüzükoyun pozisyona gelir, ellerini ve dizlerini kendine çeker, sadece elleri ve ayakları yerde kalacak şekilde kendisini yukarı iter (18). Hastalık ilerleyicidir ve on yıl içinde çocuk yürüme yeteneğini kaybeder, tekerlekli sandalyeye bağımlı olur, lordoz ve çeşitli kontraktürlerin gelişimi sonucu yatağa bağımlı hale gelir. Çocukta fiziksel aktivitenin azalması nedeniyle obezite; solunum kaslarının etkilenmesi sonucunda solunum yolu enfeksiyonları ve pnömoni meydana gelir (17). Müsküler distrofi çocuklarda hareket becerisini arttırmak için kontraktür ve şekil bozukluğu gelişimini önleyici aktif fizik tedavi ve mekanik destek sağlanmalı, hareketsizlik nedeniyle oluşabilecek obeziteyi önlemek için kaloriden düşük ve proteinden zengin diyet önerilmeli, ciddi kas zayıflığı varsa çocuk için özel olarak tasarlanmış gövde ceketleri, kemerleri ve dik oturmayı destekleyici tekerlekli

sandalye kullanılarak skolyoz önlenmelidir (17, 18). Ayrıca düzenli bir şekilde öksürme ve derin nefes alma egzersizleri yaptırılmalı ve postural drenaj uygulanmalıdır (16, 19).

Spina Bifida, intrauterin hayatın 3. ve 4. haftalarında kendiliğinden kapanması gereken nöral tüpün kapanmamasından kaynaklanır (18). En sık rastlanan ve etkileri en yoğun görülen biçimi sinir kökleri ve spinal kord bileşenlerinin etkilendiği meningomyeloseldir. Bu anomalide alt ekstremitelerdeki duyu kaybına bağlı bebeğin bacaklarını hareket ettirememesi, sfinkter kontrolünün kaybına bağlı idrar ve gaita inkontinansı sorunları, omurga ve alt ekstremitelerde deformiteleri, ve eklem kontraktürleri yaygındır. (17, 20). “Ortopedik deformiteler çocukluk çağından başlayarak erişkin döneme kadar, çocuğun gün içinde yaptığı aktivitelerini, enerji kontrolünü ve hareket yeteneğini olumsuz yönde etkiler. Spina bifidalı çocukların zekâ düzeyleri normal olmakla birlikte hidrosefali gelişen çocuklar tedavi edilmediği takdirde zeka geriliği problemi yaşayabilir (20). Alt ekstremitelerdeki motor fonksiyon kaybı nedeniyle çocuğa düzenli olarak pasif egzersizler uygulanmalıdır. Çocuğun idrar kaçırmaması nedeni ile gluteal bölge deri bütünlüğünde bozulma ve enfeksiyon gelişebilir (17). Bu çocuklarda, mesane tam olarak boşaltılamadığı için idrar akımı daha yavaş olabilir ve bu çocuğun böbrek problemleri yaşamasına neden olabilir (17).

Fiziksel engel grubunu oluşturan hastalıklardan bir diğeri omurilik yaralanmalarıdır. Omurilik yaralanmasının etkileri bireysel farklılıklar göstermekle birlikte, çocuğu günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı hale getiren, hareket sınırlılıkları nedeniyle kas güçsüzlüğü ve kontraktürleri oluşturan önemli bir sağlık sorunudur. Ortopedik özürler, egzersiz ve ortezlerle azaltılmaya çalışılmalı, fizik tedavi ile mevcut hareket fonksiyonları korunmalı ve geliştirilmelidir (21).

Bu hastalıklar incelendiğinde fiziksel engelli çocukların evde bakım gereksinimlerinin oldukça fazla olduğu görülmektedir. Fiziksel engelli çocuklar üzerinde yapılan çalışmalarda yukarıda belirtilen problemlerin yanı sıra; çocukların bağımsız giyinemediği, tuvalet ihtiyacını yalnız gideremediği (15, 22), bağımsız yürüyemediği (15, 16), bağımsız yemek yiyemediği, banyo yapamadığı, merdiven inip çıkamadığı, sandalyede oturup kalkamadığı (9), işitme, görme ve konuşma problemlerinin olduğu (15, 22), engel dışı kronik sağlık sorunlarının olduğu ve çoğunluğunu da epilepsinin oluşturduğu belirtilmiştir (23).

Tüm bu sorunlar göz önünde bulundurulduğunda, bu çocukların evde bakımında profesyonel bir ekibin ve ailenin iş birliği yapmaları gerçeği ortaya çıkmaktadır. Başta çocuk hastalıkları uzmanı, çocuk nöroloğu ve evde bakım hemşiresi olmak üzere fizik tedavi

uzmanı, konuşma terapisti, ortopedist, solunum terapisti tedavi ekibi içinde yer almalıdır. Erken tanı konulup sağlık profesyonellerinin iş birliği yaptığı bir tedaviye başlanmadığı takdirde çocuğun sağlık sorunları ve bu doğrultuda bakım gereksinimleri artacaktır (10).

II. Fiziksel Engelli Çocukların Duygusal, Sosyal Problemleri ve Bakım Gereksinimleri

Çocuğun fiziksel engeli nedeniyle yaşadığı sağlık problemleri beraberinde duygusal ve sosyal problemleri de getirmektedir. Engelli çocukların öz bakım gereksinimlerini tek başına karşılayamaması, ebeveynlerine özellikle de annelerine olan bağımlılıklarının artmasına, anneden ayrılmada güçlük yaşamalarına, düşük benlik saygısına yol açmaktadır (6, 24, 25). Çocukların yaşından beklenen birçok aktiviteyi yapamıyor olmaları ve buna duyulan özlem duygusal durumlarını bozarak hırçın, içine kapanık (6), mutsuz, kendine güvensiz, utangaç olmalarına neden olmaktadır (9). Fiziksel engel dışarıdan görünebilir hale geldiğinde ise çocukta utanç, insanlardan çekinme, sağlıklı yaşlılarına karşı öfke ve düşmanlık hissetme gibi duygular ortaya çıkmaktadır (6).

Engelli çocuklarda sık rastlanan diğer bir sorun ise okula gidememektir. Özdiñer (2002) 103 nöromüsküler hastalığı olan çocuklar üzerinde yaptığı çalışmada çocukların %23,6'sının okula gidemediğini, %65,5'inin önceleri gitmiş ancak sağlık sorunları nedeniyle araştırma sırasında gidemediğini bildirmiştir (22). Aynı çalışmada, çocukların %24,3'ünün yaşlılarıyla yeterli etkileşimde bulunamadığı, %27,2'sinin ise yaşlıları ile ilişkilerine devam edemediği, %50,5'inin sinema ve tiyatroya gidemediği, %45,5'inin davet, parti gibi organizasyonlara katılmada güçlük yaşadığı bulunmuştur (22). Kılıç (2009) 201 fiziksel engelli çocuk ve bakım vericisi üzerinde yaptığı çalışmada, çocukların %97,8'inin okula gidemediğini, %32,5'inin engeli nedeniyle akranlarından uzak durduğunu, %85,5'inin arkadaş edinme ve devam ettirmede güçlük yaşadığını, %84,9'unun yeni ortamlara uyum sağlamada ve aktivitelere katılmada güçlük yaşadığını, %95,3'ünün yalnızca aileleri ile oyun oynadığını saptamıştır (9). Okula başlama çocukların sosyalleştiği, yeni arkadaşlıkların kurulduğu bir dönemdir. Okul dönemi, aynı zamanda engelli çocuğun benlik kavramını oluşturduğu bir dönemdir. Çocuğun bu dönemde başarılı ve üretken olması da benliğini geliştirir. Ancak çevreden dışlanan, alay edilen engelli çocuk uyum sorunları yaşayarak kendisi gibi olmayan sağlıklı çocuklara karşı kıskançlık, öfke hisseder ve aşağılık duygusuna kapılır (6).

Bu sorunlar göz önünde bulundurularak evde bakım hizmeti veren sağlık ekibi, fiziksel engelli çocukların ebeveynlerine olan bağımlılıklarını azaltmalı, öz bakım aktivitelerindeki becerilerini arttırarak çocuğun kendine olan güven duygusunu geliştirmeli, fiziksel engeli nedeniyle yaşlıları ile etkili iletişim kuramayan çocukların zihinsel aktiviteler ile aktif olmasını, çocuğun daha çok evinde sosyal etkinlikler gerçekleştirmesini ve benzer engellerli olan çocuk ve ebeveynlerin etkileşimini sağlamalıdır (10). Çocuğun sosyalleşmesini sağlamak amacıyla konuşma terapileri, ev programları, çocuk oyun odalarında çalışmalar sağlanmalı, tiyatro, gezi düzenlenmeli, çocuğun el becerilerini geliştirerek kendine olan güvenini arttırmak amacıyla rekreasyonel faaliyetler yapılmalı, psikolojik problemler gösteren çocuklar psikolog desteği almalıdır (26).

III. Fiziksel Engelli Çocukların Ailelerinin Fiziksel Problemleri ve Bakım Gereksinimleri

Engelli çocuğun bakımının yıllar sürmesi, ebeveynlerin engelli çocuğun taşınması ve bakımı için güç sarf etmeleri ve sık sık uykusuz kalmaları sürekli yorgun hissetmelerine, bel ve sırt ağrıları yaşamalarına yol açmaktadır (27). Literatürde fiziksel engelli çocukların bakım vericilerinde, yorgunluk, kol ve boyun ağrıları, bel fıtığı, migren, hipertansiyon, ülser, ürtiker gibi fiziksel sorunların olduğu belirlenmiştir (9). Bu konunun incelendiği başka bir araştırmada da, nöromüsküler hastalığa sahip çocuk ebeveynlerinin % 85,4'ünün yukarıda bahsedilen fiziksel şikâyetleri yaşadıkları belirtilmiştir (22). Kılıç 6 yaş ve üzeri fiziksel engelli çocukların bakım vericilerinin daha yüksek düzeyde fiziksel sorun yaşadığını, çocuğun bağımsız gerçekleştiremediği aktivite sayısı arttıkça yukarıda sözü edilen sağlık sorunlarının daha fazla yaşandığını saptamıştır. Bu nedenle çocukların öz bakım becerilerini geliştirmenin yanı sıra ev ortamında ebeveynleri dinlendirici tedavi olanaklarının da bakım planı içinde yer alması gerekmektedir (9, 10).

IV. Fiziksel Engelli Çocukların Ailelerinin Duygusal, Sosyal Problemleri ve Bakım Gereksinimleri

Çocuk sahibi olmak ailelerin yaşamında dönüm noktasıdır. Ebeveynlerin öncelikli beklentisi normal ve sağlıklı çocuklara sahip olmaktır. Çocuğun engelinin öğrenildiği ilk andan itibaren aile travma yaşar ve şok, suçluluk, suçlama, inkâr, yoğun keder ve kızgınlık gibi yoğun duygular yaşar (28,29,30). Aileler, yaşadıkları bu yoğun duyguların yanı sıra,

fiziksel ve zihinsel gelişim geriliği yaşayabilen çocuklarının gerek eğitim gerekse bakım gereksinimlerini karşılamakta sorun yaşarlar (31). Engelli çocuğa sahip anneler üzerinde yapılmış çalışmalarda, annelerin çevrelerinde yaşanan mutsuzluk ve bebeğin engelli olmasından kendilerini suçladığı ve benlik saygılarının düşük olduğu belirtilmiştir (9).

Engelli çocuk, belli gelişim alanları açısından yetersizlikten etkilenmiş olmasından dolayı ebeveynlerine bağımlıdır. Bu durum aile için sürekli başa çıkma gerektiren bir stres kaynağıdır. Babalarla karşılaştırıldığında annelerin, çocuğunun öz bakım aktivitelerinin çoğunu üstlendikleri bildirilmektedir (32). Bu durum annelerin kendilerine ve diğer çocuklarına yeterince zaman ayıramamaları ve sosyal yaşam aktivitelerinin kısıtlanması ile sonuçlanmaktadır (9). “Kahrıman ve Bayat araştırmalarında engelli çocuğa sahip ebeveynlerin %28,3’ünün akrabaları, %26,7’sinin de komşuları ile ilişkilerinin olumsuz yönde etkilendiğini belirtmişlerdir” (33).

Aktaş fiziksel engelli çocuk ve ailelerinin evde bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla yaptığı sistematik incelemede, engelli çocuk ailelerinin %30-78,1’inin ulaşım sorunlarının olduğunu, %9,8-74,1’i için oyun alanlarının eksikliği olduğunu, %71,1’inin ise kamuya açık binaları kullanmada zorluk yaşadıklarını belirtmiştir (10). Fiziksel engelli çocuğun ebeveynleri, çocuğun eğlenmesi için tasarlanan oyun parkları, sinemalar, toplu taşıma araçları vb. gibi kamuya açık alan ve taşıtların, engelliler için uygun olmaması nedeniyle bu alanları kullanmakta zorluk yaşamaktadırlar. Bu durum çocuğun ve ebeveynlerinin sokağa çıkmalarını önleyerek sosyal izolasyon yaşamalarına katkıda bulunmaktadır (10). Aynı araştırmada ailelerin anksiyete ve depresyon puanlarının yüksek olduğu, %25,3-50,0’sinin geleceğine endişeli baktığı belirtilmiştir. Yapılan bazı araştırmalarda da engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon puanları sağlıklı çocuğa sahip ebeveynlerle kıyaslandığında daha yüksek bulunmuştur (34, 35). Özşenol ve ark. çalışmalarında engelli çocuk ebeveynlerinin yaşadıkları isyan duygusu ile %31,7’sinde öfke duygusunun yoğun olduğunu bildirmiştir (7).

Literatürde engelli çocuk ailelerinde gerginlik, çatışma ve boşanmaların sık görüldüğü belirtilmektedir. Tartışma konuları hastalığın nedenleri, çocuğa en iyi nasıl bakılacağı veya sorumlulukların dağılımı olmaktadır (9). Kahrıman ve Bayat (2008) ebeveynlerin %40’ının evlilik bağlarının etkilendiğini, eşlerin %58,3’ünün karşılıklı sinirli ve huzursuz, %16,7’sinin ise suçlayıcı bir tavır takındıklarını ifade etmişlerdir (32). Engelli çocuğa sahip olmak

ebeveynlerin iş yaşantısını da olumsuz etkileyerek doğrudan ekonomik sorunlara zemin hazırlayabilmektedir (9, 22, 33).

Tüm bu sorunlar göz önüne alındığında, evde bakım hizmetleri ile aile çocuğun hastalığı hakkında bilgilendirilmeli, psikolog ve hemşireden alacakları profesyonel destek ile stresle etkili baş etme, öfke kontrolü davranışları kazandırılmalıdır. “Engelli çocukların gün içindeki bakımlarının ücret talep edilmeden gerçekleştirilmesi, evde bakım ekibinin içinde yer alan sağlık personelinin bu hizmetleri desteklemesi, ebeveynin iş yaşantısının kesintiye uğramaması ve dolayısıyla maddi güçlüklerin azaltılması, ebeveynlerin akrabaları ve sosyal çevreleri ile daha kaliteli vakit geçirmeleri, ebeveyn destek grubu ve akrabaların verdiği duygusal destek ailelerin yaşam kalitelerini arttıracaktır” (10).

V. Fiziksel Engelli Çocuk ve Ailesinin Evde Bakımında Hemşirenin Rolü

Evde bakım, bireylerin sağlık sorunlarının hastanede yatışı gerektirmediği durumlarda, uygun ortam sağlanarak, hastalıkların erken dönemde tanı, tedavi ve rehabilitasyonunun, bireylerin sağlık eğitimlerinin profesyonel kişi, kurum ve kuruluşlar tarafından bireyin evinde gerçekleştirilmesidir (36).

Engelli çocuklar günlük yaşam aktivitelerini bağımsız gerçekleştirebilmeleri için gerekli olan konuşma, yürüme, solunum, beslenme gibi en önemli aktiviteleri kendi başlarına gerçekleştirirken sorunlar yaşamaktadır (37). Evde bakım hizmetleri, engelli çocuğun öz bakım aktivitelerini güçlendirerek hastaneye tekrar başvurmasını ve yatmasını önlemekte ve çocuğun evde bakım hizmeti gereksinimini azaltmayı amaçlamaktadır (38). Evde bakım hemşiresi, çocuğun fiziksel engeli doğrultusunda fizik tedavi, konuşma terapisi, solunum terapisti, pediatrist, çocuk nöroloğu, psikolog, sosyal hizmet uzmanı arasında bakımı planlama ve koordine etme rolünü üstlenmelidir.

Hemşire engeli nedeniyle çocuk ve ailenin eğitimini desteklemeli (22), çocuğun engel durumu, yetersizlik düzeyi, çocuğun öz bakım becerilerini geliştirme aktiviteleri konusunda ebeveynlerin bilgi eksikliklerini gidermeli (38), psikolog ile işbirliği yaparak, engelli çocuk ve ailelerine stresle etkili baş etme ve öfke kontrolü davranışlarını kazandırmalı, ailenin keder sürecindeki duygularını serbestçe ifade etmelerine izin vermeli, ebeveyn destek gruplarına katılımlarını sağlayarak problem çözme becerilerini arttırmalı, ebeveynlerin maddi sorunlardan kaynaklanan stresle etkili baş etmelerini sağlamak için aileyi ekonomik olarak destek alabilecekleri kuruluşlara yönlendirmelidir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Disability Prevention and Rehabilitation. Report Of The WHO Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation. Geneva, Switzerland: World Health Organization 1981. WHO Technical Reprt Series, No.668, Geneva.
2. Demir Ö, Aysoy M. Türkiye Özürlüler Araştırması 2002.1. Baskı. Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara-2009.
3. www.engesizengelliler.org, Erişim Tarihi: 25.11.2014.
4. Türkiye Özürlüler Araştırması Temel Göstergeleri 2002. <http://www.engelsiz.hacettepe.edu.tr/belge/ozida.pdf>. Erişim Tarihi: 26.12.2014.
5. Pediatrik Rehabilitasyonda Evde Bakım. <http://www.cfd.org.tr>. Erişim Tarihi: 26.12.2014.
6. Ekşi A (ed.), Yazgan İnanç B. Fiziksel Sakatlığı ve Kronik Hastalığı Olan Çocuklara ve Ailelerine Psikolojik Yaklaşım: Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü. 2. Baskı. ISBN: 9789754207873, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul-1999.
7. Özşenol F, Işıkhhan V, Ünay B, Aydın H.İ., Akın R, Gökçay E. Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2003; 45(2): 156-164.
8. Günel Kerem M, Mutlu A, Livanelioğlu A. An Investigation Of Parents' Problems According To Motor Functional Level Of Children With Cerebral Palsy. Fizyoterapi Rehabilitasyon 2007; 18(2): 51-58.
9. Kılıç S. Yüksek Lisans Tezi; "Fiziksel Engelli Çocuğun Evde Bakım Gereksiniminin Aileye Etkisi" Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Güler Cimete. İstanbul-2009.
10. Aktaş E. Yüksek Lisans Tezi; "Fiziksel Engelli Çocuk ve Ailesinin Evde Bakım Gereksinimine Işık Tutucu Araştırmaların Sistematik İncelemesi" Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Güler Cimete. İstanbul-2010.
11. Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, et al. A Report: The Definition And Classification Of Cerebral Palsy April 2006. Dev Med Child Neurol 2007; 49(109): 51-58.

12. Koman L.A., Smith P.B., Shilt, J.S. Cerebral Palsy. Lancet 2004; 363: 1619-1631.
13. Kanda T, Pidcock F.S., Hayakawa K, Yamori Y, Shikata Y. Motor Outcome Differences Between Two Groups Of Children With Spastic Diplegia Who Received Different Intensities Of Early Onset Physiotherapy Followed For 5 Years. Brain Dev 2004; 26: 118-126.
14. Raina P, O'Donnell M, Rosenbaum P, et al. The Health And Well-Being of Caregivers of Children With Cerebral Palsy. Pediatrics 2005; 115(6): 626-636.
15. Yavuz B. Yüksek Lisans Tezi; "Serebral Palsili Çocukların Öz Bakım Becerilerini Gerçekleştirme Düzeyleri Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi" Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Yard. Doç. Dr. Saniye Çimen. İzmir-2006.
16. Mutlu A, Tarsuslu T, Günel Kerem M, Livanelioğlu A. Serebral Paralizili Çocuklarda Ev Egzersiz Programının Etkinliğinin İncelenmesi. Türk Pediatri Arşivi 2007; 42(1)Ç 112-116.
17. Çavuşoğlu H (ed.), Çavuşoğlu H. Kas İskelet Sistemi Sorunu Olan Çocuk Ve Hemşirelik Bakımı: Çocuk Sağlığı Hemşireliği. 9. Baskı. Dizgi Baskı, Ankara-2008.
18. Hockenberry M (ed.), Wilson D. (ed.), Wilson D, Curry M.R, Hockenberry M. The Child With A Problem That Interferes With Physical Mobility: Wong's Essentials of Pediatric Nursing. Eight Edition. Mosby Elseiver, Canada-2009.
19. İsbir A.C, Düğer C, Kol İ.Ö, Kaygusuz K, Gürsoy S, Mimaroglu C. Duchenne Musküler Distrofili Olguda Total İntravenöz Anestezi: Tek, Düşük Doz Rokuronyum Kullanımı. Anestezi 2013; 21(2): 139-141.
20. Behrman R.E, Kliegman R.M. Nelson Essentials of Pediatrics. Fifth Edition. Elseiver Saunders, Canada-2006.
21. Ortopedik Özürlüler Aile Eğitim Rehberi. T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Yayınları, Mattek Matbaacılık, Ankara-2008.
22. Özdiñer S. Yüksek Lisans Tezi; "Nöromusküler Hastalıklı Çocukların Evde Bakım Gereksinimleri, Ailelerin Evde Bakımda Yaşadığı Güçlükler Ve Olanakları" Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Güler Cimete. İstanbul-2002.
23. Durduran Y, Bodur S. Engellilerin Engellilik Dışındaki Sağlık Sorunları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Selçuk Tıp Dergisi 2009; 25(2): 69-77.

24. Amosun S.L., Volmink L, Rosin R. Perceived Images Of Disability: The Reflections Of Two Undergraduate Medical Students In A University In South Africa On Life In A Wheelchair. *Disability and Rehabilitation* 2005; 27(16): 961-966.
25. Taleporos G, McCabe M.P. The Relationship Between The Severity And Duration Of Physical Disability And Body Esteem. *Psychology and Health* 2005; 20(5): 637-650.
26. Murphy N.A, Carbone P.S. Promoting The Participation Of Children With Disabilities In Sports, Recreation and Physical Activities. *Pediatrics* 2008; 121(5): 1056-1062.
27. Aydoğan A.A. Doktora Tezi; “Özürü Çocuğa Sahip Anne Babaların Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi,” Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Doç. Dr. Nilüfer Darıca. Ankara-1999.
28. Akandere M, Acar M, Baştuğ G. Zihinsel Ve Fiziksel Engelli Çocuğa Sahip Anne Ve Babaların Yaşam Doyumu Ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2009; 22(1): 23-32.
29. Karadağ G. Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Yaşadığı Güçlükler İle Aileden Algıladıkları Sosyal Destek Ve Umutsuzluk Düzeyleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2009; 8(4): 315-322.
30. Yıldız D. Yüksek Lisans Tezi; “Okul Öncesi Dönem Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Çocuklarını Kabullenişleri İle Umutsuzluk Düzeylerinin Karşılaştırılması,” M.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Doç. Dr. Rengin Zembat. İstanbul-2009.
31. Ersoy Ö, Çürük N. Özel Gereksinimli Çocuğa Sahip Annelerde Sosyal Desteğin Önemi. *Aile Toplum ve Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi* 2009; 11(5): 104-110.
32. Heller T, Hsieh K, Rowtz L. Maternal And Paternal Caregiving Of Persons With Mental Retardation Across The Lifespan. *Family Relations*; 46(4): 407-415.
33. Kahriman İ, Bayat M. Özürü Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Yaşadığı Güçlükler Ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri. *Özveri Dergisi* 2008; 5(1): 1-8.
34. Arnaud C, Koning W, Michelsen S.I., et al. Parent-Reported Quality Of Life Of Children With Cerebral Palsy In Europe. *Pediatrics* 2008; 121(1): 54-64.
35. Bahar A, Bahar G, Savaş H.A, Parlar S. Engelli Çocukların Annelerinin Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri İle Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009; 4(11): 97-112.

36. Ocakçı A.F (ed.), Ocakçı A.F. Evde Bakım: Çocuğun Aile Merkezli Bakımı. 1. Baskı. Dökel Matbaası, Zonguldak-2006.
37. Özyağcıoğlu N, Akansel N, Buran G. Fiziksel/Zihinsel Engelli Çocuk ve Evde Bakım. 2. Ulusal Evde Bakım Kongresi; 20-23 Nisan 2008, İstanbul. 2008. ss 178.
38. Çövenner Ç, Kürtüncü Tanır M, Aktaş E. Fiziksel Engelli Çocuğun Evde Bakımı. 2. Ulusal Evde Bakım Kongresi; 20-23 Nisan 2008, İstanbul. 2008. ss 186.

CHILD ABUSE AND NEGLECT IN PEDIATRIC EMERGENCY DEPARTMENTS: FOUR CASE PRESENTATIONS FROM ISTANBUL, TURKEY

Meltem KÜRTÜNCÜ¹, İbrahim Murat TANIR²

ABSTRACT

It is fairly difficult to find a universal definition for child abuse and neglect because the values of the individuals within the society, the disciplinary methods applied to children, levels of knowledge on child development and family relationships determine which behaviors are perceived as child abuse and neglect in a society. This study was performed in the pediatric emergency department of a public hospital in Istanbul. All of the cases were retrospectively selected among criminal cases who admitted to pediatric emergency service of the hospital between 2008-2013 by using simple randomization method. In this study, four cases which were diagnosed as child abuse and neglect were included, two of which were resulted in death due to physical abuse. Two of the cases were cases of sexual abuse, and these cases will hopefully serve as a guideline for the management of child abuse and neglect cases for doctors and nurses. In conclusion, since abused and neglected children present at emergency services with a wide range of complaints and clinical findings, any possibility should always be considered and any suspicious case should be evaluated for abuse and neglect.

Key Words: Child Abuse, Child Neglect, Pediatric Emergency Department

¹ Yrd. Doç. Dr.Bülent Ecevit Üniversitesi

²Dr.TEV Sultanbeyli Devlet Hastanesi

İletişim/ Corresponding Author: Meltem KÜRTÜNCÜ
Tel:0372-2613394 **e-posta:**meltemkurtuncu@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received : 14.09.2014

Kabul Tarihi / Accepted : 29.01.2015

PEDİATRİK ACİLDE ÇOCUK İSTİSMAR VE İHMALİ: TÜRKİYE / İSTANBUL'DAN DÖRT VAKA SUNUMU

ÖZET

Çocuk istismarı ve ihmalinin evrensel bir tanımını bulmada önemli sorunlar ortaya çıkmaktadır. Tanıma ilişkin sorunlar, toplumsal ve kültürel değerlerden kaynaklandığı gibi, konunun disiplinler arası özelliği nedenine de bağlanmaktadır. Bu çalışma, İstanbul'da bir devlet hastanesinin pediatrik acil bölümünde gerçekleştirildi. Vakaların tümü 2008-2013 yılları arasında pediatrik acil servise Kabul edilen adli vakalar arasından basit rastgele yöntem ile seçildi. Çalışmada dört vakadan ikisi fiziksel istismara bağlı ölümle sonuçlandı. Vakaların ikisi cinsel istismar vakası olup, bu vakaların hekim ve hemşirelere çocuk istismarı ve ihmali olgularının yönetimi konusunda rehber niteliğinde olması ümit edilmektedir. Sonuç olarak, istismara ve ihmale maruz kalan çocuklar çok değişik yakınmalar ve klinik bulgularla çocuk acil servislerine başvurduğundan, bu durum her zaman akılda tutulmalı ve şüphe uyandıran her vaka bu yönde değerlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Çocuk İstismarı, Çocuk İhmali, Pediatrik Acil Servisi

INTRODUCTION

There are important problems in finding a universal definition for child abuse and neglect. Problems regarding the definition are caused by cultural values as well as interdisciplinary nature of the subject. It is fairly difficult to find a universal definition for child abuse and neglect because the values of the individuals comprising the society, the disciplinary methods applied to children, levels of knowledge on child development and family relationships determine which sorts of behavior are perceived as child abuse and neglect in a society (1).

The World Health Organization defines any behavior that negatively affects children's health, physical and psychosocial development and that is perpetrated by any adult, society, or state knowingly or unknowingly as child abuse and neglect (2).

In studies regarding child abuse and neglect in Turkey, emotional abuse was found to be most common with a ratio of 78%, physical abuse was found to be 24%, and sexual abuse was found to be 9% (3). As activities towards defining child abuse and neglect in our country increase, the number of scientific studies on the subject also increases (4,5). Although child abuse and neglect is a common situation in our country and worldwide, there are still difficulties in diagnosing and recording abuse, and starting necessary legal processes as well as the appropriate treatment and rehabilitation processes which should be done by nurses and doctors (6). Therefore, early intervention for abuse during childhood is important in order to prevent or reduce long-term adverse effects (7,8).

Interdisciplinary studies are required to achieve a successful approach to abuse and neglect. An abused child should be evaluated by a properly trained team of experts so that findings don't be overlooked. Cases should be examined without being more traumatized in a special unit that is capable of applying "child friendly examination/evaluation" methods. In such a special unit, it would be possible to take informed consent, to evaluate the story and physical examination in collaboration with relevant disciplines not to make the child more traumatized, to diagnose through laboratory examination results, to treat, rehabilitate, and protect the child (9).

METHODS

This study was performed in the pediatric emergency department of a public hospital in Istanbul city. All of the cases were retrospectively selected among criminal cases who admitted

to pediatric emergency service of the hospital between 2008-2013 by using simple randomization method. Four cases that were diagnosed as child abuse and neglect were included in this study and two of them have resulted in death due to physical abuse. Two of the cases were cases of sexual abuse, and these cases will hopefully serve as a guideline for the management of child abuse and neglect cases for doctors and nurses.

Ethical Approach

Permission was taken from pediatric emergency department and ethical approval for the study was obtained from the ethics committee of the hospital (Ref. No: 2013-01-08/01). Then, parents of the children whose files were selected for examination were informed about the study by calling by phone. Study was started after obtaining consent from the parents.

CASE PRESENTATIONS

Case 1

The three-year old, middle boy of a family with three children was brought to the emergency room of our hospital by his father with the complaint of trauma as a result of falling. In the physical examination, no characteristics, except blood coming from the ear, were found. Vitals were stable, and the patient was discharged after 24 hours of medical monitoring for head trauma. A week later, the child was brought back with the complaint of facial asymmetry while talking. In the physical examination, a hematoma was observed in the upper back of the left eardrum. In the computerized brain tomography (CBT), left temporal linear fracture and a hematoma in the middle ear were found. The patient was discharged after being treated for left peripheral facial paralysis. Four months later, the patient was brought back to hospital for falling down from a balcony of 3-4 meters high. In the physical examination, left periorbital edema and red ecchymosis, surface lacerations and disfiguration in the left temple and cheek, and palpation pain and disfiguration in the right forearm were found. In the right forearm graphy, spiral fractures were found in the forearm bones. The wound was cleaned in the emergency room and the arm was splinted. The evaluating doctor suggested inpatient treatment due to doubt of abuse. However, the father didn't accept admission and took his son home. Then, a forensic report was written by the doctor and was given to the hospital police. As a result of questioning, the father was found to be unemployed and alcohol addict. The father was put on trial for child abuse. He

was sentenced to one year and six months in prison. A report was filed to the Social Services Directorate (SSD). Evaluation of the other children in the family was also suggested (Table 1).

Case 2

2.5-year old, little boy of a family with two children was brought to our hospital by his stepmother with the complaint of loss of consciousness. In the physical examination, spontaneous breathing was absent, and there was no pulse. The pupils were fixed dilated, and there was no light reflex. The patient was intubated and cardiopulmonary resuscitation was applied. There was no response to 30-minute resuscitation, and exitus was confirmed. Since cause of death was doubtful, the doctor filed a forensic report to the Public Prosecutor. In the postmortem examination on the next day, old and new ecchymosis with diameters of 0.5-1 cm in the neck, chest, back, and lower extremities, a red-purple ecchymosis with 1 cm diameter on the right eyelid, a red-purple ecchymosis with 0.5 cm diameter on the right side of the forehead, and a 6 cm healing old wound with scabbing behind the left shoulder were found. In the autopsy, widespread red (new) ecchymosis was found in the occipital area and on the hair skin on inner side of the vertex as well as a linear fracture in the occipital bone. As a result of the legal investigation, it was found that the mother was having her second marriage, the child who was abused was from the first marriage of her spouse, they have been married for a year, and since her spouse was a long distance driver, he was spending most of his time out of town. It was found that the mother pushed the child, the child fell onto a hard surface and bumped his head. After that, she kicked the child with her feet until the child passed out and then she poured water on the child to awaken him. She took the child to the bathroom where she shook him by the shoulders and poured water on him with a hose. Following that, she hit the child's head to a wall in the process, and eventually got panicked and took the child to the hospital when the child didn't wake up and started wheezing while taking breath. The mother was arrested and put on trial for manslaughter with gross negligence. She was released within nine months. The other sibling was put in an orphanage (Table 1).

Case 3

As a result of constant noise from a house where a father lived with his two daughters at the age of 12 and 13 years, and after 13-year old sibling told neighbor's daughter that "they had sexual relationships" with their father, the neighbor reported the incidents to the police, and the

children were brought to our hospital for examination with the suspicion of physical and sexual abuse. After the interview done with the older 13-year old sibling, it was learnt that mother of the children has left them and they were living with their father, who was working as a musician at weddings. The child reported in the interview that they got along with their father very well, he cared for them, their mother constantly abused them physically while their father was protecting them, and she loved her father very much. The child was constantly asking many questions during the interview such as "where is my father; did he eat; is he sick; they won't send him to jail, right?" and she was observed to be extremely attached to her father. In the physical examination, nothing was found to create suspicion for physical abuse. However, as a result of the legal investigation, it was found that the father had incestuous relationships with both daughters; and that sexual abuse, which started with kissing and touching, increased with the father showing his genitals and asking daughters to touch it and showing attempts for coitus. In the rest of the interview, it was understood that the child have not realized that she was going through abuse, she thought that she formed a bond of love with her father and she tried to compensate the lack of motherly love with her father, and she tried to protect her father not to lose his love. The incident came out in a conversation where the two girls shared their experiences about boyfriends with their neighbor's daughters. The sisters told that even though they didn't have boyfriends, they experienced such things with their father. After their friends told them that this wasn't normal, they realized for the first time that they had gone through something bad. After the statements of the father, witnesses, and children were taken and the forensic examination was performed, the father was arrested and sent to prison. The sisters were put in an orphanage (Table 1).

Case 4

A 4-year old girl of a family with three children was brought to our hospital due to foreign body aspiration by his step mother. During the physical examination, it was determined that the child had respiratory distress and a foreign body was found in the child's respiratory tract. After the intervention, foreign body was removed. There were also numerous old and new lesions on the child's body. The general examination revealed that the child's height and weight were between the 5th and 10th percentiles compared to his peers. It was observed that the child was silent during the examination as she was guilty. On the other hand, the child's mother was angry

with her and frequently complained about her during the examination, saying that she was inattentive, hyperactive, and disobedient, and that she was falling all the time, fighting with her friends, and did not fear of anything. The child had body lesions and old burn stigma. Due to suspicions, the mother was interrogated and she reported that the child, who was subjected to abuse, was from her husband's first marriage and she had two children from her first marriage. During the cross interrogation, which was based on the results of the child, the mother stopped resisting and accepted that she battered the child. As a result of the legal process, the child was placed in an orphanage and the mother was released from custody. 4 months after the incident, the police reported that the child's parents missed her and they wanted to take her on holidays. Therefore, the state gave the child to his parents for the holidays. After taking the child, the family requested guardianship and this request was accepted. The child continued to stay with the family. However, after 4 months, the child was hospitalized due to brain trauma and lost her life (Table 1).

Table 1: Distribution of Features of Cases

	Case 1	Case 2	Case 3	Case 4
Age	3 year	2.5 year	13 year	4 year
Gender	Boy	Boy	Girl	Girl
Number of siblings	3	2	2	3
The marital status of parents	Married	Married	Divorced	Married
Abuser	Father	Stepmother	Father	Stepmother
Injuries	Trauma as a result of falling	Falling in the park and loss of consciousness	Incest	Respiratory distress and airway foreign bodies
Severity	Serious	Serious	Serious	Serious
Recurrent signs of abuse	Facial asymmetry while talking; Left tympanic membrane hematoma in the upper back on physical examination; Left temporal linear fracture and hematoma in the middle ear in computed tomography (CT)	Old and new bruises with a diameter of 0.5-1 cm in the neck, chest, back and lower extremities; Red-purple ecchymosis with a diameter of 1 cm on the eyelids; Red-purple bruises with 0.5 cm diameter on the right side of forehead; 6 cm recovering scaly old wounds behind the left shoulder.	Repeated sexual abuse	Lesions and old burn scars on her body
She/he was delivered to whom	Father	The child died in hospital admission	Both sisters were placed in orphanage	Institutional care was taken
Forensic report	Yes	Yes	Yes	Yes
Signs of discharge from hospital	-	Dead	-	Dead

DISCUSSION

In these case studies, doctors and nurses who suspected child neglect and abuse prepared forensic reports according to Turkish law and made official complaints. Two of the cases resulted in death.

Medical studies that were conducted on child neglect and abuse since the 1960s have led to the foundation of child protection centers in developed countries. On the other hand, in Turkey, medical staff have been interested in clinical aspects of child abuse and neglect during the last 10-15 years (4,5). Despite these efforts, the lack of a separate child protection law which determines various levels of child abuse and neglect according to the country's cultural and social norms is an important shortcoming. Due to these reasons, uncertainty regarding professional response to child abuse and neglect continues to exist in the laws of Turkish Republic. The obligation to submit reports to legal authorities instead of the Social Services Directorate (SSD) when child abuse is suspected, leads to problems in monitoring families after legal procedures and in reaching services that the families need.

Health professionals who work with children do not know when and how to report most of the abuse and neglect cases (3,10,11). A multidisciplinary approach is necessary for reporting cases of child abuse. In addition to the doctor's diagnosis and referral, the child, his/her family, and even the abuser should be diagnosed and treated. Moreover, a child-friendly approach should be adopted during social rehabilitation and legal process. The lack of such a team causes professionals to feel insecure and to avoid reporting the incident (3,11). In one study, it was observed that 31.4% of the cases were not reported to any institution (11). In child abuse case management, health professionals' clinical knowledge seems to be insufficient as well as their knowledge on legal procedures that are relevant with child abuse cases (11).

In faculties of medicine and nursing education programs, the subject of child abuse and neglect has been included in elective courses for 1-2 hours only in recent years. The lack of in-service training regulated by law makes it difficult to identify child abuse for doctors and nurses as well as lack of accurate and fast screening tools for the evaluation of any possible abuse at the emergency services (9,12). However, the awareness of Turkish health personnel regarding child abuse and the presence of the subject of child abuse in the agenda have become more prominent in recent years (4,11).

Clinical findings observed during physical examination, discrepancies between the mechanisms of lesion formation and the family's story, inability to receive detailed information from the family, family members' accusations against each other, inconsistent or constantly changing stories, and late presentation at the hospital should raise suspicions of possible abuse and neglect (13). The lack of organic causes that can explain the complaint in the first case, the discrepancy between the story of the family and the lesions which were thought to be caused by physical abuse, and late presentation at the hospital in the second and fourth cases, and inconsistent reports in the third case led us to consider the possibility of abuse. In the fourth case, detecting growth deficiency in addition to abuse confirmed also the presence of medical and nutritional neglect. In possible abuse cases, laboratory examinations including complete blood count, detailed biochemical analysis and complete urinalysis, bleeding and coagulation tests, complete body skeleton graphs for the detection of fractures and soft tissue trauma, nuclear scintigraphic methods, abdominal ultrasound for the detection of organ damage, cranial tomography and/or MR imaging for the determination of intracranial damage should be performed and all lesions should be photographed for forensic purposes (13,14). These examinations were carried out in all of our cases.

In a study by Gencer et al (15), 16.1% of children who presented at the emergency service with home accidents were determined to be possible abuse cases. This finding indicates that the health personnel should adopt a different approach for the cases who present with accidents in particular (15).

The most important risk factor for abuse-related skeleton trauma is the age of the child. 58% of the children were aged under 3 years old while 90% of fractures were observed in children under 3 years old (16). All of our cases were less than 5 years old except for one. Preventing abuse is a difficult topic.

Factors that cause child abuse and neglect include economic difficulties, broken families, parents' diseases, domestic violence, and immigration (17,18). In our cases, typical risk factors of child abuse and neglect were observed in various combinations such as single parents, low socio-economic conditions, parents with mental disorders, and having multiple children. However, the presence of these risk factors did not trigger early diagnosis in our study. Other risk factors including mother's and/or father's substance addiction, low educational level, parents under the

age of 20 years, and isolated life conditions should be considered in the evaluation of suspicious abuse cases (19).

Symptoms of repetitive abuse were observed in three of our cases in the form of physical abuse and neglect, and in the form of sexual abuse in one of them. Sexual abusers usually have low educational and socio-economic levels. The family generally includes a single parent (20). The results of our cases are in parallel with the literature. In particular, sexual abuse can be insufficiently identified in Turkey due to the lack of in-service training and society-based multidisciplinary organizations.

In conclusion, pediatric emergencies are common throughout the world and in Turkey. On average, 12.5 million babies, children, and adolescents use emergency clinics. Among the emergency care team members, nurses are the first people who determine the child's condition and priority in the treatment queue at pediatric centers (21). Therefore, emergency doctors and nurses should be alert for the symptoms of abuse and neglect in children. Children are also subjected to the recently increased violence in the society. Awareness of health personnel and their knowledge and interest on the acts of child abuse and neglect, which is among the main factors affecting children's physical, psychological, and emotional development, are very important. In addition, it is difficult to diagnose patients who present at emergency services if the possibility of child abuse and neglect is not considered. Since abused and neglected children present at emergency services with a wide range of complaints and clinical findings, the possibility should always be considered and any suspicious case should be evaluated for abuse and neglect.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Conflict of interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Author contributions: Concept – M.K., İ.M.T.; Design – M.K., İ.M.T.; Materials – İ.M.T.; Data Collection&/or Processing – M.K., İ.M.T., Analysis&/or Interpretation – M.K., İ.M.T., Literature Search – M.K., İ.M.T.; Writing – M.K., İ.M.T., Critical Reviews – M.K., İ.M.T.

REFERENCES

1. Ziegler DS, Sammut J, Piper AC. Assessment and Follow-Up of Suspected Child Abuse in Preschool Children with Fractures Seen in a General Hospital Emergency Department. *J. Paediatr Child Health* 2005; (41): 251–255.
2. Celbiş O, Özdemir B, Kaya A. Cinsel Saldırıya Uğramış Çocuğun Muayenesi. *Türk Pediatri Arşivi* 2011; (46): 104-110.
3. Beyaztaş FY, Oral R, Bütün C, Beyaztaş A, Büyükkayhan D. Fiziksel Çocuk İstismarı: Dört Vakanın Sunumu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2009; 52: 75-80.
4. Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G, et al. Child Abuse in Turkey: An Experience in Overcoming Denial and A Description of 50 Cases. *Child Abuse & Neglect* 2001; 25 (2): 279-290.
5. Oral R, Blum KL, Johnson C. Fractures in Young Children: Are Physicians in The Emergency Department and Orthopedic Clinics Adequately Screening for Possible Abuse? *Pediatr Emerg Care* 2003; 19 (3): 148-153.
6. Bahçecik N, Kavaklı A. Çocuk İstismarı ve İhmalinde Hemsirenin Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde ve Tedavi Edici Kurumlardaki Sorumluluğu. *Hemşirelik Bülteni* 1994; (8): 45-51.
7. Afifi TO, Enns MW, Cox BJ, de Graaf R, ten Have M, Sareen J. Child Abuse and Health-Related Quality of Life in Adulthood. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195 (10): 797–804.
8. Chartier MJ, Walker JR, Naimark B. Childhood Abuse, Adult Health, and Health Care Utilization: Results from A Representative Community Sample. *American Journal of Epidemiology* 2007; 165 (9): 1031–1038.
9. Louwers EC, Korfage IJ, Affourtit MJ, Ruige M, van den Elzen AP, de Koning HJ et al. Accuracy of a Screening Instrument to Identify Potential Child Abuse in Emergency Departments. *Child Abuse & Neglect* 2014; 38 (7): 1275-81.
10. Flaherty EG, Sege R. Barriers to Physician Identification and Reporting of Child Abuse. *Pediatr Ann* 2005; 34 (5): 349-56.
11. Ağartan CA, Akar T, Akbaş S, Akdur R, Aydın C, Aytar G, et al. Establishment of Interdisciplinary Child Protection Teams in Turkey 2002–2006: Identifying the Strongest Link Can Make a Difference. *Child Abuse & Neglect* 2009; 33 (4): 247–255.

12. Woodman J, Pitt M, Wentz R, Taylor B, Hodes D, Gilbert RE. Performance of Screening Tests for Child Physical Abuse in Accident and Emergency Departments. *Health Technology Assessment Journal* 2008; 12 (33): 1–95.
13. Behrman RE (Ed.), Kliegman RM (Ed.), Jenson HB (Ed.), Johnson FC. *Abuse and Neglect of Children: Nelson Textbook of Pediatrics*. 16th ed. London: WB Saunders Co; 2000.
14. Mandelstam S, Cook D, Fitzgerald M, Ditchfield M, Carty H. Complementary Use of Radiological Skeletal Survey and Bone Scintigraphy in Detection of Bony Injuries in Suspected Child Abuse. *Arch Dis Child* 2003; 88 (5): 387–390.
15. Gencer O, Ozbek A, Bozabali R, Cangar S, Miral S. Suspected Child Abuse among Victims of Home Accidents being Admitted to the Emergency Department: A Prospective Survey from Turkey. *Pediatr Emerg Care* 2006; 22 (12): 794-803.
16. Dokgöz H, Tırtıl L. Çocuklarda Fiziksel İstismar: Olgu Sunumu. *Çocuk Formu Dergisi* 2005; (8): 37-41.
17. Hatun Ş. Çocuk Hakları Sözleşmesinin 13. Yılında Yoksulluk ve Çocuklar Üzerine Etkileri. TTB Merkez Konseyi 2002. Erişim: 10 Aralık 2013. http://www.manevisosyalhizmet.com/wpcontent/uploads/2010/04/yoksulluk_ve_cocuklar.pdf.
18. Erol N, Şimşek Z. Çocukların Anne Babaları Tarafından Terk Edilmelerini ve Kurumlara Bırakılmalarını Nasıl Önleyebiliriz? Erişim: 10 Aralık 2013. <http://samsun.shcek.gov.tr/userfiles/pagefiles/diger-yayinlar/UI>.
19. Díaz-Olavarrieta C, Ellertson C, Paz F, de Leon SP, Alarcon-Segovia D. Prevalence of Battering among 1780 Outpatients at an Internal Medicine Institution in Mexico. *Soc Sci Med* 2002; 55 (9):1589-602.
20. Tardif M, Auclair N, Carpentier J. Sexual Abuse Perpetrated by Adult and Juvenile Females: An Ultimate Attempt to Resolve a Conflict associated with Maternal Identity. *Child Abuse & Neglect* 2005; 29 (2):153-167.
21. Selimen D (ed.), Kuşuoğlu S. *Acil Bakımda Önceliklerin Belirlenmesi ve Pediatrik Triajın Önemi: Acil Bakım Kitabı*. İstanbul- 2004.
- 22.

