



BÜLTEN



UYGULAMA DENEYİMLERİ PAYLAŞIMI VE DEĞERLENDİRMESİ ÇALIŞTAYI: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü tarafından "Uygulama Deneyimlerinin Paylaşımı ve Değerlendirilmesi" temalı Çalıştay 29 Mayıs 2017 tarihinde Merkezi Konferans Salonunda gerçekleştirildi. Öğrenciler uygulama dönemleri süresince sosyal hizmet mesleğinin müdahale yöntemlerinden olan, bireylerle çalışma, grupla çalışma ve toplumla çalışma uygulamalarını içeren, mikro, mezo ve makro uygulamalar gerçekleştirdiler.



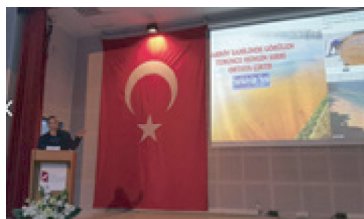
OFİS ÇALIŞANLARINDA SAĞLIĞIN KORUNMASI EĞİTİMİ: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Personel İşleri Dairesi Başkanlığınca akademik ve idari personelimizin sağlığının korunması ve verimliliğinin artırılması hedefleriyle 31 Mayıs 2017 tarihinde "Ofis Çalışanlarında Sağlığın Korunması Eğitimi" düzenlendi. Doç. Dr. Derya Özer Kaya'nın eğitmeni olarak katıldığı toplantıda masa başı çalışanlarda görülen kas-iskelet problemleri ve inaktivitenin oluşturacağı sağlık sorunları hakkında bilgi verildi. Postür eğitimi, sağlığın sürdürülmesi için fiziksel aktivite ve koruyucu egzersiz yaklaşımlarının anlatıldığı toplantı büyük ilgi gördü.



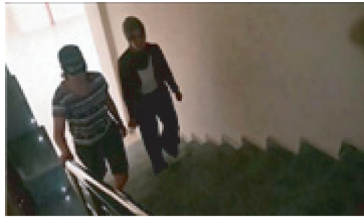
ENGELLİ BİREY YOKTUR! ENGELLENMİŞ BİREY VARDIR!: 10-16 Mayıs Engelli Haftası, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi'nin ev sahipliğinde; Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü'nün düzenlediği etkinlikle coşkulu bir şekilde kutlandı.



SAĞLIKLI BESLEN MUTLU YAŞA: Hemşirelik Toplumsal Duyarlılık Projeleri dersi kapsamında "Sağlıklı Beslen Mutlu Yaşa" grubu İzmir/Çiğli TEGV'de bulunan 7-9 yaş arasındaki çocuklara fast-food tüketiminin zararları ve sağlıklı büyüme gelişmelerini sağlamak için hangi besinlerin tüketilmesi gerektiğini kavratmak amacıyla proje gerçekleştirilmiştir.



SAĞLIKTA SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA HEDEFLERİNE ULAŞMADA MULTİDİSİPLİNER İŞBİRLİĞİ PANELİ: Hemşirelik Haftası etkinlikleri kapsamında 18 Mayıs 2017'de İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü tarafından 2017 yılı Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) tarafından belirlenen temaya uygun olarak "Sağlıkta Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine Ulaşmada Multidisipliner İşbirliği" paneli gerçekleştirildi.



BİR SES VER: Toplumsal duyarlılık dersi kapsamında 9 hemşirelik öğrencisi 8 Mayıs 2017 tarihinde İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesindeki kişilerin kendilerini engelli bireylerin yerine koymalarını sağlamak, onların yaşadıkları zorlukları, duygu ve düşüncelerini anlamak amacıyla tüm gün boyunca üniversitenin çeşitli yerlerinde "Engellileri Anlayalım ki Engel Oluşturmayalım" etkinlikleri düzenlediler.

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DERGİSİ

Dergi İletişimi

Posta adresi : İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çiğli Ana Yerleşkesi, 35620 Çiğli – İzmir
Web : www.ikcusbfdergisi.org
Telefon : 0 232 329 35 35 / 4751 ve 4754
Faks : 0 232 325 33 57

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi yayınıdır.