VENTRİKÜLOPERİTONEAL ŞANTIN NADİR BİR KOMPLİKASYONU: ASENKRON BİLATERAL İNGUİNAL HERNİ- OLGU SUNUMU

Ahmet Ali TUNCER¹, Altınay BAYRAKTAROĞLU¹,Fevzullah AKYÜZ²,
Arda AYDOĞMUŞ², Afra KARAVELİOĞLU¹,
Didem BASKIN EMBLETON¹

ÖZET

Ventrikulo-peritoneal (VP) şant hidrosefali tedavisinde uygulanan tedavi yöntemidir. VP şant uygulaması basit ancak komplikasyonları az olmayan bir işlemdir. VP şant migrasyonuna bağlı 3 hafta arayla asenkron bilateral inguinal herni gelişen 2 aylık erkek hasta sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: İnguinal Herni; Ventrikulo-peritoneal Şant; Hidrosefali

A RARE COMPLICATION OF VENTRICULOPERITONEAL SHUNT: ASYNCHORONOUS BILATHERAL GROIN HERNIA- CASE REPORT

ABSTRACT

Ventriculoperitoneal (VP) shunt is a common procedure in managing hydrocephalus. Although it is a simple procedure, complications are not rare. In here we report a 2 months old boy patient with VP shunt , who had VP shunt migration caused bilateral asynchronous inguinal hernia in 3 weeks interval.

Keywords: Inguinal Hernia; Ventriculoperitoneal Shunt; Hydrocephalus

¹Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

²Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı

İletişim/ Corresponding Author: Op. Dr. Ahmet Ali TUNCER

Tel: 0272 246 33 33-42043 **e-mail:**drtaali@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received : 11.04.2014

Kabul Tarihi / Accepted : 24.03.2015

GİRİŞ

İnfeksiyon, kanama, konjenital malformasyonlar, spinal disrafizm ve tümörler gibi santral sinir sistemini ilgilendiren hastalıklarda serebrosipinal sıvının üretim ve emilimindeki bozukluklara bağlı olarak hidrosefali gelişebilmektedir (1). Ventriküloperitoneal şant pediatrik nöroşirürjide hidrosefalisi olan çocukların tedavisinde beyin omurilik sıvı akımını düzenlenmesi ve beyin omurilik sıvısının periton içine akıtılması için en sık kullanılan yöntemdir (2). VP şant uygulaması basit ama komplikasyon oranı yüksek bir uygulamadır. Yazımızda VP şant yer değiştirmesine bağlı 3 hafta arayla önce sağ sonra sol inguinal herni nedeniyle opere edilen 2 aylık erkek hasta sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Yirmidokuz yaşında annenin 3. gebeliğinden 3. yaşıyan olarak 38. gestasyonel haftada sezaryen ile doğan erkek hasta lumbosakral bölgede meningomyelose kesesi bulunması nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Nöroşirürji tarafından hastaya meningomyeloseksizyonu ve dura tamiri yapıldı ve VP şant konuldu. Hastanın takipleri sırasında 40. gününde sağ kasığında şişlik olması üzerine çocuk cerrahisine konsülte edildi. Yapılan muayenede içerisinde VP şant kateterinin palpe edilebildiği inguinoskrotal herniyle uyumlu görünüm mevcuttu. Hasta opere edildi. Sağ inguinal transvers insizyonla girildi. Herni kesesi bulundu. Kесе içerisinde şant kateteri izlenmekteydi (Şekil-I). Kateter batın içine redükte edilip Mitchell-Banks tekniğine uygun olarak yüksek ligasyon inguinal herni onarımı yapıldı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta aynı gün taburcu edildi. 3 hafta sonra hasta bu kez sol kasığında ağlamakla beliren şişlik şikayetiyle başvurdu. Yapılan muayene inguinal herniyle uyumluydu. Çekilen ayakta direk karın grafisinde VP şant kateteri skrotumda izlendi (Şekil-II). Hastaya birinci operasyondaki gibi kateter batın içine redükte edilip Mitchell-Banks tekniğine uygun olarak yüksek ligasyon inguinal herni onarımı yapıldı. Hasta postoperatif 2. ayında komplikasyonsuz olarak izlenmektedir.



Şekil-I: Sağ inguinal herni onarımı sırasında spermatik kord ve elemanları ortaya konuldu. Herni kesesi içerisine yer değiştirmiş olan ventriküloperitoneal şant kateteri izlenmektedir (ok).



Şekil II: Sol skrotuma yer değiştirmiş ventriküloperitoneal şant kateteri izlenmektedir (kırmızı ok).

TARTIŞMA

VP şantın abdominal komplikasyonlarıyla ilgili literatürde bir çok çalışma yer almaktadır (1). VP şant komplikasyonları olarak; infeksiyon, kolon veya mesane perforasyonu, intra abdominal serebrospinal sıvı kistleri, volvulusa bağlı intestinal obstrüksiyon, kolon perforasyonuna bağlı şantın anüsten protrüzyonu, konjenital Morgagni hernisi içerisine migrasyon gibi olgular bildirilmiştir (2,3,4). Ayrıca olgu sunumu şeklinde de olsa herni, hidrosel, kateterin skrotuma yer değiştirmesi ve glial hücrelerin herni kesesine implantasyonu ve kızlarda nuck kanalı kisti gibi VP şantla ilişkili inguinal bölge komplikasyonları bildirilmiştir (1,5). Bu tür komplikasyonların VP şant yoluyla batın içine yönlendirilen serobrospinal sıvıya sekonder gelişen artmış intraabdominal basıncın neden olduğu düşünülür. Bu serebrospinal sıvının peritoneal kaviteye akması ve oluşan basınç artışı erken çocukluk döneminde kapanmakta olan prosesus vajinalisin açık kalmasına veya yeniden açılmasına sebep olmaktadır (1). Çocuklarda VP şant sonrası inguinal herni gelişme sıklığı tam olarak bilinmemektedir. Wu ve arkadaşları Tayvan da ülke çapında yapmış oldukları ve 0-5 yaş aralığını kapsayan çalışmalarında VP şant sonrası inguinal herni gelişme sıklığını 22,9/1000 olarak bildirmişlerdir. Yaş gruplarına göre herni oluşma sıklığını da sırayla; infant, yenidoğan, oyun çocuğu ve okul öncesi dönem olarak bildirmişlerdir (1). VP şant takılmasıyla herni gelişimi arasında geçen süre 6,8 ay olarak bildirilmiştir (3). Çelik ve arkadaşları İzmir de yapmış oldukları çalışmada 1992-2002 yılları arasında VP şant takılan 88 hastanın %23,8 (n=10)' inde klinik bulgu veren inguinal patoloji saptamışlar. İnguinal patoloji saptanan hastaların %47'sinde sağ, %33'ünde sol ve % 20 sinde bilateral inguinal herni izlenmiştir (6). VP şant migrasyonuna bağlı inguinal komplikasyon gelişmesi durumunda cerrahi olarak düzeltme gerekmektedir. Uygulanması gereken prosedür açık veya laparoskopik yöntemle migrasyona uğramış olan VP şant kateterinin batın içine redükte edilmesi ve herni onarımının yapılması olmaktadır (7). Bizim vakamızda 3 hafta arayla şant migrasyonuna bağlı bilateral inguinokrotal herni gelişti. Aynı seanslarla Mitchell-Banks tekniğiyle herni onarımı ve kateterin batın içine redüksiyonu yapıldı. Ancak bazı yazarlar bir tarafta inguinal komplikasyon geliştiği takdirde aynı seansta karşı taraf eksplorasyonu yapılarak prosesus vajinalisin yüksek bağlanması önermektedirler(6). Sonuç olarak VP şant uygulanan hastalarda inguinal komplikasyonlar akılda tutulmalı, kasık bölgesinde oluşan şişliklerde zaman kaybetmeden çocuk cerrahına başvurulmalıdır. Ayrıca bu hastaların düzenli klinik takipleri yapılmalı ve en az yılda bir kez şantın yerleşimi radyolojik tetkiklerle kontrol edilmelidir.

KAYNAKLAR

- 1- Wu JC, Chen YC, Liu L, Huang WC, Cheng H, Chen TJ, Thien PF, Lo SS. Younger Boys Have a Higher Risk of Inguinal Hernia After Ventriculoperitoneal Shunt: A 13 Year Nationwide Cohort Study. *J Am Coll Surg* 2012;214(5):845-851.
- 2- Ceran C, Karadağ Ö, Gürünlüoğlu K, Önal Ç. Kolon Perforasyonu ve Ventriküloperitoneal Şantın Anüsten Protrüzyonu: İki Olgu. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2006;13(4):271-273.
- 3- Ho CCK, Jamaludin WJ, Goh EH, Singam P, Zauniddin ZM. Skrotal Mass: A Rare Complication of Ventriculoperitoneal Shunt. *Acta Medica* 2011;54(2):81-82.
- 4- Guillen A, Costa JM, Castello I, Claramunt E, Cardona E. Unusual Abdominal Complication of Ventriculoperitoneal Shunt. *Neurocirugia(Astur)* 2002;13(5):401-404.
- 5- Yuksel KZ, Senoglu M, Yuksel M, Ozkan KU. Hydrocele of the Canal of Nuck As a Result of a Rare Ventriculoperitoneal Shunt Complication. *Pediatr Neurosurg* 2006;42:193-196.
- 6- Çelik A, Ergün O, Arda MS, Yurtseven T, Erşahin Y, Balik E. The Incidence of Inguinal Complications After Ventriculoperitoneal Shunt for Hydrocephalus. *Childs Nerv Syst* 2005;21:44-47.
- 7- Potineni LB, Hartin CW Jr, Gemme S, Caty MG, Bass KD. Laparoscopic Assessment of a Migrated Ventriculoperitoneal Shunt in to an Inguinal Hernia. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2012;22(3):301-303.

15-49 YAŞ GRUBU EVLİ KADINLARIN BAZI TOPLUMSAL CİNSİYET ÖZELLİKLERİ İLE EVLİLİK UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ayten YILMAZ¹, İlknur Aydın AVCI²

ÖZET

Bu araştırma, Nisan –Mayıs 2009 tarihleri arasında Samsun ili Hançerli Aile Sağlığı Merkezi’nde kayıtlı 15-49 yaş grubu evli kadınların bazı toplumsal cinsiyet özellikleri ile evlilik uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı tipte olan bu çalışmada verilerin toplanmasında, literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan 39 sorudan oluşan tanımlayıcı özellikler anket formu ve Locke ve Wallace tarafından 1959 yılında geliştirilmiş, ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1999 yılında Kışlak tarafından yapılan “Evlilikte Uyum Ölçeği” kullanılmıştır. Veriler bilgisayarda 16.00 SPSS paket programı ile bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiklerle, t testi, ANOVA, Pearson korelasyon analizi, Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen verilere göre; kadınların gelirinin, sosyal güvencesinin, eşlerinin eğitim durumunun, evlenme şeklinin, çocuk sahibi olma durumunun, ailede alınan kararlarda söz hakkına sahip olabileme durumunun, evlendikten sonra ailece komşu ve akraba ziyaretlerine gitme durumlarının, şiddete uğrama durumlarının ve cinsiyetlerini değiştirmeyi isteme durumlarının evlilik uyumlarını etkilediği ve sonucun istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Bu araştırma kadınların yaşam kalitesini etkileyen toplumsal cinsiyet özellikleri açısından baskı yaşama ya da etkilenme durumlarının evlilik uyumunu etkilediğini göstermektedir. Toplumda bireylere en yakın çalışan sağlık personellerinden biri olan halk sağlığı hemşirelerinin; evlilik kurumunda kadınların cinsiyet ayrımcılığı maruziyetine karşı evlilik uyumunu bozmasını önleyici multidisipliner çalışmaları yürütmeleri önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Evlilik Uyumu, Toplumsal Cinsiyet, Kadın Sağlığı

¹Yrd. Doç. Dr. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi SYO

²Doç. Dr. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun SYO

İletişim/ Corresponding Author: Ayten YILMAZ

Tel: (464) 214 1059 **e-posta:** ayten55@gmail.com

Geliş Tarihi / Received : 18.02.2014

Kabul Tarihi / Accepted : 12.01.2015

**THE RELATIONSHIP BETWEEN THE MARITAL ADJUSTMENT WITH
SOME OF THE CHARACTERISTICS OF GENDER IN MARRIED
WOMEN AGED 15-49**

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the relationship between the harmony and the characteristics of gender of the marriage in married women aged 15-49. In this study, the data were gathered by calling, visiting or inviting the women to the center. A descriptive questionnaire form consisting of 39 questions devised by Locke and Wallace (1959) and the validity and reliance of which were approved by Kışlak were used as the medium of data-gathering. The data were evaluated on the computer environment via SPSS. The descriptive statistics, t test, ANOVA, pearson correlation analysis, Mann Whitney U, Kruskal Wallis tests were used in the statistical analysis of the data.

In accordance with the data obtained from the study, it has been found out that the women's status of social security, level of income, educational background of their husbands, the way of marriage, having a say, in the decisions made in the family, visiting relatives and the neighbours after marrying, their exposure to violence, the desire for changing the gender all influence the harmony in marriage and the result is statistically significant ($p < 0.05$).

This research demonstrates that exposure to social pressure influencing their quality of life and impact on the harmony in marriage. Public health nurses that one of the medical staff who closest relationship with the public against to bearing exposed to gender discrimination, public health nurse might be advised to conduct some multidisciplinary studies to maintain the harmony in marriage, a vital institution of the society.

Keywords: Marital Adjustment, Gender, Women's Health

GİRİŞ

Günümüzde toplumsal cinsiyet ayrışmasına bağlı olarak kadın ve erkeğe farklı, hatta eşit olmayan roller yüklenmekte olup bu durum, sağlıklarını etkilemektedir (1). Halen 6.7 milyarı aşan dünya nüfusunun en az yarısını oluşturan kadınların sağlık durumunu incelerken; hastalık yönünden olduğu kadar, ruhsal ve sosyal yönden de tam bir iyilik durumunun olmaması ve bu durumu etkileyen faktörler yönünden de sorunu irdelemek ve tanımlamak gerekmektedir (2,3).

Günümüzde 6.7 milyarı aşan dünya nüfusunun en az yarısını oluşturan kadınların toplumsal cinsiyet ayrışmasına bağlı olarak yüklenen roller gereği sağlık durumları etkilenmekte olup ve kadın sağlığının fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden irdelenmesi gerekmektedir (1,2,3).

Toplumsal evrim sürecinde ataerkil düzene geçilmesiyle kadın ve erkeğin cinsiyet kimliklerinin ve rollerinin değiştiği görülmektedir. Bu değişimin en fazla yaşandığı ve toplumsal dayanışmanın en fazla görüldüğü aile kurumu kadın ve erkeğin cinsiyet kimliklerinin, rollerinin ve bu rollerinin gerektirdiği davranış biçimlerinin yansıtıldığı kurumdur (1,4,5). Evlilik ışığında gerçekleştirilen ve sosyal statüde bir değişikliğe sebep olan evlilik kurumu, ana-babalık rolleriyle bireylerin sosyal olarak kabul gördüğü evlilik kararını yaşamlarının herhangi bir döneminde alırlar (4,6). Evliliği ve aileyi ilgilendiren konularda fikir birliği yapabilen ve sorunlarını olumlu bir şekilde çözebilen çiftlerin uyumlu bir evlilikten bahsedilir ve mutluluk, doyum ve beklentilerin gerçekleşmesi, evlilikte karşılıklı uyum ile mümkün olmaktadır. Evlilik uyumu ve kalitesinin araştırılması giderek ilgi duyulan alanlardan birisi olmuştur (7).

Türkiye’de evlilikle ilgili pek çok araştırma yapılmış ve bu araştırmalarda evliliği ve evlilik uyumunu etkileyen pek çok faktör irdelenmiştir. Bu çalışmalarda; fiziksel görünümünde değişikliğe sebep olabilecek herhangi bir ameliyat geçirmiş olması (8,9,19,23), sosyo-ekonomik ve demografik değişkenler (10), kişilik özellikleri (11), çalışma yaşantıları (12), mizah tarzları (13), benlik saygısı, bağlanma biçimi (14), yaşam kalitesi (15), çeşitli yaşam dönemlerindeki değişikliklere ilişkin tutumları ve yakınmaları (16), empati (17), infertilite durumunda (18) evlilik doyumu ve mutluluğu incelenmiştir.

Özellikle kadınlar çeşitli şekilleriyle bugüne kadar birçok yaşamı, aileyi ve umutları yok eden zamanla olağan kabul edilen (21) şiddet, rol, statü, cinsiyet, eğitim ve iş hayatı gibi konularda toplumsal cinsiyet boyutuyla baskıya maruz kalmaktadır. Toplumsal cinsiyetin,

getirdiği yaşam mücadelesinin yanı sıra bu yaşam mücadelesinde önemli rollerden biri olan evlilik de daha çok kadının yaşamını etkilemektedir (1,2). Birey, aile ve toplumun sağlığını yükseltmek, fiziki ve sosyal çevreyi olumlu hale getirmek, toplumu hastalık ve sakatlıklardan korumak için çalışan halk sağlığı hemşirelerinin (24), toplumsal cinsiyet ayrımcılığı olgusunun varlığının ve temel nedenlerinin farkında olup bu durumu kabul etmesi ve konu ile ilgili tarafları duyarlı hale getirmesi, toplumu bilgilendirmesi, toplumdaki cinsiyet ayrımcılığının gerçek boyutunu saptaması, kadının toplumsal statüsünün yükseltilmesinde toplumsal cinsiyet ayrımcılığının ortadan kaldırılması için gerekli çalışmalarda bulunup duyarlı politikaların oluşturulmasında sektörler arası işbirliği yapması önemlidir.

Kadın yaşamının vazgeçilmez kalesi olan ailesi ve ev yaşantısı eşiyile olan uyumu ile şekillenmektedir. Eş uyumunun belirlenmesinde en önemli faktörler arasında toplumsal cinsiyet özellikleri öncelikle ele alınmalıdır. Eğitim, sosyal statü, kadının çalışma yaşamında olması, ailede alınan kararlara katılabilmesi, eş seçimindeki kararı, şiddet görme durumu, eşin çalışma durumu, evlilik algısı, kadınlık algısı gibi faktörler eş uyumu ve evlilik yaşantısını olumlu ya da olumsuz etkileyebilmektedir (1,2,24).

Kadınların toplumsal cinsiyet özellikleri yönünden yaşayacakları baskılar ya da olumsuzlukların araştırılmasına ve ortaya konulmasına ihtiyaç vardır. Bu nedenle bu araştırma 15-49 yaş grubu evli kadınların bazı toplumsal cinsiyet özellikleri ile evlilik uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOD

Bu araştırma, 15-49 yaş grubu evli kadınların evlilik uyumları ve toplumsal cinsiyet boyutuyla baskı yaşama durumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı türde bir araştırmadır.

Bu araştırma Aile Sağlığı Merkezi'nde 03 Nisan–15 Mayıs 2009 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya aile sağlığı merkezine kayıtlı 15-49 yaş grubu 3200 evli kadın alınmıştır. Örneklem büyüklüğü Win Episcopo 2.0 bilgisayar programıyla belirlenmiş, araştırma kapsamına 435 kadın alınmıştır. Araştırma kapsamına alınacak olan kadınlar aile sağlığı merkezindeki çalışmakta bulunan dört doktora kayıtlı kişilerden basit rastgele seçilmiştir. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından kadınlara telefon ile ulaşılarak aile sağlığı merkezine davet edilerek özel bir odada ya da evlerine gidilerek yüz yüze görüşme yöntemiyle 15-20 dakikalık bir sürede toplanmıştır. Verilerin toplanmasında literatür

doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan 39 sorudan oluşan tanımlayıcı özellikleri içeren anket formu ve Locke ve Wallace tarafından 1959 yılında geliştirilmiş, ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1999 yılında Kışlak tarafından yapılan “Evlilikte Uyum Ölçeği” kullanılmıştır. 15 maddeden oluşan bu ölçeğin her madde için seçenek sayıları farklıdır. Ölçekte ilk 8 soru 5, 4, 3, 2, 1 ve 0 puan üzerinden değerlendirilir. 9. soru “0, 1, 2” puan, 10. soru “3, 2, 1, 0”, 11. soru ilk bölüm için “1, 2”, ikinci bölüm “1, 2” puan, 12. soru “0, 1, 2, 3 ” puan, 13. soru “2, 1, 0” puan, 14. soru “0, 1, 2, 3” puan, 15. soru seçilen puan üzerinden değerlendirilir. 11. soruda eşlerin seçenekleri farklı işaretlenmişse “0” puan alırlar. Aynı seçenek işaretlenmişse işaretlenen seçeneğin puanı alınır. Değerlendirmede 43 ve altında alınan puanların evlilikte uyum sorunlarını işaret ettiği kabul edilmektedir. Ölçekten alınacak en yüksek puan 60’tır. Puanların yükselmesi evlilikte uyumun iyi olduğunu göstermektedir (25,26). Ölçeğin orijinalinin iç tutarlık güvenilirliği ise .84’dür. Ölçeğin bu araştırmadaki iç tutarlık güvenilirliği .80 olarak saptanmıştır. Veriler bilgisayarda 16.00 SPSS paket programı ile bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiklerle, t testi, ANOVA, Pearson korelasyon analizi, Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

Araştırma uygulanmadan önce, araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’na sunulmuş etik kurul onayı alınmış, ayrıca Samsun İl Sağlık Müdürlüğü’nden ve Hançerli Aile Sağlığı Merkezi yetkililerinden yazılı izin alınmıştır. Araştırmada gönüllülük ilkesi esas alınmış, gönüllü olarak katılmayı kabul eden kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır. Ayrıca, araştırmalarda insan olgusunun kullanımını bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden “bilgilendirilmiş onam” koşulu etik ilke olarak yerine getirilmiştir.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması 36.84 ± 7.87 ’dir. Kadınların %6.2’si okur-yazar ve %11.7’si üniversite ve üzeri mezundur. Kadınların %82.8’inin çalışmadığı, %54.4’ünün aylık gelirinin giderine eşit olduğu, %73.3’ünün en uzun süre ilde ve %10.8’inin köyde yaşadığı, %89.7’sinin sosyal güvencesinin olduğu ve % 86’sının çekirdek aileye sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Kadınların hangi cinsiyetin okula gitmesi gerektiğine yönelik düşüncelerinin dağılımında %0.7’si erkeklerin, %96.5’i da her iki cinsiyetteki bireylerin okula gitmesi

gerektiğini düşündükleri belirlenmiş olup, %75.6'sı eşit eğitim hakkı ve %24.4'ünün ekonomik özgürlükleri nedeniyle bireylerin okula gitmesi gerektiğini düşündükleri bulunmuştur.

Tablo 1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Yaş	36. 84 ± 7. 87 (min 18, max 49 yaş)	
Eğitim durumu		
Okur yazar)	27	6.2
İlköğretim	211	48.5
Lise	146	33.6
Üniversite ve üzeri	51	11.7
Çalışma durumu		
Çalışıyor	75	17.2
Çalışmıyor	360	82.8
Gelir durumu		
Gelir giderden fazla	62	14.3
Gelir gidere eşit	237	54.4
Gelir giderden az	136	31.3
En uzun süre yaşanılan yerleşim yeri		
İl	319	73.3
İlçe	69	15.9
Köy	47	10.8
Sosyal güvence		
Var	390	89.7
Yok	45	10.3
Aile tipi		
Çekirdek aile	374	86.0
Geniş aile	61	14.0

Kadınların rahat edebileceklerine inandıkları ortamlara ve nedenlerine ilişkin görüşlerinin dağılımı açısından incelendiğinde; kadınların %86.4'ü ilin ve %3.3'ü köyün kadınlar için rahat edilebilecek ortamlar olduğunu ifade etmişlerdir. Nedenlerine bakıldığında ise; %23'ünün sosyalleşme, %10.1'inin iş yükünde azalma, %3.9'unun ulaşım, %54'ünün yaşam kalitesinde artma, %9'unun toplum baskısı gibi nedenlerinden dolayı kadınların bu tür ortamlarda rahat edebileceklerine inandıkları bulunmuştur.

Kadınların eşlerine ilişkin özelliklerin dağılımına bakıldığında; eşlerinin yaş ortalaması 41.20 ± 8.78 , %2.3'ü okur-yazar, %41.4'ü ilköğretim mezunu ve %81.4'ü çalışmaktadır.

Çalışmaya alınan kadınların evlenme yaş ortalamaları 21.63 ± 4.04 ve %99.1'inin ilk evliliği olduğu bulunmuştur. Kadınların evlenme şekillerine bakıldığında; %15.1'i görücü usulü ailesinin isteğiyle, %46'sının severek kendi isteğiyle olduğu ve %86.6'sinin akrabalığının olmadığı bulunmuştur.

Kadınların ailede alınan kararlarda söz hakkı alabilme ve kararlara katılma düzeylerine bakıldığında; %95.2'sinin ailede alınan kararlarda söz hakkına sahip olduğu ve kararlara katılım düzeyinin %58'inin orta düzeyde olduğu bulunmuştur.

Çalışmaya alınan kadınların %11.7'sinin şiddete uğradığı; uygulanan bu şiddetin %78.4'ünün eşi tarafından uygulandığı ve şiddet gören kadınların %27.5'inin nadiren, %41.1'inin sık sık şiddete maruz kaldığı bulunmuştur.

Araştırma kapsamındaki kadınların cinsiyetlerini değiştirmeye ve nedenlerine ilişkin görüşlerine bakıldığında; %89.2'sinin cinsiyetini değiştirmeyi istemediği, cinsiyetini değiştirmek isteyenlerin %89.4'ü cinsiyete bağlı eşitsizlik, %4.3'ünün takdir edilmeme, %4.2'sinin örnek olma, %2.1'inin şiddet görüşlerinden dolayı cinsiyetlerini değiştirmeyi düşündükleri bulunmuştur.

Araştırma kapsamındaki 15-49 yaş grubu evli kadınların evliliklerini tanımlarken %58.9'unun mutluluk, %13.1'i saygı-güven-sadakət, %6.9'u mutsuzluk, %5.7'si evlilik algısı, %4.8'i doğurganlık, %4.6'sı paylaşım, %3.9'u uyum, %1.2'si kader, %0.9'u gereklilik, kavramlarıyla evliliklerini tanımladıkları bulunmuştur.

Kadınların gelir durumları ve sosyal güvenceye sahip olma durumlarının evlilik uyum puanlarını etkilediği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucu bulunmuştur ($p < 0.05$). Kadınların eğitim durumu, çalışma durumu, en uzun süre yaşadıkları yerleşim yeri ve aile tiplerinin evlilik uyum puanlarını etkilemediği, sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$).

Kadınların eşlerine ilişkin tanıtıcı özelliklerin evlilik uyumlarına etkisi incelendiğinde; eşlerinin eğitim durumlarının evlilik uyumlarını etkilediği, okur-yazar olan eşlerin evlilik uyum puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, aradaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Kadınların ailede alınan kararlarda söz hakkı alabilme durumu ile kararlara katılım düzeylerinin evlilik uyumlarına etkisi incelendiğinde; kadınların ailede alınan kararlarda söz hakkı alabilme durumlarının evlilik uyum puanlarını etkilediği, ailede alınan kararlara az düzeyde katılan kadınların evlilik uyum puanlarının ailede alınan kararlara orta ve çok fazla katılan kadınlara göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucu bulunmuştur ($U = 14.092; p < 0.001$) (Tablo 2).

Araştırma kapsamındaki kadınların şiddete uğrama durumunun evlilik uyumlarına etkisine bakıldığında; kadınların şiddete uğrama durumlarının evlilik uyum puanlarını etkilediği, şiddete uğramayan kadınların evlilik uyum puanlarının şiddete uğrayan kadınlara göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucu bulunmuştur ($t = -7.968; p < 0.001$) (Tablo 3).

Tablo 2- Kadınların Ailede Alınan Kararlarda Söz Hakkı Alabilme Durumu ile Kararlara Katılım Düzeylerinin Evlilik Uyumlarına Etkisi

	X ± SS	Test ve p değeri
Kararlarda söz hakkı alabilme durumu		
Evet	48.09±9.05	U=2711.0 p=0.004
Hayır	40.29±12.46	
Katılma düzeyi		
Az	49.22±8.22	KW= 14.092 p= 0.001
Orta	47.90±9.39	
Çok	42.45±8.92	

Kadınlar şiddete uğrama sıklığı açısından evlilik uyumları incelendiğinde; kadınların şiddete uğrama sıklığının evlilik uyum puanlarını etkilemediği, sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 3).

Tablo 3- Kadınların Şiddete Uğrama Durumu ile Şiddete Uğrama Sıklığının Evlilik Uyumlarına Etkisi

	X ± SS	Test ve p değeri
Şiddete uğrama durumu		
Evet	38.53±1.95	t=-7.968 p=0.000
Hayır	48.94±8.06	
Şiddet sıklığı		
Nadiren	37.50±11.09	KW=0.552 p=0.759
Ara sıra	39.13±14.04	
Sık sık	38.76±13.80	

Kadınların cinsiyetini değiştirmeyi isteme durumlarının evlilik uyumuna etkisi incelendiğinde; kadınların cinsiyetini değiştirmeyi isteme durumlarının evlilik uyum puanlarını etkilediği, cinsiyetini değiştirmeyi istemeyen kadınların evlilik uyum puanlarının cinsiyetini değiştirmeyi isteyenlere göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucu bulunmuştur ($p<0.001$).

Araştırma kapsamına alınan 15-49 yaş grubu evli kadınların evlilik uyumu ile yaşları, eşlerinin yaşları, evlilik yılları ve çocuk sayıları arasındaki istatistiksel olarak bir ilişki bulunmamıştır (sırasıyla; $r= 0.002$, $r= 0.025$, $r= -0.068$, $r= -0.036$; $p> 0.05$).

Araştırmadaki kadınların evlilik uyumları ile evlenme yaşları arasında ilişki olduğu, evlenme yaşı arttıkça evlilik uyumunun daha iyi olduğu, sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($r= 0.128$, $p< 0.01$).

Çalışmaya alınan, kadınların evlilik uyumları ile eşinin evlenme yaşı arasında ilişki olduğu, eşin evlenme yaşı daha büyük olanların evlilik uyumunun daha iyi olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($r= 0.150$, $p< 0.01$).

TARTIŞMA

Kadınların yaşam kalitesini etkileyen toplumsal cinsiyet boyutuyla baskı yaşama durumları evlilik uyumlarını da etkilemektedir. Konu ile ilgili çalışmalar sınırlı olduğu için bulguların literatür ile ilişkilendirilmesi uygun olacaktır. Bu çalışmada kadınların evlenme yaş ortalamaları 21.63 ± 4.04 ve evlenme şekillerinin %46'sı severek kendi isteğiyle olduğu

bulunmuştur. TNSA (2008) verilerine göre ilk evlenme yaşı 20.8'dir (21). Türkiye'de çok genç yaşlarda evlenme davranışında da önemli bir değişim görülmektedir. Bu çalışmadaki sonuçlar kadınların evlilik kararını verirken ataerkil aile yapısının hakim olduğu evlilik kararının aile tarafından verilmesi durumunun ortadan kalkmaya başladığını ve çiftlerin evlilik kararını verirken kendi tercihlerinin ön planda olduğunu, bu nedenle evlilik yaşının artmaya başladığını göstermektedir. Bu durum evlilik uyumlarının daha iyi olacağını düşündürülebilir.

Bu çalışmada kadınların her iki cinsiyetteki bireylerin okula gitmesi gerektiğini düşünmeleri kendi çocuklarının eğitimlerini sağlamaları açısından oldukça önemli bir sonuçtur. Bu görüşlerin nedenleri olarak eşit eğitim hakkı ve ekonomik özgürlük gerekçelerini ifade etmeleri kadınların hak arama ve kendini gerçekleştirmeye yönelik davranışlarında önemli gelişmelerin olduğunu düşündürmektedir. Bu sonuç gelecekte toplumsal cinsiyete ilişkin özelliklerin başında gelen ve baskı unsuru olarak kız çocuklarının okutulmaması olarak ortaya çıkan eğitim hakkına kadınların sahip çıkacağını düşündürmektedir. Toplumsal bilinçte bu yöndeki pozitif düşünceler kadınların eğitim düzeyini gelecekte arttıran önemli bir itici güç olacaktır.

Kadınların cinsiyetlerini değiştirmeye yönelik düşünceleri evliliğe bakışını da değiştirmektedir. Çalışmada kadınların evliliklerini kendi ifadelerine göre tanımlamaları istenmiştir. Evliliği tanımlarken %58.9'unun mutluluk, %13.1'i saygı-güven-sadakat, %6.9'u mutsuzluk, %5.7'si evlilik algısı, %4.8'i doğurganlık, %4.6'sı paylaşım, %3.9'u uyum, %1.1'i kader, %0.9'u gereklilik, kavramlarıyla evliliklerini tanımlamaları cinsiyetlerine göre bakışlarının bir göstergesidir.

Çalışmada kadınların gelir durumlarının evlilik uyum puanlarını etkilediği, geliri giderine eşit olan kadınların evlilik uyum puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucu bulunmuştur ($p<0.001$). Bu araştırmada sosyal güvenceye sahip olan kadınların evlilik uyum puanlarının olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucu bulunmuştur ($p<0.01$). Bu durum kadının statüsüne göre evlilik uyumu değişkenliğinin bir göstergesidir.

Kadınların eşlerinin eğitim durumlarının evlilik uyumlarını etkilediği, okur-yazar olan eşlerin evlilik uyum puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, aradaki farkın ise istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Avcı ve Kumcağız tarafından

yapılan çalışmada ilkokul mezunu kadınlar arasında mastektomi sonrası eş uyumu daha yüksek bulunmasına rağmen eşin eğitim düzeyi arttıkça evlilik uyum puanı da artmıştır (23). Bu çalışmada elde edilen sonucun literatürle farklı olması eşlerin büyük oranda benzer öğrenim düzeyindeki kişilerle evlenmiş olma durumu ile açıklanabilir. Kadınların evlenme şeklinin evlilik uyum puanlarını etkilediği, severek kendi isteğiyle evlenen kadınların evlilik uyum puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucu bulunmuştur ($p \leq 0.05$). Bu çalışmada elde edilen sonuç beklenen bir sonuçtur. Bireyler kendi istekleriyle severek evlendiklerinde evlilik uyumları ve eşleriyle olan ilişkileri daha iyi olacaktır.

Kadınların çocuk sahibi olması durumunun evlilik uyum puanlarını etkilediği, çocuk sahibi olmayan kadınların evlilik uyum puanlarının çocuk sahibi olan kadınlara göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucu bulunmuştur ($p < 0.01$). Ancak Taşçı ve ark.'nın çalışmaları da infertil bireylerin çocuk sahibi olma konusundaki çevreden baskı görme durumları ile evlilik uyumları arasında anlamlı fark bulunmuştur (18). Bu çalışmada elde edilen sonuçlar çocuk sahibi olmanın evliliğin önemli yönlerinden birisinin olduğunun göstergesidir.

Kadınların ailede alınan kararlarda söz hakkı alabilme durumlarının evlilik uyum puanlarını etkilediği, ailede alınan kararlara katılan kadınların evlilik uyum puanlarının ailede alınan kararlara katılmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucu bulunmuştur ($p < 0.01$). Kadınların ailede alınan kararlara eşle birlikte katılması ve ortak paylaşımın olmasının evlilik uyumunu olumlu yönde etkileyeceği beklenen bir sonuçtur. Bu sonuçlar literatür (1) ile uyumlu olmakla birlikte kadınların cinsiyet ayrımcılığına maruz kalmayışı evlilik uyumunu da etkilemektedir.

Çalışmada kadınların %11.7'sinin şiddete uğradığı, uygulanan bu şiddetin %78.4'ünün eşi tarafından uygulandığı ve %41.1 oranında sık sık şiddete maruz kaldığı bulunmuştur. Güler ve ark.'larının yaptıkları çalışmada kadınların %40,7'si aile içi şiddete maruz kaldıklarını, bunların %91'i eşi, %19,7'sinin ise eşinin yakınları tarafından şiddete maruz kaldıkları bulunmuştur (20).

Bu sonuçlar ışığında kadınların şiddete uğrama oranının hiç de az olmadığı; şiddetin yaş, yerleşim yeri, eğitim, meslek gibi demografik, ekonomik, sosyal ve kültürel farklılıklardan bağımsız olarak her seviyedeki ailelerde yaşanabildiğini göstermektedir. Bu çalışmada şiddet prevalansının diğer araştırmalara göre düşük çıkması pozitif bir sonuçtur.

Kadınların şiddete uğrama durumlarının evlilik uyum puanlarını etkilediği, şiddete uğramayan kadınların evlilik uyum puanlarının şiddete uğrayan kadınlara göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucu bulunmuştur ($p<0.001$).

Bu çalışmada cinsiyetini değiştirmeyi isteme durumlarının evlilik uyum puanlarını etkilediği, cinsiyetini değiştirmeyi istemeyen kadınların evlilik uyum puanlarının cinsiyetini değiştirmeyi isteyenlere göre daha yüksek olduğu ve elde edile sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucu bulunmuştur ($p< 0.001$).

Bu araştırmada elde edilen sonuç düşündürücüdür. Her 10 kadından yaklaşık 1 inin cinsiyetini değiştirmek istemesi önemlidir. Çalışmada kadınların toplumsal cinsiyet ayrımcılığına bağlı olarak cinsiyetlerini değiştirmek istemeleri toplumsal cinsiyet ayrımcılığını hissettiklerini düşündürebilir. Özellikle bu durumun evlilik uyumunu etkilemesi ve cinsiyetini değiştirmek isteyenlerin evlilik uyumunun düşük bulunması ayrımcılığın evlilik ve aile yaşantısı içinde olabileceğine işaret edebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma sonucunda kadınların evlenme yaşları ve eşlerinin yaşlarının yükselmesinin evlilik uyumlarını pozitif etkilediği sonucu bulunmuştur. Bu durum kadınların ve eşlerinin erken evlenme yaşlarının evlilikte uyumu etkileyeceği ve evlilik yaşının yükselmesinin evlilikte olan uyumu arttıracığına işaret etmektedir.

Araştırmada elde edilen veriler göre; kadınların gelir durumunun, sosyal güvencesinin, kadınların eşlerinin eğitim durumunun, evlenme şeklinin, çocuk sahibi olma durumunun, ailede alınan kararlarda söz hakkına sahip olabilme durumunun, evlendikten sonra ailece komşu ve akraba ziyaretlerine gitme durumlarının, şiddete uğrama durumlarının ve cinsiyetlerini değiştirmeyi isteme durumlarının evlilik uyumlarını etkilediği ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Kadınların eğitim durumu, çalışma durumu, en uzun süre yaşadıkları yerleşim yeri ve aile tiplerinin evlilik uyum puanlarını etkilemediği, sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur. Birey, aile ve toplumun sağlığını yükseltmek için çalışan halk sağlığı hemşirelerinin, toplumsal cinsiyet ayrımcılığı olgusunun varlığının ve temel nedenlerinin farkında olup konu ile ilgili tarafları duyarlı hale getirmesi, toplumu bilgilendirmesi, toplumdaki cinsiyet ayrımcılığının boyutlarını saptaması önerilebilir.

Toplumun temel yapısı olan aile kurumunu oluşturan evli çiftlerin evlilik uyumu ve kadınların

toplumsal cinsiyet boyutuyla baskı yaşama durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen bu çalışmanın, ileride yapılacak çalışmalarda evlilik ilişkisinin daha iyi anlaşılmasına ve toplumsal cinsiyet boyutuyla baskı yaşama durumlarının daha iyi belirlenmesi yönündeki çalışmalara katkı sağlayacağı; benzer çalışmaların daha geniş gruplarla planlanarak yapılması ve farklı kültürleri de içeren kültürlerarası çalışmalarla durumun değişik açılardan ele alınmasında yararlı olabileceği önerilebilir.

KAYNAKÇA

1. Yaktıl G. Sosyal Yaşamda Kadın. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 1700 Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 88. 1. Baskı. Eskişehir-2006. ss: 1-89, 149-160.
2. Akın A. Kadının Statüsü ve Sağlığı İle İlgili Gerçekler. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Ankara-2008. ss:151.
3. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ. Ankara-2004. ss:320.
4. Çayboylu İ. 2001 Yılı Aile Raporu. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları No:120. Ankara-2002.
5. Oğuz YG. Toplumsal Yaşamda Kadın. 1. Baskı. Açıköğretim Fakültesi Yayını No:884. Eskişehir-2006. ss: 219.
6. Doğan İ. Sosyoloji Kavramlar ve Sorunlar. 5. Baskı. Pagem AYayıncılık. Ankara-2002. ss: 93-361.
7. Erbek E, Beştepe E, Akar H, Eradamlar N, Alpkan RL. Marital Adjustment. Düşünen Adam 2005; 18 (1): 39-47.
8. Kılıç E, Taycan O, Belli AK, Özmen M. Kalıcı Ostomi Ameliyatının Beden Algısı, Benlik Saygısı, Eş Uyumu ve Cinsel İşlevler Üzerine Etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18(4):302-310.
9. Okanlı A, Ekinci, M. Meme Kanseri Hastası ve Eşinin Yaşam Doyumları Duygu Kontrol Düzeyleri ve Evlilik Uyumlarının Mastektomi Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılması. New Symposium Journal 2008; 46(1): 9-14.
10. Şener T, Terzioğlu, G. Bazı Sosyo-Ekonomik ve Demografik Değişkenler ile İletişimin Eşler Arası Uyuma Etkisinin Araştırılması. Aile ve Toplum 2008; 4(13): 7-20.
11. Özer A, Güngör HC. Yüklenme Tarzları, Bağlanma Stilleri ve Kişisel Özelliklerine Göre Evlilik Uyumu. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2012; 8 (2):11-24.

12. Çelik M, Tümkaya S. Öğretim Elemanlarının Evlilik Uyumu ve Yaşam Doyumlarının İş Değişkenleri ile İlişkisi. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD) 2012; 13 (1): 223-238.
13. Güngör CH, İlhan T. Evlilik Uyumu ve Mizah Tarzları Arasındaki İlişkiler. Aile ve Toplum 2008; 4(13): 97-107.
14. Kışlak TŞ., Çavuşoğlu Ş. Evlilik Uyumu, Bağlanma Biçimleri, Yüklemeler ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişki. Aile ve Toplum 2006; 3(9): 61-69.
15. Altıparmak S, Eser E. 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Yaşam Kalitesi. Aile ve Toplum 2007; 3(11): 29-35.
16. Çoban A, Nehir S, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü. Klimakterik Dönemdeki Evli Kadınların Eş Uyumları ve Menopoza İlişkin Tutumlarının Menopozal Yakınmalar Üzerine Etkisi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi 2008; 22 (6): 343-349.
17. Kışlak TŞ, Çabukça F. Empati ve Demografik Değişkenlerin Evlilik Uyumu ile İlişkisi. Aile ve Toplum 2002; 2(5): 35-43.
18. Taşçı E, Avlak O, Yücesoy F. İnfertil Kadınlarda Evlilik Uyumu. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi (TJOD Dergisi) 2008; 5 (2): 105- 110.
19. Uçar T, Uzun Ö. Meme Kanseri Kadınlarda Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumu Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2008; 4(3): 162-168.
20. Güler N, Tel H, Tuncay ÖF. Kadının Aile İçinde Yaşanan Şiddete Bakışı. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 27(2): 51-56.
21. Ergöçmen BA, Tunçkanar FH. TNSA 2008 Sonuçları Bölgesel Toplantısı. Adana-2009.
22. Sır A, Kaya MC, Bez Y. Toplum, Aile ve Şiddet. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi 2011;4(4): 26-31
23. Avcı İA, Kumcağız H. Marital Adjustment and Loneliness Status of Women With Mastectomy and Husbands Reactions. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2011; 12: 453-459.
24. Erci B. Halk Sağlığı Hemşireliği. Göktuğ Yayıncılık. Ankara-2009. ss: 334.
25. Locke, H., Wallace, K. Short Marital vAdjustment Prediction Tests: Their Reliability and Validity Marriage and Family Living, 1959; 2: 251-255.
26. Tutarel, Ş. Evlilik Uyum Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirliği. 3P, 1997; 7(1): 50-58.

HUZUREVİ SAKİNİ DİYABETLİLERİN AYAK BAKIMI DAVRANIŞLARI*

Arzu ERKOÇ¹, Birsen YÜRÜGEN² Mehtap TAN³,
Ezgi ALTAN⁴, İpek MALAZGİRTLİ⁴

ÖZET

Bu çalışma, huzurevlerinde yaşayan diyabetlilerin ayak bakımına yönelik davranışlarını belirlemek amacıyla yapıldı. Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın evrenini, İstanbul il sınırları içerisinde yer alan kamu kurum ve kuruluşlarına ait huzurevlerinde yaşayan, 65 yaş ve üzeri, Tip 2 diyabetli ve iletişime açık 64 birey oluşturdu. Örneklemeye yöntemine gidilmedi. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen anket formu kullanıldı. Anket formunda bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve ayak bakımı davranışlarını belirlemeye yönelik sorular yer aldı. Yüz yüze görüşme yöntemi ile veriler toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar (frekans, ortalama, yüz, standart sapma, minimum ve maksimum değerler) kullanıldı.

Çalışma sonucunda; olguların çoğunluğunun diyabet hakkında herhangi bir eğitim programına katılmadığı, ancak her gün egzersiz yaptığı, ayaklarını her gün yıkadığı, ayaklarını yıkarken ılık su kullandığı, her ayak yıkama sonrasında ayak ve ayak parmak aralarını kuruladığı, ayak muayenesini kendisinin yaptığı, ayak tırnaklarını düz ve fazla uzun olmadan kestiği, doğru özellikte çorap ve ayakkabı kullandıkları tespit edildi.

Huzurevinde yaşayan diyabetlilerin ayak bakımına yönelik olarak çoğunlukla doğru davranış gösterdikleri saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ayak bakımı, Davranış, Diyabet, Huzurevi, Yaşlı

*Bu çalışma, 13. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi'nde (5-9 Ekim 2011/Antalya) poster bildiri olarak sunulmuştur.

¹ Öğr.Gör. Arzu ERKOÇ, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Rize

² Prof.Dr. Birsen YÜRÜGEN, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, İstanbul

³ Prof.Dr. Mehtap TAN, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzurum

⁴ Öğrenci Ezgi ALTAN, Haliç Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

⁴ Öğrenci İpek MALAZGİRTLİ, Haliç Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

İletişim/Corresponding Author: Arzu ERKOÇ

Tel: 0 555 273 55 00 **e-posta:** arzunevinkoc@gmail.com

Geliş Tarihi / Received : 11.09.2014

Kabul Tarihi / Accepted : 25.02.2015

FOOT CARE BEHAVIORS AMONG NURSING HOME RESIDENTS WITH DIABETES

ABSTRACT

This study was performed to determine the behaviors for the foot care among nursing home residents with diabetes. The population of this study that descriptive is 64 diabetic elderly who lived to nursing homes in Istanbul, 65 years and over, open to communication. The sampling method is not implemented. The questionnaire that researchers was developed in line with the literature was used to collect data. With the questionnaire, it were asked questions regarding foot care behaviors and socio-demographic characteristics. Data were collected by interviewing face to face. Descriptive statistical methods (frequency, percentage, mean, standard deviation, minimumu and maximum values) were used to analyze the data.

We concluded from the study that the majority of the cases did participate in any training programs about diabetes and, however, that they did exercise daily, washed their feet every day by using warm water, dried the feet after each washing the feet, examined their own feet, cut their own toenails correctly, and used right socks and shoes.

Diabetics who lived in nursing home were determined, they were mostly corret behaving for foot care.

Key Words: Behavior, Diabetes, Elderly, Foot Care, Nursing Home

GİRİŞ

Diyabet, pankreastan salgılanan insülin hormonunun salınımı veya etkinliğinin bozulması ya da bu faktörlerin her ikisinin de varlığında plazma glikozunun kullanımını düzenleyememesi nedeniyle ortaya çıkar. Karbonhidrat, yağ ve protein metabolizması bozuklukları ile karakterize kronik bir hastalıktır (1). Dünyada ve ülkemizde yaygınlığı fazladır. Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun verilerine göre 2011 yılında 366 milyona ulaşan diyabetli sayısının 2030 yılında 552 milyona ulaşabileceği öngörülmekte, ülkemizde de bu bilgilere paralel olarak Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi çalışma verilerine göre de son 12 yılda diyabet sıklığında %90 artış görülmektedir (2-4).

Tüm dünyada diyabetli nüfus artış hızının artmaktadır. Uluslararası Diyabet Derneği'nin (IDF) 2014 yılı verilerine göre diyabetli birey sayısının 387 milyon olduğu, 2035 yılında ise bu sayının 592 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (5). Diyabetlilerin yaklaşık %15'inde yanlış ayak bakımına yönelik komplikasyonlar gelişmektedir (6). Sinir tahribatı ve tıkaçıcı damar hastalığının birlikte en çok etkilediği organ, diyabetlinin alt ekstremitesidir.⁷ Birçok çalışmada diyabetlilerin ayak sağlığı bilgilerinin ve ayak bakımına ilişkin davranışlarının yetersiz olduğu bildirilmektedir (8-10). Bu nedenle diyabetlilerin ayak bakımına yönelik yeterli bilgiye sahip olmaları ve davranışa dönüştürmeleri büyük önem taşımaktadır. Kendilerine öz yeterlik davranışlarının kazandırılması, olası komplikasyonların azalmasını ya da önlenmesini sağlayabilir (11). Özyeterlik davranışlarının yanı sıra bireyin sağlık kontrollerinin düzenli olarak yapılması ve sağlığın korunmasında tedbirlerin alınması ile de bilhassa ayaklarda gelişebilecek komplikasyonlar en aza indirgenebilir (12). Ayak sorunlarının gelişmesi ve sağlığının bozulması, bireyin düşme riskini arttıran önemli bir faktördür. Bu açıdan bakıldığında ayak sağlığının bozulması bireyin yaşam kalitesini de düşürebilmektedir (13). Yaşlanma ile birlikte sistemik hastalıklar ayaklarda bazı komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bu durum neticesinde yaşlılarda ayak sorunlarının artışı görülmektedir(13). Yaşlılarda ayak sağlığının korunması bireyin yaşam kalitesini arttırmakta ve yürüme yeteneğinin devamlılığını sağlamaktadır. Bu bağlamda yaşlı bireylerin özellikle de diyabetli yaşlı bireylerin ayak bakımı eğitimi almalarına ve periyodik olarak ayak muayenelerinin sağlanmasına önemli bir ihtiyaçtır (13-17).

Bu çalışma; İstanbul il sınırları içerisinde yer alan kamu kurum ve kuruluşlarına ait huzurevlerinde yaşayan 65 yaş ve üstü diyabetli bireyin ayak bakımına yönelik davranışlarını belirlemek amacıyla planlandı ve yapıldı.

MATERYAL VE METOD

Çalışma 30.06.2010 - 30.05.2011 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Evreni, İstanbul il sınırları içerisinde yer alan kamu kurum ve kuruluşlarına ait İçişleri Bakanlığı Darülaceze Müessese Müdürlüğü, T.C. Emekli Sandığı Etiler Dinlenme ve Bakımevi ve Milli Eğitim Bakanlığı Validebağ Mustafa Necatibey Öğretmen Huzurevi'nde yaşayan, 65 yaş ve üzeri, Tip 2 diyabetli ve iletişime açık 64 birey oluşturdu. Örnekleme yöntemine gidilmedi.

Araştırmaya başlanmadan önce Darülaceze Müessese Müdürlüğü, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı İstanbul Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü, Etiler Dinlenme ve Bakımevi Müdürlüğü ve Üsküdar Kaymakamlığı Adile Sultan Kasrı Öğretmenevi Öğretmen Huzurevi ve Kültür Merkezi Müdürlüğü'nden yazılı izinler alındı.

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen anket formu kullanıldı (5-12). İki bölümden oluşan anket formunun birinci bölümünde bireylerin sosyo-demografik özelliklerini, ikinci bölümünde ise bireylerin ayak bakımı davranışlarını belirlemeye yönelik sorular yer aldı. Yüz yüze görüşme yöntemi ile veriler toplandı. Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 15 (Statistical Package for Social Science) paket programı kullanılarak yapıldı. Verilerin istatistiksel analizinde; sürekli değişkenler ortalama, standart sapma, minimum değer ve maksimum değer ile kategorik değişkenler ise yüzde ve sayı ile sunuldu.

BULGULAR

Araştırmaya 64 Tip 2 diyabetli yaşlı birey katıldı. Yaşları $76,89 \pm 7,94$ (en az 65 – en çok 91) olan bireylerin %64,1'i kadın, %82,8'i bekar/dul, %43,8'i yüksek öğretim mezunu, %82,8'i orta/yeterli sosyo-ekonomik düzeyde olduğu saptandı. Beden kitle indeksi açısından %64,1'inin normal değerlerin üzerinde olduğu tespit edildi (Tablo 1).

Bireylerin %95,3'ünün diyabet hakkında herhangi bir eğitim programına katılmadığı, %53,1'inin üç ayda bir kez diyabet kontrolü yaptırdığı, çoğunluğunun (%54,7) huzurevinde görevli sağlık personeline diyabet kontrolü için başvurduğu tespit edildi (Tablo 2). Bireylerin tamamının ayaklarında diyabete bağlı yara olmadığı, diyabetik ayak nedeniyle uzuv kaybı yaşamadıkları saptandı. (Tablo 2)

Tablo 1. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri (n=64)

Sosyo-demografik özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	41	64,1
	Erkek	23	35,9
Medeni durum	Bekar/dul	53	82,8
	Evli	11	17,2
Öğrenim durumu	Okur-yazar değil	7	10,9
	İlkokul	16	25,0
	Orta öğretim	13	20,3
	Yüksek öğretim	28	43,8
Sosyo-ekonomik düzey	Yetersiz	11	17,2
	Orta	30	46,9
	Yeterli	23	35,9
Beden kitle indeksi (BKİ)	18,5-24,9 (sağlıklı/normal)	23	35,9
	25-29,9 (fazla kilolu)	24	37,5
	30-39,9 (obez)	17	26,6

Tablo 2. Bireylerin diyabet eğitimi alma ve kontrole gitme durumları (n=64)

Diyabetle ilişkili durumlar		n	%
Diyabet eğitimi alma durumu	Evet, eğitim aldım	3	4,7
	Hayır, eğitim almadım	61	95,3
Diyabet kontrolüne gitme sıklığı	Sağlık personelinin uygun gördüğü aralıklarla	18	28,1
	Üç ayda bir kez	34	53,1
	Düzensiz aralıklarla	12	18,8
Diyabet kontrolüne başvuru yeri	Huzurevi sağlık personeli	35	54,7
	Özel/devlete bağlı sağlık kurumları	29	45,3

Bireylerin %56,3'ü her gün egzersiz yaptığı, %62,5'inin ayaklarını her gün yıkadığı, %59,4'ünün ayaklarını yıkadığı suyun ısınısını önceden kontrol ettiği, %81,3'ünün ayaklarını yıkarken ılık su kullandığı, %71,9'unun her ayak yıkama sonrasında ayak ve ayak parmak aralarını kuruladığı, %71,9'unun ayaklarına nemlendirici sürmediği tespit edildi. %82,8'inin ayak muayenesi yaptığı, %82,8'inin ayak tırnaklarını düz ve fazla uzun olmadan kestiği, %84,4'ünün ayağında ufak bir yara olduğunda sağlık personeline gittiği saptandı. %78,1'i evde hiç yalın ayak yürümediğini, %73,4'ü çorapsız terlik veya açık ayakkabı giydiğini ifade etti. %50'si ayakkabı giymeden önce içini yabancı cisim olup olmadığını kontrol ettiğini, %57,8'i çorap alırken pamuklu ya da yünlü bilekleri sıkmayan çorap tercih ettiğini, %59,4'ü

ayakkabı alırken önü kapalı, yuvarlak burunlu, alçak topuklu ve ayağa uyan ayakkabıları tercih ettiği tespit edildi (Tablo 3).

Tablo 3. Bireylerin ayak bakımına yönelik davranışlarının dağılımları (n=64)

Ayak bakımı davranışları	n (%)	
Egzersiz yapma	Evet, yapıyorum	36 (56,3)
	Hayır, yapmıyorum	28 (43,8)
Ayak yıkama sıklığı	Her gün	40 (62,5)
	Banyo yaptıkça	24 (37,5)
Su ısısının kontrolü	Evet, kontrol ediyorum	38 (59,4)
	Hayır, kontrol etmiyorum	26 (40,6)
Suyun ısı	Soğuk	7 (10,9)
	Ilık	52 (81,3)
	Sıcak	5 (7,8)
Ayak ve parmak aralarını kurulama	Evet, kurulum	46 (71,9)
Nemlendirici kullanımı	Hayır, kurulamıyorum	18 (28,1)
	Evet, kullanıyorum	18 (28,1)
	Hayır, kullanmıyorum	46 (71,9)
Ayak muayenesi	Evet, yapıyorum	53 (82,8)
	Hayır, yapmıyorum	11 (17,2)
Ayak tırnaklarının kesimi	Düz ve fazla uzun olmadan	53 (82,8)
	Yuvarlak / oval olacak şekilde	11 (17,2)
Yara oluşursa	Sağlık personeline giderim	54 (84,4)
	Kendim pansuman yapar, iyileşmezse sağlık personeline giderim	6 (9,4)
	Kendiliğinden iyileşmesini beklerim	4 (6,3)
Evde yalın ayak yürüme	Evet, yürürüm	14 (21,9)
	Hayır, yürümem	50 (78,1)
Çorapsız terlik/ayakkabı giyme	Evet, giyerim	47 (73,4)
	Hayır, giymem	17 (26,6)
Ayakkabı için kontrolü	Evet, kontrol ederim	32 (50,0)
	Hayır, kontrol etmem	32 (50,0)
Çorap seçimi	Merserize ve bilekleri sıkmayan	5 (7,8)
	Pamuklu/yünlü bilekleri sıkmayan	37 (57,8)
	Önemsemem	22 (34,4)
Ayakkabı seçimi	Önü kapalı, yuvarlak burunlu, alçak topuklu ve ayağa uyan	38 (59,4)
	Önü açık yuvarlak burunlu	3 (4,7)
	Önemsemem	23 (35,9)

TARTIŞMA

Diyabetlilerde ayak sağlığının sürdürülmesinde; ayağın muayenesi, bakımı ve ilgili bakım davranışlarının uygulanması önemli bir yer tutar (20,22). Birçok çalışmada diyabet hastalarının ayak sağlığı için dikkat etmesi gereken hususlara yönelik bilgilerinin ve ayak bakımına ilişkin davranışlarının yetersiz olduğu bildirilmiştir (13,15-17,20,23,24)

Bireylerin %95,3'ünün diyabet eğitim programına hiç katılmadığı, %53,1'inin üç ayda bir kez diyabet kontrolü yaptırdığı, %54,7'sinin diyabet kontrolü için huzurevi sağlık personeline başvurduğu tespit edildi. Daha önce yapılan çalışmalar ile bulgularımız paralellik göstermektedir (8,9,15,16,19,21,23,24).

Ayak muayenesinin her gün yapılması ve deri bütünlüğündeki değişikliklerin gözlenmesi, ayak bakımının tam anlamıyla sağlanması, diyabetli bireyin ayak sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır (18,26). Batkın ve Çetinkaya'nın çalışmasında diyabet eğitimi almamış hastaların %0,7-11,6'sının ayak bakımı konusunda dikkat edilmesi gereken hususları bildiği, diyabet eğitimi almış olan hastaların ise %32,5-50,1'inin egzersiz yaptığı, ayak yıkamada ılık su kullandığı ve ayaklarını kuruladığı; % 97,7'sinin ayak muayenesi yaptığı, %79,8'inin tırnaklarını yuvarlak kestiği, %78,9'unun ise evde yalın ayak dolaştığı bildirilmiştir (25). Fadiloğlu ve arkadaşlarının çalışmasında ayakları kurulama, ayak muayenesi yapma açısından %55,3-80,6'nın doğru uygulama yaptığı, %57,3'ünün ayaklarına nemlendirici kullanmadığı, %16,5'inin evde yalın ayak dolaştığı bildirilmiştir (19). Dikeukwu ve arkadaşlarının çalışmasında ise diyabetlilerin %'25'inde yalın ayak yürüme davranışı saptanmıştır (27). Kaymaz ve Olgun'un çalışmasında diyabetlilerin %43,2-78,4'ünün her gün ayak yıkadığı, yalın ayak dolaşmadığı, parmak aralarını kuruladığı ve tırnaklarının düz kestiği, %32,4'ünün egzersiz yaptığı bildirilmiştir(28). Çalışmamızda bireylerin yarısından fazlası egzersiz yapma, ayak yıkama sıklığı, ayaklarını yıkamadan önce suyun ısısının kontrol etme, ayaklarını yıkarken ılık su kullanma, ayak ve parmak aralarını kurulama, ayaklarını muayene etme, tırnakların kesimi, herhangi bir ayak yarası oluşumunda gösterecekleri davranış, evde yalın ayak yürümeme, çorap seçimi ve ayakkabı seçimi açısından doğru davranış gösterdiği, ancak nemlendirici kullanımı ve çorapsız terlik ya da açık ayakkabı giymeme davranışı açısından yanlış davranış gösterdiği; %50'sinin ayakkabı içini yabancı cisim varlığı açısından kontrol etmediği tespit edildi. Daha önce yapılan çalışmalar ile bulgularımız paralellik göstermektedir (19,25,27,28).

Çalışmamızda çoğunluğun nemlendirici kullanımı ve çorapsız terlik ya da açık ayakkabı giymeme davranışı dışında kalan ayak bakımına ait davranışların tamamında yüksek oranda tutum sergilediği tespit edildi. Batkın ve Çetinkaya'nın çalışmasında diyabet eğitimi programına katılma ve ayak bakımına ilişkin bilgi alma durumları ayak sağlığı için dikkat edilmesi gereken hususları bilme oranını arttırdığı gösterilmiştir (8). Aypak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada diyabetlilerin öğrenim düzeyi arttıkça ayak bakımına yönelik doğru davranışın da arttığı bildirmektedir (10). Çalışmamızda yer alan diyabetli bireylerin %43,8'inin yükseköğretim görmüş olması ayak bakımı davranışlarının yüksek düzeyde doğru olmasını etkilemiş olabilir. Bunun yanı sıra bireylerin herhangi bir diyabet eğitimi programına katılmış olmaları durumunda, bu olumlu davranışlarda daha da artış görülebilir kanaatindeyiz.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Huzurevlerinde yaşayan Tip 2 diyabetli bireylerin tamamına yakını herhangi bir diyabet eğitimi almamış olmalarını beyan etmiş olsalar da, çoğunlukla ayak bakımına yönelik doğru davranış göstermektedirler. Huzurevlerinde tam mesai çalışan sağlık personelinin olması ve hastaların konuyla ilgili bilgiye daha rahat ve kolay ulaşmalarının sonucu bu yönde etkilenmiş olabilir. Ancak bununla birlikte huzurevlerinde planlı diyabet eğitimi programlarının uygulanmasına ihtiyaç olduğu da yadsınamaz bir gerçektir.

KAYNAKLAR

1. Carpenter C, Griggs C, Loscalzo J. (Çeviri: Çavuşoğlu H.) Diabetes Mellitus. 5. Baskı. ISBN: 975-420-237-0 İstanbul – 2002. ss: 583-598.
2. Olgun N, Canbolat S, Gökçe B. Etkin Önleme Programlarının Uygulanabilmesi İçin Nokta Prevalans Yöntemi İle Diyabet Yükünün Belirlenmesi. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi. 2012; 4: 67-75.
3. Satman I, Yılmaz T, Sengul A, Salman S, Salman F, Uygur S, Bastar I, Tutuncu Y, Sargin M, Dinccag N, Karsidag K, Kalaca S, Ozcan C, King H. Population-Based Study Of Diabetes And Risk Characteristics In Turkey: Results Of The Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). Diabetes Care. 2002; 25: 1551-1556.
4. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, Karsidag K, Genc S, Telci A, Canbaz B, Turker F, Yılmaz T, Cakir B, Tuomilehto J, Group T-IS. Twelve-

- Year Trends In The Prevalence And Risk Factors Of Diabetes And Prediabetes In Turkish Adults. *European Journal Of Epidemiology*. 2013; 28: 169-180.
5. IDF Diabetes Atlas Sixth Edition Update, International Diabetes Federation 2014 <http://www.idf.org/diabetesatlas/update-2014>
 6. Boulton AJ. The Diabetic Foot: A Global View. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*. 2000; 16 Suppl 1: 2-5.
 7. Altındaş M. Genel Bilgiler: Diyabetik Ayak. 1. Baskı. ISBN: 9789759291907 İstanbul - 2002: ss: 1-7.
 8. Batkın D, Çetinkaya F. Diabetes Mellitus Hastalarının Ayak Bakımı Ve Diabetik Ayak Hakkındaki Bilgi, Tutum Ve Davranışları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2005; 14: 6-12.
 9. Bölükbaş N, Paydaş M, Bostan Ö. Diyabetli Hastaların Ayak Bakımı İle İlgili Davranışlarının Ve Mevcut Ayak Durumlarının Saptanması. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2006; 1: 82-91.
 10. Aypak C, Koç A, Yıkılkan H, Görpelioğlu S. Diyabetik Ayak Bakımı: Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalar Tarafından Bildirilen Uygulama Durumu. *Cumhuriyet Medical Journal*. 2012; 34: 423-428.
 11. Corbett CF. A Randomized Pilot Study Of İmproving Foot Care İn Home Health Patients With Diabetes. *Diabetes Education*. 2003; 29: 273-282.
 12. Erkoç A, Yürügen B. Diyabetik Ayak: Olgu Sunumu. *Diyabet Forumu*. 2008; 4: 50-56.
 13. Tüzün Ç, Tıkız C. Yaşlılarda Ayak Sorunları. *Turkish Journal Of Geriatrics*. 2003; 6: 135-141.
 14. Helfand AE, Cooke HL, Walinsky MD, Demp PH. Foot Problems Associated With Older Patients - A Focused Podogeriatric Study. *Journal Of The American Podiatric Medical Association*. 1998; 88: 237-241.
 15. Menz HB, Lord SR. Foot Problems, Functional Impairment, And Falls In Older People. *Journal Of The American Podiatric Medical Association*. 1999; 89: 458-467.
 16. Wells Y. Foot Problems In Older People: Assessment And Management. *Australasian Journal On Ageing*. 2011; 30: 48-48.
 17. Eskiurt N. Foot Problems In Older People: Assessment And Management. *Türkiye Klinikleri Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Özel Dergisi*. 2010; 3: 62-68.
 18. Altındaş M. Hasta Eğitimi: Diyabetik Ayak. 1. Baskı. ISBN: 9789759291907 İstanbul - 2002: ss: 8-26.

19. Fadiloğlu Ç, Cantilav Ş, Yıldırım K, Tokem Y. Yaşlı Diyabetik Hastalarda Ayak Sorunlarının Saptanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006; 22: 161-170.
20. Karadağ B, Altuntaş Y. Yaşlılık ve Diyabet. Diyabet Bilimi Dergisi. 2009; 7: 20.
21. Erkoç A. Yüksek Lisans Tezi; “Diyabetik Ayak Enfeksiyonu Olan Diyabet Hastalarının Ayak Bakımına Yönelik Tutum Ve Davranışları” Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, Tez Yöneticisi; Doç.Dr. Serap Demir. Afyon - 2005.
22. Samancıoğlu S, Karadakovan A. Yaşlı Sağlığının Korunması Ve Geliştirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2010; 5: 125-141.
23. Tennvall GR, Apelqvist J, Eneroth M. Costs Of Deep Foot Infections In Patients With Diabetes Mellitus. Pharmacoeconomics. 2000; 18: 225-238.
24. Ragnarson Tennvall G, Apelqvist J. Health-Related Quality Of Life In Patients With Diabetes Mellitus And Foot Ulcers. Journal Of Diabetes Complications. 2000; 14: 235-241.
25. Batkın D, Çetinkaya F. Diabetes Mellitus Hastalarının Ayak Bakımı Ve Diabetik Ayak Hakkındaki Bilgi, Tutum Ve Davranışları. Journal Of Health Sciences 2005; 14: 6-12.
26. Akdemir N, Birol N. Pankreas Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı: İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı. Genişletilmiş 3. Baskı. ISBN: 975-7078-19-0 Ankara - 2011: ss: 708-724.
27. Dikeukwu RA, Omole OB. Awareness And Practices Of Foot Self-Care In Patients With Diabetes At Dr Yusuf Dadoo District Hospital, Johannesburg. Journal Of Endocrinology, Metabolism And Diabetes Of South Africa. 2013; 18: 112-118.
28. Kaymaz DK, Olgun N. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Ayak Bakım Becerisinin Kazandırılması. Diyabet, Obezite Ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi. 2009; 1: 28-37.

HASTANEDE TEDAVİ GÖREN 65 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ*

Melike DEMİR DOĞAN¹, Serap ÜNSAR²

ÖZET

Bu çalışma dahiliye kliniklerinde tedavi gören 65 yaş üstü bireylerin günlük yaşam aktivite düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlandı. Veriler kişisel bilgi formu, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri indeksi kullanılarak toplandı. Veriler; yüzdeler, ortalama, Mann Whitney U testi, Spearman korelasyon ve Kruskal Wallis varyans testi ile analiz edildi. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $73,0 \pm 6,1$ olarak bulundu. Hastaların %56'sı kadın %44'ü erkekti. Katz günlük yaşam aktiviteleri indeksi puan ortalaması $15,2 \pm 4,0$, Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri indeksi ortalaması $18,3 \pm 5,4$ idi. Kadınların günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamaları erkeklerde göre daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Yaş arttıkça hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyleri de arttı ($p<0,001$). Kadınların erkeklere göre günlük yaşam aktivitelerinin daha iyi olduğu bulundu. Yaş arttıkça hastaların günlük yaşam aktivitelerine bağımlılık düzeyleri de artmaktaydı. Hemşirelerin; kronik sağlık sorunları nedeniyle hastanede tedavi gören bireylere bakım verirken bireyin yaşını göz önünde bulundurmasının günlük yaşam aktiviteleri düzeyinde iyileşmeye katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Günlük Yaşam Aktiviteleri, Kronik Hastalık, Hemşirelik, Hastane, Yaşlılık

*Bu çalışma 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi. 20- 24 Ekim Sivas, 2009'de Poster bildirisi olarak sunulmuştur.

¹ Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Yrd. Doç. Dr.

² Trakya Üniversitesi, Edirne Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Doç. Dr.

İletişim / Corresponding Author: Melike DEMİR DOĞAN

Tel: 0456 233 1000/3810 **e-posta:** melekdmd@gmail.com.

Geliş Tarihi / Received : 04.07.2014

Kabul Tarihi / Accepted : 09.03.2015

ACTIVITIES OF DAILY LIVING IN HOSPITALIZED PEOPLE OVER 65 YEARS

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the risk factors influencing dependency and levels of dependent in activities of daily living of 65 years and affecting factors. Data were collected by socio-demographic question form, Katz Index of Activities of Daily Living and Lawton and Brody's instrumental Index of Activities of Daily Living. Data were analyzed by percentage, mean, Mann Whitney-U test, Spearman Correlation analyses, and Kruskal Wallis test. The average age of the patients was 73.0 ± 6.1 years. Female patients were 56 % and 44% patients were male. Activities of Daily Living scores of female had higher than man. ($p < 0.001$). Katz index of activities of daily living's mean score was 15.2 ± 4.0 and index of instrumental activities of daily living's mean score was 18.3 ± 5.4 . Dependency levels of patients with activities of daily living activities and instrumental activities of daily living was increasing with age. Female's activities of daily living had better than men. Activities of daily living dependency levels of people increased with age. The individual at the level of the daily life activities are expected to contribute to the improvement when nurses consider to the individuals age who receiving treatment in hospital due to chronic health problems while taking care.

Key Words: Activities Of Daily Living, Chronic Disease, Nursing, Hospital, Elderly

GİRİŞ

İnsan yaşamının giderek uzamasıyla yaşlı nüfus toplam nüfus içinde artış göstermekte ve yaşlı sağlığı daha da önem kazanmaktadır (1,2,3). Ülkemiz nüfus yapısı olarak genç ve dinamik bir yapıya sahiptir ancak yapılan öngörüler gelecekte yaşlı nüfusunun hızla artacağı yönündedir.

Türkiye nüfusunun gelecek 10-15 yılda değişerek gelişmiş ülkelerinin nüfusuna benzer bir dağılıma ulaşacağını öngörülmektedir (4,5). Türkiye İstatistik Kurumunun 2013 yılı adrese dayalı nüfus sayımı verilerine göre 60-64 yaş arası birey sayısı toplam nüfusun %3,6'sını oluştururken 65-69 yaş bireyler toplam nüfusun %2,7'sini oluşturmaktadır. Bu verilere göre ülkemizde 70 yaş ve üzeri bireyler toplam nüfusun %5'ini oluşturmaktadır (6). Popülasyonun gittikçe yaslanması kronik hastalıkların oranında artışa neden olmaktadır. Hipertansiyon, dislipidemi, diyabetes mellitus, koroner arter hastalığı v.b. hastalıkların toplumda görülme sıklığının artmasına ek olarak yaşlılığın getirdiği fiziksel değişimde bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmelerinde sıkıntılar yaşamalarına neden olmaktadır (7).

Yaşlılarda bağımlılık için çok sayıda risk etmeni tanımlanmıştır. Demografik olarak risk faktörleri; kadın cinsiyetine sahip olmak, ileri yaşta olmak, düşük eğitim seviyesi, bekar olmak, düşük gelire sahip olmak, kol gücü isteyen işlerde çalışmak, güvenli ev ortamına sahip olmaktır. Tıbbi risk faktörleri; yürüme/denge bozuklukları, demans, depresyon, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, idrar inkontinansı, görme sorunları, kötü sağlık algısı, yüksek veya düşük beden kitle indeksi vb. olarak ifade edilmektedir (8,9,10).

Yaşlılık doğası gereği yaşlı hastalar hastaneye yatmayla sonuçlanan çok sayıda ve kompleks sağlık problemlerine sahip olabilirler (11). Bu hastalıkların birçoğu kişinin bağımsız olarak yaşamını sürdürmesini engellemektedir (8). Amerika federal kurumlarının yaşlanma ile ilgili 2002 yılı istatistiklerine göre 65-74 yaş arası kadınların %20'si, erkeklerin ise %13'ü en az bir günlük yaşam aktivitesinde bağımlıdır. Bu yüzdeler 85 yaş ve üstü kadınlarda %58'e yükselirken, 85 yaş ve üstü erkeklerde ise % 35 kadar yükselmektedir (12).

Özdemir ve arkadaşlarının 2005 yılında yaşlı nüfusta kronik hastalık prevalansını belirlemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada en az bir kronik hastalığa sahip olma oranının %78 olduğu ifade edilmektedir (13). Demir ve Ünsar'ın kalp yetersizliği hastaları üzerinde yaptığı çalışmada ise daha önce hastaneye yatan hastaların yaşam kalitelerinin yatmayanlara göre daha düşük olduğunu ve kalp yetersizliği şiddetinin artmasıyla günlük yaşam

aktivitelerindeki bağımlılık düzeyinin de arttığı belirtilmektedir (14). Dolayısıyla kronik hastalıklara sahip olan ve hastaneye yatan hastaların günlük yaşam aktivitelerinin etkilendiği görülmektedir.

Yaşlılara kaliteli sağlık bakım hizmeti sunulabilmesi için, hemşirelerin 65 yaş ve üzeri bireylerin bağımlılık düzeylerini ve bağımlılığı etkileyen etmenleri bilinmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle bu çalışma iç hastalıkları kliniklerinde tedavi gören 65 yaş üstü bireylerin günlük yaşam aktivite düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlandı.

MATERYAL VE METOD

Bu çalışma dahiliye kliniklerinde tedavi gören 65 yaş üstü bireylerin günlük yaşam aktivitesi düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel olarak tasarlandı. Araştırmanın örnekleme 1 Mayıs–31 Mayıs 2009 tarihleri arasında bir Devlet Hastanesinin Dahiliye kliniklerinde (genel dahiliye, nöroloji, kardiyoloji) tedavi gören (en az bir kronik sağlık sorunu bulunan), herhangi bir iletişim sorunu olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 100 hasta alınmıştır. Çalışmanın yapıldığı Mayıs ayından bir ay önce hastanede çalışmanın yapılacağı servislerde yatan kişi sayısına göre örneklem belirlenmiştir. Hastane istatistiklerinde 350-400 hastanın serviste yattığı tespit edilerek bu sayının %25 olacak şekilde örneklem sayısı belirlenmiştir. Hastalardan sözlü onam alınmıştır.

Veriler kişisel bilgi formu, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) İndeksi, Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) indeksi kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu; ilgili literatür incelenerek oluşturulmuştur. Form; hastaların yattığı servis, hastalık tanısı, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum, sosyal güvence, düzenli egzersiz yapma durumu, sürekli ilaç kullanma durumu, gözlük ve baston kullanma durumu olmak üzere on iki sorudan oluşmaktadır.

Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri indeksi (GYA); banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren 6 sorudan oluşmaktadır. Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. GYA indeksinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir (15, 16, 17).

Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri indeksi (EGYA); 8 sorudan oluşmaktadır. Bunlar; telefon kullanma, yemek hazırlama, alışveriş yapma, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ulaşım aracına binebilme, ilaçları kullanabilme ve para idaresidir. Yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. EGYA de 0-8 puan bağımlı, 9-16 puan yarı bağımlı, 17-24 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir (15, 16, 17).

Verilerin analizinde SPSS 15.0 programı kullanılmış ve $p < 0,05$ olan değerler anlamlı kabul edilmiştir. Verilerin analizinde yüzdeler, ortalama, Mann Whitney U testi, Spearman korelasyon analizi ve Kruskal Wallis varyans analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların kişisel özellikleri Tablo 1'de görülmektedir. Hastaların yaş ortalaması $73,0 \pm 6,1$ olarak bulunmuştur. Araştırma grubunun %56'sını kadın, %44'ü erkek hastalar oluşturmuştur. Medeni durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında; hastaların %64'ünün evli, %30'unun bekar ve %3'ünün dul olduğu belirlenmiştir. Çalışma grubunun %74'ü ilköğretim mezunu iken %18'inin okuryazar olmadığı saptanmıştır. Sağlık güvencesi olan hastalar grubun %89'unu oluşturmuştur. Hastaların %71'inin düzenli egzersiz yaptığı ve %46'sının gözlük kullandığı belirlenmiştir. Baston kullananlar hastalar grubun %23'ünü oluştururken, hastaların %71'inin düzenli olarak kullandığı ilacının olduğu saptanmıştır.

Hastaların % 56'sının dahiliye, % 28'inin nöroloji servisinde, %16'sının ise kardiyoloji servisinde tedavi gördüğü belirlenmiştir. Grubun %35'inin kardiyovasküler hastalık (hipertansiyon, akut koroner sendrom vb.), %18'inin serebrovasküler hastalık tanısı ile hastanede yatmakta olduğu görülmüştür (Tablo 2). Günlük toplam ilaç sayısının ortalama $2,4 \pm 2,6$ olduğu bulunmuştur. Katz günlük yaşam aktiviteleri indeksi puan ortalamasının $15,2 \pm 4,0$, Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri indeks ortalamasının ise $18,3 \pm 5,4$ olduğu saptanmıştır.

Hastaların günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamaları ile hastaneye yatış tanısı, hastaneye yattığı servis ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,004$; $<0,001$; $0,048$; sırasıyla). Kadınların erkeklere göre günlük yaşam aktivite düzeyleri daha iyi bulunmuştur.

Tablo 1: Kişisel Özellikler (n=100)

Özellik	Yüzde (%)
Cinsiyet	
Kadın	56
Erkek	44
Medeni durum	
Evli	64
Bekar	30
Dul	6
Eğitim	
Okur yazar değil	18
İlköğretim	74
Ortaöğretim	5
Üniversite	3
Sosyal güvence	
Var	89
Yok	11
Düzenli egzersiz yapma	
Evet	29
Hayır	71
Sürekli ilaç kullanma	
Evet	71
Hayır	29
Gözlük kullanma	
Evet	46
Hayır	54
Baston kullanma	
Evet	27
Hayır	73

Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamaları ile hastaların hastaneye yatış tanısı ve hastaneye yattığı servis arasında anlamlı fark bulundu ($p= 0,001; 0,002$; sırasıyla) (Tablo 2). Nöroloji kliniğinde yatan hastaların diğer hastalara göre günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümental günlük yaşam aktivite düzeylerinin daha kötü olduğu saptandı. Düzenli egzersiz yapma ile günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunurken ($P= 0,001$), enstrümental günlük yaşam aktiviteleri puan ortalaması ve egzersiz yapma arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Tablo 3’de görüldüğü gibi yaş ile Katz günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamaları ve Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p< 0,001$). Yaş arttıkça hastaların günlük yaşam aktivitelerinde ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyleri de artmaktadır.

Tablo 2: Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Etmenler (n=100)

Özellikler	Yüzde (%)	GYA X ± SS	p	EGYA X ± SS	p
Servis					
Dahiliye	56	16,23 ± 2,78		19,96 ± 3,37	
Kardiyoloji	28	16,14 ± 3,74	p< 0,001*	17,42 ± 5,45	0,002*
Nöroloji	16	9,75 ± 3,83		13,23 ± 5,65	
Tanı					
Kardiyovasküler sistem hastalıkları	35	15,87 ± 3,62		17,69 ± 5,18	
Solunum sistemi hastalıkları	13	17,76 ± 0,59	0,004*	22,00 ± 2,54	0,001*
Endokrin sistem hastalıkları	18	17,16 ± 2,00		20,88 ± 3,69	
Gastrointestinal sistem hastalıkları	9	13,44 ± 4,09		17,11 ± 5,44	
Üriner sistem hastalıkları	7	16,28 ± 2,36		18,71 ± 5,37	
Nörolojik sistem hastalıkları	18	10,90 ± 4,30		13,80 ± 5,97	
Cinsiyet					
Erkek	56	14,53 ± 4,39	0,048**	17,39 ± 5,56	0,25**
Kadın	44	15,97 ± 3,36		19,42 ± 4,94	
Düzenli egzersiz yapma					
Evet	29	17,14 ± 2,04	0,001**	19,71 ± 4,40	0,11**
Hayır	71	14,37 ± 4,33		17,70 ± 5,64	

*Kruskall-Wallis Varyans analizi ** Man-Whitney-U testi

Tablo 3: Günlük Yaşam Aktiviteleri İle Kişisel Özellikler Arasındaki Korelasyon

Özellik	GYA (r _s p*)	EGYA(r _s p*)
Yaş	-,347 p< 0,001	-,427 p< 0,001

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri EGYA: Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri,
*Spearman korelasyon analizi

TARTIŞMA

2013 yılı verilerine göre 65-69 yaş bireyler toplam nüfusun %2,7'sini ve 70 yaş ve üzeri bireyler toplam nüfusun %5'ini oluşturmaktadır (6). Bizim çalışmamızda hastaların yaş ortalaması 73,0 ± 6,1 olarak bulundu. Çalışmamızda Katz günlük yaşam aktiviteleri puan

ortalaması $15,2 \pm 4,0$, Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri puan ortalaması ise $18,3 \pm 5,4$ olarak saptandı. Yıldırım ve Karadakovan'ın (18) çalışmalarında günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamasını $11,56 \pm 1,09$ olarak bildirmiştir. Buna göre çalışmamıza katılan hastaların günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımsız oldukları söylenebilir. Bu farkın Yıldırım ve Karadakovan'ın çalışmalarını bakım evinde yürütmesine bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların günlük yaşam aktivite düzeylerinin erkeklere göre daha iyi olduğu görüldü. Şahbaz ve Tel'in (19) çalışmasında günlük yaşam aktivitelerinde erkeklerin kadınlara daha bağımsız olduğu bildirilmiştir. Ulusel ve arkadaşlarının çalışmasında mesane kontrolü, merdiven kullanma ve banyo işlevlerinin tümünde kadınların daha bağımlı durumda oldukları ifade edilmiştir (8). Yapılan diğer çalışmalarda ise günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyleri açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir (14,15).

Özdemir ve arkadaşlarının 2005 yılında yaşlı nüfusta kronik hastalık prevalansı üzerine yaptıkları çalışmada ise en az bir kronik hastalığa sahip olma oranı %78 bulunmuştur (13). Bizim çalışmamızda ise kardiyovasküler hastalıkların % 35, sinir sistemi hastalıklarının % 18 oranında olduğu saptandı. Berberoğlu ve arkadaşlarının (16) çalışmasında hipertansiyon (% 35,5), serebrovasküler olay (% 19,5) ve kalp yetersizliği (% 16,5) ilk sıralarda yer almaktadır. Bu sonuca göre bizim çalışmamızda sinir sistemi hastalıklarının oranının benzer olduğu ancak kalp hastalıklarının tam tersi şekilde daha az görüldüğü görülmektedir.

Hastalarımızın yattığı servis ile günlük yaşam aktiviteleri arasında anlamlı fark bulundu. Puan ortalamalarına bakıldığında nöroloji servisinde yatan hastaların günlük yaşam aktiviteleri puanlarının daha düşük olduğu bulundu. Dolayısıyla diğer servislerde yatan hastalara göre nöroloji servisinde yatan hastaların günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımlı olduğu görüldü. Nöroloji servisinde yatan hastalarımızın büyük çoğunluğunun inme hastası olduğu göz önüne alınca; bu sonucun nörolojik sistem hastalıklarının çoğunun bıraktığı fiziksel hasar nedeniyle olduğu düşünülebilir. Nitekim Er ve arkadaşları (20) Multiple sklerozu olan hastalarda yaptıkları çalışmada yeti yitiminin artması ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığında arttığını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda kardiyovasküler hastalığı olanlar günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu açısından ikinci sıradadır. Karaca ve arkadaşlarının (21) kalp yetersizliği olan hastalarda yaptıkları çalışmada günlük yaşam aktiviteleri puan ortalaması $15,61 \pm 3,13$ olarak bulunmuştur ve Demir ve Ünsar'ın çalışmasında da (14) kalp yetersizliği şiddetindeki artışın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyini de arttırdığı görülmüştür. Diğer bir

çalışmada ise sahip olunan kronik hastalık sayısındaki artışın günlük yaşam etkinliklerindeki bağımlılık riskini arttırdığı ifade edilmektedir (8). Dolayısıyla kronik hastalığı olan bireylerde günlük yaşam aktiviteleri etkilendiği ve bu etkilenmenin şiddetinin hastalığın şiddeti ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda yaş arttıkça günlük yaşam aktivitelerindeki ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyinin de arttığı görüldü. Şahbaz ve Tel'in (19) çalışmalarında da yaşla birlikte günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyinin attığını belirtilmiştir. Aynı şekilde yapılan birçok çalışmada da yaşla birlikte günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyinin arttığını bildirilmiştir (18,20,21,22,23). Özellikle 75 yaş üstü bireylerin daha erken yaştaki bireylere göre günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımlı olduğunu gösteren çalışmalar vardır (24,25). Yaşlılığın doğan süreci gereği de bireyler aktivitelerde bağımlı hale gelmektedir. Artan yaşa ek olarak, kronik hastalıklarında etkisiyle bu sonuç olağan karşılanabilir.

Çalışmamızda genel olarak bakıldığında hastaların günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız oldukları görüldü. Yaş arttıkça günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyinin arttığı, kadınların günlük yaşam aktivite düzeylerinin daha iyi olduğu bulundu.

Günlük yaşam aktiviteleri düzeyleri değerlendirilirken yaş, cinsiyet vb. gibi kişisel özelliklerin ve hastalığa ilişkin özelliklerinin (klinik tanı vb.) değerlendirmede dikkate alınması önerilmektedir. Hemşirelerin kronik hastalığı olan hastalara bakım verirken günlük yaşam aktivitelerinin etkileneceğini göz önünde bulundurarak bakımlarını planlamasının bakım kalitesini artıracığı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Zincir H, Taşçı S ve ark. Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi 2008; 17 (3): 168-174.
2. Akça K.N, Taşçı S. 65 Yaş Üstü Yaşlılara Bakım Veren Bireylerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 2005; 14: 30-36.
3. Güneş G, Demircioğlu N ve ark. Malatya Şehir Merkezinde Yaşayan Yaşlı Kadınların Günlük Yaşam Aktiviteleri, Sosyal Ve Psikolojik Fonksiyon Düzeyleri. Türk Geriatri Dergisi 2005; 8 (2): 78-83.

4. Oğlak S. Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri Ve Bakım Sigortası. Turkish Journal of Geriatrics 2007; 10 (2): 100-108.
5. Aylaz R, Güneş G ve ark. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Sosyal, Sağlık Durumları ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 12 (3): 177-183.
6. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, TÜİK Matbaası, Ankara 2014.http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=139.
7. Demir M, Ünsar S. Kalp Yetmezliği ve Evde Bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3 (8): 121-130.
8. Ulusel B, Soyer A ve ark. Toplum İçinde Yaşayan Yaşlılarda Günlük Yaşam Etkinliklerinde Bağımlılık Düzeyi Ve Etkileyen Risk Etmenleri. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7 (4): 199-205.
9. Jiang J, Tang Z et al. Demographic Determinants For Change In Activities Of Daily Living: A Cohort Study Of The Elderly People Living In Beijing. J Epidemiol 2002; 12 (3): 280-6.
10. Rantanen T, Penninx B.W et al. Depressed Mood And Body Mass Index As Predictors Of Muscle Strength Decline In Old Men. J Am Geriatr Soc 2000; 48 (6): 613-617.
11. Dahlin S, Sonn U et al. Disability in Daily Life Activities And Visual İmpairment: A Population Study Of 85-Year-Old People Living At Home. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2000; 7: 148-155.
12. Wallace M, Shelkey M. Monitoring Functional Status in Hospitalized Older Adults. AJN 2008; 108 (4): 64-71.
13. Özdemir L, Koçoğlu G ve ark. Sivas İl Merkezinde Yaşlı Nüfusta Bazı Kronik Hastalıkların Prevelansı ve Risk Faktörleri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 27 (3): 89-94.
14. Demir M, Unsar S. Assessment Of Quality Of Life And Activities Of Daily Living İn Turkish Patients With Heart Failure. International Journal of Nursing Practice 2011; 17: 607-614.
15. Cingil D, Bodur S. Karaman İl Merkezinde Yaşayan Yaşlıların Bağımlılık Düzeyleri, Demografik Ve Medikal Özelliklerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11 (3): 33-39.

16. Berberoğlu U, Gül H ve ark. Edirne Huzurevi'nde Kalan Yaşlıların Kimi Sosyo-Demografik Özellikleri Ve Katz İndeksine Göre Günlük Yaşam Etkinlikleri. *Turkish Journal of Geriatrics* 2002; 5 (4): 144-149.
17. Mollaoğlu M. Diyaliz Hastalarında Yeti Yitimi, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Öz Yeterlilik Durumu. *TAF Prev Med Bull* 2011; 10 (2): 181-186.
18. Yıldırım Y, Karadakovan A. Yaşlı Bireylerde Düşme Korkusu İle Günlük Yaşam Aktiviteleri Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *Türk Geriatri Dergisi* 2004; 7 (2): 78-83.
19. Şahbaz M, Tel H. Evde Yaşayan 65 Yaş Ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık Durumu İle Ev Kazaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Turkish Journal Of Geriatrics* 2006; 9 (2): 85-93.
20. Er F, Mollaoğlu M. Multiple Sklerozlu Hastalarda Yeti Yitimi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin İncelenmesi. *Journal of Neurological Sciences [Turkish]* 2011; 28 (2): 190-203.
21. Karaca S, Mert H. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Hastaneye Tekrar Yatış Sıklığı Ve Nedenlerinin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011; 14 (3): 1-7.
22. Covinsky K, Palmer R et al. Loss of Independence in Activities of Daily Living in Older Adults Hospitalized with Medical Illnesses: Increased Vulnerability with Age. *JAGS* 2003; 51: 451-458.
23. Akın B, Emiroğlu O.N. Evde Yaşayan Yaşlılarda Mobilitede Yeti Yitimi Ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *Geriatrici* 2003; 6 (2): 59-67.
24. Çiv S, Tanrikulu M.Z. Yaşlılarda Bağımlılık Ve Fiziksel Yetersizlik Düzeyleri İle Kronik Hastalıkların Prevalansını Saptamaya Yönelik Epidemiyolojik Çalışma. *Geriatrici* 2000; 3 (3): 85-90.
25. Konno K, Katsumata Y et al. Functional Status And Active Life Expectancy Among Senior Citizens In A Small Town In Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2004; 38 (2): 153-66.