ISSN:2458-9799

Sahibi

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi adına
Prof. Dr. Bumin Nuri DÜNDAR

Editör

Prof. Dr. Bumin Nuri DÜNDAR

Editör Yardımcıları

(Unvana ve soyadına göre alfabetik sırayla)

Doç. Dr. Derya ÖZER KAYA

Doç. Dr. Yasemin TOKEM

Yrd. Doç. Dr. Dilek ONGAN

Yayın Kurulu

Doç. Dr. Leyla BAYSAN ARABACI

Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL

Doç. Dr. Esra AKIN KORHAN

Doç. Dr. Hatice YILDIRIM SARI

Doç. Dr. Medine YILMAZ

Yrd. Doç. Dr. Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ

Yrd. Doç. Dr. Burcu CEYLAN

Yrd. Doç. Dr. Gülşay OYUR ÇELİK

Yrd. Doç. Dr. Zehra DOĞAN

Yrd. Doç. Dr. Gülşah KANER

Yrd. Doç. Dr. İlknur NAZ

Yrd. Doç. Dr. Sevtap GÜNAY UÇURUM

Yrd. Doç. Dr. Julide GÜLİZAR YILDIRIM

Yazı İşleri Sorumlusu

Yrd. Doç. Dr. Melike TEKİNDAL

Dergi Sekreteryası

Öğr. Gör. Ayşe BÜYÜKBAYRAM

Öğr. Gör. Beste ÖZGÜVEN ÖZTORNACI

Öğr. Gör. Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN

Arş. Gör. Esra ARDAHAN

Derleme ve Mizanpaj

Arş. Gör. Gülşen İŞİK

Arş. Gör. Ezgi BELLİKÇİ KOYU

Arş. Gör. Gülsenay TAŞ

Derginin Yayınlanması ve Web Sitesi Yönetimi

Arş. Gör. Hacı DİLEMEK

Dağıtım ve Yayım Destek

Arş. Gör. Nurullah BÜKER

Arş. Gör. Yusuf EMÜK

Yabancı Dil Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Dilek ONGAN

Biyostatistik Danışmanı

Doç. Dr. Ferhan ELMALI

Grafik Tasarım Danışmanları

Doç. Dr. Fikri SALMAN

Yrd. Doç. Dr. Uğur BAKAN

Bülten

Öğr. Gör. Feyza DERELİ

Bilimsel Danışma Kurulu

Ekin AKALAN, İstanbul Üniversitesi.

Servet AKAR, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Gamze AKBULUT, Gazi Üniversitesi

Galip AKHAN, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Saliha AKSUN, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Asiye AKYOL, Ege Üniversitesi

Meltem İŞINTAŞ ARIK, Dumlupınar Üniversitesi

Gülşah GÜROL ARSLAN, Dokuz Eylül Üniversitesi

Hülya ARSLANTAŞ, Adnan Menderes Üniversitesi

Hatice TEL AYDIN, Cumhuriyet Üniversitesi

Nurcan YABANCI AYHAN, Ankara Üniversitesi

Yeşim BAKAR, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Serap BALCI, İstanbul Üniversitesi

Zümrüt BAŞBAKKAL, Ege Üniversitesi

Hatice BAŞKALE, Pamukkale Üniversitesi

Kezban BAYRAMLAR, Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Tanju BESLER, Doğu Akdeniz Üniversitesi

Ayşe BEŞER, Koç Üniversitesi

Nalan GÖRDELES BEŞER, Niğde Üniversitesi

Lütfullah BEŞİROĞLU, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Sevil BİLGİN, Hacettepe Üniversitesi