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN RUHSAL DURUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Arzu YÜKSEL¹

ÖZET

Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin ruhsal belirti durumlarını ve etkilediği düşünülen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 2009-2010 öğretim yılında bir devlet üniversitesinin sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümünde öğrenim görmekte olan 160 öğrenci oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak “Anket Formu” ve Şahin ve ark. tarafından Türkçe’ye uyarlanan “Kısa Symptom Envanteri” kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, aritmetik ortalama, iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin Kısa Symptom Envanteri puan ortalamaları 55.18±31.71, Anksiyete alt ölçeği 12.53±7.86, Depresyon alt ölçeği 14.64±8.79, Olumsuz Benlik alt ölçeği 11.30±8.09, Somatizasyon alt ölçeği 7.54±5.78 ve Kızgınlık/Öfke alt ölçeği 9.05±4.91 olarak saptanmıştır. Öğrencilerin somatizasyon puan ortalamalarının sınıf değişkeni farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. İkinci sınıf öğrencilerinin somatizasyon puanı 3 ve 4. sınıf öğrencilerinin puanından daha yüksektir. Öğrencilerin cinsiyetlerine, üniversite yaşamlarında kaldıkları yere, ailesiyle yaşadığı yer, aile ve kendi ekonomik durumunu değerlendirmelerine göre yapılan gruplamalarda ise Kısa Symptom Envanteri toplam ve alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık göstermemiştir. Puan ortalamalarına göre çalışmaya katılan öğrencilerin ruhsal belirti sıklığının düşük olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatrik Semptom, Hemşire, Hemşirelik Öğrencisi.

¹Yrd.Doç.Dr. Aksaray Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü email:arzuysel76@gmail.com

İletişim/ Corresponding Author: Arzu YÜKSEL

Geliş Tarihi / Received : 06.01.2014

Tel: (0382) 288 2530 **e-posta:** arzuysel76@gmail.com

Kabul Tarihi / Accepted : 12.03.2015

DETERMINATION OF THE MENTAL STATUS AND INFLUENCING FACTORS OF NURSING STUDENTS

ABSTRACT

This research has been descriptively studied in order to determine the psychological symptoms of nursing students and the factors thought to affect. The research sample of a state university in the 2009-2010 academic year studying in the nursing department of health school, which consisted of 160 students. Data is collected with “Questionnaire Form” and “Brief Symptom Inventory” developed by Heppner and Petersen and adapted to Turkish by Şahin and his/her co-worker. In evaluating the data, percentage, arithmetic average, the significance test of difference between two averages and one-way analysis of variance is used. It has been determined that the students’ score average of Brief Symptom Inventory is 55.18 ± 31.71 , anxiety sub-scale is 12.53 ± 7.86 , depression sub-scale is 14.64 ± 8.79 , negative-self sub-scale is 11.30 ± 8.09 , somatization sub-scale is 7.54 ± 5.78 and hostility sub-scale is 9.05 ± 4.91 respectively. Class factor difference of students’ somatization score average has been found meaningful, statistically. Second grade students’ somatization scores have been higher than 3th and 4th grade students' scores. Brief Symptom Inventory total and sub-scale score averages have not shown any meaningful difference in terms of students’ gender, the place that they live during college life (with family or by one’s own) and economical situations, statistically. It can be said that the psychological symptom frequency of the students who participate to the study are low.

Key Words: Psychiatric Symptom, Nursing, Nursing Students.

GİRİŞ

Gençlik dönemi, bireyin sosyal ve fiziksel değişiklikler yaşadığı, duygusal, davranışsal, cinsel, ekonomik, akademik ve toplumsal birçok çatışma yaşadığı, psikososyal ve cinsel olgunlukla birlikte kimlik bulma çabalarının arttığı bir çelişkiler dönemidir. Bu dönemde üniversite gençliğinin ruhsal sağlığı, toplumsal sağlığın önemli bileşenlerinden biri olmaktadır (1). Üniversitede gençler aileden ve yetiştiği çevreden uzakta, farklı bir kültür ortamına uyum sağlamaya çalışırken, diğer yandan da meslek edinmek için çabalamak ve eğitimleri gereği bazı bilgi ve becerileri kazanmak zorundadırlar. Bu nedenle öğrenciler öğrenimleri boyunca, içinde buldukları gelişim dönemine özgü çatışmalar nedeniyle uyum bozukluğu veya diğer psikiyatrik bozukluklar açısından risk altındadırlar. Birçok genç yeni arkadaşlıklar edinmek, aileden ayrılmak, yurt yaşamına uyum sağlamak, ekonomik güçlükler gibi sorunlardan olumsuz etkilenmektedir (2,3). Tüm bunların yanı sıra hemşirelik öğrencileri, diğer üniversite öğrencileri gibi, gençlerin yaşadığı sorunlarla karşılaşmakla birlikte, sağlık alanında öğrenci olmanın güçlükleri ile de baş etmek durumundadırlar. Sağlık bakım sisteminin güçlükleri (hastane rutinleri, hasta bakımı, sağlık bakımına karar verme, ölüme tanık olma gibi), sağlıklı ve hasta bireyin bakımına aktif olarak katılan hemşirelik öğrencileri üzerinde stres yaratır (4,5). Ruh sağlığı, kişinin kendi kendisiyle ve çevresiyle sürekli bir davranışsal durumu ya da kişilik özellikleri ve stresli yaşam olayları arasındaki etkileşim bireyin sağlık sorunlarının kaynağını oluşturmaktadır. Hemşirelerin, sağlık ekibinin etkin bir üyesi olarak yetiştirilmesi, eğitim kurumlarının sorumluluğudur ve iyi bir eğitim verilmesi ile gerçekleşir (6). Üniversite eğitimi, öğrencileri sadece meslek sahibi yapmayı değil, kendisinden, üstlendiği rol ve uğraşından, çevresiyle olan ilişkilerinden memnun, yaşamdan zevk alabilen, düşünce üretebilen, verimli ve sağlıklı gençler yetiştirmeyi amaçlar (7). Ruh sağlığı yerinde olmayan bireylerle yapılan eğitim hedefine ulaşamayacak ve yetersiz eğitim alan meslek üyelerinin toplumda etkin olması da zorlaşacak. Tüm bu nedenlerden dolayı bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin ruhsal belirti ve yakınma durumlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

MATERYAL ve METOD

Araştırmanın evrenini 2009-2010 öğretim yılında Aksaray Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümünde öğrenim görmekte olan 2,3 ve 4. sınıftaki tüm öğrenciler (N:192 öğrenci) oluşturmaktadır. Ayrıca örneklem seçilmemiş, çalışmayı kabul eden 160 öğrenci ile çalışma tamamlanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından

oluşturulan anket formu ile “Kısa Semptom Envanteri” kullanılmıştır. Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ruhsal belirtileri tarayan, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve kızgınlık olmak üzere beş alt boyuttan ve 53 maddeden oluşan, Likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. Puan ranjı 0-212 arasındadır. Ölçek, ergen ve yetişkin bireylere ve gruplara uygulanabilir. Ölçeğin cevaplanması için zaman sınırlaması yoktur. KSE, bireylerin kendilerinin tanımladığı, çeşitli psikolojik belirtileri tanıyıp ölçmeye yönelik 53 sorudan oluşan bir ölçektir. Ölçeği yanıtlayan birey her soru için (0) “Hiç Yok”; (1) “Çok Az”; (2) “Orta derecede”; (3) “Oldukça Fazla”; (4) “İleri Derecede” şeklindeki şıklardan birini işaretlemektedir. Öğrencilere, psikolojik belirtilerin kendilerinde olup olmadığı, varsa ne derecede bulunduğunu işaretlemelerine göre her maddeye 0-4 arasında bir puan verilmektedir. Kısa Semptom Envanterinin Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon ve Kızgınlık alt ölçeklerine ilişkin madde numaraları esas alınarak her bir ölçek için bir puanlama anahtarı yapılmıştır. Puanlama anahtarı ile öğrencinin her bir soruyu işaretlemesine göre 0-4 arasında puan verilerek bu alt ölçeğe ait puanları bulunmuştur.

KSE'nin Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon ve Kızgınlık olmak üzere 5 alt ölçeği bulunmaktadır.

Anksiyete: korku, endişe, gerginlik, sinirlilik, titreme, paniğe kapılma, bulantı, diyare, idrar sıklığı, nefes alamama hissi, terleme, sık sık nefes alma gibi semptom ve davranışları içerir. Anksiyete alt ölçeği 13 maddeden oluşmaktadır.

Depresyon: keder, karamsarlık, kötümserlik, mutsuzluk, yalnızlık, benliğe ilişkin olumsuz duygular, intihar eğilimi, ilgi kaybı ve kararsızlık gibi semptom ve davranışları içerir. Depresyon alt ölçeği 12 maddeden oluşur.

Olumsuz Benlik: bireyin kendini başkalarıyla karşılaştığında kişisel yetersizlik ve küçüklük duygularına kapılarak kendini küçük, başarısız, değersiz görme ve suçluluk duyguları gibi semptomları içerir. Olumsuz Benlik alt ölçeği 12 maddeden oluşur.

Somatizasyon: herhangi bir fizik bozukluk nedeniyle olmadığı anlaşılan, yıllarca devam eden, tekrarlayıcı birçok somatik şikâyetleri içerir. Somatizasyon, bayılma, göğüs ağrıları, karın ağrısı, bulantı, nefes darlığı, bedende uyuşmalar gibi belirtileri kapsar. Somatizasyon alt ölçeği 9 maddeden oluşur.

Kızgınlık: sinirlilik ve titreme hali, öfkelenme, kızma, güvensizlik, birini dövme, yaralama ve zarar verme isteği, bir şeyleri kırma dökme isteği gibi semptomları içerir. Kızgınlık alt ölçeği 7 maddeden oluşur.

Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği bireyin belirtilerinin sıklığını gösterir. Ergenler için geçerlik ve güvenilirliği Şahin ve ark.(8) tarafından yapılmış, alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayılarının 70 (somatizasyon) ile .88 (depresyon) arasında, envanterin iç tutarlılık katsayısı ise .94 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili kurumdan gerekli izin alındıktan sonra öğrencilere çalışma konusunda bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan öğrencilere Kasım-Aralık 2010 tarihleri arasında veri toplama araçları uygulanmış ve uygulama 10-15 dakika sürmüştür. Çalışma sadece bir hemşirelik programındaki öğrencileri kapsamaktadır ve dolayısıyla sonuçlar sadece bu programa genellenebilir. Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS 11.5 paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde öğrencilere ilişkin tanıtıcı özellikler bağımsız, kısa semptom envanteri ise bağımlı değişkenler olarak ele alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde, ortalama, iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında 0,05 anlamlılık düzeyinde yorumlanmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 160 öğrenciden, %34.4'ü ikinci, %33.1'i üçüncü ve %32.5'i ise dördüncü sınıf öğrencisidir. Öğrencilerin %70.6'sı kız, %29.4'ü ise erkek, üniversite yaşantılarında %54.4'ü arkadaşları ile evde kalırken, %26.2'si de devlet yurdunda kalmaktadır. Öğrencilerin %34.4'dü büyükşehirde, %29.4'ü şehirde yaşamaktadır. Öğrencilerden %74.4'ü ailesinin ekonomik durumunu orta olarak değerlendirirken, %51.2'si ise kendi ekonomik durumunu yetersiz olduğunu belirtmiştir (Tablo 1).

Öğrencilerin KSE ortalama puanı 55.18±31.71 olarak bulunmuştur. KSE alt ölçekleri puan ortalamaları; Anksiyete (12.53±7.86), Depresyon (14.64±8.79), Olumsuz Benlik (11.30±8.09), Somatizasyon (7.54±5.78), Kızgınlık/Öfke (9.05±4.91)'dir (Tablo2).

Çalışmaya katılan öğrencilerinin somatizasyon puan ortalamalarının sınıf değişkeni farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İkinci sınıf öğrencilerinin somatizasyon puanı 3 ve 4. sınıf öğrencilerinin puanından daha yüksektir (Tablo 3).

Öğrencilerin cinsiyetlerine, üniversite yaşamlarında kaldıkları yere, ailesiyle yaşadığı yer, aile ve kendi ekonomik durumunu değerlendirmelerine göre yapılan gruplamalarda ise KSE toplam ve alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (Tablo3).

Tablo 1. Öğrencilerin Tanıcı Özellikleri

Tanııcı Özellikler	Sayı	Yüzde	
Sınıf	İkinci sınıf	55	34.4
	Üçüncü sınıf	53	33.1
	Dördüncü sınıf	52	32.5
Cinsiyet	Kız	113	70.6
	Erkek	47	29.4
Kaldığı Yer	Arkadaşlarıyla Evde	87	54.4
	Devlet Yurdu	42	26.2
	Özel Yurt	16	10.0
Ailesiyle Yaşadığı Yer	Ailesiyle	15	9.4
	Büyükşehir	55	34.4
	Şehir	47	29.4
	İlçe	43	26.8
	Köy	15	9.4
Ailesinin Sosyoekonomik Durum Algılaması	İyi	33	20.6
	Orta	119	74.4
	Kötü	8	5.0
Kendi ekonomik Durum Algılaması	Yeterli	78	48.8
	Yetersiz	82	51.2

Tablo 2. Öğrencilerin Kısa Semptom Envanteri ve Alt Ölçe Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek Alt Boyutları	Ölçek $\bar{X} \pm SS$
Anksiyete	12.53±7.86
Depresyon	14.64±8.79
Olumsuz Benlik	11.30±8.09
Somatizasyon	7.54±5.78
Kızgınlık/Öfke	9.05±4.91
Genel Toplam Ortalaması	55.18±31.71

Tablo 3. Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kısa Semptom Envanteri ve Alt Ölçe Puan Ortalamaları

Tanımlayıcı Özellikler	KSE ve Alt Ölçek						Toplam Puan
	Anksiyete	Depresyon	Olumsuz Benlik	Somatizasyon	Kızgınlık		
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Sınıf	İkinci	13,02±9,02	15.62±9.77	11.85±8.51	9.27±6.58	9.38±4.75	58.84±34.91
	Üçüncü	12.72±7.23	14.02±7.02	11.45±7.45	6.45±4.84	9.66±4.99	54.75±27.52
	Dördüncü	11.82±7.24	14.23±9.40	10.57±8.40	6.82±5.41	8.09±4.96	51.75±32.32
	F	0.326	0.525	0.343	3.949	1.523	0.672
	p	0.722	0.593	0.710	0.021	0.221	0.512
Cinsiyet	Kız	12.74±7.89	14.99±8.67	11.10±7.73	8.06±6.16	9.19±4.72	56.04±31.14
	Erkek	12.02±7.83	13.78±9.14	11.80±8.97	6.30±4.56	8.72±5.39	53.11±33.28
	t	0.528	0.787	0.505	1.771	0.551	0.533
	p	0.598	0.432	0.614	0.079	0.582	0.595
	Yaşadığı Yer	Arkadaşlarıyla Evde	11.64±6.82	14.19±8.38	10.77±7.45	6.84±5.05	8.33±4.90
Devlet Yurdu		13.28±8.91	14.71±8.79	11.26±8.31	9.23±6.94	9.76±5.08	58.19±33.87
Özel Yurt		11.75±9.50	13.12±9.11	10.62±9.52	6.94±6.19	8.69±4.50	52.56±36.34
Ailesiyle		16.40±7.92	18.60±10.58	15.26±9.19	7.53±5.30	11.66±4.15	60.46±33.04
F		1.789	1.252	1.372	1.717	2.420	1.533
Ailesiyle Yaşadığı Yer	p	0.152	0.293	0.253	0.166	0.068	0.208
	Büyükşehir	12.83±8.84	15.69±9.89	11.22±9.28	8.05±6.74	9.20±5.25	57.16±36.93
	Şehir	12.40±7.86	13.51±8.28	11.25±7.81	7.30±5.37	9.36±5.25	53.98±30.10
	İlçe	11.14±6.35	13.55±7.14	9.86±6.57	6.77±5.50	7.77±4.02	49.09±25.83
	Köy	15.80±7.65	17.40±10.14	15.93±7.25	8.66±3.73	11.26±4.23	69.13±28.94
Sosyo-ekonomik Durum	F	1.355	1.234	2.139	0.635	2.117	1.609
	p	0.259	0.299	0.098	0.606	0.100	0.190
	İyi	11.18±8.47	12.12±8.92	13.33±8.72	7.12±6.87	8.76±5.27	50.42±35.67
	Orta	13.00±7.75	15.06±8.78	11.39±8.02	7.59±5.48	9.12±4.90	56.16±30.85
	Kötü	11.12±6.87	18.75±6.54	9.87±7.24	8.50±5.73	9.25±4.06	60.25±28.71
Kendi Ekonomik Durumu	F	0.824	2.402	0.131	0.201	0.078	0.527
	p	0.441	0.094	0.877	0.818	0.925	0.591
	Yeterli	11.74±7.40	13.31±8.92	10.60±7.80	7.06±5.49	8.41±4.95	51.02±30.63
	Yetersiz	13.28±8.25	15.90±8.54	11.97±8.35	8.00±6.03	9.67±4.83	59.13±32.39
	t	1.238	1.880	1.073	1.024	1.630	1.625
p	0.217	0.062	0.285	0.307	0.105	0.106	

TARTIŞMA

Ruhsal yönden sağlıklı olmak; bireyin kendisiyle, çevresindeki kişilerle ve toplumla barış içinde olması ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesidir. Hemşirelik, insanlarla ilişkiye dayanan bir meslek olduğu için, ruhsal yönden sağlıklı meslek üyelerine diğer mesleklerden daha fazla gereksinim duyar. Bu çalışmada bir Sağlık Yüksekokulunda öğrenim gören Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin ruhsal durumları incelenmiştir.

Öğrencilerin KSE ortalama puanı 55.18 ± 31.71 olarak bulunmuştur. KSE alt ölçekleri puan ortalamaları; Anksiyete (12.53 ± 7.86), Depresyon (14.64 ± 8.79), Olumsuz Benlik (11.30 ± 8.09), Somatizasyon (7.54 ± 5.78), Kızgınlık/Öfke (9.05 ± 4.91)'dir. Puan ortalamalarına göre ruhsal belirti sıklığının düşük olduğu söylenebilir. Demirel ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir (9). Barlas ve arkadaşlarının ergenlerde yaptıkları çalışmada KSE'den aldıkları puan ortalaması 79.2 ± 45.65 , alt boyutlardan anksiyete 32.5 ± 9.40 , depresyon 30.4 ± 8.93 , olumsuz benlik algısı 28.6 ± 9.89 , somatizasyon 22.1 ± 6.98 ve kızgınlık 16.9 ± 5.47 olarak bulunmuştur (10) ve bu çalışmadan daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Bir üniversitenin mediko-sosyal merkezinde psikiyatrik değerlendirilmeye alınan öğrencilerin psikiyatrik durumlarının incelendiği çalışmada, öğrencilerin %78'ne bir, %22'sine ise birden fazla psikiyatrik tanı konulduğu belirlenmiştir (11). Kaya ve arkadaşlarının Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirtileri inceledikleri araştırmalarında, sağlık yüksekokulu öğrencilerinde, tıp fakültesi öğrencilerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla depresif belirti olduğu saptanmıştır (12). Benzer şekilde üniversite öğrencilerinde depresif belirtilerin incelendiği bir başka çalışmada ise, depresyon puanı en yüksek bölümün Sağlık Yüksekokulu olduğu belirlenmiştir (13). Özdel ve arkadaşlarının Beck Depresyon Ölçeği'ni kullanarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında, üniversite öğrencilerinin %26.2'de sendromal düzeyde depresyon puanı belirlenmiştir (14). Öğrencilerimizin psikiyatrik belirti düzeylerinin düşük olarak saptanması sevindirici bir durumdur. Değişkenler ile KSE puan ortalamaları karşılaştırıldığında, öğrencilerin buldukları sınıflara göre 2. sınıf öğrencilerinin, KSE ve alt ölçek puan ortalamalarının 3 ve 4. sınıf öğrencilerinden yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin buldukları sınıfları ile ölçeğin alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark, somatizasyon alt boyutta istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Benzer şekilde yapılan çalışmalarda da ruhsal belirti ortalamaları 2. sınıflarda yüksek bulunmuş ve sınıflar arası farkın anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır (7,15,16). Öğrencilerin cinsiyetlerine göre KSE

toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, KSE toplam puan ve anksiyete, depresyon, somatizasyon, kızgınlık alt boyut puan ortalamalarının kız öğrencilerde daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin cinsiyetleri ile ölçeğin toplam ve alt ölçekten aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Yapılan farklı araştırmalarda da KSE alt ölçek puan ortalamaları kız öğrencilerde daha yüksek saptanmıştır (15,16,17). Bununla birlikte yaşanan yerin ve sosyoekonomik düzeyin öğrencilerin KSE ve alt ölçek puanı ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği görülmüştür ($p>0.05$). Benzer şekilde Beşer ve İnci, Aylaz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hemşirelik öğrencilerinin depresyon puanlarının gelir düzeyleri ve cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık oluşturmadığını belirlemiştir (18,19).

Bir başka araştırmada cinsiyetin ve öğrencilerin kaldıkları yerin Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanlar açısından herhangi bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır (14). Kaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, tıp öğrencilerinde ekonomik durumun öğrencilerin depresif belirti riskini artırdığını bulunmuştur (12). Aynı çalışmada cinsiyetle depresif belirti arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmezken, sağlık yüksekokulu öğrencilerinde ailenin gelir düzeyi ile depresif belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki belirlenmemiştir (12).

Çam ve Erkorkmaz'ın çalışmasında ise ailesinden uzak yaşayanlarda daha fazla olduğu bulunmuştur (13). Bir başka çalışmada ise, öğrencilerin yaşadıkları yer ve ailenin ekonomik durumunun problem tarama envanterinden alınan puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği belirlenmiştir (20). İnanç ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise, öğrencilerin yurttan, ailesiyle ya da öğrenci evinde kalmalarının anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve diğer psikiyatrik bozukluklar açısından anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır (11).

Konuya ilişkin yapılan araştırmalar incelendiğinde öğrencilerin sınıf düzeyinin, cinsiyetin, yaşadığı yerin ve ekonomik durumunun psikiyatrik belirtiler üzerine etkisine ilişkin sonuçlar farklılık göstermektedir. Bazı çalışmalar sınıf düzeyinin, cinsiyetin, yaşadığı yerin ve ekonomik durumun ruh sağlığı üzerine etkisi olmadığını gösterirken, bazıları bunların psikiyatrik belirti açısından önemli değişkenler olduğunu söylemektedir.

Öğrencilerin KSE ortalama puanı 55.18 ± 31.71 olarak bulunmuştur. KSE alt ölçekleri puan ortalamaları; Anksiyete (12.53 ± 7.86), Depresyon (14.64 ± 8.79), Olumsuz Benlik

(11.30±8.09), Somatizasyon (7.54±5.78), Kızgınlık/Öfke (9.05±4.91)'dir. Puan ortalamalarına göre ruhsal belirti sıklığının düşük olduğu söylenebilir. İkinci sınıf öğrencilerinin somatizasyon puanı 3 ve 4. sınıf öğrencilerinin puanından daha yüksektir ve fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Öğrencilerin cinsiyetlerine, yaşadıkları yere, ailesiyle yaşadığı yer, aile ve kendi ekonomik durumunu değerlendirmelerine göre yapılan gruplamalarda ise KSE toplam ve alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık göstermemiştir.

Hemşirelik öğrencileri, mezun olduklarında sağlık ekibi içinde görevleri kapsamında bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik bakım hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi ve değerlendirilmesinden sorumlu üyeleri olacaklardır. Bu önemli görev ve sorumlulukları yerine getirebilmeleri için ruhsal olarak sağlıklı bir yapıya sahip olmaları önemlidir.

Öğrencilerin ruh sağlıkları üzerine etkisi olan sosyo-demografik değişkenlerin net olarak belirlenebilmesi için daha geniş örneklemelerde yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Özkürkçügil ÇA. Bir Mediko-Sosyal Merkeze Genel Sağlık Sorunları İle Başvuran Öğrencilerden Psikiyatrik Tanı Alanlarda Bazı Sosyodemografik Özellikler. Türk Psikiyatri Dergisi 1999; 10(2): 115-122.
2. Özyürek R (ed), Korkut F (ed), Owen D.W (ed), Türküm A.S. Gelişen Psikolojik Danışma ve Rehberlik. I. Baskı. ISBN: 978-605-395-033-2 Ankara - 2007. ss:201-218
3. Kum N (ed.), Buldukoğlu K. Çocukluk ve Ergenlikte Görülen Duygusal ve Davranışsal Bozukluklar. I. Baskı. ISBN: 975-94957-7-5 İstanbul - 1996. ss:38-67
4. Muro C, Tomas C, Moreno L, Rubio V. Perception of Agression, Personality Disorders and Psychiatric Morbidity in Nursing Student. Acta Psychiatrica Scandinavica 2002; 106 (Suppl.412): 118-1205.
5. Tezel A, Arslan S, Topal M, Aydoğan Ö, Koç Ö, Şenlik M. Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2009; 12(4): 1-10.

6. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11(2): 1-7.
7. Tanrıverdi D, Ekinci M. Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Sorunlara Sahip Olma Durumları ve Problem Alanlarının Saptanması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 10(4): 42-51.
8. Şahin NH, Batıgün AD, Uğurtaş S. Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı. Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13: 125-135.
9. Demirel SA, Eğlence R, Kaçmaz E. Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi. Nevşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 1. 2011; 18-29.
10. Barlas GÜ, Karaca S, Onan N, Işıl Ö. Üniversite Sınavına Hazırlanan Bir Grup Öğrencinin Kendilik Algıları ve Ruhsal Belirtileri Arasındaki İlişki. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2010; 1(1): 18-24.
11. İnanç N, Savaş HA, Tutkun H, Herken H, Savaş E. Gaziantep Üniversitesi Mediko-Sosyal Merkezi'nde Psikiyatrik Açından İncelenen Öğrencilerin Klinik ve Sosyodemografik Özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004; 5: 222-230.
12. Kaya M, Genç M, Kaya B, Pehlivan E. Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Depresif Belirti Yaygınlığı, Stresle Başaçıkma Tazları ve Etkileyen Faktörler. Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18: 137-146.
13. Çam ÇF, Erkorkmaz U. Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler ve Umutsuzluk Düzeyleri İle İlişkili Etmenler. Nöröpsikiyatri Arşivi 2008; 45: 122-129.
14. Özdel L, Bostancı M, Özdel O, Oğuzhanoglu NK. Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler ve Sosyo-demografik Özelliklerle İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3: 155-161.
15. Kartal A, Çetinkaya B, Turan T. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Ruhsal Belirtilerin Taranması. TAF Prev Med Bull 2009; 8(2): 161- 166.
16. Arslan S, Nazik E, Gürdil S, Tezel A, Arabaci E, Şahin Ö. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull 2012; 11(2): 325-330

17. Aştı N, Acar G, Bağcı H, Bağcı İ. Sağlık Bakım Profesyonele Olarak YetiŖecek Öğrencilerin Ruhsal Durumları ve Yaklaşımlar, Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2005; 15: 25-36.
18. Beşer NG ve İnci F. Sağlık Yüksekokulu 1. Sınıf Öğrencilerinde Görülen Psikiyatrik Semptomlar. New Symposium 2010; 48(2): 143-147.
19. Aylaz R, Kaya B, Dere N, Karaca Z, Bal Y. Sağlık Yüksekokulu Öğrencileri Arasındaki Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8: 46-51.
20. Pektaş İ, Bilge A. Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Problem Alanlarının Belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2007; 8: 83-98.

ÜNİVERSİTE SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN BENLİK SAYGISI, YALNIZLIK DÜZEYLERİ VE EKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ*

Havva KAÇAN SOFTA¹, Gülşen ULAŞ KARAAHMETOĞLU¹,
Umut DEMİRCİ², Elif KILINÇ²,
Alim KANDEMİR², Burak DURAK²

ÖZET

Araştırma, 2012-2013 Eğitim-Öğretim döneminde Kastamonu Üniversitesi Son sınıfta Okuyan Öğrencilerin Benlik Saygısı, Yalnızlık Düzeylerini İncelemek ve Etkileyen Faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, 1 Kasım 2012-1 Ocak 2013 tarihleri arasında Kastamonu Üniversitesi; Sağlık Yüksekokulu, Beden Eğitimi Spor Yüksekokulu, Fen-Edebiyat Fakültesinde okuyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 209 öğrenci oluşturmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan öğrencileri tanımlayıcı form, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve UCLA Yalnızlık Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırma öncesinde kurumlardan Kastamonu Üniversitesi Rektörlüğü aracılığıyla yazılı izin, öğrencilerden ise sözel onamları alınmıştır. Verilerin analizi, SPSS for Windows 17.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmanın değişkenleri için parametrik test varsayımlarından normal dağılım analizi uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; değişkenlerin normal dağılımını gösteren Kolmogorov Smirnov testi, Man Whitney-U testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Whallis Testi kullanılmıştır. Benlik Saygısı ile yalnızlık düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0.433$; $p=0,000<0.05$). Buna göre benlik saygısı arttıkça yalnızlık düzeyi azalmaktadır. Benlik saygısı ile yalnızlık düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Öğrencilerin benlik saygıları yüksek, yalnızlık düzeyleri düşük bulunmuştur. Ayrıca sosyo-ekonomik faktörlerden cinsiyet ve ekonomik durum yalnızlık düzeyini etkilemektedir.

Anahtar sözcükler: Benlik Saygısı, Yalnızlık, Öğrenci, Üniversite

*12. Ulusal hemşirelik Öğrencileri kongresinde 19-21 Nisan 2013 Tarihlerinde Poster Bildiri olarak sunulmuştur.

¹Öğr. Gör. Kastamonu Üniversitesi Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü-Kastamonu

²Kastamonu Üniversitesi Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, 4 sınıf Öğrencileri-Kastamonu

İletişim/ Corresponding Author: Havva KAÇAN SOFTA

Tel: 05057753893e-posta: kakanbe@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received : 18.02.2014

Kabul Tarihi / Accepted : 12.01.2015

AN ANALYSIS OF THE LEVEL OF SELF-RESPECT AND LONELINESS OBSERVED IN THE SENIOR UNIVERSITY STUDENTS AND THE INFLUENTIAL FACTORS

ABSTRACT

This research is done to define the level of self-respect and loneliness and the influential factors observed in Kastamonu University senior students of the 2012-2013 academic year. Totally 209 students from Kastamonu University Vocational School of Health, Vocational School of Physical Education and Faculty of Science & Letters who agreed to participate in the research from November, 1st to January, 1st make up the sample for the research. An identifying form prepared by the researchers to get to know the students, also Rosenberg Self-Concern Scale and UCLA Loneliness Scale are applied for the data. Beforehand, written permit of Kastamonu University Rectorate and oral consent of the students have been guaranteed. SPSS for Windows 17.0 programme is used to analyse the data of the research. As a conjecture of the parametric test, normal distribution analysis is applied for the variables of the research. For evaluation of the data, Kolmogorov Smirnov Test and Man Whitney-U Test are used for the normal distribution of the variables and Kruskal Whallis Test is used for the comparison of the groups in terms of parameters in case there are two groups. There is significant correlation between self-respect and the level of loneliness based upon statistics ($r=-0.433$; $p=0,000<0.05$).

According to that, the higher the self-respect is, the lower is the level of loneliness. Self-respect has negative influence on the level of loneliness. The students have high level of self-respect and low level of loneliness. Besides, socio-economic status affects the level of loneliness.

Key Words: Self-Respect, Loneliness, Student, University

GİRİŞ

Gençlik, insan yaşamının çocukluk ve yetişkinlik arasında yer alan genellikle 15 ile 25 yaşları arasında olan, genellikle coşkulu, atılgan ve çalkantılı bir dönem olarak bilinir. Üniversite gençliği, yaş dönemleri içerisinde, ergenlik döneminden yetişkinlik dönemine geçiş olan ergenliğin son evresindedirler (1). Bu nedenle bu dönem, genç bireyler için ruhsal açıdan oldukça çalkantılı bir gelişim dönemidir (2). Bu dönemde bireyler kendi gelişimini tamamlamaya, kimlik kazanmaya ve yetişkin olmaya hazırlanırken diğer taraftan üniversite hayatının getirdiği zorluklarla da baş etmek durumundadırlar (3,4,5,6).

Gençlik dönemi bunalımların öfkelerin, çatışmaların, kaygıların, yanılgıların, bencilliğin, başkaldırmanın sık görüldüğü, bocalama, çelişkiler ve kararsızlıklar dönemidir. Başlangıcı ve bitişi her bireye göre değişen önemli fiziksel, ruhsal ve toplumsal değişikliklerin görüldüğü bir dönemdir. Bu dönemin kendine özgü önemli kimi özelliklerini ele almamız gençliğin gösterdiği kimi ortak tepkileri ve tutumları anlamamız için gereklidir(1). Üniversite gençliği, toplum açısından değerlendirildiğinde, bir toplumun sosyokültürel yapısının en dinamik unsurudur. Bireyin toplumsal rolünü gereğince yerine getirebilmesi, toplum içinde bir anlam kazanabilmesi sağlıklı bir kişilik gelişimiyle mümkündür (7, 8).

Üniversite öğrencisinin ruhsal durumunda görülen değişiklikler, yetersizlikler ve depresif ruh hali zaman zaman ortaya çıkan ve sağlıklı bireyde görülebilen belirtiler olabilir (9). Bu değişikliklerin gencin ilişkilerini, performansını ve uyumunu bozacak şekilde artması ve uzun sürmesi önemli olup, bu konuda gözlem ve araştırmaların sürdürülmesi gerekir. Ülkemizde yapılan araştırmalara göre üniversite öğrencilerinin ruh sağlığına uyumunu etkileyen başlıca faktörler; aileden ayrılma, yeni çevre ve arkadaşlara uyum, yalnız kalma korkusu, ekonomik güçlükler, yurt hayatına alışma, iş bulma kaygısı, ders başarısı, karşı cins ile ilgili sorunlar, kimlik sorunları, sağlık sorunları, spor, sanat ve toplumsal etkinlikler için gerekli olanakların yokluğu üzerine odaklanmaktadır (9,10,11). Üniversite Öğrencisinin yaşadığı bu fırtınalı ve karışık dönemde sosyal ilişkilerinde eksiklik veya yetersizlik yaşaması ise onun sosyal yalnızlık yaşantıları ile tanışmasına neden olur. Yalnızlık, bireyin kişilerarası ilişkilerindeki yakınlık ihtiyacının giderilemediği ya da yetersiz olduğu zamanlarda ortaya çıkan, çoğunlukla istenmeyen, hoş olmayan

bir deneyimdir (12,13). Yalnız insanların sosyal etkileşimlerinde rahatsızlık yaşayıp kendini açma davranışlarında ve sosyal becerilerinde yetersizlik görülmüştür. Bu insanlar daha az sosyal risk alır, içe dönük, sıkılgan, benlik saygısı düşük, kaygılı ve depresif olurlar (9).

Benlik saygısı; kişinin kendine saygı duyması kadar kendine güven duyması kendini benimseyip değer vermesi, kendini beğenmesi, onaylaması, kendisinden hoşnut olması, kendini olumlu ve sevilmeye değer bulması olarak tanımlanmaktadır. Benlik saygısı gerçeklikten çok bir algı olarak da tanımlanabilir (14). Rosenberg, benlik saygısını “bireyin kendisi ile ilgili yaptığı, sonrada bunu alışkanlıkla benimsediği değerlendirmeleri” olarak tanımlamaktadır. Benlik saygısının yönünün, bireyin kendine ilişkin yaptığı olumlu veya olumsuz değerlendirmeler sonucunda belirlendiği ileri sürülmekte ve kişinin kendine değerlendirmede olumlu bir tutum içindeyse benlik saygısının yüksek, olumsuz bir tutum içindeyse benlik saygısının düşük olduğunu belirtmektedir (15).

Literatürde benlik saygısı “bireyin kendine özgü olarak yaptığı, benimsediği ve devam ettiği değerlendirmesi” şeklinde tanımlanmakta; bununla birlikte gerçek benlik saygısı, kişi kendini gerçekten değerli ve önemli görür ve savunucu benlik saygısında da kişi kendini gerçekten değersiz görür, fakat bunu tehdit olarak kabul etmeye bilir denilmektedir (1,14,16,17). Maslow bir insanın benlik saygısını geliştirebilmesi için önceki ilk üç ihtiyacın giderilmesi, aynı zamanda kabul görmesi ve koşulsuz sevilmesi gerektiğini ve yüksek benlik saygısına sahip olmanın psikolojik anlamda sağlıklı kişilerin özelliği olduğunu belirtmektedir (16).

Benlik saygısı ile yalnızlık arasında anlamlı bir ilişki vardır. Benlik saygısı, kişinin kendini değerlendirmesi sonunda ulaştığı benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur (18). Kişi kendini eleştirebilir ya da kendini tümünden olumlu bulabilir. Kişinin kendini beğenmesi, kendi benliğine saygı duyması için üstün niteliklerinin olması gerekmez, çünkü benlik saygısı, kendini olduğundan aşağı ya da olduğundan üstün görmeksizin kendinden memnun olma, kendini olumlu, beğenilmeye, sevilmeye değer bulma ve özüne güvenmeyi sağlayan olumlu bir ruh halidir (6). Literatüre baktığımızda, benlik saygı düşük olan bireylerin daha çok ruhsal problemler yaşadıkları sosyal ilişkilerinin kısıtlı olduğu, içe dönük yapılarının olduğu ve yalnızlığı tercih ettikleri bildirilmiştir (9,18).

Üniversite öğrencilerinin benlik saygılarını ve yalnızlık düzeylerini etkileyen bazı değişkenlerin olduğu vurgulanmaktadır. Bunlardan bazıları; cinsiyet, kişinin geldiği aile, ana baba, eğitim düzeyi, meslekleri, ekonomik durumlarıdır. Ayrıca, annenin çalışma durumundan, sosyoekonomik düzeyden, demokratik, otoriter ve ilgisiz anne-baba tutumlarından, doğum sırası ve kardeş sayısı, sosyal destek gibi bir takım değişkenlerden de etkilenmektedir (1,17,18).

Araştırma üniversite son sınıf öğrencilerinde benlik saygısı ve yalnızlık düzeylerinin incelenmesi, sosyo-demografik faktörlerin etkisinin araştırılması amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmada benlik saygısı ve yalnızlık arasında ilişki olup olmadığına da cevap aranacaktır.

MATERYAL VE METOD

Araştırma, Kastamonu Üniversitesi 4, sınıf öğrencilerinin benlik saygısı ve yalnızlık ölçek puanlarının demografik özelliklere göre incelenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini Kastamonu Üniversitesi 4,sınıfta okuyan öğrenciler oluşturmaktadır. Evrenin tamamı örnekleme alınamamıştır, çünkü araştırma ile ilgili bilgi verildikten sonra 340 öğrenciden anket uygulamayı kabul eden toplam 209 öğrenciye uygulanmıştır. Araştırmanın uygulama sürecinde Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulu, Beden Eğitimi Spor Yüksekokulu Müdürlüğü'nden ve Fen-Edebiyat Fakültesi Dekanlığı'ndan gerekli izinler alınmış ve anket uygulama sürecinden önce öğrencilere gerekli açıklamalar yapılmış ve sözel onamları alınmıştır. Anket araştırmacılar tarafından öğrencilere 1 Kasım 2012- 1 Ocak 2013 tarihleri arasında uygulanmıştır. Öğrencilerin anketi yanıtlamaları ortalama 10-15 dakika sürmüştür. Uygulama esnasında öğrencilerin anket formuna ve anket formunda bulunan ifadelerle ilişkin soru sormalarına izin verilmiş ve gerekli açıklamalar yapılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS for Windows 17.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde gruptaki denek sayısı yeterli değilse ya da denek sayısı yeterli olduğu halde veri parametrik test varsayımlarını yerine getiremiyorsa parametrik

olmayan yöntemler kullanılır. Araştırmanın değişkenleri için parametrik test varsayımlarından normal dağılım analizi uygulanmıştır.

Değişkenlerin normal dağılımını gösteren Kolmogorov Smirnov testi sonucunda değişkenlerin normal dağılım göstermediği görülmektedir. Verilerin analizinde parametrik olmayan yöntemler tercih edilmiştir. (Yanlızlık Düzeyi $p=0,002$, Benlik Saygısı $p= 0,001$)

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı Man Whitney-U testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Whallis Testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Man Whitney-U testi kullanılmıştır. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri arasındaki ilişkiyi Spearman korelasyon analizi ile test edilmiştir. Ölçekler arasındaki korelasyon ilişkileri aşağıdaki kriterlere göre değerlendirilmiştir (19).

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

“Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği”. Ölçeğin Türk kültürüne uyarlama çalışması Çuhadaroğlu tarafından yapılmıştır (20). Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin 11 alt ölçeği bulunmaktadır. Bunlar: “Benlik Saygısı, Kendilik Kavramı Sürekliliği, Eleştiriye Duyarlılık, Tartışmalara Katılma, Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme, İnsanlara Güven Duyma, Depresif Duygulanım, Hayalperestlik, Ana-Baba İlgisi, Psişik İzolasyon ve Psikosomatik Belirtiler” göstermedir (20). Bu araştırmada benlik saygısı alt ölçeği kullanılmıştır. Rosenberg benlik saygısı ölçeğinden yüksek puan düşük benlik saygısını göstermektedir. Rosenberg Benlik Saygısı alt testinden yanıtlar 0-6 puan ile değerlendirilir. Puanların yorumlanmasında; 0-1 puan alanların “yüksek”; 2-4 puan alanların “orta”, 5-6 puan alanların ise “düşük” benlik saygısına sahip oldukları kabul edilir (20).

BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinden ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır.

Üniversite öğrencilerinin öğrenim gördüğü bölüme göre %39.7’si hemşirelik, %9.1’i biyoloji, %28.7’si beden eğitimi, %9.6’si tarih, %10.5’i felsefe, %2.4’ü fizik olarak

dağılmaktadır. Üniversite öğrencilerinin yaşa göre %92.8'i 21-24 yaş, %7.2'si 25 yaş ve üzerinde iken, %64.6'sı kız, %35.4'ü erkek olarak dağılmaktadır.

Tablo 1. Öğrencilerin Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımları(n=209)

Tanımlayıcı Özellikler	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Bölüm	Hemşirelik	83	39,7
	Biyoloji	19	9,1
	Beden Eğitimi	60	28,7
	Tarih	20	9,6
	Felsefe	22	10,5
	Fizik	5	2,4
Yaş	21-24 yaş	194	92,8
	25 yaş ve üzeri	15	7,2
Cinsiyet	Kız	135	64,6
	Erkek	74	35,4
Mezun olduğu lise türü	Düz lise	116	55,5
	Süper lise	35	16,7
	Anadolu lisesi	58	27,8
Şuan Kaldığı Yer	Ailemle birlikte	37	17,7
	Arkadaşlarımla evde	96	45,9
	Yurtta	76	36,4
Babasının Öğrenim Durumu	İlkokul	60	28,7
	Ortaokul	40	19,1
	Lise	67	32,1
	Üniversite	42	20,1
Babasının Mesleği	İşçi	50	23,9
	Memur	42	20,1
	Serbest meslek	59	28,2
	Diğer	58	27,8
Annesinin Öğrenim Durumu	İlkokul	118	56,5
	Ortaokul	27	12,9
	Lise	53	25,4
	Üniversite	11	5,3
Annesinin Mesleği	Ev hanımı	181	86,6
	Memur	11	5,3
	Diğer	17	8,1
Ailesinin Aylık Geliri	500 tl ve altı	6	2,9
	500 tl-1000 tl	50	23,9
	1000 tl-2000 tl	92	44,0
	2000 tl-3000 tl	40	19,1
Herhangi Fiziksel Engelinin Olup Olmama Durumu	Hayır	201	96,2
	Evet	8	3,8
Kronik Rahatsızlığının Olup Olmama Durumu	Hayır	199	95,2
	Evet	10	4,8
Boş zamanı değerlendirilmede uğraşı olma durumu	Hayır	81	38,8
	Evet	128	61,2
	Toplam	209	100,0

Üniversite öğrencilerinin şuan kaldığı yere göre %17.7'si ailemle birlikte, %45.9 arkadaşlarıyla evde, %36.4'ü yurttta kalmakta, üniversite öğrencilerinin babasının mesleğine göre %23.9'ü işçi, %20.1'i memur, %28.2'si serbest meslek, %27.8'i diğer olarak dağılmaktadır. Üniversite öğrencilerinin annesinin öğrenim durumuna göre %56,5'i ilkokul, %12,9'ü ortaokul, %25,4'ü lise, %5,3'ü üniversite olarak dağılmakta, annesinin mesleğine göre ise %86.6'sı ev hanımı, %5.3'ü memur, %8.1'i diğer olarak dağılmaktadır. Üniversite öğrencilerinin ailesinin aylık gelirine göre %2.9'ü 500 TL ve altı, %23.9'ü 500tl-1000tl, %44.0'ü 1000tl-2000tl, %19.1'i 2000tl-3000tl, %10.0'ü 3000tl ve üzeri olarak dağılmaktadır. Üniversite öğrencilerinin herhangi fiziksel engelinin olup olmama durumuna göre %96.2'si hayır, %3.8'i evet olarak dağılmaktadır. %4.8'i kronik bir sağlık sorununa sahip olduğunu, %38.8'i boş zamanlarını değerlendirdiği bir uğraşısının olmadığını, %61.2'sinin ise bir uğraşısı bulunmaktadır (Tablo1).

Tablo 2. Öğrencilerin Yalnızlık ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları(n=209).

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Yalnızlık Düzeyi	209	35.610	11.125	20.00	67.00
Benlik Saygısı	209	21.680	5.182	8.00	30.00

Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin yalnızlık ve benlik saygısı düzeylerinin ortalamaları incelendiğinde, “yalnızlık düzeyi” ortalaması (35.61 ± 11.12); benlik saygısı ortalaması (21.68 ± 5.18) düzeyde olduğu görülmektedir (Tablo2).

Üniversite öğrencilerinin yalnızlık düzeyi, benlik saygısı puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Bölümler arasında puan farkı bulunmaktadır. Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin yalnızlık puan ortalamaları diğer bölümün öğrencilerine göre daha yüksek iken benlik saygısı puan ortalamaları da yüksek bulunmuştur(Tablo3).Üniversite öğrencilerinin yalnızlık düzeyi ortalamalarının kronik rahatsızlığının olup olmama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.($p=0,008<0,05$). Kronik rahatsızlığı olmayan üniversite öğrencilerinin yalnızlık düzeyi ($x=35,070$), kronik rahatsızlığı olan üniversite öğrencilerinin yalnızlık düzeyinden ($x=46,400$) düşük bulunmuştur. Üniversite öğrencilerinin benlik saygısı puanları ortalamalarının kronik rahatsızlığının olup olmama durumu değişkenine göre anlamlı bir

farklılık göstermektedir($p=0,017<0,05$).Kronik rahatsızlığı olmayan üniversite öğrencilerinin benlik saygısı puanları ($x=21,890$), kronik rahatsızlığı olan üniversite öğrencilerinin benlik saygısı puanlarından ($x=17,400$) yüksek bulunmuştur (Tablo3).

Tablo 3. Öğrencilerin Yalnızlık ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre Puan Ortalamaları (n=209)

	Cinsiyet	N	Ort	Ss	MW	p
Yalnızlık Düzeyi	Kız	135	35.760	11.536	4 977.500	0.967
	Erkek	74	35.340	10.405		
Benlik Saygısı	Kız	135	21.520	5.484	4 897.000	0.814
	Erkek	74	21.970	4.602		
	Yaş	N	Ort	Ss	MW	p
Yalnızlık Düzeyi	21-24 yaş	194	35.700	11.020	1 284.500	0.450
	25 yaş ve üzeri	15	34.400	12,772		
Benlik Saygısı	21-24 yaş	194	21.710	5,063	1 428.500	0.906
	25 yaş ve üzeri	15	21.330	6,737		
	Bölüm	N	Ort	Ss	KW	p
Yalnızlık Düzeyi	Hemşirelik	83	36.120	11.411	0.945	0.967
	Biyoloji	19	34.420	11.017		
	Beden Eğitimi	60	35.850	10.266		
	Tarih	20	35.000	11.585		
	Felsefe	22	35.270	13.224		
	Fizik	5	32.600	9.154		
Benlik Saygısı	Hemşirelik	83	22.330	4.988	5.666	0.340
	Biyoloji	19	19.680	5.588		
	Beden Eğitimi	60	21.970	4.773		
	Tarih	20	21.600	5.041		
	Felsefe	22	21.090	6.248		
	Fizik	5	18.000	6.042		
Kronik hastalık olma durumu		N	Ort	Ss	MW	p
Yalnızlık Düzeyi	Hayır	199	35.070	10.776	497.000	0.008
	Evet	10	46.400	13.032		
Benlik Saygısı	Hayır	199	21.890	5.079	550.000	0.017
	Evet	10	17.400	5.641		

Tablo 43. Öğrencilerin Yalnızlık ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Ailesinin Aylık Gelir Durumlarına Göre Puan Ortalamaları(n=209)

	Aylık gelir durumu	N	Ort	Ss	KW	p
Yalnızlık	500 tl ve altı	6	53.830	7.574	21.539	0.000
Düzeıı	500 tl-1000 tl	50	36.600	11.475		
	1000 tl-2000 tl	92	36.100	10.472		
	2000 tl-3000 tl	40	30.180	8.366		
	3000 tl ve üzeri	21	36.240	12.332		
Benlik	500 tl ve altı	6	18.000	8.319	3.998	0.406
Saygısı	500 tl-1000 tl	50	20.700	5.977		
	1000 tl-2000 tl	92	22.230	4.355		
	2000 tl-3000 tl	40	22.600	4.882		
	3000 tl ve üzeri	21	20.900	5.612		

Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin yalnızlık düzeyi ortalamalarının ailesinin aylık geliri değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini baktığımızda aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur($p=0,000<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; ailesinin aylık geliri 500 tl ve altı olan üniversite öğrencilerinin yalnızlık düzeyi ($53,830 \pm 7,574$), ailesinin aylık geliri 500tl-1000tl olan üniversite öğrencilerinin yalnızlık düzeyinden ($36,600 \pm 11,475$) yüksek bulunmuştur. Ailesinin aylık geliri 500 TL ve altı olan üniversite öğrencilerinin yalnızlık düzeyi ($53,830 \pm 7,574$), ailesinin aylık geliri 1000tl-2000tl olan üniversite öğrencilerinin yalnızlık düzeyinden ($36,100 \pm 10,472$) yüksek bulunmuştur. Ailesinin aylık geliri 500 tl ve altı olan üniversite öğrencilerinin yalnızlık düzeyi ($53,830 \pm 7,574$), ailesinin aylık geliri 2000tl-3000tl olan üniversite öğrencilerinin yalnızlık düzeyinden ($30,180 \pm 8,366$) yüksek bulunmuştur. Ailesinin aylık geliri 500 tl ve altı olan üniversite öğrencilerinin yalnızlık düzeyi ($53,830 \pm 7,574$), ailesinin aylık geliri 3000tl ve üzeri olan üniversite öğrencilerinin yalnızlık düzeyinden ($36,240 \pm 12,332$) yüksek bulunmuştur. Ailesinin aylık geliri 500tl-1000tl olan üniversite öğrencilerinin yalnızlık düzeyi ($36,600 \pm 11,475$), ailesinin aylık geliri 2000tl-3000tl olan üniversite öğrencilerinin yalnızlık düzeyinden ($30,180 \pm 8,366$) yüksek bulunmuştur. Ailesinin aylık

geliri 1000 tl-2000 tl olan üniversite öğrencilerinin yalnızlık düzeyi ($36,100 \pm 10,472$), ailesinin aylık geliri 2000 tl-3000 tl olan üniversite öğrencilerinin yalnızlık düzeyinden ($30,180 \pm 8,366$) yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin benlik saygısı puanları ortalamalarının ailesinin aylık geliri değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo4).

Tablo 5. Öğrencilerin Yalnızlık ve Benlik Saygısı Düzeyleri Aralarındaki İlişki (n=209)

Boyut	Boyut	N	r	p
Benlik Saygısı	Yalnızlık Düzeyi	209	-0.433**	0.000

Benlik Saygısı ile yalnızlık düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ($r = -0.433$; $p = 0,000 < 0.05$). Buna göre benlik saygısı arttıkça yalnızlık düzeyi azalmaktadır (Tablo5).

TARTIŞMA

Yalnızlık; sıkıntılı, acı veren bir deneyim olarak kabul edilir dolayısıyla insanların uzak durmayı istedikleri bir konumdur. Rokach ve Brock (1997), çalışmalarında yalnızlıkla başa çıkmak ve yalnızlığın nasıl deneyimlediğine yönelik insandan insana farklılık gösteren bir durum olduğunu belirtmişlerdir (21). Literatürde insanların %15 ile %28 oranında kendilerini yalnız olarak tanımladıkları bilgisi mevcuttur (22). Bu yalnızlık hissinin ergenlik ve erken yetişkinlik evresinde daha da artış gösterdiği, %25.9 oranında erkeklerde, %16.7 oranında kadınlarda gözlemlendiği belirtilmiştir (23). Bizim çalışmamızda, kız ve erkek öğrencilerin yalnızlık puan ortalamaları ve benlik saygısı arasında fark bulunmamıştır. Demografik değişken olarak cinsiyetin etkisi incelendiğinde yaş ile benzer şekilde anlamlı düzeyde bir farklılaşmadan bahsedilemeyeceği görülmüştür. Literatürde yalnızlığa yönelik ilk kapsamlı araştırmayı gerçekleştirmiş olan Weiss, cinsiyetin yalnızlık düzeyinde herhangi bir anlamlı farklılaşma yaratmadığını belirtmiştir. Knox, Vail - Smith, ve Zusman'da yıllar sonra oluşturdukları benzer çalışmada herhangi bir cinsiyet farklılığından söz edilemeyeceğini saptamışlardır. Onlardan farklı olarak özellikle öğrencilerle çalışılmış birkaç araştırmada cinsiyetin önemli bir faktör olduğunun ifade edildiği görülmektedir. Bunlardan birinde, Yang

erkek öğrencilerin kadınlara nazaran daha yalnızlık hissettiklerini belirtmiştir (25). Farklı olarak, Page ve Cole ise kız öğrencilerin erkek öğrencilerden daha yüksek düzeyde yalnızlık tariflediklerini belirtmişlerdir (26). Kozaklı'nın çalışmasında erkek ve kız öğrencilerin yalnızlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (27). Kutlu, yetiştirme yurdunda ve ailesiyle birlikte kalan gençlerin yalnızlık düzeylerini incelediği çalışmasında, kızların yalnızlık düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğunu belirtmiştir (28). Bu çalışma bulguları, erkeklerin daha düşük düzeyde yalnızlık, daha yüksek düzeyde benlik saygısı ifade ettiklerini fakat cinsiyete bağlı farklılaşmanın anlamlı düzeyde olmadığını göstermektedir. Dolayısıyla bu çalışmada beklenenden farklı bir sonuç yani erkek ve kız öğrencilerin benlik saygısı ve yalnızlık düzeyi arasında ilişki bulunmamıştır.

Demografik değişkenlerden biri olarak yaşın yalnızlık ve benlik saygısı düzeyi için anlamlı düzeyde farklılaşma yaratıp yaratmadığı incelendiğinde, herhangi bir etkisinden söz edilemediği görülmüştür. Khatib üniversite öğrencilerinin benlik saygı ve yalnızlık düzeylerinin ilişkisini incelediği çalışmasında, yaş arttıkça azalan bir yalnızlık ve artan bir benlik saygısı ifade etmiştir (23). Yaşla benlik saygısı arasındaki pozitif korelasyon Ahmadi ve arkadaşlarının çalışmasında da desteklenmiştir (29). Benzer şekilde yaş ile azalan bir yalnızlık düzeyi olduğunu, genç yaşlarda hissedilen yalnızlığın daha ciddi boyutlarda olduğunu saptamışlardır. Bu bulgular, çalışma sonuçları ile farklılık göstermektedir. Bu çalışmada yaşın önemli bir farklılaşma yaratmamış olmasının nedeni söz konusu yaş aralıklarının oldukça kısıtlı olması olabilir. 21-25 yaş arası bir seçim ve gruplamada ciddi farklılıkların gözlemlenemiyor olması doğal karşılanabilir. Fakat ortalamalar incelendiğinde, 21-24 yaş arası 24 yaş üzerine oranla daha yüksek düzeyde yalnızlık tariflemiştir. Bu da literatür ile uyumlu bir sonuçtur. Altıok ve ark'nın çalışmasında da yaş ile benlik saygısı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (18). Elde edilen çalışma bulguları, ne anne ne baba eğitim düzeyinin çocukların benlik saygısı ve yalnızlık düzeylerinde etki sahibi olmadıklarını göstermektedir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, Yaacob ve arkadaşları üniversite öğrencilerinin düşük benlik saygısı ve yüksek yalnızlık düzeyleri ile başa çıkılabilmesi adına aile ve okuldaki eğitimcilerin önemini ifade ettiği görülmektedir. Onlara göre öğrencilerin bu sıkıntılardan hasar almadan kurtulabilmeleri eğitilmiş ve çocuğunu tanıyan ebeveynler sayesinde olabilir. Bu doğrultuda, özellikle ebeveynlere yönelik eğitimlerin önemi ön plana çıkmaktadır. Dolayısıyla literatürden farklı bir sonuç alındığı belirtilebilir. Kronik bir rahatsızlığın insanların benlik imajına yönelik algısını olumsuz etkilediği düşünülmektedir

(31). Bunun nedeni, bu rahatsızlık sebebiyle azalan yaşam kalitesi, işlevsellik ve bunlarla ilgili negatif günlük yaşam problemlerin etkisi olarak düşünülebilir (32). Bu bilgiler ışığında, araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin yalnızlık ve benlik ortalamalarının kronik rahatsızlığın var olup olmadığı değişkeni ile farklılaşmış olması anlamlıdır. Literatür ile paralellik gösteren bu sonuç, özellikle kronik rahatsızlığı olan gençler ile ilgilenilmesi, düşük benlik saygısı ve yüksek yalnızlık düzeyinin tariflenmesi adına desteklenmeleri gerekliliğini gözler önüne sermektedir. Bu açıdan, önlem almaya yönelik risk gruplarının belirlenmesi adına fayda sağlayacaktır. Özellikle yalnızlık değişkeni için aylık gelirin anlamlı düzeyde farklılaşma yarattığı görülmektedir. Literatürde, düşük gelir ve sosyoekonomik statünün bireyin refahını olumsuz etkilediği bilindiğinden yalnızlık hissini arttıracığı ve benlik saygısını düşüreceği ifade edilmiştir (33). Bu doğrultuda, elde edilen sonuçlarda ailenin aylık geliri arttıkça, gençlerdeki yalnızlık seviyesinin de azalıyor olması anlamlıdır. Bu ilişki anlamlı düzeydedir. Artan maddi refah ile gençlerin sosyal ortamlara daha rahat girebilmeleri, maddiyatları sorun teşkil etmediği için arkadaşları ile daha rahat vakit geçirebilmeleri burada etken gösterilebilir. Yine maddi gelirin artışı ile benlik saygısının da arttığı gözlemlense de bu farklılaşmanın anlamlı düzeyde olmadığı dikkat çekmektedir. Altıok ve ark. çalışmasında, maddi yetersizlik yaşamayanların yaşayanlara göre benlik saygısı düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (18). Başka bir çalışmada Veselskal ve arkadaşları, düşük sosyo-ekonomik düzeyi ile düşük benlik saygısı arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır (34).

Benlik saygısı ruh sağlığının önemli bir bileşeni olarak kabul edilmiştir. Benlik saygısı, kendini yalnız hisseden bir üniversite öğrencisi için bu yalnızlık ile ilgili önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir ve öğrencinin davranışlarını yorumlamak adına katkı sağlamaktadır (35,36). Bandura'ya göre, benlik saygısı kişinin kendini değerlendirme pozitifliği olarak tanımlanabilir (37). Literatürde, benlik saygısının hem kendini yalnız hissetme hem de depresyon düzeyi ile ilişkili olduğuna yönelik çalışmalar mevcuttur (36).

Bu çalışmaların genel içeriği incelendiğinde, benlik saygısının öneminin daha çok vurgulandığı dikkat çekmektedir. Burada özellikle genç yaşta öğrenciler için söz konusu olan yüksek benlik saygısının yalnızlık hissini azaltıcı ve depresif belirtileri önleyici etkisi ön plana çıkmaktadır. Bu doğrultuda benlik saygısı düzeyleri ile yalnızlık algısının incelendiği çalışmada iki olgu arasındaki ilişkinin anlamlı düzeyde çıkmış olması (Tablo 5), çalışmanın hipotezini destekler niteliktedir.

Gençlerin sağlıklı psikososyal gelişimlerini tamamlamaları, başarılı bir akademik yaşama sahip olmaları ve böylelikle ileriye dönük problem yaşamamaları için iç görü sağlayacaktır. Öğrencilere yönelik sosyal destek imkanı verecek programların oluşturulması gerekli görülmektedir (30).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; Benlik saygısı arttıkça, yalnızlık düzeyi azalmaktadır. Benlik saygısı ve yalnızlık düzeyini etkileyen sosyodemografik değişkenlere baktığımızda, cinsiyet faktörünün önemli olmadığı ancak erkeklerde yalnızlığın daha düşük, benlik saygısının daha yüksek olduğu cinsiyete bağlı farklılaşmanın olmadığı, aynı şekilde yaşın etkili olmadığı, okunan bölümler açısından fark olmadığı, öğrencilerin anne ve baba eğitim durumu ile mesleği açısından etkili olmadığı görülmüştür. Bunun yanında kronik rahatsızlığa sahip olan öğrencilerin benlik saygısı düşük yalnızlık düzeyi yüksek bulunmuştur. Ailesinin aylık geliri düşük olan üniversite öğrencilerinin yalnızlık düzeyi yüksek bulunurken, ailenin aylık geliri yüksek olan öğrencilerin yalnızlık düzeyi daha düşük bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda; üniversite son sınıf öğrencilerinde yalnızlık düzeylerinin önemsenecek boyutlarda olduğu, düşük benlik saygısının bu yalnızlık algısını muhtemelen artırır nitelikte olduğu görülmüştür. Bu sebeple öğrencilere üniversitelerin danışmanlık merkezleri ve psikolojik danışmanlık birimleri tarafından sosyal destek programları oluşturulması önemlidir. Üniversiteye başlama sebebiyle bulunduğu bölgeden uzaklaşan, yurda ya da öğrenci evine taşınan, flört ilişkileri başlayan biten öğrencilerin yalnızlık seviyelerini etkileyecek birçok faktör olduğundan bu tür destek programları sorun yaşanmasını önleyebilecektir. Üniversite öğrencilerinin sosyal destek ve yalnızlık düzeylerini etkileyen çeşitli faktörlerin ayrı ayrı incelenmesi ve benlik saygısı ve yalnızlık düzeyi arasındaki ilişkinin farklı fakülte ve yüksekokullardan daha geniş bir örneklem grubu ile çalışılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kulaksızoğlu A. Ergenlik Psikolojisi. Remzi Kitabevi, 2006. İstanbul.
2. Özdel L, Bostancı M, Özdel O, Oğuzhanoğlu NK. Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler Ve Sosyo-demografik Özelliklerle İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002; 3: 155-161.

3. Hofling C, Leininger M. Hemşirelikte Ana Psikiyatrik Kavramlar. Kumral A, çeviren. II. Baskı. İstanbul: Doğan Ofset-2008. ss: 398-399.
4. Özbay H, Göka E, Kılınç EZ. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri I. Baskı. İstanbul: Songür Yayıncılık-1994.ss:141-145.
5. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. III. Baskı. İstanbul Nobel Tıp Kitabevi-2006.ss: 566-576.
6. Yörükoğlu A. Gençlik Çağı Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunlar. XI. Baskı. Ankara: Özgür yayınları-2000. ss: 125-135.
7. Esenay FI. Yüksek Lisans Tezi; “Üniversite Öğrencilerinde Sağlık Davranışlarının Sosyal Destek Ve Benlik Saygısı İle İlişkisinin İncelenmesi”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü-2002.
8. Yaratan H, Yücesoylu R. Self-Esteem, Self-Concept, Self-Talk And Significant Others’ Statements İn Fifth Grade Students: Differences According To Gender And School Type. Procedia Social and Behavioral Sciences,2010; 2 : 3506–3518.
9. İnanç N, Savaş HA, Tutkun H, Herken H, Savaş E. Gaziantep Üniversitesi Mediko-Sosyal Merkezi’nde Psikiyatrik Açidan İncelenen Öğrencilerin Klinik Ve Sosyo-Demografik Özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004;5:222-230.
10. Banoğlu R, Çetin Ş. Üniversite Gençliğinin Sorunları. 27. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildirileri; Antalya. 1991. 82-83.
11. Karagözoğlu Ş, Kahve E, Koç Ö, Adamişoğlu D. Self Esteem And Assertiveness Of Final Year Turkish University Students, Nurse Education Today ,2008;28, 641–649.
12. Peplau LA, D Perlman. "Loneliness: A Sourcebook of Current Theory; Research and Therapy". New York: Wiley-Interscience,1982.
13. Sullivan HS. Interpersonal theory of personality. New York: Norton Company Inc,1953.
14. Bilgin Ş. Ergenlerde Kaygı ile Benlik Saygısı Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi,2001.
15. Satılmış G. Yetiştirme Yurdunda Yaşayan Ergenlerde Benlik Saygısı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi,1988.
16. Arıca OT. Üniversite Öğrencilerinde Benlik Saygısı ve Denetim Odağı İlişkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi,1995.
17. Bozkurt E. Bireylerin İletişim Sorunları ve İletişim Becerilerinin Geliştirilmesi, Milli Eğitim Dergisi, 1999;Sayı 142.

18. Altıok HÖ, Ek N, Koruklu N. Üniversite Öğrencilerinin Benlik Saygı Düzeyi ile İlişkili Bazı Değişkenlerin İncelenmesi, Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi,2010;1(1),99-116.
19. Kalaycı Ş.SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Ankara: 3.Baskı Asil Yayın. Dağıtım, Ankara,2008.
20. Çuhadaroğlu F. Adolesanlarda Benlik Saygısı. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara,1986.
21. Rokach A, Brock H. Loneliness and The Effects Of Life Changes. The Journal of Psychology,1997; 131, 284–298.
22. Knox D, K Vail, Smith K, ve Zusman M.The Lonely College Male. International Journal of Men'sHealth, 2007;6(3), 273–279.
23. Khatib S. Exploringthe Relationship Among Loneliness, Self-esteem, Self –efficacy and Gender In United Arab Emirates College Students. Europe’s Journal of Psychology,2012; 8(1), 159-181.
24. Weiss RS.“Loneliness: The Experience Of Emotion And Social Isolation”,Cambridge, MA: MIT Press.1973.
25. Yang J. Relationship Between Gender Traits And Loneliness: The Role Of Self Esteem.Master Tezi.Erişim:<http://bir.brandeis.edu/handle/10192/23150>.2009.
26. Page RM, Cole G. Demographic Predictors Of Self Reported Loneliness In Adults. Psychological Reports,1991; 68, 939–945
27. Kozaklı H. Üniversite Öğrencilerinde Yalnızlık Ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi SosyalBilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı.2006.
28. Kutlu M. Yetiştirme Yurdunda Ve Ailesiyle Birlikte Kalan Öğrencilerin Yalnızlık Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. VII. Ulusal Psikoloji ve Rehberlik Danışma Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, Ankara: Pegem Yayıncılık,2003;11.
29. Ahmadi J, Kamel M, Ahmed M, Bayoumi F ve Moneenum A. Dubai Medical College Students’ Scores On The Beck Depression Inventory. Iranian Red Crescent Medical Journal, 2008;10(3), 169–172.
30. Yaacob S, Uba I, Juhari R. ve Abu M. (2012) Does Self-Esteem Mediate The Relationship Between Loneliness And Depression Among Malaysian Teenagers? Pertanika J. Soc. Sci. and Hum.2012; 20 (1): 179 – 188.

31. Jackson M, Vessey A. Primary Care Of The Child With Chronic Condition, 4th ed., Mosby U.S.A. s. 54.2004.
32. Wilma P. Health And Illness Perspectives, Chronic Illness, 7th ed.;2003; 71 -85.
33. Savikko N, Routasalo P, Tilvis RS, Strandberg TE, Pitkala KH. Predictors And Subjective Causes Of Loneliness In An Aged Population. Archives of Gerontology& Geriatrics.;2005;41(3):223–233
34. Veselska1 Z,Geckova1 A.M, Gajdosova B, Orosova O, Dijk1 JPV, Reijneveld SA. Socio-Economic Differences In Self-Esteem Of Adolescents Influenced By Personality, Mental Health And Social Support, European Journal of Public Health,2009;20(6), 647–652.
35. Taylor SE, Brown JD. Illusion And Well -Being: A Social Psychological Perspective On Mental Health. Psychological Bulletin, 1988;103, 193–210.
36. Hobfoll SE, London P. The Relationship Of Self Concept And Social Support To Emotional Distress Among Women During War. Journal of Social and Clinical Psychology, 1986;4, 189–203.
37. Bandura A. Self -efficacy: The Exercise Of Control . New York: W.H. Freeman. 1997.

KANSER TARAMA MERKEZİNE BAŞVURAN KADINLARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ ERKEN TANI BİLGİ VE UYGULAMALARINA ETKİSİ*

Hacer GÖK UĞUR¹, İlknur AYDIN AVCI²

ÖZET

Bu araştırma, kanser tarama merkezine başvuran kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının erken tanı bilgi ve uygulamalarına etkisini belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Ordu İli Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi'ne Şubat–Mayıs 2009 tarihleri arasında başvuran kadınlar oluşturmuştur. Örneklemi ise bu tarihler arasında kanser tarama merkezine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 307 kadın oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan “Tanıtıcı Özellikler Anket Formu” ile “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi; sayı, yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama, t testi ve Mann Whitney U testi ile yapılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların %92.2'si kanserde erken tanının önemli olduğunu, %72.6'sı kendi kendine meme muayenesi yaptığını, %28.3'ü ise düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yaptığını belirtmişlerdir. Kadınların %44.3'ü mamografi çektirdiğini, %54.7'si klinik meme muayenesi yaptırdığını ve %26.4'ü smear testi yaptırdıklarını ifade etmişlerdir. Kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanı ile meme ve serviks kanserinin erken tanısına yönelik bilgi ve uygulamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Araştırmaya katılan kadınların meme ve serviks kanserine yönelik erken tanı bilgi ve uygulamalarının yetersiz olduğu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları iyi olan kadınların erken tanı bilgi ve uygulamalarının daha iyi olduğu sonucu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kadın, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Erken Tanı.

*Bu çalışma, 7th EONS Spring Convention, 15-16 April 2010, The Hague, The Netherlands'da poster bildiri olarak sunulmuştur.

¹ Öğr. Gör. Dr. Ordu Üniversitesi SYO, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Abd.

² Doç. Dr. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, SYO, Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Abd.

İletişim /Corresponding Author: Hacer GÖK UĞUR
Tel: 04522265200/5533 **e-posta:** hac32@gmail.com

Geliş Tarihi / Received : 10.02.2014
Kabul Tarihi / Accepted: 24.03.2015

THE EFFECT OF HEALTHY LIFESTYLE ATTITUDES OF WOMEN WHO HAVE APPLIED TO THE CANCER INSPECTION CENTER ON EARLY DIAGNOSIS KNOWLEDGE AND IMPLEMENTATIONS

ABSTRACT

This study has been carried out to determine the effect of healthy lifestyle attitudes of women who have applied to the cancer inspection center on knowledge and implementations of early diagnosis. It is a cross-sectional study. The target group was women who applied to the Ordu Cancer Early Diagnosis and Inspection Center between February and May 2009 and the subjects were 307 women who willingly participated in the research. The data collection was carried out via "Traits Inventory Form" and "Healthy Lifestyle Attitudes Scale II" developed by the researcher based on the literature. The data was analyzed by using percentile determination, arithmetic mean, t- test, and Mann Whitney U test.

92.2% of the participants stated that early diagnosis is of great importance for cancer treatment, %72,6 of participants stated that they examine themselves and 28,3% stated that they examine themselves regularly. 44,3% of women stated that they have mammography, 54,7% stated that they get clinically examined and 26,4% stated that they have a smear test. The results showed that there is a statistically significant relation between women's knowledge and applications towards the early diagnosis of breast and cervix cancer and their healthy life attitudes ($p<0.05$). The results indicate that the participants' early diagnosis knowledge and applications towards breast and cervix cancer is inadequate and those who have healthy lifestyle attitudes have more knowledge about early diagnosis.

Keywords: Women, Healthy Lifestyle Attitudes, Early diagnosis.

GİRİŞ

Kanser sık görülmesi ve öldürücülüğünün yüksek olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (1). GLOBOCAN 2012 yılı verilerine göre, dünyada toplam 14.1 milyon yeni kanser vakası tespit edilmiş olup, 8.2 milyon kişi kanser nedeniyle hayatını kaybetmiştir. 2035 yılında 24 milyon kişinin kansere yakalanacağı tahmin edilmektedir. Dünyada, en çok tanı konulan kanserler akciğer, meme ve kolon kanseri iken, en çok ölüme neden olan kanserler akciğer, karaciğer ve mide kanseridir (2). Kadınlarda en sık görülen kanserler ise meme, kolorektal, akciğer ve serviks kanseridir (3). Türkiye’de 2009 yılı verilerine göre kanser, ölüm nedenleri arasında 2.sırada olup, 2015 yılından itibaren kanserin ölüm nedenleri arasında 1.sırada olacağı tahmin edilmektedir (4). Türkiye’de kadınlarda en sık görülen kanserler meme, tiroid, kolorektal, uterus korpus ve akciğer kanseridir (5).

Kanser önlenabilir, erken yakalandığında tedavi edilebilir bir hastalıktır. Kanser taraması ile kanserle ilgili yakınması olmayan kişilerde, henüz klinik bulgu oluşturmamış ve tedavi edilebilecek dönemde bir kanseri yakalama hedeflenmektedir (6,7). Tarama ile meme, kolon, rektum, serviks, prostat ve deri kanserleri erken evrede belirlenebilmektedir. Bu kanserlerin çoğu için erken tanı ile mortalite %85 oranında azalmaktadır (8). Kadınlarda erken tanı ve tarama programı ile önlenabilen kanserler meme ve serviks kanserleridir (9,10). Dünyada 2012 yılı verilerine göre kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseri olup, yaklaşık 1.7 milyon yeni meme kanseri vakası tespit edilmiştir (11). Serviks kanseri ise, kadınlarda 4.sırada görülen kanser olup, 2012 yılında 528,000 yeni serviks kanseri vakası tespit edilmiştir (12). Türkiye’de kadın kanserleri arasında meme kanseri ilk sıradadır (5). Meme kanserinin erken dönemde saptanması sayesinde hem daha uzun bir ömür sağlama hem de daha fazla tedavi seçeneği imkânı doğmaktadır (9,10). Türkiye’de serviks kanseri ise kadın kanserleri arasında dokuzuncu sırada gelmektedir (5). Serviks kanseri kadınlarda yaygın olarak görülen, erken tanı konduğunda %95 tedavi sağlanabilen, geç kalındığında ise %50'lere varan mortalite oranına sahip bir kanserdir. Tarama yöntemlerinin kullanımı sayesinde erken yaşlarda displazi henüz kansere dönüşmeden yakalanarak, kolayca tedavi edilebilmektedir (13).

Ulusal Kanser Kontrol Programına göre meme kanserinde 20 yaş üzerinde ayda bir kendi kendine meme muayenesi (KKMM), 20 yaş üzeri 2 yılda bir, 40 yaş üzeri yılda bir klinik meme muayenesi (KMM) ve 50-69 yaş arasında 2 yılda bir mamografi, serviks kanserinde ise, 30-65 yaş arası 5 yılda bir smear testi önerilen erken tanı ve tarama

yöntemleridir (14). Meme ve serviks kanserinde erken tanı ve tarama yöntemleri olan KKMM, KMM, mamografi ve PAP smear testi yaptırma, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıdır (15). Kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları kanserde erken tanı bilgi ve uygulamalarını etkilemektedir (16). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, hastalık vakalarının azalmasında, ölüm oranlarının düşmesinde ve kanserin önlenmesinde oldukça önemli bir yeri vardır (17). Bu çalışma kanser tarama merkezine başvuran kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının erken tanı bilgi ve uygulamalarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOD

Bu araştırma kanser tarama merkezine başvuran kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, erken tanı bilgi ve uygulamalarına etkisini değerlendirmek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırma Şubat–Mayıs 2009 tarihleri arasında Ordu İli Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi (KETEM)’ne başvuran kadınlar üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Şubat–Mayıs 2009 tarihleri arasında KETEM’e başvuran 370 kadın, örneklemini ise bu kadınlar arasından araştırmaya katılmayı kabul eden, okuma yazma bilen, iletişim kurulabilen 307 kişi oluşturmuştur.

Araştırma verilerinin toplanmasında “Tanıtıcı Özellikler Anket Formu” ile “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” (SYBDÖ) kullanılmıştır. Tanıtıcı Özellikler Anket Formu, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır. Form kadınların sosyo-demografik özellikleri ile meme ve serviks kanserine yönelik erken tanı bilgi ve uygulamalarını içeren 37 sorudan oluşmuştur.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Walker ve ark., (1987) tarafından geliştirilmiş ve 1996 yılında revize edilmiştir (18,19). Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Esin (1997) ve Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır (20, 21). Esin’in çalışmasında 48 maddelik olan ölçeğin ilk versiyonu, Bahar ve arkadaşlarının çalışmasında 52 maddelik olan ikinci versiyonu kullanılmıştır. Bahar ve arkadaşlarının çalışmasında alpha güvenilirlik katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur. Ölçek 52 madde ve altı alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208 ‘dir. Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Derecelendirme 4’lü likert olup hiçbir zaman

(1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) şeklindedir. Bu çalışmada ölçeğin alpha güvenilirlik katsayısı 0.93 olarak belirlenmiştir.

Araştırma verileri toplanırken veri toplama formları öncelikle 10 kişilik bir gruba pilot olarak uygulanmış, soruların denetimi yapılmış, herhangi bir düzeltmeye gerek duyulmadığı tespit edilerek formlar kullanılmıştır. KETEM'e başvuran kadınlara araştırma ile ilgili açıklayıcı bilgiler verildikten sonra araştırmaya katılma kriterlerine uyan kadınlara tanıtıcı özellikler anket formu ile SYBDÖ II formu verilmiş, formlar kadınların bizzat kendileri tarafından KETEM'de ayrı bir odada doldurulmuştur. Her bir formun doldurulması yaklaşık 15–20 dakika sürmüştür.

Veriler SPSS 15.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı, yüzdeler dağılımı, aritmetik ortalama, t testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Araştırma için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay ve Ordu KETEM, Ordu İl Sağlık Müdürlüğü ve Ordu Valiliği'nden yazılı izinler alınmıştır. Araştırmaya katılan kadınlara çalışmanın amacı açıklanarak gönüllü olanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Ayrıca kadınlara ankete isim yazılmayacağı ve bilgilerin gizli kalacağı konusunda açıklama yapılmış ve "bilgilendirilmiş onam" koşulu etik ilke olarak yerine getirilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 41.19 ± 10.75 olup, %31.9'u 30–39 yaş arasında, %57'si ilköğretim mezunu, %90.6'sı evli, %52.8'i il merkezinde yaşamakta, %80.1'i herhangi bir işte çalışmamakta, %94.8'inin sosyal güvencesi olup, %60.6'sının geliri giderine denktir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan kadınların %92.2'si kanserde erken tanının önemli olduğunu, %42.3'ü meme problemi yaşadığını, %86.3'ü ise birinci derece akrabalarında meme kanseri olmadığını ifade etmişlerdir. Kadınların %72.6'sı KKMM yaptığını, %28.3'ü düzenli olarak KKMM yaptığını, %45.6'sı KKMM konusunda eğitim aldığını, %54.7'si KMM yaptırdığını, %35.2'si son bir yıl içinde KMM yaptırdığını, %44.3'ü mamografi çektirdiğini, %32.6'sı ise mamografiyi ne sıklıkla çektireceğini bildiğini belirtmişlerdir (Tablo 2).

Araştırma kapsamındaki kadınların %53.4'ü rahim ağzı ile ilgili sorun yaşadığını, %55.7'si smear testini bilmediğini, %73.6'sı smear testi yaptırmadığını, %77.2'si ise smear testinin hangi aralıklarla yapılması gerektiğini bilmediğini ifade etmişlerdir (Tablo 3).

Tablo 1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Yaş Ortalaması	41.19±10.75 (min.16,max.80) yaş)	
Yaş Grubu	30 yaş altı	46 15.0
	30–39 yaş	98 31.9
	40–49 yaş	93 30.3
	50 ve üzeri yaş	70 22.8
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar	44 14.3
	İlköğretim	175 57.0
	Lise ve üzeri	88 28.7
Medeni Durum	Evli	278 90.6
	Bekâr	29 9.4
Yaşadığı Yer	Köy	115 37.4
	İlçe	30 9.8
	İl Merkezi	162 52.8
Çalışma Durumu	Çalışıyor	61 19.9
	Çalışmıyor	246 80.1
Sosyal Güvence	Var	291 94.8
	Yok	16 5.2
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	121 39.4
	Gelir Gidere Eşit	186 60.6
	Toplam	307 100.0

Kadınların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları ile kanserde erken tanının önemli olduğunu düşünme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Kanserde erken tanının önemli olduğunu düşünen kadınların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Kadınların SYBDÖ puan ortalamaları ile KKMM yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). KKMM yapan kadınların SYBDÖ puanı daha yüksektir. Kadınların SYBDÖ puan ortalamaları ile KKMM'ni düzenli yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). KKMM'ni düzenli yapan kadınların SYBDÖ puanı daha yüksektir. Kadınların SYBDÖ puan ortalamaları ile mamografi çekirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Mamografi çektiren kadınların SYBDÖ puanı daha yüksektir. Kadınların SYBDÖ puan ortalamaları ile KMM yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). KMM yaptıran kadınların SYBDÖ puanı daha yüksektir. Kadınların SYBDÖ puan ortalamaları ile smear testi yaptırma

durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Smear testi yaptıran kadınların SYBDÖ puanı daha yüksektir (Tablo 4).

Tablo 2. Kadınların Meme Problemi Yaşama Durumları ile Meme Kanseri Yönelik Erken Tanı Bilgi ve Uygulamaları

		n	%
Erken Tanı	Önemli	283	92.2
	Önemli değil	24	7.8
Meme Problemi Yaşama	Yaşamış	130	42.3
	Yaşamamış	177	57.7
Yakınlarında Meme Kanseri	Var	42	13.7
	Yok	265	86.3
KKMM Yapma Durumu	Yapıyor	223	72.6
	Yapmıyor	84	27.4
KKMM Yapma Sıklığı	Düzenli olarak	63	28.3
	Ara sıra	160	71.7
KKMM Eğitimi Alma Durumu	Evet	140	45.6
	Hayır	167	54.4
KKMM Bilgi Kaynağı	Sağlık personeli	124	88.6
	Televizyon,	16	11.4
KMM Yaptırma Durumu	Yaptırmış	168	54.7
	Yaptırmamış	139	45.3
Son Bir Yıl İçinde KMM Yaptırma Durumu	Yaptırmış	108	35.2
	Yaptırmamış	199	64.8
Mamografi Çektirme Durumu	Çektirmiş	136	44.3
	Çektirmemiş	171	55.7
Mamografiyi Ne Sıklıkla Çektireceğini Bilme Durumu	Biliyor	100	32.6
	Bilmiyor	207	67.4

Tablo 3. Kadınların Rahim Ağzı ile İlgili Sorun Yaşama Durumu ve Smear Testi ile İlgili Bazı Özellikleri

		n	%
Rahim Ağzı ile İlgili Sorun Yaşama Durumu	Yaşamış	164	53.4
	Yaşamamış	143	46.6
Rahim Ağzı ile İlgili Yaşanan Sorunlar	Akıntı	112	68.3
	Erozyon	52	31.7
Smear Testini Bilme Durumu	Biliyor	136	44.3
	Bilmiyor	171	55.7
Smear Testi Yaptırma Durumu	Yaptırmış	81	26.4
	Yaptırmamış	226	73.6
Smear Testini Yaptırma Sıklığını Bilme Durumu	Biliyor	70	22.8
	Bilmiyor	237	77.2

Tablo 4. Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları İle Erken Tanı Bilgi ve Uygulamalarının Karşılaştırılması

		Kişilerarası İlişkiler	Beslenme	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Stres Yönetimi	Manevi Gelişim	SYBDÖ Toplam Puanı
Erken Tanı	Önemli	28.7±5.9	23.4±4.2	23.2±5.6	15.7±4.8	20.1±4.9	28.0±5.1	139.1±23.8
	Önemli değil	29.8±4.9	24.6±4.3	20.8±6.7	14.8±4.1	20.4±4.6	26.8±5.1	137.1±21.6
	U	2951.5	2915.5	2565.0	3076.0	3066.0	2945.0	3289.0
	p	0.286	0.248	0.046	0.442	0.428	0.279	0.798
KKMM	Yapanlar	29.2±6.0	23.9±4.0	24.0±5.3	16.2±4.7	20.6±4.8	28.4±5.1	142.3±22.9
	Yapmayanlar	27.5±5.1	22.3±4.4	20.7±6.1	14.1±4.6	18.7±4.7	26.6±4.9	129.9±23.3
	t	2.240	3.136	4.676	3.596	3.186	2.700	4.237
	p	0.026	0.002	0.000	0.000	0.002	0.007	0.000
KKMM	Ara sıra yapma	28.3±6.5	23.4±3.9	22.9±5.0	15.9±4.5	20.0±4.7	27.4±5.0	137.9±22.6
Yapma	Düzenli yapma	31.5±3.9	25.4±4.0	26.5±5.0	16.9±5.0	22.2±4.8	31.0±4.5	153.5±19.7
Sıklığı	t	3.687	3.394	4.830	1.340	3.139	5.113	4.814
	p	0.000	0.001	0.000	0.181	0.002	0.000	0.000
Mamografi	Çektiren	30.0±6.5	24.2±4.1	24.2±5.5	15.9±4.7	20.6±4.9	28.9±5.0	143.8±23.0
	Çektirmeyen	27.7±5.0	22.9±4.2	22.2±5.7	15.4±4.8	19.7±4.8	27.1±5.1	135.0±23.4
	t	3.511	2.861	3.085	0.866	1.504	3.079	3.278
	p	0.001	0.005	0.002	0.387	0.134	0.002	0.001
KMM	Yaptıranlar	29.5±5.0	23.7±4.3	23.7±5.5	15.9±4.8	20.5±4.9	28.6±5.0	141.9±23.5
	Yaptırmayanlar	27.9±6.6	23.3±4.1	22.3±5.8	15.3±4.7	19.6±4.8	27.1±5.1	135.4±23.3
	t	2.454	0.818	2.233	1.086	1.609	2.625	2.410
	p	0.015	0.414	0.026	0.278	0.109	0.009	0.017
Smear Testi	Yaptıranlar	29.5±4.7	24.8±4.0	24.7±5.8	16.8±5.2	21.2±4.9	29.5±4.8	146.5±22.8
	Yaptırmayanlar	28.5±6.2	23.0±4.2	22.4±5.6	15.2±4.5	19.7±4.8	27.3±5.1	136.2±23.3
	t	1.338	3.318	3.153	2.665	2.319	3.328	3.432
	p	0.182	0.001	0.002	0.008	0.021	0.001	0.001

TARTIŞMA

Araştırmaya katılan kadınların %92.2'si kanserde erken tanının önemli olduğunu düşünmektedir (Tablo 2). Sadler ve ark. (2001), Amerika'da yaşayan Hintli kadınların %92.3'ünün, Sadler ve ark. (2007), Amerika'da yaşayan Afrikalı 40 yaş ve üzeri kadınların %80'inin meme kanserine bağlı ölüm riskini azaltmada erken tanı ve tarama uygulamalarının önemli olduğunu düşündüklerini belirtmiştir (22,23). Bu sonuçlar araştırma bulgumuzu desteklemektedir. Çalışmamızda kadınların %42.3'ünün meme problemi yaşadığı ve %13.7'sinin yakınlarında meme kanseri olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Coates ve ark., Amerika'da yaptığı çalışmada 45 yaş altı kadınların %3'ünün meme problemi yaşadığını, %14.2'sinin ailelerinde meme kanseri olduğunu tespit etmişlerdir (24). Aydın Avcı ve Gözüm kadın öğretmenlerin %15.7'sinin meme problemi yaşadığını, %7.8'inin ailesinde meme kanseri olduğunu belirtmişlerdir (25). Araştırmamızda meme problemi yaşayan kadınların oranı literatürle karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuştur. Araştırmanın KETEM'e başvuran kadınlar üzerinde yapılması ve kadınların yakınmalarından birisinin de meme problemi olması bu durumu etkilemiş olabilir.

Araştırmadaki kadınların %72.6'sı KKMM yaptığını, %28.3'ü ise düzenli olarak her ay KKMM yaptığını belirtmiştir (Tablo 2). Coates ve ark., 45 yaş altı kadınların %76.8'inin KKMM yaptığını ve bunlardan %42.9'unun düzenli KKMM yaptığını belirtmiştir (24). Jelinski ve ark., kadınların %61'inin, Sadler ve ark., kadınların %38.2'sinin, Rezaei ise kadınların %72.1'inin düzenli olarak KKMM yaptığını belirtmişlerdir (26, 27, 28). Gençtürk kadın sağlık profesyonellerinin %26.3'ünün KKMM yaptığını ve %19.7'sinin her ay düzenli KKMM yaptığını, Oran Tuna ve ark., akademisyen kadınların %52.6'sının düzenli KKMM yaptığını, Dağhan ve Çevik işçi kadınların %42'sinin KKMM yaptığını, %21'inin düzenli olarak KKMM yaptığını, Maral ve ark., kadınların %9.3'ünün düzenli KKMM yaptığını, Aydın Avcı ve Gözüm kadın öğretmenlerin %48.3'ünün KKMM yaptığını ve %8.6'sının düzenli yaptığını, Durgun Ozan 15-65 yaş grubu kadınların %42.3'ünün KKMM yaptığını ve %28.4'ünün ise düzenli olarak KKMM yaptığını tespit etmişlerdir (16, 25, 29, 30, 31, 32). Türkiye'de yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında bu çalışmada KKMM yapma oranının yüksek çıkmasında, çalışmanın KETEM'de yapılmış olmasının, kadınların daha önceden meme muayenesine yönelik eğitim almalarının ve çoğunluğunun eğitimi sağlık personelinde almış olmasının etkisi olabilir. Bununla birlikte çalışmada kadınların düzenli KKMM yapma oranının düşük bulunması, yapılan eğitimlerin sağlık davranışı kazandırmada yetersiz kalmasının bir sonucu olabilir.

Araştırmadaki kadınların %54.7'sinin klinik meme muayenesi yaptırdığı ve %35.2'sinin

son bir yıl içinde KMM yaptırdığı belirlenmiştir (Tablo 2). Sadler ve ark. (2001), Amerika’da yaşayan Hintli kadınların %54.8’inin son bir yıl içinde KMM yaptırdığını, Moskowitz ve ark., kadınların %47.6’sının KMM yaptırdığını, Sadler ve ark. (2007), Amerika’da yaşayan Afrika’lı kadınların %57’sinin son bir yıl içinde KMM yaptırdığını, Jelinski ve ark., kadınların %67’sinin KMM yaptırdığını, %20’sinin ise düzenli olarak KMM yaptırdığını, Rezaei ise, İran’da yaptığı çalışmasında kadınların %15.4’ünün düzenli olarak KMM yaptırdığını tespit etmişlerdir (22, 23, 26, 28, 33). Gençtürk kadın sağlık profesyonellerinin %10.5’inin KMM yaptırdığını, %2.6’sının ise düzenli olarak yılda bir kez KMM yaptırdığını, Maral ve ark., kadınların %30.4’ünün KMM yaptırdığını belirtmişlerdir (29,31). Türkiye’de yapılan çalışmalarla karşılaştığımızda bu çalışmada son bir yıl içinde KMM yaptırma oranının yüksek olması kadınların bir kısmının daha önce KETEM’e gelerek KMM yaptırmış olmalarına bağlanabilir.

Araştırmadaki kadınların %44.3’ü mamografi yaptırdığını, %32.6’sı ise mamografiyi ne sıklıkla çekeceğini bildiğini belirtmişlerdir (Tablo 2). Moskowitz ve ark., Koreli kadınların %67,8’inin mamografi yaptırdığını, Coates ve ark., kadınların %53’ünün mamografi yaptırdığını, Soskolne ve ark., Arap kadınların %51’inin mamografi yaptırdığını tespit etmişlerdir (24, 33, 34). Türkiye’de ise Gençtürk kadın sağlık profesyonellerinin %13.2’sinin mamografi yaptırdığını, %1.3’ünün ise düzenli olarak yılda bir kez mamografi yaptırdığını, Koçyiğit kadınların %28.4’ünün, Maral ve ark., kadınların %20.3’ünün mamografi yaptırdıklarını bulmuşlardır (29, 31, 36). Türkiye’de yapılan çalışmalarla karşılaştığımızda bu araştırmada mamografi yaptırmama oranının yüksek çıkmasında çalışmanın KETEM’e başvuran kadınlar üzerinde yapılması etkili olmuştur. Yurt dışında yapılan çalışmalarla karşılaştığımızda bu araştırmada mamografi yaptırmama oranının düşük olması Türkiye’de erken tanı ve tarama programlarının yeterince uygulanmamasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda kadınların %26.4’ü smear testi yaptırdığını, % 22.8’i ise smear testini ne sıklıkla yaptıracağını bildiğini ifade etmişlerdir (Tablo 3). Moskowitz ve ark., Koreli kadınların %66.7’sinin smear testi yaptırdığını, Gamarra ve ark., Arjantinli kadınların %30.5’inin son üç yıl içinde smear testi yaptırdığını belirtmiştir (33, 37). Yücel kadınların %24.2’sinin smear testi yaptırdığını, Durgun Ozan çalışmasında kadınların %10’unun smear testi yaptırdığını ve bunlardan yaklaşık yarısının son bir yıl içerisinde smear testi yaptırdığını, Oran Tuna ve ark., kadınların %28.2’sinin smear testi yaptırdığını ve %27.1’inin son üç yıl içinde smear testi yaptırdığını tespit etmişlerdir (16, 32, 38). Araştırma bulgumuz Türkiye’de yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bununla birlikte yurt dışında yapılan çalışmalarda smear testi yaptırmama oranı daha yüksektir. Bu sonuçlar Türkiye’de smear testi

yaptırma oranının düşük seviyelerde olduğunu göstermektedir. Bunda toplumumuzda smear testinin mahrem bir konu olarak algılanması, smear testi yapan doktorun erkek olması durumunda kadınların smear testi yaptırmaktan çekinmesi ve zorunlu olmadıkça tarama amaçlı test yaptırmak istememelerinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada SYBDÖ'nin sağlık sorumluluğu boyutundan yüksek puan alan kadınların, kanserde erken tanının önemli olduğunu düşündüğü bulunmuştur (Tablo 4). Kanserde erken tanının önemli olduğunu düşünen kadınların sağlık sorumluluğunun yüksek bulunması, doğal olarak kadınların erken tanı uygulamalarını daha fazla önemseyip, benimseyeceklerini ve uygulayabileceklerini düşündürebilir. Çalışmada SYBD Ölçeği toplam puanı ve tüm alt boyutlarından yüksek puan alan kadınların KKMM yaptığı ve KKMM'ni düzenli olarak uyguladıkları saptanmıştır (Tablo 4). Meme kanserinin erken tanısında KKMM önerilen bir yöntemdir. Kadınların kendi meme dokusunu tanınması ve oluşan değişiklikleri fark etmesi, her ay düzenli olarak yapılan KKMM ile sağlanmaktadır. Böylece meme kanserinin yaklaşık %90'ı hastaların kendileri tarafından belirlenmektedir (39). Çalışmada sağlığı geliştirme davranışı olan KKMM'ni yapan ve düzenli olarak yapan kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur. Kadınların KKMM'ni yapma ve düzenli yapmaları olası bir meme kanserinde erken tanı uygulamalarını yapacaklarını düşündürebilir. Benzer şekilde Oran Tuna ve arkadaşlarının çalışmasında KKMM yapan kadınların SYBD ölçeği puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (16).

Araştırmada SYBD ölçeği toplam puanı ile ölçeğin kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim alt boyutlarından yüksek puan alan kadınların mamografi çektirdiği belirlenmiştir (Tablo 4). Oran Tuna ve arkadaşlarının çalışmasında mamografi çektirme durumunun SYBD ölçeği, beslenme ve sağlık sorumluluğu puan ortalamalarını etkilediği belirlenmiştir (16). Bu sonuçlar, bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Mamografi çektirme de sağlığı geliştirici aktivitelerden birisidir. Kadınların SYBD ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların mamografi çektirme durumunu etkilemesi bu yorumu desteklemektedir. Sağlığı geliştirici davranışların artmasıyla mamografi çektirme oranının artacağı öngörülmektedir. Araştırmada SYBD ölçeği toplam puanı ile kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim boyutlarından yüksek puan alan kadınların klinik meme muayenesi yaptırdıkları tespit edilmiştir (Tablo 4). Periyodik sağlık muayenesinin bir parçası olarak kabul edilen KMM yaptırma sağlıklı yaşam biçimi davranışı olarak kabul edilir. KMM yaptıran kişinin sağlık sorumluluğunun yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Kendini gerçekleştirme insan davranışlarını yöneten bir güdü olduğu kadar, erişilmeye çalışılan bir gelişme düzeyi olarak da tanımlanmaktadır. Kendini gerçekleştiren

birey ise “kapasitesini tam olarak kullanan” ya da “verimli” birey olarak ifade edilmektedir (17). Kendini gerçekleştirme yolunda ilerleyen bireyin kişilerarası ilişkileri iyidir. Sağlık sorumluluğu kazanan kişide erken tanı yöntemi olan KMM yaptırması beklenebilir. Çalışmada SYBD ölçeğinin toplam puanı ile beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim boyutlarından yüksek puan alan kadınların smear testi yaptırdığı belirlenmiştir (Tablo 4). Benzer şekilde Oran Tuna ve arkadaşlarının çalışmasında da kadınların smear testi yaptırma durumları ölçeğin kişilerarası ilişkiler alt boyutu dışındaki diğer tüm boyutlarını ve SYBD toplam ölçek puanını etkilemiştir (16). Bu sonuçlar kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının erken tanı uygulamalarını etkilediğini göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada kadınların meme ve serviks kanserine yönelik erken tanı bilgi ve uygulamalarının yetersiz olduğu belirlenmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları iyi olan kadınların erken tanı bilgi ve uygulamalarının daha iyi olduğu sonucu bulunmuştur. Bu doğrultuda halk sağlığı hemşireleri tarafından kadınlara meme ve serviks kanserinde erken tanıya yönelik nitelikli eğitimlerin yapılması, erken tanı uygulamaları ile ilgili sağlık davranışı kazandırılması ve kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında bilinçlendirilmesi önerilir. Ayrıca sağlığı geliştirme davranışlarının erken tanı, bilgi ve uygulamaları üzerine etkilerinin daha iyi anlaşılabilmesi için toplumun farklı kesimlerinde, geniş örneklemlerle çalışmalar yapılması yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Günay Aktaş S. Türkiye’de Kadınlarda Meme Kanseri Nedeniyle Ölüm: Mekânsal Dağılım ve Şehirlerin Sosyoekonomik Gelişmişlik Düzeyi İle İlişkisi. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2013; 29(7): 442-450.
2. World Health Organization 2014. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>.
3. World Cancer Research Fund International 2014. Cancer Statistics: Worldwide. http://www.wcrf.org/cancer_statistics/world_cancer_statistics.php.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013. <http://www.kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanserkayitciligi/108%C3%BCrkiyede-kanser-kayitcigi.html>.
5. Gültekin M, Boztaş G. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014. Türkiye kanser istatistikleri. <http://www.kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser->

- kayitcigli /108t%C3%BCrkiyede-kanser-kayitci.html.
6. Engin K (ed.), Kahraman Çetintaş S(ed.), Topal U. Meme Kanseri Taraması. Meme Kanseri. Nobel Tıp Kitapevleri. Nobel Matbaacılık, İstanbul-2005.
 7. Tuncer M (ed.), Durak S, Karakılınç H. Kanser Kontrolünde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Rolü. Türkiye’de Kanser Kontrolü Bakanlık Yayın Numarası: 707, Onur Matbaacılık Ltd. Şti. Ankara- 2007. ss: 519-522.
 8. Cancer Facts and Figures 2008. <http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalesecured.pdf>.
 9. Aydınтуğ S. Meme Kanseri Erken Tanı. STED 2004; 13 (6): 226-229.
 10. Aydın S (ed.), Akça T (ed.), Akça T. Meme Tarama Programı Nedir ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Nasıl Yapılır? Tanıdan Tedaviye Meme Kanseri Gerçeği, Mersin Üniversitesi Yayınları No: 16, Can Matbaacılık Yayıncılık. Mersin-2007. ss: 13-19.
 11. World Cancer Research Fund International 2014. Cancer Statistics: Data On Specific Cancers: Breast cancer. http://www.wcrf.org/cancer_statistics/data_specific_cancers/breast_cancer_statistics.php.
 12. World Cancer Research Fund International 2014. Cancer Statistics: Data on specific cancers: Cervical cancer. http://www.wcrf.org/cancer_statistics/data_specific_cancers/cervical_cancer_statistics.php.
 13. Gökaslan H, Uyar E. PAP Smear İle Servikal Kanser Taraması. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2004; 8(3): 105-110.
 14. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013. Türkiye’de kanser taramalarında yeni stratejiler. <http://www.kanser.gov.tr/bilgi-dokumanlar/sunum/701-t%C3%BCrkiye-de-kanser-taramalar%C4%B1nda-yeni-stratejileri.html>.
 15. Ocakçı A. 2013. Sağlığın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü. <http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm>.
 16. Oran Tuna N, Can Öztürk H, Senuzun F, Aylaz Durmaz R. Health Promotion Lifestyle and Cancer Screening Behaviors: A Survey Among Academician Women. Asian Pacific J. Cancer Prev 2008; 9: 515-518.
 17. Erci B(ed.). Halk Sağlığı Hemşireliği. Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlıklı Yaşam. Göktuğ Yayıncılık, Fırat Matbaacılık, Ankara-2009. ss: 192-201.
 18. Walker SN, Hill-Polrecky D. Psychometric Evaluation of The Health-Promoting Lifestyle Profile-II. Proceedings of the 1996 Scientific Session of the American Nurse Association’s Council of Nurse Researchers. 1996: 110 p.
 19. Lubkin IM, Larsen PD. Chronic Illness: Impact and Interventions. (6th ed.), Jones &

- Bartlett Publishers, USA-2005. 680p.
20. Esin Özabacı MN. Doktora Tezi; “Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi” İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Doç.Dr. Semra Erdoğan. İstanbul-1997.
 21. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kısal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2008; 12(1): 1-13.
 22. Sadler GR, Dhanjal SK, Shah NB, Shah RB, Ko MC, Anghel M, Harshburger R. Asian Indian Women: Knowledge, Attitudes and Behaviors Toward Breast Cancer Early Detection. Public Health Nursing 2001; 18(5): 357-363.
 23. Sadler GR, Ko MC, Cohn JA, White M, Weldon R, Wu P. Breast Cancer Knowledge, Attitudes, and Screening Behaviors Among African American Women: The Black Cosmetologists Promoting Health Program. BMC Public Health 2007; 7: 57.
 24. Coates RJ, Uhler RJ, Brogan DJ, Gammon MD, Malone KE, Swanson CA, Flagg EW, Brinton LA. Pattern and Predictors of The Breast Cancer Detection Methods in Women Under 45 Years of Age (United States). Cancer Causes and Control 2001; 12: 431-442.
 25. Aydın Avcı İ, Gözüm S. Comparison of Two Different Educational Methods on Teachers' Knowledge, Beliefs and Behaviors Regarding Breast Cancer Screening. European Journal of Oncology Nursing 2009; 13: 94-101.
 26. Jelinski SE, Maxwell CJ, Onysko J, Bancej CM. The Influence of Breast Self-Examination on Subsequent Mammography Participation. American Journal of Public Health 2005; 95(3): 506-511.
 27. Sadler GR, Takahashi M, Ko MC, Nguyen T. Japanese American Women: Behaviors and Attitudes Toward Breast Cancer Education and Screening. Health Care for Women International 2003; 24: 18-26.
 28. Rezaei MB. Breast Cancer Detection Among Tabrizian Women. Res. J. Biol. Sci., 2008; 3(2): 236-237.
 29. Gençtürk N. Kadın Sağlık Profesyonellerinin Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerini Bilme ve Uygulama Durumları. The Journal of Breast Health 2013; 9(1): 5-9.
 30. Dağhan Ç, Çevik Ü. Tokat Sigara Fabrikası Kadın İşçilerine Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Hakkında Yapılan Bilgilendirmenin Doğru Bilgi ve Davranış Geliştirme Durumuna Etkisi. Tuncer M (ed.). Türkiye’de Kanser Kontrolü Bakanlık Yayın Numarası: 707. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Onur

- Matbaacılık Ltd. Şti. Ankara-2007. ss: 525–532.
31. Maral I, Budakoglu II, Ozdemir A, Bumin MA. Behaviors Toward Methods of Breast Cancer Early Detection in Women Over 40 Years in A Rural Region of Ankara, Turkey. *Journal of Cancer Education* 2009; 24: 127-128.
 32. Durgun Ozan Y. Yüksek lisans Tezi; “Farklı Meslek Gruplarına Mensup 15–65 Yaş Arası Kadınların, Meme ve Serviks Kanserinden Korunma İle İlgili Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi” Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tez yöneticisi; Prof.Dr. Melikşah Ertem. Diyarbakır-2007.
 33. Moskowitz JM, Kazinets G, Wong JM, Tager IB. “Health is Strength”: A Community Health Education Program to Improve Breast and Cervical Cancer Screening Among Korean American Women in Alameda County, California. *Cancer Detection and Prevention* 2007; 31: 173-183.
 34. Soskolne V, Marie S, Manor O. Beliefs, Recommendations and Intentions Are Important Explanatory Factors of Mammography Screening Behavior Among Muslim Arab Women in Israel. *Health Education Research* 2007; 22(5): 665-676.
 35. Yücel A, Değirmenci B, Acar M, Ellidokuz H, Albayrak R, Haktanır A. Knowledge About Breast Cancer and Mammography in Breast Cancer Screening Among Women Awaiting Mammography. *Turk J. Med Sci.* 2005; 35: 35-42.
 36. Koçyiğit O. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi; “Polikliniğe Başvuran Kadınların Meme Kanseri, Meme Muayenesi ve Mammografi Hakkında Bilgi Düzeyi: İl Merkezinde Yapılan Bir Çalışma”. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara-2007.
 37. Gamarra CJ, Paz EPA, Griep RH. Knowledge, Attitudes and Practice Related to Papanicolaou Smear Test Among Argentina’s Women. *Rev. Saude Publica*, 2005; 39(2): 1-6.
 38. Yücel U. Yüksek Lisans Tezi; “Kadınlara Serviks Kanserine İlişkin Risk Faktörleri ve Korunma Konusunda Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi” Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Gülsün Özentürk. İzmir-2006.
 39. http://www.bsm.gov.tr/docs/meme_kanseri%20_bilgi_notu.pdf, 2014. (Erişim tarihi: 12.01.2014)

ORTAOKUL ÖĞRENCİLERİNİN BEDEN KİTLE İNDEKSİ VE FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYLERİNİN YAŞ, CİNSİYET VE SPOR YAPMA DURUMLARINA GÖRE İNCELENMESİ*

Mesut HEKİM¹, Yılmaz YÜKSEL²,

ÖZET

Bu araştırmanın amacı ortaokul öğrencilerinde fiziksel aktivite düzeyini ve beden kitle indeksini yaş, cinsiyet ve spor yapma değişkenlere göre incelenmektir. Araştırmaya Erzurum ilindeki farklı ortaokullarda öğrenim gören 150 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesinde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Form kullanılmıştır. Beden kitle indeksi değerlerinin belirlenmesinde kg/boy² formülü kullanılmıştır. Elde edilen verilerin analizinde SPSS 15.0 for Windows programında frekans ve ki-kare analizi yapılmıştır.

Araştırmanın sonunda öğrencilerin beden kitle indekslerinin ve fiziksel aktivite düzeylerinin yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$). Erkek öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin ve beden kitle indekslerinin kız öğrencilerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bunun yanında öğrencilerin beden kitle indekslerinin düzenli olarak spor yapma durumlarına göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0.05$), buna karşılık öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin spor yapma durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Sonuç olarak ortaokul öğrencilerinde yaş ve cinsiyet faktörlerinin beden kitle indeksi üzerinde farklılık oluşturmadığı, cinsiyet ve spor yapma durumunun fiziksel aktivite düzeyinde etkili olduğu, bunun yanında yaş unsurunun fiziksel aktivite düzeyini etkilemediği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Ortaokul Öğrencileri, Fiziksel Aktivite Düzeyi, Beden Kitle İndeksi

*Bu çalışma, 21-23 Mayıs 2014 tarihlerinde Akdeniz Üniversitesi'nde gerçekleştirilen 1.Uluslararası Spor Bilimleri, Turizm ve Rekreasyon Öğrenci Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

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

², Araş. Gör. Anadolu Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi, Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Bölümü,

İletişim /Corresponding Author: Mesut HEKİM

Tel: 05375141388 **e-posta:** mesut.hekim@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received :13.09.2014

Kabul Tarihi / Accepted:25.03.2015

INVESTIGATION OF BODY MASS INDEX AND PHYSICAL ACTIVITY LEVELS OF SECODARY SCHOOL STUDENTS IN TERMS OF AGE, GENDER AND DOING SPORT SITUATIONS

ABSTRACT

The aim of this study is to examine physical activity and body mass index at secondary school students in terms of age, gender and doing sport situations. 150 students taking education at different secondary schools in Erzurum City participated to study. International Physical Activity Questionnaire Short Form was used in identification of physical activity level of students. Kg/height^2 formula was used in evaluation of body mass index values. Frequency and Chi-Square analyses in SPSS 15.0 For Windows Package program.

In the end of research, it was established that secondary school students' physical activity levels and body mass indexes aren't shown significant difference as age groups ($p>0,05$). It was established that male students' physical activity levels and body mass indexes are higher at significant level than female students ($p<0,05$). Besides, it was found that students' body mass index isn't shown significant difference as doing sport situation regularly ($p>0,05$), notwithstanding, students' physical activity levels is shown significant difference as doing sport situation regularly ($p<0,05$).

As a result, it may be said that age and genders at secondary school students don't contribute difference on body mass index, gender and doing sport situation regularly are effective, besides, age factor doesn't affect physical activity level.

Keywords: Secondary School Students, Physical Activity Level, Body Mass Index

GİRİŞ

Çocuklarda büyüme ve gelişmeye bağlı olarak hormon yapılarında, kas, eklem ve kemiklerde, enerji sistemlerinde ve kan dolaşım sistemlerinde bazı değişiklikler gözlenmektedir. Ergenliğin başlamasına kadar geçen süre içerisinde çocuklar belirli bir düzende kilo alırlar. Bu döneme kadar çocuklarda düzenli boy artışı da gözlenir (1). Ancak günümüzde çocukların içinde buldukları hareketsiz yaşam tarzı fiziksel gelişimi olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle çocukların bilgisayar ve televizyon başında fazla vakit harcamaları başta obezite olmak üzere çocuklarda bazı gelişim bozukluklarına neden olmaktadır (2). Çocuklarda hareketsiz yaşam tarzının ortaya çıkmasında haftalık beden eğitimi ve spor ders saatlerindeki azalmanın yanında (3), teknolojik gelişmeler ve hızlı kentleşmeye bağlı olarak çocuk oyun alanlarının azalması (4) gibi faktörler yer almaktadır.

Beden kitle indeksi dünya çapında obezite ve kilo problemlerinin belirlenmesinde yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Beden kitle indeksi vücut ağırlığının boyun metre cinsinden karesine bölünmesi ile tespit edilir (5). Ortaya çıkan değerlere göre kişinin zayıf, şişman veya obezite sınırları içerisinde bulunduğu tespit edilmektedir. Dolayısıyla obezitenin klinik tanısının konmasında da beden kitle indeksinden yararlanıldığı söylenebilir (6).

Fiziksel aktivite, enerji tüketiminin artmasına bağlı olarak iskelet kasları tarafından bazı hareketlerin istemli olarak yapılmasıdır. Bu nedenle fiziksel aktivite günlük yaşam içerisindeki birçok hareketi içermektedir. Yürüyüş yapmak veya merdiven çıkmak gibi günlük eylemler de fiziksel aktivite kapsamında değerlendirilmektedir (7). Fiziksel aktivite etkinlikleri insan vücudunun hastalıklara karşı korunmasında, şişmanlık ve obezite oluşumunun önlenmesinde, vücut fonksiyonlarının düzgün bir biçimde işleminde ve postür bozukluklarının önlenmesinde oldukça etkilidir (8). Psiko-sosyal gelişim sürecinde de spora katılımın faydalı olduğu bilinmektedir (21).

Günümüzde fiziksel aktivite yetersizliğinin beraberinde getirdiği birçok sağlık problemi bulunmaktadır. Özellikle çocuklarda hareketsiz yaşam tarzının beraberinde getirdiği en yaygın sorun obezitedir. Yapılan araştırmalarda, obez çocukların gelecekte obez yetişkinler olacakları belirtilmiştir. Bu durumun da gelecek nesillerin ciddi sağlık sorunları ile karşılaşmalarına neden olacağı ifade edilmiştir (9). Bu nedenle çocuklarda başta obezite olmak üzere çeşitli sağlık sorunlarının oluşumunun önlenmesinde beslenme alışkanlıklarının ve fiziksel aktivitenin oldukça önemli olduğu belirtilmiştir (10). Fiziksel aktiviteye katılımın artmasının ise çocuklarda ortaya çıkabilecek söz konusu problemleri en aza indirdiği

bilinmektedir (11). Bu nedenle özellikle okul çağındaki çocuklarda fiziksel aktivite düzeyini etkileyen unsurların iyi bilinmesi gerekmektedir. Yapılan bu araştırmada da ortaokul öğrencilerinde fiziksel aktivite düzeyinin ve beden kitle indeksinin bazı değişkenlere göre incelenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOD

Araştırmaya Erzurum ilindeki farklı ortaokullarda öğrenim gören ve tesadüfî seçim yöntemi ile belirlenmiş 150 öğrenci katılmıştır. Araştırmaya katılan çocukların beden kitle indekslerinin belirlenmesinde, literatürde birçok araştırmacı tarafından kullanılan ve uluslararası geçerliliği olan vücut ağırlığı/boy² formülü kullanılmıştır (12,13). Katılımcıların boy uzunluklarının ölçülmesinde boy skalası, vücut ağırlıklarının ölçülmesinde ise elektronik tartı kullanılmıştır. Araştırmaya katılan çocukların fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesinde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Form) kullanılmıştır. IPAQ kısa form dört bölüm ve 7 sorudan meydana gelmektedir. Ankette bulunan 7 soru bireyin 7 gün içerisinde en az 10 dakika yaptığı fiziksel aktiviteleri içermektedir. Söz konusu fiziksel aktiviteler ağır fiziksel aktiviteler, orta yoğunlukta fiziksel aktiviteler, yürüyüş ve hareket etmeden (oturma, yatma vb.) geçirilen sürelerden oluşmaktadır. Fiziksel aktivite düzeyi anketten elde edilen MET değerleri ile belirlenmektedir. Bu yöntemle göre 1 MET 3,5 ml/kg/dakikadır. IPAQ da yer alan ağır fiziksel aktivitelerde 8 MET, orta şiddette yapılan fiziksel aktivitelerde 4 MET, yürüyüşte ise 3,3 MET enerji harcadığı kabul edilir. Genel fiziksel aktivite düzeyi de bu üç fiziksel aktiviteden elde edilen toplam MET miktarı ile belirlenir. Toplam MET miktarı <600 MET-dakika/hafta olanlar fiziksel olarak inaktif, >600-3000 MET-dakika/hafta arası olanlar minimum düzeyde aktif, <3000- dakika/hafta olanlar ise yüksek düzeyde aktif kabul edilirler (8). Araştırmaya katılan çocukların fiziksel aktivite düzeyleri ve beden kitle indeksleri çocukların yaş, cinsiyet ve spor yapma durumlarına göre değerlendirilmiş olup, çocukların yaş, cinsiyet ve spor yapma durumlarının belirlenmesinde ise 3 sorudan oluşan kişisel bilgi formu kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan çocukların yaş, cinsiyet ve spor yapma durumlarına göre dağılımlarına ilişkin bulgular Tablo 1’de gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan çocukların %58,7'sinin 13 yaş, %34'ünün 14 yaş, %4'ünün 12 yaş ve %3,3'ünün 15 yaşında olduğu belirlenmiştir. Cinsiyete göre değerlendirildiği zaman öğrencilerin %54,7'sinin kız, %45,3'ünün ise erkek olduğu tespit edilmiştir. bunun yanında araştırmaya katılan çocukların %58,7'sinin haftada en az üç gün olmak üzere rekreasyon amaçlı veya profesyonel düzeyde (okul veya kulüp lisansı ile) spor yaptıkları, %35,3'ünün ise düzenli olarak spor yapmadıkları belirlenmiştir. (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Çocukların Yaş, Cinsiyet Ve Spor Yapma Durumlarına Göre Dağılımları

Değişken	Seçenek	N	f
Yaş	12	6	4,0
	13	88	58,7
	14	51	34,0
	15	5	3,3
	Toplam	150	100
Cinsiyet	Kız	82	54,7
	Erkek	68	45,3
	Toplam	150	100,0
Spor yapma durumu	Evet	88	58,7
	Hayır	53	35,3
	Cevap vermeyen	9	6,0
	Toplam	150	100,0

Öğrencilerin yaş gruplarına göre beden kitle indekslerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 2'de gösterilmiştir. Elde edilen bulgulara göre araştırmaya katılan öğrencilerin beden kitle indekslerinin yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$). (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin Yaş Gruplarına Göre Beden Kitle İndekslerinin Karşılaştırılması

Beden kitle indeksi (kg/boy ²)	Yaş grubu				Toplam	X ²	p
	12 yaş	13 yaş	14 yaş	15 yaş			
15 ve altı	2	12	6	2	22	10,582	,565
16-19 arası	3	55	28	2	88		
20-22 arası	0	17	12	1	30		
23-25 arası	1	3	5	0	9		
26 ve üzeri	0	1	0	0	1		
Toplam	6	88	51	5	150		

Araştırmaya katılan öğrencilerin spor yapma durumlarına göre beden kitle indekslerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 3’de gösterilmiştir. Elde edilen bulgulara göre araştırmaya katılan çocukların beden kitle indeksi değerlerinin haftada en az üç gün spor yapma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p>0.05$), buna göre düzenli spor yapma alışkanlığı bulunan ve bulunmayan öğrencilerin beden kitle indekslerinin benzer düzeyde olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 3).

Tablo 3. Öğrencilerin Spor Yapma Durumlarına Göre Beden Kitle İndekslerinin Karşılaştırılması

Beden kitle indeksi (kg/boy ²)	Spor yapma durumu			X ²	p
	Evet	Hayır	Toplam		
15 ve altı	16	6	22	3,537	,316
16-19 arası	48	37	85		
20-22 arası	19	7	26		
23-25 arası	5	3	8		
Toplam	88	53	141		

Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre beden kitle indekslerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4’de gösterilmiştir. Elde edilen bulgulara göre araştırmaya katılan öğrencilerin beden kitle indekslerinin cinsiyetlerine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgulara göre erkeklerin beden kitle indekslerinin kız öğrencilerden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (Tablo 4).

Tablo 4. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre beden kitle indekslerinin karşılaştırılması

Beden kitle indeksi (kg/boy ²)	Cinsiyet			X ²	p
	Kız	Erkek	Toplam		
15 ve altı	16	6	22	12,944	,012
16-19 arası	53	35	88		
20-22 arası	9	21	30		
23-25 arası	4	5	9		
26 ve üzeri	0	1	1		
Toplam	82	68	150		

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş gruplarına, cinsiyetlerine ve spor yapma durumlarına göre fiziksel aktivite düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 5’de gösterilmiştir. Elde edilen bulgulara göre araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$). Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgulara göre inaktif ve minimum düzeyde aktif olan kız öğrencilerin sayısının erkek öğrencilerden daha yüksek olduğu, buna karşılık çok aktif olan erkek öğrencilerin oranının ise kız öğrencilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin spor yapma durumlarına göre anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgulara göre düzenli olarak spor yapma alışkanlığı bulunan öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin spor yapma alışkanlığı bulunmayan öğrencilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. (Tablo 5).

Tablo 5. Öğrencilerin yaş gruplarına, cinsiyetlerine ve spor yapma durumlarına göre fiziksel aktivite düzeylerinin karşılaştırılması

Fiziksel aktivite düzeyi	Yaş grubu					X ²	p
	12 yaş	13 yaş	14 yaş	15 yaş	Toplam		
İnaktif	-	8	1	-	9	5,021	,541
Minimum düzeyde aktif	2	30	14	3	49		
Çok aktif	3	41	27	2	73		
Toplam	5	79	42	5	131		
	Cinsiyet						
	Kız	Erkek	Toplam				
İnaktif	7	2	9		21,522	,000	
Minimum düzeyde aktif	38	11	49				
Çok aktif	27	46	73				
Toplam	72	59	131				
	Spor yapma durumu						
	Evet	Hayır	Toplam				
İnaktif	-	8	8		22,232	,000	
Minimum düzeyde aktif	25	21	46				
Çok aktif	54	15	69				
Toplam	79	44	123				

TARTIŞMA

Araştırmaya katılan öğrencilerin beden kitle indekslerinin ve fiziksel aktivite düzeylerinin yaş gruplarına göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Ortaokul öğrencilerinde özellikle 11-13 yaşlarında fiziksel büyümenin hızlı gerçekleştiği bilinmektedir. Bunun yanında çocukların gelişimlerinde kronolojik yaşa bağlı olarak bazı farklılıklar gözlemlenebilir (14). Fiziksel ve motorsal performansın gelişimi açısından da uygulanan antrenman programlarında çocukların yaşlarına göre gelişim süreçlerinin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir (22). Bu kapsamda araştırmaya katılan çocukların beden kitle indekslerinin ve fiziksel aktivite düzeylerinin yaş gruplarına göre farklılaşmamasının temelinde çocukların benzer yaş grubunda bulunmalarının ve aynı sosyal çevrede yaşamalarının etkili olduğu düşünülebilir.

Araştırmanın sonunda erkek öğrencilerin beden kitle indekslerinin kız öğrencilerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna karşılık erkek öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin de kız öğrencilerden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç, araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin beden kitle indeksi üzerinde anlamlı etkisi olmadığını göstermektedir. Çünkü fiziksel olarak daha aktif olan erkek öğrencilerin beden kitle indekslerinin de kız öğrencilerden daha yüksek olması çelişkili bir sonuçtur. Bu nedenle yapılacak benzer çalışmalarda öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin anket yönteminden ziyade gözlem yolu ile belirlenmesinin daha sağlıklı sonuçlar ortaya koyacağı söylenebilir.

Literatürde yer alan benzer bir çalışmada, erkek öğrencilerin beden kitle indekslerinin kız öğrencilerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasının temel nedeni olarak kız çocuklarının erkek çocuklarına göre daha hareketli bir yaşam tarzına sahip olmaları gösterilmiştir (12). 6-15 yaş grubu okul çocuklarında yapılan diğer bir çalışmada da erkek öğrencilerin beden kitle indekslerinin kız öğrencilerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (15). Bu çalışma sonuçları bizim araştırma bulgularımızı desteklemektedir. Literatürde yer alan benzer çalışmalarda da beden kitle indeksi yüksek olan öğrencilerin fiziksel olarak daha az aktif oldukları, televizyon izleme gibi hareketsiz yaşam tarzını oluşturan unsurların daha çok tercih edildiği ve oyun oynama sürelerinin düşük olduğu belirtilmiştir (9,16,17).

Araştırmaya katılan öğrencilerin spor yapma durumlarına göre beden kitle indeksi değerlerinin anlamlı farklılıklar göstermediği belirlenmiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasının

temel nedeni, düzenli spor yapan çocukların yaptıkları spor etkinliklerinin düşük yoğunlukta bulunması olabilir. Buna karşılık düzenli spor yapma alışkanlığı bulunan öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin spor yapma alışkanlığı olmayan öğrencilerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Literatürde yer alan benzer çalışmalarda, çocukların düzenli spor yapma alışkanlıklarının düşük düzeyde olduğu belirtilmiştir. Bu durumun da çocuklarda çeşitli sağlık sorunlarına neden olacağı belirtilmiştir (11). Buna karşılık çocuklarda hareketsiz yaşam tarzına bağlı olarak ortaya çıkabilecek rahatsızlıkların en aza indirilmesinde fiziksel aktivite ve spor etkinliklerine katılımın oldukça önemli olduğu bilinmektedir (10). Yapılan çalışmalarda da fazla kilolu ve obez çocuklarda kilo kontrolünün sağlanmasında ve vücut yağ oranının azalmasında fiziksel aktiviteye katılımın oldukça etkili bir yöntem olduğu tespit edilmiştir (18,19,20).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, ortaokul öğrencilerinde fiziksel aktivite düzeyinin ve beden kitle indeksinin yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı, erkek öğrencilerin beden kitle indekslerinin ve fiziksel aktivite düzeylerinin kız öğrencilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında öğrencilerin beden kitle indekslerinin spor yapma durumlarına göre anlamlı farklılık göstermediği, buna karşılık spor yapma alışkanlığı olan öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin düzenli olarak spor yapma alışkanlığı olmayan öğrencilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bulgulara ve literatürde yer alan benzer çalışma sonuçlarına göre, ortaokul öğrencilerinde fiziksel sağlığın korunması için düzenli fiziksel aktivitenin oldukça önemli olduğunu söyleyebiliriz.

1.Ortaokul öğrencilerinde beden kitle indeksi ve fiziksel aktivite düzeyinin daha iyi anlaşılması ve elde edilen verilerin daha güvenli olması için daha geniş örneklem grubu ile yeni çalışmalar yapılabilir.

2.Ortaokul öğrencilerinde beden kitle indeksini etkileyen diğer unsurların da (beslenme, ekonomik durum vb.) ele alındığı çalışmalar yapılabilir.

3.Ortaokul öğrencilerinde fiziksel aktiviteye katılım birçok açıdan oldukça önemli olduğu için, ortaokul öğrencilerinde fiziksel aktiviteye katılımın önündeki sorunları tespit etmeyi amaçlayan yeni araştırmalar yapılabilir.

KAYNAKLAR

1. Gül GK. Çocuklar ve Spor (Çeviri: Deniz Erben, Tanju Bağırhan). Spor Yayınevi ve Kitabevi. Ankara. 2011; s. 77.
2. Taşkınöz C. Yüksek Lisans Tezi; ‘‘9-11 Yaş İlköğretim Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeyinin Yaşa ve Cinsiyete Göre Araştırılması’’ Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Doç. Dr. Özcan Saygın. Muğla - 2011.
3. Hekim M. İlköğretim Öğrencilerinde Fiziksel ve Motor Gelişimin Desteklenmesinde Spor ve Fiziksel Aktivitenin Önemi. VI. Uluslararası Eğitim Araştırmaları Kongresi; 5-8 Haziran 2014, Ankara. 2014a. p. 106-107.
4. Hekim M. Erken Çocukluk Eğitiminde Oyunların Ve Hareket Eğitiminin Motor Gelişimin Üzerine Etkileri. VI. Uluslararası Eğitim Araştırmaları Kongresi; 5-8 Haziran 2014, Ankara. 2014b. p.107.
5. Eker E, Şahin M. Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım. Sted 2002; 11 (7): 246-249.
6. Ergün A, Erten SF. Öğrencilerde Vücut Kitle İndeksi ve Bel Çevre Değerlerinin İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2004; 57 (2): 57-61.
7. Soyuer F, Soyuer A. Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 15 (3): 219-224.
8. Arabacı R, Çankaya C. Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Araştırılması. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2007; 20 (1): 1-15.
9. Uskun E, Öztürk M, Kişioğlu AN, Kırbıyık S, Demirel R. İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Gelişimini Etkileyen Risk Faktörleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 12 (2): 19-25.
10. Menteş E, Menteş B, Karacabey K. Adölesan Dönemde Obezite ve Egzersiz. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2011; 8 (2): 963-977.
11. Şimşek F, Ulukol B, Berberoğlu M, Gülnar SB, Adıyaman P, Öcal G. Ankara’da Bir İlköğretim Okulu ve Lisede Obezite Sıklığı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2005; 58, 163-166.
12. Akçam M, Boyacı A, Pirgon Ö, Bumin D. Isparta İlindeki On Okulda Çocukluk Çağı Şişmanlık Sıklığı Değişiminin Değerlendirilmesi. Türk Pediatri Arşivi 2013; 152-155.
13. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, Lamb MM, Flegal KM. Prevalence of High Body Mass Index In US Children and Adolescents, 2007-2008. Jama 2010; 303 (3): 242-249.

14. Muratlı, S. Antrenman Bilimi Yaklaşımıyla Çocuk ve Spor. İkinci Baskı. Nobel Yayın Dağıtım. Ankara. 2007; s. 11.
15. Süzek H, Arı Z, Uyanık BS. Muğla'da Yaşayan 6-15 Yaş Okul Çocuklarında Kilo Fazlalığı ve Obezite Prevalansı. Türk Biyokimya Dergisi 2005; 30 (4): 290-295.
16. Metinoğlu İ, Pekol S, Metinoğlu S. Kastamonu'da 10-12 Yaş Grubu Öğrencilerde Obezite Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 3 (2): 117-123.
17. Öztora S, Hatipoğlu S, Barutçugil, MB, Salihoğlu B, Yıldırım R, Şevketoğlu E. İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Prevalansının Belirlenmesi ve Risk Faktörlerinin Araştırılması. Bakırköy Tıp Dergisi 2006; 2 (1): 11-14.
18. Ağca Ö, Koçoğlu G. (2010). Fazla Kilolu ve Obez Kızlarda Düzenli Egzersizin Vücut Bileşimine Etkileri. Dirim Tıp Gazetesi 2010; 85 (1): 17-23.
19. Gutin B, Cucuzzo N, Islam S, Smith C, Moffatt R, Pargman D. Physical Training Improves Body Composition of Black Obese 7-to 11-Year-Old Girls. Obesity Research 1995; 3 (4): 305-312.
20. Wong PC, Chia M, Tsou IY, Wansaicheong GK, Tan B, Wang JCK, Tan J, Kim CG, Boh G, Lim D. Effects of a 12-Week Exercise Training Programme On Aerobic Fitness, Body Composition, Blood Lipids And C-Reactive Protein In Adolescents With Obesity. Annals Academy of Medicine 2008; 37 (4): 286-293.
21. Keskin O. Effects of Physical Education And Participation to Sports on Social Development in Children. Journal of International Multidisciplinary Academic Researches 2014; 1(1): 1-6.
22. Gurkan O. The Importance of Plyometric Trainings in Development of Jumping Performances in Sportive Games. Journal of International Multidisciplinary Academic Researches 2014; 1(1): 7-13.

QTL TESPİTİ İÇİN HAYVANLARDA KULLANILAN POPULASYONLAR VE İSTATİSTİKSEL METODLAR

Hüseyin DAŞ

ÖZET

Kantitatif karakterler kesikli değildir, süreklilik gösterir ve çok sayıda genin toplamalı etkileri tarafından kontrol edilen karakterlerdir. Kantitatif karakterleri kodlayan genlerin, kromozom üzerinde bulunduğu bölgelere ise kantitatif karakter lokusları (QTL) adı verilmektedir. Kantitatif karakterler hayvanlarda genellikle verim ile ilgili karakterler olduğundan dolayı, seleksiyonda kullanılmak üzere, araştırmacılar için QTL keşfi ilgi odağı olmuştur. Dünya’da yaygın bir şekilde araştırılan QTL’ler ne yazık ki Türkiye’de çok fazla uygulama ve çalışma alanı bulamadı. Bunun nedeni büyükbaş ve küçükbaş hayvanlarda sistemli kayıtların ülke çapında tutulmaması ve kanatlılar için ise fazla zaman, emek ve maliyet gerektiren bir konu olmasındandır. Bu derlemede QTL tespiti çalışmalarının nasıl planlandığı, uygulandığı, dikkat edilmesi gereken konular, en çok karşılaşılan sorunlar, kullanılan popülasyon yapıları, istatistiksel veri analiz yöntemleri ve kullanılan bilgisayar yazılımları tarihi süreci içinde anlatılmaya çalışılmıştır. Konu çizilen grafikler ile anlaşılır hale getirilmeye çalışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Kantitatif Karakter Lokusları, İstatistiksel Veri Analizi, Popülasyon Karakteristikleri

POPULATIONS AND STATISTICAL METHODS USED FOR QTL DETERMINATION IN ANIMALS

ABSTRACT

Quantitative characters aren't intermittent, display persistent and controlled by additive effects of polygenic genes. The locations of genes which code the quantitative characters on the chromosomes are named quantitative character loci (QTL). Because quantitative characters are associated yield characters, to use in selection, QTL mining have been center of interest for researchers. The QTL which are researched widely in earth, unfortunately, have not found sufficiently research field in the Turkey. The reason for that are lack of recordkeeping systematically in country-wide for cattle and sheep and requiring too time, labor and cost for chickens. In this review, it has been tried to explain in the course of history how QTL mining works are planned, performed, the subject of be pointed, the trouble most faced, used population structures, statistical data analysis methods and used computer software. Subject has been tried to be understandable by drawing graphics.

Keywords: Quantitative Trait Loci, Statistical Data Analysis, Population Characteristics

¹Yrd. Doç. Dr. Gümüşhane Üniversitesi GMYO, Gümüşhane
İletişim/Corresponding Author: Hüseyin DAŞ
Tel: 0456-2331000 **posta:** huseyindas@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received : 04.03.2015
Kabul Tarihi / Accepted : 25.03.2015

GİRİŞ

I. KANTİTATİF KARAKTER LOKUSLARI NEDEN TESPİT EDİLİR?

İnsanoğlu, genetik biliminin ve temel moleküler mekanizmaların keşf edilmesi ile birlikte, 10.000 yıldır insan eliyle sürdürülen fenotipe dayalı seleksiyondan belirteç destekli seleksiyona yönelmeye başlamıştır (1). Bu tip seleksiyonun başlıca yararı küçük bir popülasyondan alınan bilginin büyük popülasyonlara uygulanabilmesidir. Büyük popülasyonlarda fenotip ölçümü gibi zaman ve sermaye gerektiren işlemlere gerek kalmamasıdır.

QTL haritalamasında amaç, istediğimiz bir verim özelliğini belirleyen genleri bulmak olabildiği gibi bazen bir hastalığa veya bozukluğa yol açan bir veya birkaç geni tespit etmekte olabilir (2). Kantitatif karakterler klasik Mendel dağılımına uymazlar. Bu yüzden Mendel kalıtımıyla aktarılan resesif hastalıkların tespitinde kullanılan popülasyon dizaynlarından daha farklı dizaynlara ve kullanılan data analiz metodlarından daha farklı ve kompleks data analiz metodlarına ihtiyaç duyarlar (3). Mendel tipi kalıtılan resesif karakterlerin tespitinde birkaç birey yeterli olurken QTL analizinde genel olarak alt sınırın 200 birey olduğu bildirilmiştir (4). Mendel tipi genler özel bir yetiştirme, uzun emek ve zaman alan ölçümler gerektirmediği halde kantitatif karakterlerin tespiti daha fazla zaman, emek ve maliyet kaybına yol açar. Mendel karakterlerinde olduğu gibi var ve yok şeklinde belli olmadığı için bulunan QTL'nin doğruluğu ise kesin değildir (5). Bu kısıtlamalarına rağmen, hayvancılığın temelinde verim alınması olduğundan dolayı verimi ilgilendiren karakterler hep ilgi konusu olmuştur ve bugün için kantitatif karakterleri belirleyen majör genler hedef olsa da gelecekte tek tek bütün genlerin ve allellerinin hangi özelliği ne kadar belirlediğine dair detaylı haritalar çıkarılabilir. Bugüne kadar gelişen moleküler genetik, yetiştirme, seleksiyon ve istatistik teknikleri ile birlikte QTL tespitinde gittikçe daha güvenilir metodlar geliştirildi ve gelecekte de bu alanlarda olabilecek gelişmelerle gen ve belirteç tespiti daha da kolaylaşacaktır. QTL analizi sonucu aranılan karakteri belirlediği tespit edilen genler daha önceden ismi, işlevi ve dizisi bilinen bir gen olabilir. Bu genin işlevinin bilindiği halde neden bu karakteri etkilediği bilinemediği akla gelebilir. Bunun sebebi hücrelerde rol alan bazı proteinlerin hücre içindeki yakın etkisinin biliniyor olmasına rağmen bu gen ve proteinlerin organizma üzerinde değişik sistem ve verim özelliklerini nasıl etkilediği ise ayrıca araştırılması gerektiğidir. Örneğin PRDM16 geni hücre farklılaşmasını sağladığı biliniyor olmasına rağmen tavuklar da vücut ağırlığını da etkilediği daha sonra yapılan çalışmalarla aydınlanmıştır (6, 7). QTL tespitinden,

belirteç destekli seleksiyon uygulamaları için, sorumlu genin bulunması amacıyla direkt veya seleksiyon için yalnızca belirtecin tespitiyle dolaylı olarak yararlanılabilir (8). QTL belirlemede şu anda kullanılan metodlar bağlantı dengesizliğinin (linkage disequilibrium) kullanılması esasına dayanır (9). Bu metodlardaki temel mantık; kullanılan belirteçlere ait alleler ile fenotipik değerlerin karşılaştırılması ve hangi allellerin sonraki nesillere istenilen karakter ile kalıtıldığının tespit edilmeye çalışılmasıdır.

A. Kantitatif Karakter Lokusu Tespinde İş Akışı

QTL tespit çalışmasına karar verildiğinde yapılacak çalışmaları özet halinde sunacak olursak, ilk iş hangi tür için hangi özelliği geliştirmek istediğimizin ortaya konulmasıdır. Bu özellik belirlendikten sonra uygun yetiştirme popülasyonunun oluşturulması gerekir. Bu popülasyonun kararı ise hayvan türüne, araştırma bütçesi ve personel iş gücü durumuna, zamana ve çalışacağımız özelliğe göre değişir. Fakat en bağlayıcı olan hayvan türüdür. Kullanılacak popülasyon yapısı da belirlendikten sonra yetiştirme işlemlerine başlanarak popülasyonlar elde edilir. Daha sonrasında bu popülasyonlar üzerinde araştırdığımız karakteri dikkatli ve hassas metodlarla ölçme işlemi başlar. Fenotipik ölçümler devam ederken bir taraftan da hayvanların birey bazında genotiplendirilmesi yapılır. Bu amaçla AFLP, RFLP, RAPD, SSR veya SNP gibi çeşitli belirteçler kullanılır (10). Hayvanlar yetiştirmeye alınıp istenilen karakterler ölçüldükten sonra elde edilen fenotipik ve genotipik verilerin analizi için ise istatistiksel genetik tekniklerinden yararlanır. Bu tekniklerde veri olarak hayvanlara ait fenotipik değerler ve moleküler belirteç sonuçları kullanılır. Kullanacağımız analiz tekniği popülasyon yapısına, belirteçlere ve araştırmacıların istatistiksel bilgi düzeyine göre değişir. Tespit edilen QTL majör veya minör olarak sınıflandırılabilir (11). Bu sınıflandırma QTL bölgesinin toplam varyasyon üzerindeki etki derecesine göredir ve korelasyon katsayısı (r) ile belirlenir (12). QTL tespitinde başarıyı etkileyen önemli etkenler; karakteri belirlemek için doğru popülasyon yapısının seçilmesi, belirteç ve fenotip değerlerini alırken çok hassas davranılması, mümkün olduğunca fenotip üzerinde çevrenin etkisinin azaltılmasıdır. Ölçme işlemlerinin çok hassas devam etmesi gerekir, hata payı (Residual Error) değerini düşürmek için grup tekrarları oluşturularak ayrı ayrı QTL analizi yapılması daha iyidir. Fakat yapılan işin zorluğundan dolayı bu pek mümkün olmaz. Düşük kalıtım derecesine sahip bir özellik ile çalışılıyorsa tekrar gruplarını değişik çevre şartlarında denemeye almak kaçınılmazdır. Yüzde elli (% 50) kalıtım derecesine sahip karakterler bu iş için uygundur (13). Verilerin bilgisayara girilmesi esnasında dikkatli olunmalıdır, kayıp bir data araştırmacının farkına varmadan tüm

belirteç sırasını değiştirmesine sebep olabilir. Popülasyondaki bireylerin sayısı ve kullanılan belirteçlerin yoğunluğu yani birbirine yakınlığı ve kapsadığı alan ne kadar fazla olursa güvenilirlik o kadar artar. Fakat popülasyondaki birey sayısının fazla olması belirteç sayısının fazla olmasından daha önemlidir. QTL bölgesine 5 cm uzaklıkta tespit edilecek bir belirteç güvenle belirteç destekli seleksiyonda kullanılabilir (14). Epigenetik etkilerden dolayı QTL için yapılan seleksiyon her zaman tam anlamıyla başarıya ulaşmayabilir. Diğer bir etken de epistatis mekanizmasıdır. Yani, QTL bölgesinde olduğunu düşündüren belirteçlerin bazen bir genin değil birçok genin etkisiyle oluşan bir fenotipi belli etmesindedir. Yine bu durumda QTL için belirteç elde edilecek fakat aranan gen bulunamayacaktır (15).

B. Hangi Belirteç Kullanılmalıdır?

Belirteçlerde, yüksek oranda polimorfik olması, tüm genom boyunca bilgi vermesi, kodominant olması aranan özelliklerdir. Daha önceden oluşturulmuş bilinen belirteç haritaları da uygundur. Bu haritalar tek belirteç çeşidi kullanılarak oluşturulabildiği gibi birden çok çeşidin kullanılmasıyla oluşturulan konsensüs haritalarda olabilir (16). Kullanılan belirteçler birinci, ikinci ve üçüncü nesil belirteçler olarak adlandırılmaktadır. İlk nesil belirteç sistemlerini (RFLP, RAPD vs.) geliştirilen ikinci nesil belirteç sistemleri (SSR) takip etti (17), bunlar daha güvenilir ve yüksek oranda bilgi verir. Yakın bir zamanda birkaç ticari firmanın piyasaya sürmesi ile yaygınlaşan üçüncü nesil belirteç sistemi olan EST'ler ve SNP çipleri ise şu an için çözünürlüğü en yüksek, en çok bilgi veren, en güvenilir ve kullanımında en basit belirteç sistemleridir (18). Şu anda QTL haritalamada kullanılan en çok kullanılan belirteç sistemi SNP çipleridir. SSR belirteçleri ise yine kullanımdadır. Diğer belirteçlerin QTL analizinde kullanılabilirliği kalmamıştır. Belirteç yoğunluğunu belirlerken kullanılan belirteç tipi dikkate alınmalıdır. Örneğin mikrosatellitler ile çalışırken kromozomun uzunluğu 100 cM olarak kabul edildiğinde 15-20 cm aralıklarla oluşturulan belirteç yoğunluğu idealdir (14). Bundan daha düşük yoğunluklar başarı şansını artırmaz. SNP gibi fazla miktarda allele sahip olmayan dolayısıyla bilgi verme yeteneği az olan belirteçlerin çok daha yoğun bir şekilde kullanılması gerekir. Bunun için geliştirilen SNP çipleri yardımıyla türlere göre tek seferde 60.000-500.000 belirteç noktası incelenebilmektedir (19). Bugün sığırlar için Illumina® Bovine SNP50 v2. çipi 54.609 SNP noktasını, yüksek çözünürlüklü Illumina Infinium® BovineHD BeadChip 777.000 noktayı, tavuklar için geliştirilen Illumina® 60K Chicken iSelect 352.303 noktayı, 600 K Affymetrix® Axiom® HD ise 580.954 noktayı tek seferde inceleyebilmektedir (20-23).

C. Gen Bileşikliği (Linkage)

Aynı kromozom üzerinde bulunan genler bileşiktir. Bu genlerin bileşikliği ancak her iki gen arasında bir yerde olacak bir KO ile bozulabilir. QTL tespitinde genlerin bu özelliğinden yararlanılır. Moleküler belirteç hedef QTL bölgesi ile bileşikse bu belirteçlere sahip bireylerde sahip olmayanlara göre fenotipik değer daha yüksek çıkacaktır (24). Belirteç ve gen arasında KO oluşan bireylerde ise, yüksek fenotipik değerle belirteçlerin alleli arasında ilişki görülecektir. Aynı kromozom üzerinde aktarılan belirteç ve genler KO bölgesinden itibaren homolog kromozomdakiler ile yer değiştirecektir. KO ile meydana gelen bu sapma normal dizilen belirteçlerden daha az oranda popülasyonda görüleceğinden dolayı normal kromozomlar, KO taşıyan kromozomlar ve hangi belirteçler arasında KO olduğu bilgisi tespit edilebilecektir. Belirteçlerin diziliş sırası bilinirse az olanların oranını saymaya gerek kalmaz. İki belirteç birbirine bileşik ise beraber kalıtılma ihtimalleri 1 olur. Eğer bağımsızlarsa beraber kalıtılma ihtimalleri 0.5 olur (25). Başka bir değişle iki gen arasında birlikte kalıtılma oranı 0.5'e kadar olursa iki genin bağımsız olduğu ve rekombinasyon ile bu oranın yükseldiği, 0.5'ten büyük olursa aslında bağımsız olduğu ve yine rekombinasyon ile bu orana yaklaştığı kabul edilir. Fakat pratikte oran 0.5'e çok yaklaşılmadığı için karışmaz.

D. Rekombinasyon Ve Haritama Fonksiyonları

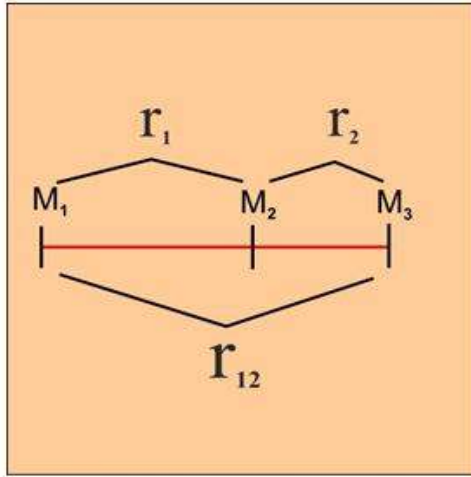
KO ile birlikte gen ve belirteçlerin sırasının değişmesi rekombinant kromozomların oluşması ile sonuçlanır. Rekombinasyon oranı rekombinant bireylerin, genotipi incelenen toplam bireylere oranıdır (Şekil 1). İki gen arasındaki rekombinasyon oranı ile bu iki gen arası uzaklık cm birimi ile tahmin edilebilir. Çünkü iki gen arasında ne kadar fazla mesafe bulunursa bu iki gen arasında KO ile oluşan rekombinasyon sayısı o kadar artacaktır (26). Bu yöntem gen haritalamanın temelidir. Fakat bu yöntem fiziksel haritalar ile aynı değildir (27). Çünkü rekombinasyonlar eklemeli etkiye sahip değildir ve bazı kromozom bölgelerinde ise rekombinasyon oranı daha fazladır. Fiziksel haritada ise bütün bölgelerde baz sayısının kullanıldığı tek ölçü vardır. Şekil 2'ye baktığımızda $r_{1+2}=r_{12}$ olması beklenirken, pratikte rekombinasyon etkileşiminden (interference) dolayı bu pek mümkün olmamaktadır. Bunun yerine şöyle bir model kullanılır: " $r_{12}=r_1+r_2-2r_1*r_2$ ". Bunun sebebi oluşan bir KO olayının, yakınında oluşacak bir KO ihtimalini düşürmesindedir. Daha sonra haritalama fonksiyonları ile rekombinasyon değerini (r_{12}) cm birimli uzaklık (u) değerine dönüştürülür. Bu haritalama fonksiyonları ise;

1) Tam etkileşim olduğu varsayılırsa (complete interference) $u=r$,

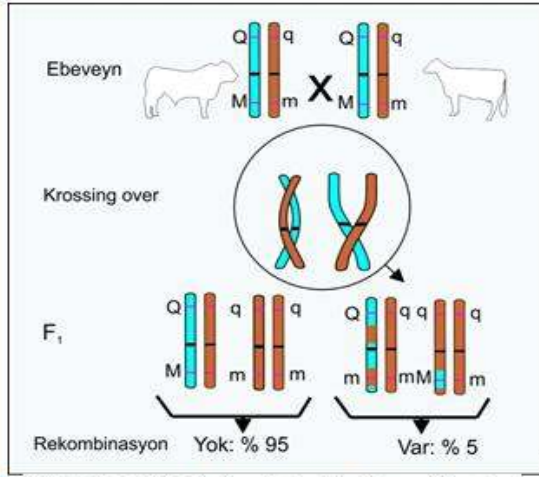
2) Haldane haritalama fonksiyonu: $u = -\frac{1}{2} \ln(1-2r)$ ve

3) Kosambi haritalama fonksiyonu $u = \frac{1}{4} \ln \frac{1+2r}{1-2r}$ şeklindedir (Şekil 3) (28).

Burada hesaplanan “u” değeri iki gen veya belirteç arasındaki uzaklıkları hesaplamada ve ileride anlatılacak olan aralık haritalaması metodlarında kullanılır.



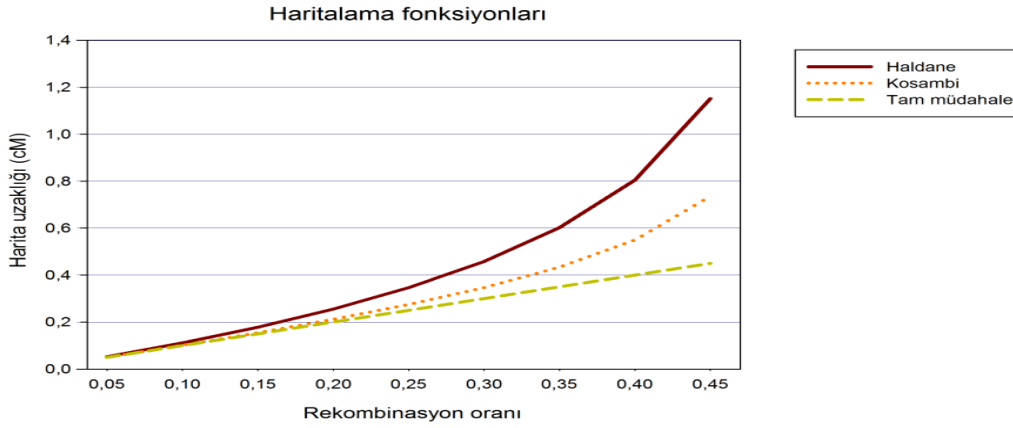
Şekil 1: Markır Dizilişlerini Ve Oluşan Aralıkları Gösterir



Şekil 2: QTL Bölgesinin Ortalama Üzerine Yaptığı Additif (E) Ve Dominans (H) Etkisini Gösterir.

E. Additif Ve Dominans Etki

Populasyonda ilgilenilen fenotipik değere bir QTL bölgesinin yaptığı katkı iki şekilde olabilir. Bireyler QTL bölgesini homozigot olarak taşırlar (QQ) ki bu bireylerin additif etki aldıkları için fenotipik değerleri en yüksektir. QTL bölgesini heterozigot olarak bulduranlarda (Qq) ise heterozigot etkide denilen dominans etki gösterirler. Şekil 4’de “e” additif etkiyi, “h” dominans etkiyi gösterir. Q geni q geni üzerine baskınsa dominans etki görülebilir, aksi halde yalnızca additif etki görülür (29). İntermediyer kalıtımda QQ ve qq fenotiplerinin arasında bir yerde bulunması gereken fenotip bir miktar yükselmiştir. Şekil 4’de görüleceği üzere $QQ=\mu+e$, $qQ=\mu-e$ ve $qq=\mu+h$ değerlerini alır. Böylece t ve q sırasıyla Q ve q genlerinin frekansı olsun, Q geninin etkisi ise a_1 olsun; $a_1= t[e+h(t-p)]$ ve q geninin etkisine a_2 dersek $a_2=-p[e+h(t-p)]$ olacaktır. Q ve q genleri arasındaki fark bize QTL bölgesinin ortalama etkisini verecektir. Yani $a=e+h(t-p)$ olacaktır. Olası genotiplerin ortalaması ise $QQ=2ta$, $Qq=(t-p)a$, $qq=-2pa$ olarak bildirilmiştir (30).

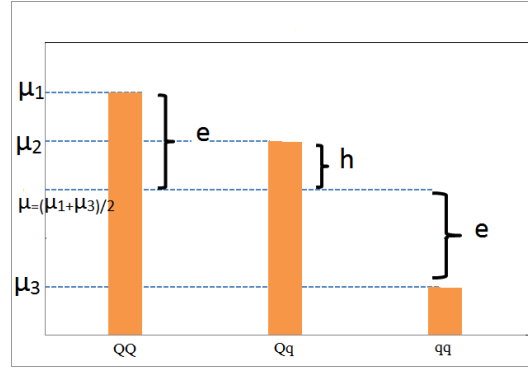


Şekil 3: Haldane, Kosambi Ve Tam Etkileşim (Müdahale) Metodlarına Göre Hesaplanan Uzaklık Değerlerinin Değişimini Gösterir Tablo. Tabloda Rekombinasyon Oranlarına Göre Uzaklık Artışının En Çok Olduğu Yöntem Haldane Yöntemidir.

II. HARİTALAMA POPÜLASYONLARI (MAPPING POPULATIONS)

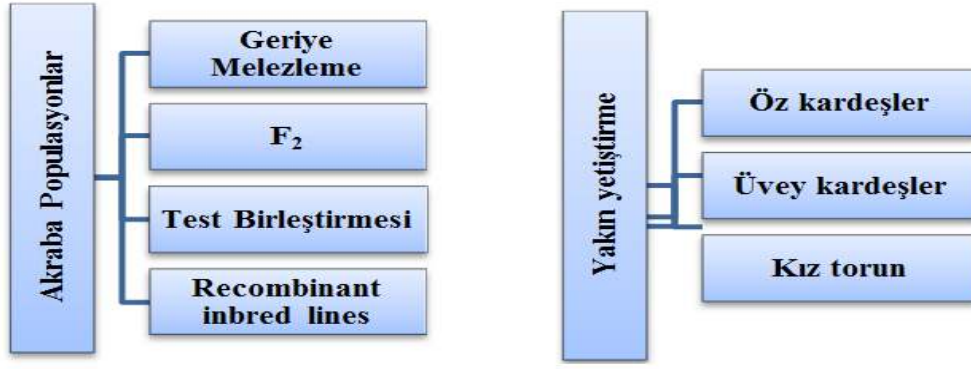
QTL tespitinde kullanılan popülasyonun büyüklüğünün fazla olması çalışmanın güvenilirliğini artırır, fakat maliyet hesaplarından dolayı böyle sürülerin oluşturulması özellikle sığır gibi bazı hayvan türleri için ve et kalitesi gibi bazı karakterler için zordur. Haritalama popülasyonları için bir diğer önemli konu, kullanılacak popülasyonların mümkün olduğunca homozigot olmasıdır. Bunun için yakın yetiştirilmiş (inbreed) popülasyonlarının geliştirilmesi en iyisidir. Çiftlik hayvanlarında yakın yetiştirilmiş hatlar bulmak zordur. Bunun yerine daha az varyasyon gösteren aile içi bireyler kullanılır. Çünkü bunlar daha fazla ortak allel paylaşırlar. Bunlar nispeten heterozigot popülasyonlardır. Yakın yetiştirilmiş popülasyonların heterozigot popülasyonlara avantajı bireylerin homozigot olup hangi alleli aktardığının bilinmesi, aynı bağlantı sırasını taşımaları ve fenotipik karakterlerin daha büyük bir varyasyon göstermeleri olarak sayılabilir. Kanatlılarda yakın yetiştirme, generasyon süresinin kısalığı, yetiştirme maliyet ve işgücünün azlığı gibi nedenlerden dolayı daha kolaydır (31). Hayvanlarda QTL tespitinde kullanılan popülasyon yapıları şekil 5’de gösterilmiştir. Bunlardan akraba popülasyon oluşturulması sığır ve koyun gibi geç generasyon aralığına sahip türler için uygunken, yakın yetiştirme ise tavuk gibi kanatlılar ve laboratuvar hayvanları için uygundur. Popülasyonların oluşturulmasında üçüncü şart ise yakın yetiştirilmiş popülasyonları oluştururken ortaya çıkar. Popülasyonda inceleyeceğimiz karakterleri fenotipik olarak uç değerlerde taşıyan bireylerin seleksiyonu gerekir. Aksi halde yeterli varyasyon oluşmayacağı için QTL etkisi belirlenmez. Fenotipik olarak uzak iki

populasyon oluşturulması için her iki gruba 10-20 jenerasyon zıt yönde seleksiyon yapılmalıdır. Popülasyonların çiftleştirilmesiyle elde edilen F_1 'lerin heterozigot ve bir örnek olması istenir. F_1 neslinde belirteçlerin bağlantı sırası aynı olması gerekir (32). F_2 neslinde ise varyasyon beklenir. Lokuslar bazında geriye melezleme (GM) popülasyonlarında beklenen fenotipler MM veya mm şeklinde iken F_2 popülasyonlarında MM, Mm, mm şeklindedir. Örneğin tavuklarda canlı ağırlık yönünden 20 jenerasyon pozitif ve negatif yönde yapılacak bir seleksiyonla elde edilecek iki hat birbirinden çok uzak fenotipik değerlere sahip olacaktır. Böylece bu hatlarda fenotipi belirleyen önemli QTL'ler pozitif seleksiyon uygulanan popülasyonda homozigotlaşmış olacak, diğer popülasyonda ise QTL olmayan alleller homozigotlaşacaktır.



Şekil 4: QTL Bölgesinin Ortalama Üzerine Yaptığı Additif (E) Ve Dominans (H) Etkisini Gösterir.

Bunlar dışında bitkilerde kullanılan çeşitli haritalama popülasyonları vardır ki bu popülasyonların bazıları yapıları gereği hayvanlar için uygun değildir (DH hatları), bazıları ise hayvanlar için ender olarak kullanılırlar (NIL, RIL). Çekirdeklerinde iki set kromozom içeren double haploid hatlar (DH), yaklaşık 7 nesil boyunca kendilenme ile veya öz kardeş çiftleştirmeleri ile elde edilen rekombinant inbred lines (RIL), 8-9 nesil geriye melezleme ile oluşturulan near isogenic lines (NIL), türler içi ve türler arası melezlemenin kullanılmasıyla oluşturulan Four-Way Cross gibi popülasyonları içerir (33). RIL ve NIL uzun zaman ve emek gerektiren popülasyonlardır. Büyük projelerde kullanılırlar.



Şekil 5: QTL Tespiti İçin Dizayn Edilebilecek Yetiştirme Yöntemleri.

A. Akraba Popülasyonlar (Outbreeding Populations)

Bu tip yetiştirme familya seleksiyonunda kullanılmak için yapılır. Kızların verimine göre yapılan yetiştirmeye projeni test adı verilir. Baba-kız metodu (Daughter design) veya Kız torun dizaynı (Granddaughter design) şeklinde olabilir. Baba-kız dizaynı öz (full-sib) veya üvey (half-sib) kardeş verimlerinin ölçülmesine dayanır . Büyükbaş hayvanlarda bir hayvandan çok yavru alınmadığı için üvey kardeş dizaynı tercih edilir.

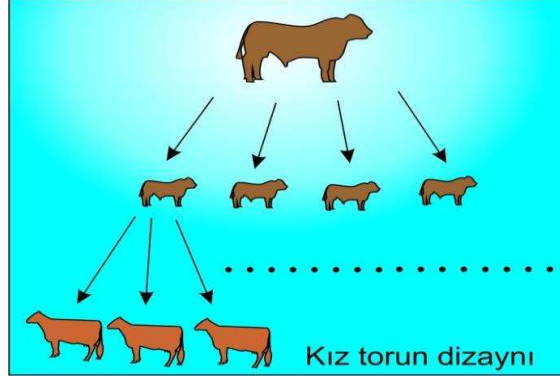
1. Baba-Kız Dizaynı (Daughter Design)

Bu dizaynda kurgu, babadan alınan alleller ile değişik annelerden olan 50-200 kızının verim ortalamalarının karşılaştırılmasına dayanır (34). Aynı babaya sahip üvey kız kardeşlerin fenotipleri düzenli olarak tespit edilir ve belirteçlere ait allel dağılımları ile karşılaştırılır. Daha sonra QTL tespitinde kullanılan istatistik metodlardan birisi ile belirteç ve fenotip arasındaki bağlantı incelenir.

2. Kız Torun Dizaynı (Granddaughter Design)

Bu dizaynda (Şekil 6) ise babaların oğulları genetik belirteçler ile skorlanır ve oğullardan doğan kızların ise fenotipik ortalamaları incelenir (34). İncelenecek karakter damızlık değer tahmini veya gerçek verim kabiliyeti olabilir. Baba-kız ve kız torun metodları genellikle büyükbaş hayvanlarda kullanılan bir metod olup pedigri ve verim kayıtlarının düzenli olarak tutulduğu ülkelerde bu dizayn şekliyle sığırlarda çok sayıda QTL belirlenmiştir (35). Düzenli kayıt tutulan ülkelerde bu analizleri gerçekleştirmek araştırmacıların fazla zamanını almaz. Pedigri ve verim kayıtları yetiştiriciler tarafından sağlandığı için araştırmacıların tek yapmaları gereken bu hayvanların belirteç genotiplerini çıkarmak ve istatistiksel analizlerini yapmaktır. Hayvanların seleksiyonu, yetiştirilmesi ve verim ölçümleri gibi işler projelere dahil olmadığı için QTL araştırılması daha kolay olmaktadır. Bir diğer

avantajı ise suni tohumlama uygulamalarıyla bir boğanın bazen 200.000 tane kızının bulunmasından doğar.

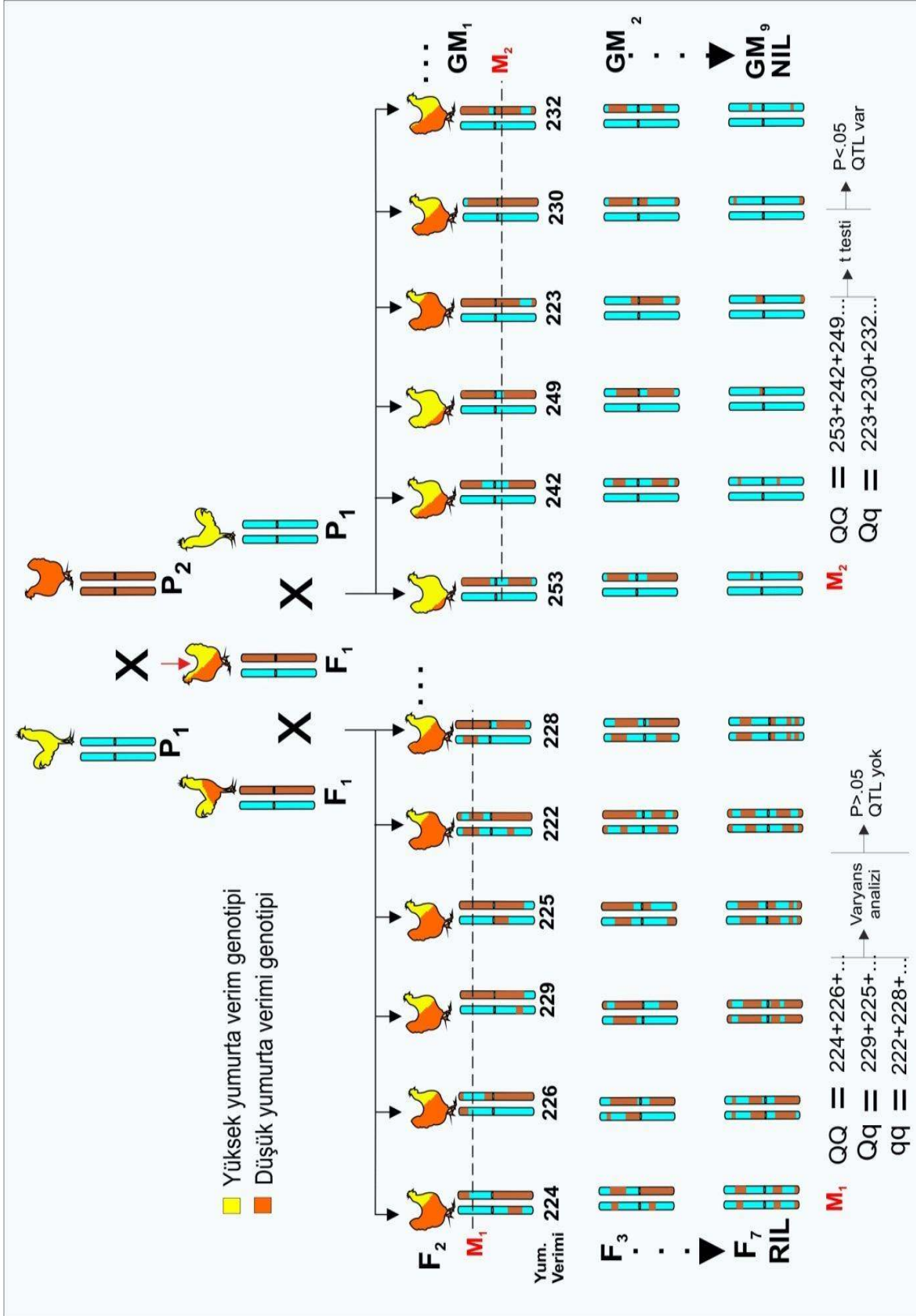


Şekil 6: Kız Torun Dizaynını Gösterir.

B. Yakın Yetiştirme Popülasyonları (Inbreeding Populations)

1. F₂ Popülasyonları

Anderson et al. (36) tarafından önerilen bu yetiştirme metodunda, araştırılan karakter yönünden birbirine zıt yönde selekte edilmiş iki popülasyonun çiftleştirilmesi ile F₁ nesli elde edilir. Burada temel kurgu pozitif yönde selekte edilmiş popülasyonun QTL bölgeleri taşıdığı, negatif yönde selekte edilenin ise QTL bölgesi taşımadığı varsayılan ve genleri farklı alleller yönünden homozigotlaşmış popülasyonlar elde edilmesidir. F₁ nesli ise Mendelin bir örneklik kuralına uyar ve aynı fenotipik yapıyı barındırır. Oluşturulan F₁ neslinin kendi arasında çiftleştirilmesi ile de F₂ nesli elde edilir. F₂ nesli ise Mendelin dağılım kuralına göre ve rekombinasyon ile birlikte geniş bir varyasyon ortaya çıkar (37). Belirteçlerin (MM, Mm, mm) dağılımı kodominant olanlar için 1:2:1 iken dominant olanlar için 3:1 şeklindedir. Büyükbaş ve küçükbaş hayvanlarda ekonomik nedenlerden dolayı tercih edilmeyen bu popülasyonlar kanatlı hayvan çalışmaları için uygundur. 200 adet F₂ ile çalışılması yeterlidir (14). Bu popülasyonların avantajları; yakın yetiştirme baskısından (inbreeding depression) uzak olmaları, 2 jenerasyon gibi kısa bir yetiştirme süresi ve genetik varyasyon oluşturmak için yeterli olmalarıdır. Dezavantajları ise popülasyon tek bir mayoz bölünmeden sonra oluşacak bağlantı dengesizliklerinin (linkage disequilibrium) saptanması üzerine kurulmuştur. Dolayısıyla varyasyon dağılımının geniş perspektifte olmasından dolayı sonuçların tekrarlanabilirliği yoktur ve GxE etkileşimi tespit edilemez (38).



Şekil 7: GM, F₂ Ve Yakın Yetiştirme Populasyonlarında Kromozomların Kalıtım Şekli Ve Linear Modeller İle Yumurta Verimi Örneğinde Temsili QTL Hesaplama.

2. Geriye Melezleme (Backcross)

Zıt yönde seleksiyona tabi tutulmuş iki popülasyonun çiftleştirilmesinden elde edilen F_1 'lerin her iki ebeveyn hattından biri ile tekrar çiftleştirilmesi ile Geriye Melezleme (GM), bunların tekrar aynı ebeveyn popülasyonu ile çiftleştirilmesi ile de GM_2 ve GM_3 'ler elde edilir. Bu popülasyonlara ileri geriye melezler (advanced backcross) adı verilir ve Tanksley ve Nelson (39) tarafından zararlı allelerin frekansını azaltmak için geliştirilmiştir. Çiftleştirilmenin 8-9 nesil devam ettirilmesi ile NIL popülasyonları elde edilir. Şekil 7'de F_2 ve GM popülasyonlarını oluşturma gösterildi. GM popülasyonlarının avantajları; iki jenerasyonda oluşturulmaları, GM'lerin resesif karakterleri % 50 oranında taşırken F_2 popülasyonları %25 oranında taşmaları dolayısıyla resesif karakterlerin tespitinde bu popülasyonların üstün oluşudur. Lokuslarda sadece iki genotipik sınıf (MM, Mm) olduğundan skorlama kolaydır. Dezavantajları ise sadece geriye melezlenen ebeveyn hattına ait resesif karakterlerin belirlenebilmesi ve üç genotipin ikisi görüldüğünden dolayı gen interaksiyonlarının belirlenememesidir (40).

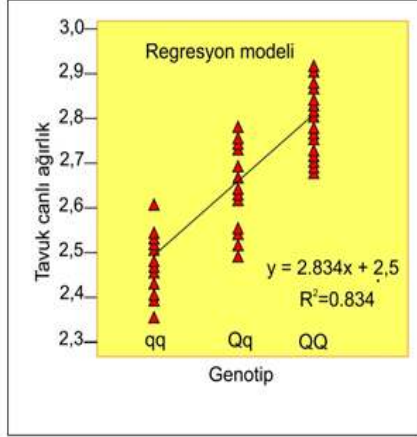
III. VERİ ANALİZİNDE KULLANILAN İSTATİSTİKSEL METODLAR

QTL tesbit etmek için kullanılan metodlar tek veya çoklu belirteç metodlarıdır. Tek belirteç metodu nispeten daha basit ve hızlı sonuç vermesine rağmen QTL bölgesinin belirteçlere uzaklığı ve etki derecesi hakkında bilgi vermez. Yalnızca belirteçlere bağlı bir QTL olup olmadığı hakkında bilgi verir. Çoklu belirteç kullanılması ise kromozom haritalamasının çözünürlüğünü ve QTL bulgusunun güvenilirliğini artırır (41).

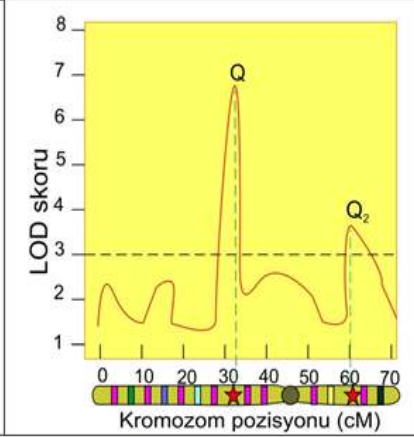
A. Tek belirteç Analizi (Single Marker Analysis)

Bu analizde her belirteç tek tek ele alınarak herhangi bir QTL ile bağlantılı olup olmadığı araştırılır (42). Yakın yetiştirme ve akraba popülasyonların her ikisi için de uygundur. Bunun için bireylere ait elde edilen fenotipik değerler ve belirteçler birkaç test yardımıyla analiz edilebilirler. Bunlardan varyans analizi, t testi, regresyon yaklaşımı, ihtimal oranı (likelihood ratio) veya en yüksek ihtimal (maximum likelihood) metodları yardımı ile analiz edilebilir (41). İstatistiksel olarak anlamlı farklılığın bulunması ($P < .05$) QTL varlığına işaret eder. Şekil 7'de tavukların yumurta verimlerine ait değerler ile sahip oldukları belirtece ait veriler varyans analizi ile temsili olarak karşılaştırıldı. Şekil 8'de ise regresyon analizi yöntemi temsili bir grafik ile gösterildi. Tek belirteç analizinin dezavantajları QTL pozisyonunu vermemesi, belirtece sıkı bağlı zayıf bir QTL veya hafif bağlı büyük bir QTL

lokusunu tespit edememesi, hipotez testlerinde yanlış pozitif sonuç verebilmesidir. Avantajları ise, data analizinin basit olması, herhangi bir istatistik yazılımı ile yapılabilmesi, bağlantı haritası ve tüm genom boyunca belirteçler gerektirmemesidir (14). Eğer varyasyon analizi kullanılacaksa residual error değerleri normal dağılmalıdır.



Şekil 8: Kullanılan İstatistiksel Linear Model Yöntemlerinden Olan Regresyon Analizini Tanıtmak İçin Temsili Şekildir .



Şekil 9: Aralık Haritalaması Yöntemini Gösterir Şekildir. LOD Skoru Hesaplamalarıyla Gösterir Şekildir. LOD Skorumun 3 Çizgisini Geçtiği Noktalarda Var Olan QTL Bölgeleri Yıldız İşareti İle Gösterilmiştir

Bir örnek olması bakımından GM popülasyonu kullandığımızı varsayalım ve istatistiksel metotları ikili karşılaştırmaların yapılabildiği t testi için açıklayalım. QTL genotipleri MM ve MN olacaktır. Populasyon ortalamalarına sırasıyla p1 ve p2, birey sayılarına n1 ve n2 diyelim,

$$t = \frac{p1-p2}{\sqrt{s^2 \left(\frac{1}{n1} + \frac{1}{n2} \right)}} \quad (\text{Denklem 1})$$

$$s^2 = \frac{(n1 - 1)s_1^2 + (n2 - 1)s_2^2}{n1 + n2 - 2} \quad (\text{Denklem 2})$$

t değeri bu şekilde hesaplanır ve önemlilik değerine t tablosundan bakılır. Bulunan değerin t tablosu değerinden yüksek olması bu bölgede QTL olduğunun delilidir (43). Aynı populasyon için regresyon testi ise $y=m+nx+e$ linear modeli ile kurgulanır. Formülde “y” değeri aynı belirtece sahip bireyler ortalamasıdır ve her lokus için ayrı ayrı hesaplanır. “m” ve “n” değerleri sabit değerlerdir, “x” ise QTL genotipi MM olduğunda “1” değerini MN olduğunda ise “0” değerini alır. Hipotez “x” değerinin “1” veya “0” olduğu üzerine kurulur, “m” ve “n” değerleri ise istatistik programları ile hesaplanabilir. “1” değerini alan lokuslar

QTL olarak kabul edilir. Regresyon metodunun tespit ettiği QTL'lerin güvenilirliği fazla olmasına karşılık, QTL tespit gücü azdır. Ayrıca QTL etkisi ve rekombinasyon oranlarını ayrı ayrı tespit edemez (28). Tek belirteç analizi için en çok kullanılan yazılımlar QTL Cartographer, MapManager QTX ve QGene olarak sıralanabilir. Bunun dışında istatistik analiz yapabilen SPSS, SAS veya Microsoft Excel programlarında kullanılabilir.

B. Aralık Haritalaması (Interval Mapping)

Bu haritalamada birbirini takip eden iki belirteç arasında beklenen QTL'nin varlığı araştırılır (44). Rekombinasyon oranlarını tek belirteç analizinden daha iyi kullanır ve daha güvenilir bir metod olduğu kabul edilir. Genom boyunca yerleri ve uzaklıkları bilinen belirteç haritası gerektirir. Bunun için tüm genom 1 cm aralıklarla bağlantı dengesizliği oluşturabilecek KO olgusu ihtimali yönünden istatistiksel olarak değerlendirilir. Bir noktada oluşabilecek bir crossing overin QTL noktasının her iki belirteç tarafında kalma ihtimalleri fenotipik değerlerle karşılaştırılarak ayrı ayrı hesaplanır. Böylece QTL'nin hangi noktada olması gerektiği bulunur. Bu uygulanan metoda en yüksek olabilirlik (maximum likelihood) metodu denir. Bu metodun ana mantığı şu şekilde formülize edilmiştir .

$$LR = 2 \ln \frac{\max L(x)}{\max_{H_0} L(x)} \quad (\text{Denklem 3})$$

$$LOD = \log_{10} \frac{\max L(x)}{\max_{H_0} L(x)} = \frac{LR}{4.61} \quad (\text{Denklem 4})$$

Burada LR (Likelihood ratio), bölgede QTL olma ihtimalinin olmama ihtimaline oranıdır. Elde edilen değer oldukça büyük bir rakam olduğundan anlaşılır bir seviyeye indirgemek için bu değer onluk tabanda logaritması alınır veya LR değeri 4.61 rakamına bölünerek LOD skoru hesaplanır (45). Bu skorun 3 üzerinde olması genelde QTL kanıtı olarak kabul edilir ve 1/1000 düzeyinde bir hata olabileceği düşünülür. Bunun dışında Maksimum beklenti algoritmasında (Expectation-maximization algorithm) (46) aralık haritalamasında kullanılır. Grafik üzerinde x ekseninde belirteç grubu gösterilirken, y ekseninde ise LOD değerleri pikler halinde gösterilir ve referans 3 çizgisinin üstünde (47) bulunan pikler dikkate alınır (Şekil 9). Pik ne kadar yüksekse QTL olma ihtimali o kadar fazladır fakat her zaman yanlış pozitif sonuçların da alınabileceği göz önüne alınmalıdır. Avantajı QTL pozisyonunu vermesidir. Dezavantajı ise iki belirteç arasındaki çoklu QTL noktalarını tespit edemez. Bir QTL başka QTL bölgelerinden de etkilenebileceği için aralık

haritalama yöntemi belirteçler ile QTL arasında bir hayalet (ghost) QTL oluşturabilir. Bu da yanılma riski doğurur (48). 1 cm aralıkla tüm genomu taramak ve bu hesaplamaları binlerce defa yapmak bilgisayar programları haricinde bu metodu olanaksız kılar. LOD skora ait P değerinin güvenilirliğini artırmak için varsayılan olarak 1000 kere permutasyon (43) veya bootstrap (Jansen, 1993) yapılması gerekir. Bilgisayar programları bu işlemleri yaparlar. Bu iş için de yine en çok kullanılan QTL Cartographer, MapManager QTX ve QGene yazılımlarıdır.

C. Kompozit Aralık Haritalaması (Composite İnterval Mapping-CIM)

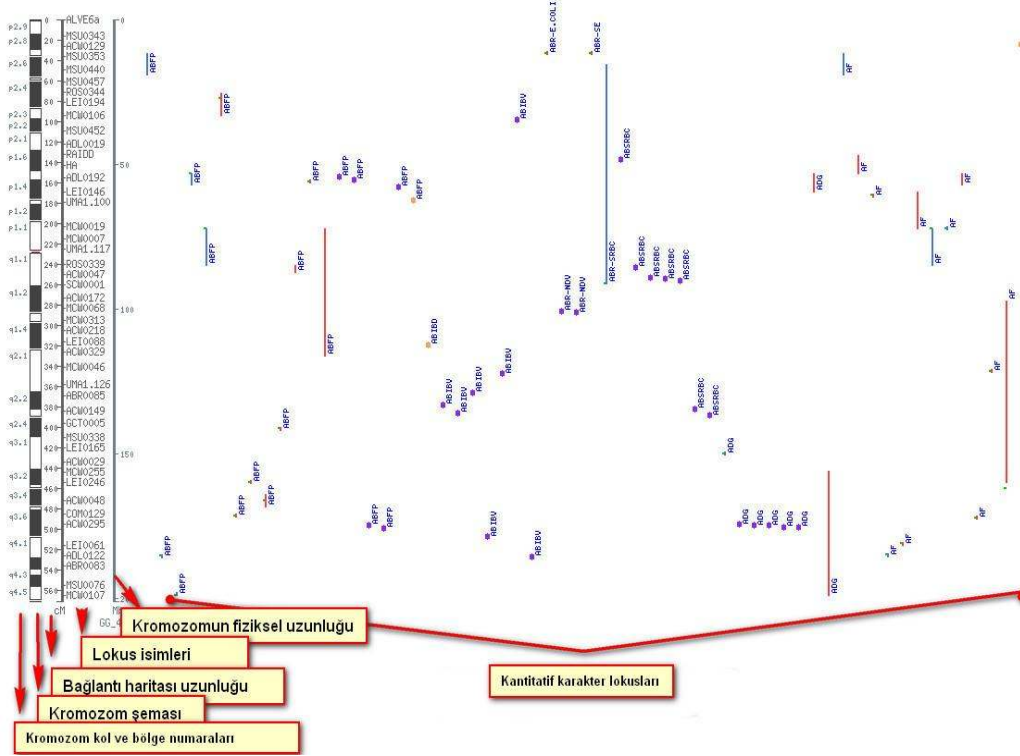
Kompozit aralık haritalaması metodunu Jansen (49) ve Rodolphe et al. (50) birbirlerinden bağımsız olarak önererek aralık haritalaması tekniğini bir adım daha öteye götürmüşlerdir. Bu yöntemde çoklu regresyon metodu ve aralık haritalaması metodu birleştirilmiştir (51). Birbirini izleyen belirteçler arasında birden fazla QTL bulunabilme olasılığı göz önüne alınarak ayrı ayrı analiz yapılır. Bir aralıkta birden fazla QTL'nin konumları ve etki dereceleri gösterilir. Böylece genetik varyasyonun residual error değeri azaltılmış olur (15).

D. Multiple QTL Mapping

Bu yöntem sadece birbirini takip eden belirteçlerin değil bütün belirteçler arasında aralık tahminlemesi yaparak kompozit aralık haritalamasında olduğu gibi çoklu QTL bölgelerini tespit edebilir (52). Şu ana kadar bahsedilen yöntemler içinde en güçlü olanıdır. QTL'ler arasında epistazisi, genotipik değerleri ve kantitatif karakterlerin kalıtılabilirliğini hesaplar. Donanımsal olarak iyi bilgisayarlar gerektirir.

E. Bayesian Yaklaşımı

Beklenen QTL bölgelerinin değişen noktalarda değişen derecelerde bulunması ihtimalini ele alan bu analiz kuvvetli bir yaklaşımdır fakat iyi bilgisayarlar ve zaman gerektirir. Çoklu QTL haritalama için çeşitli Bayesian yöntemleri mevcuttur. Bayesian QTL haritalamada hangi yöntemin kullanılacağı ise incelenen lokus sayısı ile alakalıdır. QTL lokus sayısını belirlemede kullanılan dört değişik Bayesian QTL haritalama yöntemlerini geliştirildi (53).



Şekil 10: Hayvanlara Ait Tespit Edile QTL Bölgelerini Ortak Veri Tabanında Toplayan Animal QTL Database’de Tavuk 1. Kromozomu Üzerinde Haritanın Tanıtılması.

IV. HAYVAN QTL VERİTABANI (ANİMAL QTL DATABASE)

Dünya’da hayvanlar üzerinde yapılmış QTL çalışmalarının ortak bir veritabanında toplanması ve herkesin yararına açılması için kurulmuş bir veritabanıdır. <http://www.animalgenome.org> adresinde çiftlik hayvanları için tespit edilen QTL bölgelerini ayrıntılı bir şekilde açıklar. Şekil 10’da bu sitede gösterilen tavuk 1. kromozomunun QTL haritası açıklanarak gösterildi.

V. QTL ANALİZLERİ İÇİN BİLGİSAYAR YAZILIMLARI

QTL analizleri bilgisayar programları kullanılmadan verimli olarak analiz edilemez ve çok uzun zamanlar alırlar. Doksanlı yılların başından beri DOS ortamında geliştirilen ve daha sonra Microsoft Windows, Linux, Mac gibi işletim sistemlerine uygun hale getirilen programlar ile analiz süresi makul seviyelerdedir. Bu programlar diğer programlardan bağımsız olarak geliştirildiği gibi, istatistiksel açık kaynak kodlu bir program olan R statistics program tabanı ile de geliştirilmiş programlar vardır (Tablo1).

Tablo 1: QTL Analiz Yazılımları

Bağımsız yazılımlar	
1. JoinMap	http://www.kyazma.nl/
2. Mapmaker	http://www.broad.mit.edu/ftp/distribution/software/mapmaker3/
3. THREaD Mapper	http://cbr.jic.ac.uk/dicks/software/threadmapper/index.html
4. WinQTLCart	http://statgen.ncsu.edu/QTLcart/WQTLCart.htm
5. MULTIMAPPER	http://www.maxforlive.com/library/device/1791/multimapper
6. MCQTL	https://carlit.toulouse.inra.fr/MCQTL/
7. Meta-QTL	http://www.bioinformatics.org/mQTL/wiki/
8. CarthaGene	http://www.inra.fr/mia/T/CarthaGene/
9. Map Manager QTX	http://www.mapmanager.org/
10. QGene	http://www.qgene.org/
11. MST MAP	http://alumni.cs.ucr.edu/~yonghui/mstmap.html
12. AntMap	http://cse.naro.affrc.go.jp/iwatah/antmap/index.html
13. QTL IciMapping	http://www.isbreeding.net/oldweb/download_software_ICIM.aspx
14. QTL Cartographer	http://statgen.ncsu.edu/QTLcart/
R Paket Programı İle Çalışan Yazılımlar	
1. R/QTL	http://www.rQTL.org
2. R/QTLbim	http://www.ssg.uab.edu/QTLbim/
3. dlmap	http://CRAN.R-project.org/package=dlmap
4. wgaim	http://CRAN.R-project.org/package=wgaim
5. QTLNetworkR	http://CRAN.R-project.org/web/packages/QTLNetworkR/index.html

SONUÇ ve ÖNERİLER

Kantitatif karakterler hayvanlarda verimi belirlediği için yetiştirme açısından çok önemli olarak kabul edilir. Kantitatif karakterleri belirleyen lokusların ortaya konulması ise daha az zamanda daha ekonomik seleksiyonların yapılabilmesi açısından önemlidir. Genetiğin karışık şifrelerini akılcı istatistik yöntemlerle çözmeye çalışan istatistik biliminin önemi, şu ana kadar yüzlerce QTL bölgesini ortaya çıkarmasıyla daha iyi anlaşılmıştır. Bu sebeplerden dolayı Türkiye hayvancılığında şu ana kadar ihmal edilmiş bir konu olan QTL haritalama ve yeni istatistiksel metodlar geliştirme işi önümüzde kaldırılması gereken bir yük olarak

durmaktadır. Bugün Dünya’da kullanılan kolay genotipleme sistemleri (SNP chip gibi), kullanımı kolay yazılımlar ve araştırmacılarımıza sağlanan geniş mali imkanlar ise işi kolay hale getirmiştir. Bu konuya gereken önem verilmeli ve araştırmacıların bu alanı geliştirmeleri teşvik edilmelidir. Türkiye, QTL uygulamaları dahil, genetik veritabanlarını oluşturmadan geri durmamalı ve bu işte Dünya da yerini almalıdır.

KAYNAKLAR

1. Georges, M. Mapping, Fine Mapping, And Molecular Dissection Of Quantitative Trait Loci In Domestic Animals. *Annu. Rev. Genomics Hum. Genet.* 2007; 8: 131-162.
2. Crosses E. Review Of Statistical Methods For QTL Mapping In Experimental Crosses. *Lab Animal* 2001; 30(7).
3. Yang J, Hu C, Hu H, Yu R, Xia Z, Ye X & Zhu J. QTLNetwork: Mapping And Visualizing Genetic Architecture Of Complex Traits In Experimental Populations. *Bioinformatics* 2008; 24(5): 721-723.
4. Ferreira A, Silva MFD, & Cruz CD. Estimating The Effects Of Population Size And Type On The Accuracy Of Genetic Maps. *Genetics and Molecular Biology* 2006; 29(1): 187-192.
5. Wang B, Guo W, Zhu X, Wu Y, Huang N & Zhang T. QTL Mapping Of Fiber Quality In An Elite Hybrid Derived-Ril Population Of Upland Cotton. *Euphytica* 2006; 152(3): 367-378.
6. Wang J, Li ZJ, Lan XY, Hua LS, Huai YT, Huang YZ, Wang JQ. Two Novel SNPs In The Coding Region Of The Bovine Prdm16 Gene And Its Associations With Growth Traits. *Molecular Biology Reports* 2010; 37(1): 571-577.
7. Han R, Wei Y, Kang X, Chen H, Sun G, Li G, Huang Y. Novel SNPs In The PRDM16 Gene And Their Associations With Performance Traits In Chickens. *Molecular Biology Reports* 2012; 39(3): 3153-3160.
8. Nuzhdin SV, Harshman LG, Zhou M, & Harmon K. Genome-Enabled Hitchhiking Mapping Identifies QTLs For Stress Resistance In Natural Drosophila. *Heredity* 2007; 99(3): 313-321.
9. De Koning DJ, Dekkers JCM, & Haley CS. Designs For QTL Detection In Livestock And Their Implications For Mas. In *Proceedings Of An International Workshop*

Organised By The Fondazione per le Biotechnologie, the University of Turin and FAO. 2003; 17-18.

10. Eathington SR, Crosbie TM, Edwards MD, Reiter RS, Bull JK. Molecular Markers In A Commercial Breeding Program. *Crop Science* 2007; 47(3): 154.
11. Morjan CL, Rieseberg LH. How Species Evolve Collectively: Implications Of Gene Flow And Selection For The Spread Of Advantageous Alleles. *Molecular Ecology* 2004; 13(6): 1341-1356.
12. Yakir B, Pisanté A, Darvasi A. Statistical Theory in QTL Mapping. In *Computational Genetics and Genomics*. Humana Press. 2005. ss:33-50
13. Visscher P, Whittaker J, & Jansen R. Mapping Multiple QTL Of Different Effects: Comparison Of A Simple Sequential Testing Strategy And Multiple QTL Mapping. *Molecular Breeding* 2000; 6(1): 11-24.
14. Boopathi, NM. Genetic Mapping And Marker Assisted Selection: Basics, Practice And Benefits. Springer Science & Business Media. 2012.
15. Camp NJ, Cox A. (Ed.). Quantitative Trait Loci: Methods And Protocols (Vol. 195). Springer Science & Business Media. 2002.
16. Wenzl P, Li H, Carling J, Zhou M, Raman H, Paul E, Kilian A. A High-Density Consensus Map Of Barley Linking DArT Markers To SSR, RFLP And STS Loci And Agricultural Traits. *Bmc Genomics* 2006; 7(1): 206.
17. Gürses M, Bayraktar M. Moleküler Markerlerin Hayvan Yetiştiriciliği ve Genetiğinde Kullanımı. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Veteriner Dergisi* 2014; 28(2): 99-106.
18. Harris BL, Johnson DL. The Impact Of High Density SNP Chips On Genomic Evaluation In Dairy Cattle. *Interbull Bulletin* 2010; (42): 40.
19. Zhao Q, Li T, Zhao X, Huang K, Wang T, Li Z, Shi Y. Rare CNVs And tag SNPs At 15q11. 2 Are Associated With Schizophrenia In The Han Chinese population. *Schizophrenia bulletin* 2013; 39(3): 712-719.
20. Cho KH, Oh JD, Kim HB, Park KD, Lee JH. Genome Wide Association Studies Using Multiple-lactation Breeding Value In Holsteins. *Asian-Australasian journal of animal sciences* 2015; 28(3): 328.
21. Venturini GC, Cardoso DF, Baldi F, Freitas AC, Aspilcueta-Borquis RR, Santos DJ, Tonhati H. Association Between Single-Nucleotide Polymorphisms And Milk

- Production Traits In Buffalo. *Genetics and molecular research: GMR* 2014; 13(4): 10256.
22. Groenen, MA, Megens, HJ, Zare Y, Warren WC, Hillier LW, Crooijmans RP, Cheng, HH. The Development And Characterization Of A 60K SNP Chip For Chicken. *BMC genomics* 2011; 12(1): 274.
23. Kranis, Gheyas AA, Boschiero C, Turner F, Yu L, Smith S., Burt DW. (). Development Of A High Density 600K SNP Genotyping Array For Chicken. *BMC genomics* 2013; 14(1): 59.
24. Li H, Bradbury P, Ersoz E, Buckler ES & Wang J. Joint QTL Linkage Mapping For Multiple-Cross Mating Design Sharing One Common Parent. *PLoS One* 2011; 6(3): 17573.
25. Dapper AL & Lively CM. Interlocus Sexually Antagonistic Coevolution Can Create Indirect Selection For Increased Recombination. *Evolution* 2014; 68(4): 1216-1224.
26. Campos JL, Halligan DL, Haddrill PR & Charlesworth B. The Relation Between Recombination Rate And Patterns Of Molecular Evolution And Variation In *Drosophila Melanogaster*. *Molecular biology and evolution* 2014; 31(4): 1010-1028.
27. Ellegren H. Genome Sequencing And Population Genomics In Non-Model Organisms. *Trends in Ecology & Evolution* 2014; 29(1): 51-63.
28. Wu R, Ma C, & Casella G. *Statistical Genetics Of Quantitative Traits: Linkage, Maps And QTL*. Springer Science & Business Media. 2007.
29. Carlborg Ö, Kerje S, Schütz K, Jacobsson L, Jensen P, Andersson L. A Global Search Reveals Epistatic Interaction Between Qtl For Early Growth In The Chicken. *Genome research* 2003; 13(3): 413-421.
30. Falconer DS, & Mackay TF. *Introduction To Quantitative Genetics*. Harlow. UK: Longman. 1996.
31. Nadaf J, Berri C, Dunn I, Godet E, Le Bihan-Duval E, & De Koning DJ. An Expression QTL of Closely Linked Candidate Genes Affects pH of Meat in Chickens. *Genetics* 2014; 196(3): 867-874.
32. Bovenhuis H, Van Arendonk, JAM, Davis G, Elsen JM, Haley CS, Hill, WG, Nicholas, FW. Detection And Mapping Of Quantitative Trait Loci In Farm Animals. *Livestock Production Science* 1997; 52(2): 135-144.

33. Boopathi NM. Mapping Population Development. In Genetic Mapping and Marker Assisted Selection. Springer India. 2013, ss. 23-37.
34. Weller JI, Weller H, Kliger D, & Ron M. Estimation Of Quantitative Trait Locus Allele Frequency Via A Modified Granddaughter Design. *Genetics* 2002; 162(2): 841-849.
35. Wang X, Wurmser C, Pausch H, Jung S, Reinhardt F, Tetens J, Fries R. Identification And Dissection Of Four Major QTL Affecting Milk Fat Content In The German Holstein-Friesian Population. *PloS one* 2012; 7(7): 40711.
36. Andersson L, Haley CS, Ellegren H, Knott SA, Johansson M, et al.. Genetic Mapping Of Quantitative Trait Loci For Growth And Fatness In Pigs. *Science* 1994; 263:1771–74.
37. Darvasi A. Experimental Strategies For The Genetic Dissection Of Complex Traits In Animal Models. *Nat. Genet.* 1998;18:19–24.
38. Kole C, Abbott AG (Ed.). Principles and Practices of Plant Genomics: Advanced Genomics (Vol. 3). CRC Press. 2010
39. Tanksley SD, Nelson JC. Advanced Backcross QTL Analysis: A Method For The Simultaneous Discovery And Transfer Of Valuable QTLs From Unadapted Germplasm Into Elite Breeding Lines. *Theor Appl Genet* 1995; 92: 191-203.
40. Schulthess A, Schwember AR. Improving Durum Wheat (*Triticum Turgidum* L. Var Durum) Grain Yellow Pigment Content Through Plant Breeding. *Ciencia e Investigación Agraria* 2013; 40(3): 475-490.
41. Siegmund D, & Yakir B. The Statistics Of Gene Mapping. Springer Science & Business Media. 2007.
42. Edwards MD, Stuber CW, Wendel JF. Molecular Marker Facilitated Investigation Of Quantitative Trait Loci In Maize. I. Numbers, genomic distribution and types of gene action. *Genetics* 1987; 116:113–125
43. Churchill GA and Doerge RW. Empirical Threshold Values For Quantitative Trait Mapping. *Genetics* 1994; 138:963–971.
44. Lander ES, Botstein D (1989) Mapping Mendelian Factors Underlying Quantitative Traits Using Rflp Linkage Maps. *Genetics* 121:185–199
45. Haldane JBS, Smith CAB. A New Estimate Of The Linkage Between The Genes For Colour-Blindness And Haemophilia In Man. *Ann Eugen* 1947;14:10–31

46. Dempster AP, NM Laird, and DB Rubin. Maximum Likelihood From Incomplete Data Via The EMalgorithm. J. Roy. Statist. Soc.,Ser.B. 1977; 39:1-38.
47. Özşensoy Y, Kurar E. Genetik Bağlantı Analizi ve Uygulama Alanları. Erciyes Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi 2013; 10(1): 53-62.
48. Martinez O. and Curnow RN. Estimating the locations and the size of the effects quantitative trait loci using flanking markers. Theor. Appl. Genet. 1992; 85: 480-488.
49. Jansen RC. Interval mapping of multiple quantitative trait loci. Genetics 1993; 135: 205–211
50. Rodolphe F, Lefort M. A Multi-Marker Model For Detecting Chromosomal Segments Displaying QTL Activity. Genetics 1993;134:1277–1288
51. Zeng ZB. Theoretical Basis For Separation Of Multiple Linked Gene Effects In Mapping Quantitative Trait Loci. Proc Natl Acad Sci 1993; 90:10972–10976
52. Kao CH et al. Multiple Interval Mapping For Quantitative Trait Loci. Genetics 1999;152:1203–1216.
53. Maraghı AO. Farelerde Bir Batında Doğan Yavru Sayısının Kantitatif Özellik Lokusu (QTL) Belirlenmesinde Bayesyan Genelleştirilmiş Doğrusal Model Yaklaşımı. Doktora Tezi. Ankara üniversitesi, Fen bilimleri Enstitüsü, 2011

GEBELİK VE DOĞUMUN PELVİK TABAN YETERSİZLİKLERİ ÜZERİNE ETKİSİ: ÖNLENMESİ VE KORUNMADA HEMŞİRENİN ROLÜ

Hatice KAHYAOĞLU SÜT¹

ÖZET

Gebelik ve doğumun tüm organ sistemlerinde önemli derecede fizyolojik değişiklikler yarattığı bilinmektedir. Pelvik taban bozuklukları (Üriner inkontinans, fekal inkontinans ve pelvik organ prolapsusu) gebelik ve doğumla ilişkilendirilmiş olmasına rağmen gebelik ve doğumun pelvik organ desteği üzerindeki etkileri tam olarak ortaya konulamamıştır. Yapılan çalışmalarda ise doğum sayısı (parite), doğum şekli ve bebeğin doğum ağırlığının pelvik taban yetersizlikleri üzerinde önemli risk faktörleri olduğu bildirilmektedir. Gebelik ve doğumla olan ilişkili bu risk faktörlerinin pelvik taban yetersizliklerinden olan üriner inkontinans, fekal inkontinans ve pelvik organ prolapsuna yol açtığı yapılan çalışmalarda belirlenmiştir. Hemşireler ve sağlık profesyonelleri, gebelik sürecinde ve postpartum dönemde kadınlara pelvik taban yetersizliklerinin önlenmesi ve korunma için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmalıdır. Ayrıca hemşireler, pelvik taban kas egzersizlerinin düzenli olarak yapılması, ağır kaldırma, zorlama gerektiren hareketlerden ve yoğun fiziksel egzersizlerden kaçınılması, fazla kilo almamaya dikkat edilmesi (gebelerin gerekirse diyetisyene yönlendirilmesi), sigara kullanılmaması, konstipasyonun giderilmesi için diyetle lifli gıdaların eklenmesi ve sıvı alımının artırılması, düzenli egzersiz, rutin bir defekasyon programı oluşturması ve şiddetli durumlarda laksatif kullanılması, yeterli sıvı alınması, mesane irritanlarının az miktarda tüketilmesi konularında gebelikte ve postpartum sürecinde kadınlara eğitim vermelidirler.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Doğum, Pelvik Taban Yetersizliği, Önleme ve Korunmada Hemşirenin Rolü

¹Yrd.Doç. Dr, Trakya Üniversitesi SBF, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Abd.

İletişim /Corresponding Author: Hatice KAHYAOĞLU SÜT

Tel: 0.533.7662979 **e-posta:** haticesut@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received : 12.09.2014

Kabul Tarihi / Accepted: 16.01.2015

THE EFFECT PREGNANCY AND CHILDBIRTH ON PELVIC FLOOR DYSFUNCTIONS: ROLE OF NURSE IN PREVENTION AND PROTECTION

ABSTRACT

It is known that the pregnancy and childbirth cause significant physiological changes in all organ systems. Pelvic floor disorders (urinary incontinence , fecal incontinence and pelvic organ prolapse) are associated with pregnancy and childbirth, however, the effects of them on pelvic organ support has not been fully revealed. Studies reported that the number of birth (parity), delivery type, and birth weight are significant risk factors on pelvic floor failure. Also, studies reported that these risk factors associated with pregnancy and childbirth caused pelvic floor disorders such as, urinary incontinence, fecal incontinence and pelvic organ prolapse. Nurses and health professionals should provide healthy lifestyle behaviors for women in the prevention and protection of pelvic floor failures during pregnancy and postpartum period. In conclusion, nurse should give knowledge to women during pregnancy and postpartum period about why they must do regularly pelvic floor muscle exercise, mustn't lift heavy weights, mustn't hard movements and intense physical exercises, why must do weight control (if necessary, a dietician may be advised), why mustn't use smoke, must add fiber foods to diet in order to prevention of constipation, must increase fluid intake, must do regular exercise, must do routine defecation program, must intake adequate fluid, and consume bladder irritants in a small amounts.

Key Words: Pregnancy, Childbirth, Pelvic floor dysfunctions, Role Of Nurse In Prevention And Protection

GİRİŞ

Gebeliğin tüm organ sistemlerinde önemli derecede fizyolojik değişiklikler yarattığı bilinmektedir, fakat pelvik tabanda oluşan fizyolojik değişiklikler konusundaki bilgiler oldukça kısıtlıdır (1,2). Gebeliğin mi, yoksa doğum olayının mı pelvik taban bozukluklarıyla daha çok ilişkili olduğu tam olarak açık değildir. Doğum sayısı (parite), doğum şekli ve bebeğin doğum ağırlığının pelvik taban yetersizlikleri üzerinde önemli risk faktörleri olduğu düşünülmektedir. Pelvik taban bozuklukları (Üriner inkontinans, fekal inkontinans ve pelvik organ prolapsusu) gebelik ve doğumla ilişkilendirilmiş olmasına rağmen gebelik ve doğumun pelvik organ desteği üzerindeki etkileri tam olarak ortaya konulamamıştır (1,3).

Gebelik sürecinde ve postpartum dönemde pelvik taban yetersizliklerinin önlenmesi ve korunma da multidisipliner ekip yaklaşımı önemlidir. Bu ekip içerisinde yer alan hemşireler, gebelik sürecinde ve postpartum dönemdeki kadınlara pelvik taban yetersizliklerinin önlenmesi ve korunma için eğitim ve danışmanlık rollerini kullanarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları konularında bilgi vermelidirler.

I. PELVİK TABAN YETERSİZLİKLERİ ÜZERİNE ETKİLİ GEBELİK VE DOĞUM RİSK FAKTÖRLERİ

Gebelik ve doğum eylemi sırasında meydana gelen mekanik veya hormonal etkiler pelvik taban desteğini olumsuz etkileyebilir. Pelvik taban yetersizlikleri gelişimi açısından en önemli risk faktörleri parite, doğum şekli ve bebeğin doğum ağırlığıdır.

A. Parite: Yapılan çalışmalarda paritenin, özellikle pelvik organ prolapsusu için risk faktörü olduğu bildirilmektedir (4). Gebelik ve postpartum dönemde üriner inkontinans multiparite ile ilişkilidir (5). Paritenin üriner inkontinans için majör risk faktörü olduğu saptanmıştır (6). Hiç doğum yapmamaya göre, vajinal tek doğum yapmanın stres üriner inkontinans riskini 3,89 kat, vajinal birden fazla doğum yapmanın 4,37 kat, sezaryen tek doğumunsa 1,78 kat arttırdığı, bildirilmektedir (6). Beyaz ırkta hiç gebelik yaşamayanlara göre 1 kez gebe kalanlarda evre 2 ya da 3 pelvik organ prolapsusu riskinin 4,70 kat, ≥ 5 kez kalanlarda ise 10,04 kat fazla olduğu bildirilmiştir. Siyah ırkta ise parite ile prolapsus arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır (7). Ülkemizde ise hiç doğum yapmamışlara göre, 1 doğum yapanlarda pelvik taban disfonksiyonları gözlenme riskinin 1,75 kat, 2 doğum yapanlarda 2,12 kat, 3 doğum yapanlarda 3,40 kat, 4 ve üzeri doğum yapanlarda 3,89 kat fazla

olduğu bildirilmektedir (8). Parite arttıkça pelvik taban yetersizlikleri oluşma riskide artmaktadır.

B. Doğum Şekli: Doğum şekli özellikle vajinal ve enstrümental doğum pelvik taban kas yapısı üzerine etki ederek pelvik taban disfonksiyonlarına neden olur (9,10). Vajinal doğum pelvik tabanın sinir, kas, fasya ve ligament yapılarında önemli miktarda gerilmeye neden olur. Bu durum da pelvik organ prolapsusuna ve stres üriner inkontinansa neden olur (11). Vajinal ve enstrümental doğum pelvik taban fonksiyonlarını bozarak kas gücünü zayıflatır (10). Ayrıca vajinal ve enstrümental doğum yaptırılan kadınların kas gücündeki düşüş sezaryene göre daha yüksektir (12). Vajinal doğum pelvik taban bozuklukları üzerine bağımsız risk faktörüdür ve sezaryene göre herhangi bir pelvik taban kas bozukluğu riskini 1,85 kat arttırmaktadır (13). Hiç doğum yapmamışlara göre; vajinal tek doğum yapmak stres üriner inkontinans riskini 3,89 kat, vajinal birden fazla doğum yapmak 4,37 kat, sezaryen tek doğumsa 1,78 kat arttırmaktadır (6). Postpartum dönem 3. ayda vajinal doğum sezaryene göre üriner inkontinans riskini 3,28 kat, fekal inkontinans riskini ise 1,18 kat artırır (14). Bir başka çalışmada ise vajinal doğumun üriner inkontinans riskini 1,5 kat, forseps kullanımının 35 kat arttırdığı bildirilmektedir (15). Ülkemizde yapılan bir çalışmada hiç doğum yapmamışlara göre; sezaryen doğum yapanlarda pelvik taban disfonksiyonları gözlenme riskinin 1,65 kat, vajinal doğum yapanlarda 2,38 kat, her iki şekilde de doğum yapanlarda ise 3,35 kat fazla olduğu bildirilmektedir (8). Sezaryen doğum yapanlara göre spontan vajinal doğum yapmanın POP-Q (Pelvik Organ Prolapsusu Sınıflaması) ≥ 2 olma olasılığını 3,19 kat arttırdığı, enstrümental vajinal doğumunsa 5,52 kat arttırdığı bildirilmektedir (59). Bir başka çalışmada ise en az bir vajinal doğum yapmanın pelvik organ prolapsusu riskini 7,22 kat arttırdığı bildirilmiştir (16).

C. Bebeğin Doğum Ağırlığı: Bebeğin doğum ağırlığı pelvik pelvik taban disfonksiyonları üzerine önemli etkide bulunmaktadır. Bebeğin doğum ağırlığı arttıkça pelvik taban disfonksiyonları gözlenme olasılığı da artmaktadır (14). Yapılan bir çalışmada anne karnında bebeğin ağırlığının inkontinans için bağımsız risk faktörü olduğu, gebelikte 75 kilo ve üzeri olmanın inkontinans riskini iki kattan fazla arttırdığı bildirilmiştir (17). Bir başka çalışmada ise bebeğin doğum ağırlığı 3800 gr'dan büyük olanların postpartum dönem 3. ayda üriner inkontinans risklerinin 1,41 kat fazla olduğu bildirilmiştir (14). Makrozomik fetüs

ağırlığının pelvik organ prolapsusu için bağımsız risk faktörü olduğu ve 2,91 kat risk artışı yarattığı bildirilmiştir (16).

II. GEBELİK VE DOĞUMUN PELVİK TABAN YETERSİZLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ

Gebelik ve doğum eyleminin pelvik taban yapısı üzerine olumsuz etkileri üriner inkontinans, fekal inkontinans ve pelvik organ prolapsusu gibi pelvik taban yetersizliklerine yol açabilmektedir.

A. Gebelik Sürecinde Ve Postpartum Dönemde Üriner İnkontinans

Uluslar arası kontinans topluluğu (ICS-International Continence Society) üriner inkontinansı objektif olarak gösterilebilen, sosyal veya hijyenik olarak problem olan istem dışı idrar kaçırma olayı olarak tanımlamaktadır (18). Topluluğun 2002 yılında yayınlanan alt üriner sistem fonksiyonlarının terminolojisinin standardizasyonuna ilişkin yayınında ise üriner inkontinans, “her türlü idrar kaçırma yakınması” olarak tanımlanmaktadır (19).

Gebelikte idrar sıklığında artış görülür. Bunun nedeni büyüyen uterusun mesaneye basısına bağlı olarak mesane kapasitesinin azaltmasıdır. Üçüncü trimesterin sonlarında ise buna ilaveten fetal bası da söz konusudur. Ama idrar sıklığının artmasında sadece mekanik faktörler değil, hormon düzeylerindeki değişiklikler, plazma hacminde, böbrek kan akımında ve glomerüler filtrasyon hızında olan artışlar da etkilidir (1,20).

Gebelikte mesane üzerindeki artmış bası nedeniyle stres üriner inkontinans da gebelik öncesi dönemle karşılaştırıldığında daha sık görülür, inkontinans epizodlarının sıklığı gebelik süresince giderek artar ve üçüncü trimesterde maksimuma ulaşır. Gebelik sırasında ve postpartum dönemde stres üriner inkontinansın daha sık görülmesi pelvik taban kas gücünün düşük olması ile ilişkilidir (21,1,20).

1- Gebelik Sürecinde Ve Postpartum Dönemde Üriner İnkontinans Prevelansı

Gebelik sürecinde ve doğum eyleminde yaşanan fizyolojik ve anatomik olayların üriner inkontinansın oluşmasına etken olduğu ve bu süreçte üriner inkontinans prevelansının yükseldiği yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur (22-23).

Üriner inkontinans prevelansı gebelik sürecinde %30,6, post-partum dönemde ise %6,78 olarak bildirilmektedir (5). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise üriner inkontinans prevelansına ilişkin çeşitli oranlar verilmektedir. Gebelerde üriner inkontinans prevelansı %27 olarak bildirilmektedir (24). Postpartum 12 aylık dönemde üriner inkontinans prevelansı %19,5'dir (Stres üriner inkontinans %42,2, urge üriner inkontinans %10,3, miiks üriner inkontinans %47,5). Ayrıca kadınların %12,3'ü pelvik taban kas egzersizi uygulamakta olup sadece %15,2'si üriner inkontinans için doktora başvurmuşlardır (25).

B. Gebelik Sürecinde Ve Postpartum Dönemde Fekal İnkontinans

Gebelik ve doğum fekal inkontinansın oluşumunda major faktör olarak bilinir. Fekal inkontinansın gelişiminde, direkt anal sfinkter zedelenmesi ve pudental sinirin nöropatisi olmak üzere iki görüş önemli yer tutar. Anal sfinkter zedelenmesi primiparlarda daha önemli faktör olarak düşünülürken, pudental sinir hasarı özellikle vajinal doğumlarda kaçınılmazdır (26). İlk doğum sonrası anal sfinkterde %35-41 oranında hasarlanma olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Bunların pek çoğu asemptomatiktir ve ömür boyu böyle kalmaktadır (26,27,28). Ancak azımsanmayacak bir kısmında da hasara inkontinans eşlik eder. Doğum öncesi ve doğumu takip eden 6 aylık dönemde primipar kadınların %35'inde anal sfinkter hasarı olduğu ancak bunların %3'ünün klinik bulgu verdiği belirtilmiştir (11,27). Sfinkter defektinin en yaygın olduğu doğum şeklinin forsepsle doğum olduğu bildirilirken sezaryenle doğumda hasar bildirilmemiştir (11).

Doğum şekliyle fekal inkontinans arasında doğum sonrası erken dönemde bağlantı gözüksede ilerleyen yıllarda bu oranın ortadan kalktığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Diğer bir deyişle doğum şeklinin fekal inkontinansa etkisi yaşla azalmaktadır. Nygaard ve ark. çalışmalarında doğum şekli ne olursa olsun fekal inkontinansın doğumdan 30 yıl sonraki prevelansının benzer olduğunu bildirmişlerdir (29).

C. Gebelik Sürecinde Ve Postpartum Dönemde Pelvik Organ Prolapsusu

Gebelikte pelvik organ prolapsusuna ilişkin az veri olmasına karşın prolapsus düzeyinin gebelikte arttığı yönünde genel bir kanı mevcuttur (30,2,3). Doğum sayısı ve makrozomik doğum gibi gebelik ve doğumla ilgili faktörler artmış prolapsusla ilişkili bulunmuştur. Gebelik hormonal değişiklikler nedeniyle tüm organlarda bilinen çeşitli fizyolojik değişikliklere sebep olur. Hem fetusun pelvise yerleşimi hem de hormonal değişikliklerin

pelvik taban üzerine etkisi sonucu pelvik taban ve pelvik taban desteği üzerinde etkilidir (11). Üçüncü trimester ve postpartum dönem, birinci trimestere göre daha fazla prolapsusa neden olur (2). Pelvik desteği zorlayan diğer bir faktör de gebelik süresince büyüyen uterusun pelvik taban kaslarının gerilimini arttırması ve uterusu zayıflatmasıdır. Endopelvik fasyadaki kollajen azlığının gebelik ve doğumdan bağımsız olarak pelvik taban desteğini azalttığı gösterilmiştir. Prolapsusta en önemli risk faktörünün doğumun pelvik tabanda oluşturduğu zedelenme olduğuna inanılır (11).

Gebelik ilerledikçe pelvik organ prolapsusunun derecesinde bir artış gözlenmektedir (1,20). Birinci trimesterde ve gebeliğin 36. haftasında gebelerin %46'sında yeni pelvik organ prolapsusu gelişimi ya da mevcut pelvik organ prolapsusu şiddetinde artış gözlenmesi gebeliğin pelvik organ prolapsusu üzerine etkisini göstermektedir (1,31). Nullipar kadınlar üzerinde yürütülen bir olgu-kontrol çalışmasında gebe olmayanların pelvik organ prolapsusu evresinin 0 veya 1 olduğu, gebelerde ise %47,6 oranında evre 2 pelvik organ prolapsusu olduğu saptanmıştır. Buna göre nullipar kadınlar arasında gebelik daha ileri derecede pelvik organ prolapsusuyla ilişkilidir (1,32).

III. GEBELİK SÜRECİNDE VE POSTPARTUM DÖNEMDE PELVİK TABAN YETERSİZLİKLERİNİN ÖNLENMESİ ve KORUNMADA HEMŞİRENİN ROLÜ

Gebelik sürecinde ve postpartum dönemde pelvik taban yetersizlikleri oldukça yüksek seyretmesine ve bu durumun yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmesine rağmen kadınlar genellikle profesyonel bir yardım almamaktadırlar (33). Hemşireler, gebelik sürecinde ve postpartum dönemdeki kadınlara pelvik taban yetersizliklerinin önlenmesi ve korunma için eğitim ve danışmanlık rollerini kullanarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları konularında bilgi vermelidirler.

A. Gebelik Sürecinde Ve Postpartum Dönemde Pelvik Taban Yetersizliklerinin Önlenmesi Ve Korunma İçin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları:

- Gebelik sürecinde ve postpartum dönemde ağır kaldırma, zorlama gerektiren hareketlerden ve yoğun fiziksel egzersizlerden kaçınılmalıdır.
- Gebelikte fazla kilo almamaya dikkat edilmelidir. Beden Kitle İndeksine uygun olmayan kilo alımı sonucu, mesane üzerinde artmış intraabdominal basınç ve aşırı üretral mobiliteye bağlı olarak üriner inkontinans görülebilir (34).

- Gebelik sürecinde ve postpartum dönemde sigara kullanılmamalı ve hatta gebelik planlanıyorsa öncesinde bırakılmalıdır. Çünkü sigara kullananlarda tekrarlayan kronik öksürük intraabdominal basıncı arttırarak idrar kaçırmayı kolaylaştırır. Nikotin mesane kontraksiyonlarını arttırarak urgencye neden olur ve urge üriner inkontinans riskini arttır. Antiöstrojenik etkiye sahip olup kollajen sentezini olumsuz etkilediğinden pelvik organ sarkmalarına yol açabilir. Bu nedenlerle sigara bırakılmalıdır (34).
- Gebelikte konstipasyon üriner inkontinans için potansiyel risk faktörüdür. Konstipasyonun giderilmesi için; diyetle lifli gıdaların eklenmeli, sıvı alımı artırılmalı, düzenli egzersiz, rutin bir defekasyon programı oluşturmalı ve şiddetli durumlarda laksatif kullanılmalıdır.
- Yetersiz sıvı alınması veya sıvı kısıtlaması, idrar konsantrasyonunu arttırarak mesane mukozasını irrite edip sıkışma, sık idrar yapma hissine ve üriner sistem enfeksiyonlarına yol açarak fonksiyonel mesane kapasitesini azaltır. Gebelik sürecinde ve postpartum dönemde yeterli sıvı alınmasına önem verilmelidir.
- İnkontinansa birçok gıda maddelerinin mesane irritasyonunu başlatma veya artırmada rol oynadığı bilinmektedir. Kafein detrüsoör kasını etkileyerek diüretik etki gösterir. Gebelik sürecinde ve postpartum dönemde kola, kahve, çay gibi mesane iritanları az miktarda tüketilmelidir (34).

1- Gebelik Sürecinde Ve Postpartum Dönemde Pelvik Taban Yetersizliklerinin Önlenmesi Ve Korunmada Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Rolü

Pelvik taban kas egzersizlerinden ilk bahseden Kuzey California Üniversitesinden Arnold Kegel'dir (35,36,37,38). Kegel egzersizleri, pelvik taban kaslarının kasılıp gevşetilerek egzersiz yardımıyla güçlendirilmesidir. 1950 yılından beri pelvik taban kas egzersizleri, pelvik taban kaslarını güçlendirerek pelvik taban disfonksiyonlarını önlemek, prolapsus ve üriner inkontinans ihtimalini azaltmak için uygulamada kullanılmaktadır (38).

Gebelik sürecinde ve postpartum dönemde kegel egzersizinin faydaları şunlardır:

- Kegel egzersizleri mesane ve vajinayı destekleyen pelvik kaslarının güçlenmesine yardımcı olur.
- Pelvik taban kas gücünü arttırarak idrar ve dışkı kaçırmayı önler,
- Pelvik organ prolapsusunu önler,
- Cinsel sorunları azaltır,

- Cinsellikten haz almayı sağlar,
- Vajinal doğumlarda epizyotomi ihtiyacını ve perianal hasar olasılığını azaltır.
- Vajinal doğum sonrası epizyotomi bölgesinin ve oluşabilecek perianal hasarın iyileşmesini hızlandırır.

Gebelik Sürecinde Ve Postpartum Dönemde Yapılması Uygun Görülen Kegle Egzersiz Programı

- Egzersiz öncesi mesane boşaltılmalıdır. Pelvik taban kaslarını doğru tanımlamak için başlangıçta mesaneyi boşaltırken idrar tutulmaya çalışılmalıdır. Eğer sonuç başarılı ise doğru kaslar kasılmış demektir.
- Egzersizi öğrenme aşamasında, bacaklar dizden bükülü olacak şekilde sırtüstü yatar pozisyonda ya da oturur pozisyonda yapılabilir.
- Başlangıçta pelvik taban kasları sanki idrar ya da gaz çıkışı durduruluyormuş gibi içeriye doğru çekerek 5 saniye kasılmalı ve hemen sonrasında 5 sn dinlendirilmelidir. Arka arkaya 4-5 defa tekrar edilmelidir.
- Doğru pelvik taban kasları bulunduğundan ve egzersize başladıktan sonra egzersiz programı pelvik taban kaslarını 10 saniye kasıp 10 saniye dinlendirme şeklinde programlanmalıdır. Her gün, günde 3 defa (sabah, öğlen ve akşam olabilir) bu şekilde her defasında 10 kez egzersizler tekrarlanmalıdır (39)

Doğru kas kasılması öğrenildiğinde kegel egzersizleri her pozisyonda yapılabilir. 2 haftada egzersizin etkileri ortaya çıkmaya başlar, 6-8 haftada artar ve 6 ayda istenilen güce ulaşır. Kas kuvveti belli bir güce ulaştınca da ömür boyu egzersizi yapmaya devam edilmelidir (34,40,41).

Gebelik sürecinde ve postpartum dönemde yukarıda belirtilen egzersiz programından daha uzun süre ve fazla sayıda kegel egzersiz yapmak pelvik taban kaslarını yorabilir ve kaslarda gevşemeye yol açabilir. Bunun yanısıra daha kısa süre ve az sayıda egzersiz yapmak ise pelvik taban kas gücünü artırmayabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan çalışmalarda doğum sayısı (parite), doğum şekli ve bebeğin doğum ağırlığının pelvik taban yetersizlikleri üzerinde önemli risk faktörleri olduğu bildirilmektedir. Gebelik ve doğumla olan ilişkili bu risk faktörlerinin pelvik taban yetersizliklerinden olan üriner inkontinans, fekal inkontinans ve pelvik organ prolapsuna yol açtığı yapılan çalışmalarda

belirlenmiştir. Hemşireler, gebelik sürecinde ve postpartum dönemdeki kadınlara, risk faktörlerine bağlı pelvik taban yetersizliklerinin önlenmesi ve korunma için eğitim ve danışmanlık rollerini kullanarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları konularında bilgi vermelidirler.

Pelvik taban kas egzersizlerinin düzenli olarak yapılması, ağır kaldırma, zorlama gerektiren hareketlerden ve yoğun fiziksel egzersizlerden kaçınılması, fazla kilo almamaya dikkat edilmesi (gebelerin gerekirse diyetisyene yönlendirilmesi), sigara kullanılmaması, konstipasyonun giderilmesi için diyetle lifli gıdaların eklenmesi ve sıvı alımının artırılması, düzenli egzersiz, rutin bir defekasyon programı oluşturması ve şiddetli durumlarda laksatif kullanılması, yeterli sıvı alınması, mesane iritanlarının az miktarda tüketilmesi gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışları konularında gebelikte ve postpartum sürecinde kadınlara eğitim vermelidirler.

Gebelik ve doğum sürecinde pelvik taban yetersizliklerinin önlenmesi ve korunma üzerine, ülkemizde ürojinekoloji alanında çalışan hemşire sayısı çok azdır. Bu alanda daha fazla sayıda eğitilmiş hemşirelerin çalışmasına ve araştırma yapılmasına ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Bayramova S. "Gebelikte Önerilen Kegel Egzersizlerinin Pelvik Taban Kaslarına, Alt Üriner Sistem Sistem Semptomlarına Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkilerinin Araştırılması (Tez)". Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008.
2. O'boyle Al, O'boyle Jd, Calhoun B, Davis Gd. Pelvic Organ Support In Pregnancy and postpartum. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005; 16(1):69-72.
3. O'boyle Al, O'boyle Jd, Ricks Re, Patience Th, Calhoun B, Davis G. The Natural History Of Pelvic Organ Support In Pregnancy. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003; 14(1):46-9.
4. Hendrix Sl, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, Mctiernan A. Pelvic Organ Prolapse In The Women's Health Initiative: Gravity and Gravidity. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(6):1160-6.
5. Valeton CT, Do Amaral Vf. Evaluation Of Urinary Incontinence In Pregnancy And Postpartum In Curitiba Mothers Program: A Prospective Study. *Int Urogynecol J* 2011; 22(7):813-8.

6. Zhu L, Lang J, Liu C, Han S, Huang J, Li X. The Epidemiological Study Of Women With Urinary Incontinence And Risk Factors For Stress Urinary Incontinence In China. *Menopause* 2009; 16(4):831-6.
7. Kudish Bi, Iglesia Cb, Gutman Re, Sokol Ai, Rodgers Ak, Gass M Et Al. Risk Factors For Prolapse Development In White, Black, And Hispanic Women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2011; 17(2):80-90.
8. Kepenekci I, Keskinilic B, Akinsu F, Cakir P, Elhan Ah, Erkek Ab Et Al. Prevalence Of Pelvic Floor Disorders In The Female Population And The Impact Of Age, Mode Of Delivery, And Parity. *Dis Colon Rectum* 2011; 54(1):85-94.
9. Bortolini Ma, Drutz Hp, Lovatsis D, Alarab M. Vaginal Delivery And Pelvic Floor Dysfunction: Current Evidence And Implications For Future Research. *Int Urogynecol J* 2010; 21(8):1025-30.
10. Hilde G, Staer-Jensen J, Braekken I, Engh M, Bo K. Impact Of Childbirth And Mode Of Delivery On Pelvic Floor Muscle Strength: A Comparative Prospective Study. 41st Annual Meeting Of The International Continence Society (Ics) 29 August - 02 September 2011 Glasgow, Uk, *Neurourol Urodyn* 2011; 30(6):942-3.
11. Kumtepe Y. Pelvis Tabanı, Gebelik ve Doğum. Yalçın Ö (Editör). *Temel Ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri-2009.ss: 61-5.
12. Sigurdardottir T, Steingrimsdottir T, Arnason A, Bo K. Pelvic Floor Muscle Function Before And After First Childbirth. *Int Urogynecol J* 2011;22(12):1497-503.
13. Lukacz ES, Lawrence JM, Contreras R, Nager CW, Luber KM. Parity, Mode Of Delivery, And Pelvic Floor Disorders. *Obstet Gynecol* 2006; 107(6):1253-60.
14. Torrisi G, Minini G, Bernasconi F, Perrone A, Trezza G, Guardabasso V Et Al. A Prospective Study Of Pelvic Floor Dysfunctions Related To Delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2012; 160(1):110-5.
15. Oliveira E, Zuliani Lm, Ishicava J, Silva Sv, Albuquerque Ss, Souza Am Et Al. Evaluation Of Factors Related To The Occurrence Of Female Urinary Incontinence. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(6):688-90.
16. Martins Kf, De Jarmy-Dibella Zi, da Fonseca Am, Castro Ra, Da Silva Id, Girao Mj et al. Evaluation Of Demographic, Clinical Characteristics, And Genetic Polymorphism As Risk Factors For Pelvic Organ Prolapse In Brazilian Women. *Neurourol Urodyn* 2011; 30(7):1325-8.

17. Diez-Itza I, Ibanez L, Arrue M, Paredes J, Murgiondo A, Sarasqueta c. Influence Of Maternal Weight On The New Onset Of Stress Urinary Incontinence In Pregnant Women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009; 20(10):1259-63.
18. Günalp S, Özyüncü Ö, Salman C. Ürojinekoloji. Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürgan T, Önderoğlu LS, Yaralı H ve Ark. (Editörler). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri 2008; 9: 07-26.
19. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U et al. The Standardisation Of Terminology Of Lower Urinary Tract Function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002; 21(2):167-78.
20. Thorp JM, Jr, Norton PA, Wall LL, Kuller JA, Eucker B, Wells E. Urinary Incontinence In Pregnancy And The Puerperium: A Prospective Study. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181(2):266-73.
21. Morkved S, Bo K. Prevalence of urinary Incontinence During Pregnancy And Postpartum. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1999; 10(6):394-8.
22. Antonakos CL, Miller JM, Sampsel CM. Indices For Studying Urinary Incontinence And Levator Ani Function In Primiparous Women. *J Clin Nurs* 2003; 12(4):554-61.
23. Wesnes SL, Rortveit G, Bo K, Hunskaar S. Urinary Incontinence During Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2007; 109(4):922-8.
24. Kocaoz S, Talas MS, Atabekoglu CS. Urinary Incontinence In Pregnant Women And Their Quality Of Life. *J Clin Nurs* 2010; 19(23-24):3314-23.
25. Ege E, Akin B, Altuntug K, Benli S, Arioiz A. Prevalence Of Urinary Incontinence In The 12-Month Postpartum Period And Related Risk Factors In Turkey. *Urol Int* 2008; 80(4):355-61.
26. Kumtepe Y. Pelvis Tabanı, Gebelik ve Doğum. Yalçın Ö (Editör). *Temel Ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2009. 61-5.
27. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N engl j med* 1993; 329(26):1905-11.
28. Rieger N, Schloithe A, Saccone G, Wattchow D. A Prospective Study Of Anal Sphincter Injury Due To Childbirth. *Scand J Gastroenterol* 1998; 33(9):950-5.
29. Nygaard IE, Rao SS, Dawson JD. Anal Incontinence After Anal Sphincter Disruption: A 30-Year Retrospective Cohort Study. *Obstet Gynecol* 1997; 89(6):896-901.

30. Handa VL. Pelvic Floor Disorders Associated With Pregnancy And Childbirth. URL:www.uptodate.com, [Erişim tarihi: 20 Aralık 2011].
31. Sze EH, Sherard GB, III, Dolezal JM. Pregnancy, Labor, Delivery, And Pelvic Organ Prolapse. *Obstet Gynecol* 2002; 100(5 Pt 1):981-6.
32. O'Boyle AL, Woodman PJ, O'Boyle JD, Davis GD, Swift SE. Pelvic Organ Support In Nulliparous Pregnant And Nonpregnant Women: A Case Control Study. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187(1):99-102.
33. Beji NK, Ozbas A, Aslan E, Bilgic D, Erkan HA. Overview Of The Social Impact Of Urinary Incontinence With A Focus On Turkish Women. *Urol Nurs* 2010; 30(6):327-334.
34. Süt HK. Üriner İnkontinansin Önlenmesi, Korunma, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. The First Balkan Pelvic Floor Dysfunction Symposium; 11 Apr 1; 2011.
35. Berzuk K. A Strong Pelvic Floor: How Nurses Can Spread The Word. *Nurs Womens Health* 2007; 11(1):54-61.
36. Kegel AH, Powell TO. The Physiologic Treatment Of Urinary Stress Incontinence. *J Urol* 1950; 63(5):808-14.
37. Kegel AH. Progressive Resistance Exercise In The Functional Restoration Of The Perineal Muscles. *Am J Obstet Gynecol* 1948; 56(2):238-48.
38. Marques A, Stothers L, Macnab A. The Status Of Pelvic Floor Muscle Training For Women. *Can Urol Assoc J* 2010; 4(6):419-24.
39. Kegel Exercises: A How-To Guide For Women. URL:http://www.mayoclinic.com/health/kegel-exercises/WO00119, [Erişim tarihi: 20 Eylül 2011].
40. Ayyıldız Erkan H. İdrar Kaçırmada Davranışsal Tedavi Ve Hemşirelik Yaklaşımı. URL:www.uroturk.org.tr/urolojihemsireligi/pdf/ankara/h_a_epdf. [Erişim tarihi: 5 Ocak 2012].
41. Beji NK, Yalcin O, Erkan HA. The effect Of Pelvic Floor Training On Sexual Function Of Treated Patients. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003; 14(4):234-8.



Gümüşhane University Journal Of Health Sciences

GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

İLETİŞİM	SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ
ADRES	Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Sekreteryası Bağlarbaşı Mah. 29100 Gümüşhane
TELEFON	+90 456 233 76 37 - +90 505 34762 06
FAKS	+90 456 233 76 04
e-posta	sbd@gumushane.edu.tr Makalelerinizi Hotmail üzerinden göndermeyiniz.