Özlem BİLİK, Dokuz Eylül Üniversitesi

Nursen BOLSOY, Celal Bayar Üniversitesi

Sakine BOYRAZ, Adnan Menderes Üniversitesi

Satı BOZKURT, Ege Üniversitesi

Gonca Gül BURAL, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Funda Pinar ÇAKIROĞLU, Ankara Üniversitesi
Hüsnüye ÇALIŞIR, Adnan Menderes Üniversitesi
Mahire Olcay ÇAM, Ege Üniversitesi
Şeyda TOPRAK ÇELENAY, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Neşe ÇELİK, Osmangazi Üniversitesi
Meltem ÇETİN, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Kıvanç ÇEVİK, Celal Bayar Üniversitesi
Pınar ÇIÇEKOĞLU, Çankırı Karatekin Üniversitesi
Döndü ÇUHADAR, Gaziantep Üniversitesi
Şafak DAĞHAN, Ege Üniversitesi
Numan DEMİR, Hacettepe Üniversitesi
Ayşe DEMİRAY, Düzce Üniversitesi
Tuna DEMİRDAL, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Zehra BÜYÜKTUNCER DEMİREL, Hacettepe Üniversitesi
Yıldız DENAT, Adnan Menderes Üniversitesi
Derya DİKMEN, Hacettepe Üniversitesi
Yurdanur DİKMEN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Yelda Candan DÖNMEZ, Ege Üniversitesi
Şeyda DÜLGERLER, Ege Üniversitesi
Nihal OLGAC DÜNDAR, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
İrem DÜZGÜN, Hacettepe Üniversitesi
Emine EFE, Akdeniz Üniversitesi
Bülent ELBASAN, Gazi Üniversitesi
Funda ELMACIOĞLU, Marmara Üniversitesi
Aydan ERCAN, Başkent Üniversitesi
Emine ERDEM, Erciyes Üniversitesi
Gül ERGÜN, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Gül ERTEM, Ege Üniversitesi
Emine GEÇGİL, Necmettin Erbakan Üniversitesi
Sezer ER GÜNERİ, Ege Üniversitesi
Mehmet HACIYANLI, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Arzu İLÇE, Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Nursen İLÇİN, Dokuz Eylül Üniversitesi
Sevil İNAL, İstanbul Üniversitesi
Gözde GÖKÇE İŞBİR, Niğde Üniversitesi
Efsun KARABUDAK, Gazi Üniversitesi
Ayşe KARAKOÇ, Marmara Üniversitesi
Mağfiret KAŞIKÇI, Atatürk Üniversitesi
Oya KAVLAK, Ege Üniversitesi
Neşe KAYA, Erciyes Üniversitesi
Leyla KHORSHİD, Ege Üniversitesi
Dilek KILIÇ, Atatürk Üniversitesi
Serap PARLAR KILIÇ, Fırat Üniversitesi
Gül KIZILTAN, Başkent Üniversitesi
Yeter KİTİŞ, Gazi Üniversitesi
Ahmet KOYU, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Eda KÖKSAL, Gazi Üniversitesi
Gökhan KÖYLÜOĞLU, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Yasemin KUTLU, İstanbul Üniversitesi
Özge KÜÇÜKERDÖNMEZ, Ege Üniversitesi
Hatice MERT, Dokuz Eylül Üniversitesi
Reci MESERİ, Ege Üniversitesi
Samiye METE, Dokuz Eylül Üniversitesi
Akmer MUTLU, Hacettepe Üniversitesi
Nesrin NURAL, Karadeniz Teknik Üniversitesi
Hülya OKUMUŞ, Dokuz Eylül Üniversitesi
Deran OSKAY, Gazi Üniversitesi
Nimet OVAYOLU, Gaziantep Üniversitesi

Şeyda ÖZBİÇAKÇI, Dokuz Eylül Üniversitesi
Hanife ÖZÇELİK, Niğde Üniversitesi
Ayşe ÖZFER ÖZÇELİK, Ankara Üniversitesi
Filiz ÖZEL, Kastamonu Üniversitesi
Emel ÖZER, İstanbul Bilgi Üniversitesi
Dilek ÖZMEN, Celal Bayar Üniversitesi
Kurtuluş ÖNGEL, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Süheyla ÖZSOY, Ege Üniversitesi
Barış Önder PAMUK, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Özgür PIRGON, Süleyman Demirel Üniversitesi
Neslişah RAKICIOĞLU, Hacettepe Üniversitesi
Selma SABANCIOĞULLARI, Cumhuriyet Üniversitesi
Melda SAĞLAM, Hacettepe Üniversitesi
Selda SEÇGİNLİ, İstanbul Üniversitesi
Pınar SERÇEKUŞ, Pamukkale Üniversitesi
Meltem SOYLU, Nuh Naci Yazan Üniversitesi
Media SUBAŞI, Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi
Habibe ŞAHİN, Erciyes Üniversitesi
Fitnat Şule ŞAKAR, İstanbul Arel Üniversitesi
Nevin ŞANLIER, Biruni Üniversitesi
Selma ŞEN, Celal Bayar Üniversitesi
Engin ŞİMŞEK, Dokuz Eylül Üniversitesi
Ela TARAKÇI, İstanbul Üniversitesi
Sultan TAŞÇI, Erciyes Üniversitesi
Muhittin TAYFUR, Başkent Üniversitesi
Emine ASLAN TELCI, Pamukkale Üniversitesi
Ayfer TEZEL, Ankara Üniversitesi
Mehmet TOKAÇ, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Aliye TOSUN, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Mustafa TÖZÜN, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Arzu TUNA, Sanko Üniversitesi
Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ, Atatürk Üniversitesi
Gülengün TÜRK, Adnan Menderes Üniversitesi
Perim Fatma TÜRKER, Başkent Üniversitesi
Songül ATASAVUN UYSAL, Hacettepe Üniversitesi
Mehmet YANARDAĞ, Anadolu Üniversitesi
Meryem YAVUZ, Ege Üniversitesi
Naciye VARDAR YAĞLI, Hacettepe Üniversitesi
Sevgi Sevi YEŞİLYAPRAK, Dokuz Eylül Üniversitesi
Sibel AKSU YILDIRIM, Hacettepe Üniversitesi
Meriç YILDIRIM, Dokuz Eylül Üniversitesi
Müge YILMAZ, Erciyes Üniversitesi
Ufuk YURDALAN, Marmara Üniversitesi
Hülya YÜCEL, Bezmialem Vakıf Üniversitesi
Şebnem ÇINAR YÜCEL, Ege Üniversitesi
Birsan YÜRÜGEN, Okan Üniversitesi

İKÇÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi

Editöryal Politikalar

- Odak ve Kapsam
- Hakem Değerlendirme Süreci
- Açık Erişim Politikası

Odak ve Kapsam

İKÇÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından yılda üç kez yayımlanan multidisipliner, hakemli, süreli bir e-dergidir. İKÇÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi sağlık bilimleri ile ilgili klinik ve deneysel özgün araştırma, derleme, olgu sunumu şeklinde hazırlanan makale türünde güncel çalışmaları ve yayınlanmış yazılara ilişkin değerlendirmeleri içeren editöre mektupları kapsar. Dergi sağlık bilimlerinin tüm alanlarında sağlık profesyonellerine ve diğer araştırmacılara yöneliktir. Dergi; yayınladığı makalelerde, konu ile ilgili etik kurallara ve bilimsel standartlara uygun olma ve ticari kaygı gözetmeme şartını aramaktadır.

Bilimsel Danışma Değerlendirme Süreci

Makale gönderimi ve Bilimsel Danışma Kurulu Üyelerinin değerlendirmeleri DergiPark üzerinden elektronik ortamda gerçekleştirilmektedir. Yayınlanmak üzere gönderilen makalelerin daha önce başka bir yerde yayınlanmamış veya yayınlanmak üzere gönderilmemiş olması gerekir. Eğer makalede daha önce yayınlanmış; alıntı yazı, tablo, resim mevcut ise makale yazarı, yayın hakkı sahibi ve yazarlarından yazılı izin almak ve bunu makalede belirtmek zorundadır.

Bilimsel toplantılarda sunulan özetler, makalede belirtilmesi koşulu ile kabul edilir. Ayrıca, dergilerin özel sayılarında özetleri yayınlanan bildirimlere ait ayrıntılı bilginin bildirilmesi gerekmektedir. Dergiye gönderilen makale, biçimsel esaslara uygun ise danışman incelemesinden geçirilip, gerek görüldüğü takdirde, istenen değişiklikler yazarlarca yapıldıktan sonra yayınlanır.

Başvuruyu takiben, makale bir (1) ay içerisinde alanında uzman iki (2) danışman tarafından değerlendirilir. Düzeltme istendiği takdirde yazarlar, gözden geçirilmiş makaleyi iki (2) hafta içerisinde yeniden dergiye gönderirler. Gerekli takdirde bu süre editörün kararıyla uzatılabilir. Hakemler tarafından yapılması istenen düzeltmelerin niteliğine bağlı olarak düzeltilerek tekrar dergiye gönderilen makale üç (3) hafta içerisinde hakemler tarafından değerlendirilir veya editör tarafından hakemlere gönderilmeksizin değerlendirme tamamlanır.

Makale yayınlanmak üzere dergiye gönderildikten sonra yazarlardan hiçbiri, tüm yazarların yazılı izni olmadan yazar listesinden silinemez, ayrıca hiçbir isim, yazar olarak eklenemez ve yazar sırası değiştirilemez.

Açık Erişim Politikası

Bu dergi yayınlanma ile birlikte açık erişimi sağlama politikasını benimsemiştir.

EDİTÖRDEN

Değerli Okuyucularımız,

Bu sayı ile dergimizin ikinci yılının ikinci sayısını sizlerle buluşturmanın mutluluğunu yaşıyoruz.

Bu sayımızda 4 araştırma makalesi, 3 derleme ve 1 olgu ile karşınızdayız.

Sağlık alanında değişik birimlerden gelen araştırma makalelerimizin ilk iki tanesi hasta çocuklara temel bakım veren kişi olarak annelerin öz-yeterlilikleri ve ruhsal baş edebilme durumları üzerinedir. Bunlardan ilki "Bronkopnömoni nedeniyle hastaneye yatan çocukların annelerinin öz-yeterliliklerinin incelenmesi" başlıklıdır. Önemli bir sağlık sorunu olan alt solunum yolu enfeksiyonları tüm dünyada 1,4 milyon çocuğun ölümüne yol açmaktadır. Bu çalışma ile annelerin öz-yeterlilik düzeylerinin çocukların bronkopnömoni olmasında veya birden çok kez hastaneye yatmasında etkili olabileceği vurgulanmıştır. Bu önemli hastalıkla baş etmede farkındalığı arttırmak ve klinikte öz-yeterliliğin arttırılabilmesi için uygun eğitimler vermek gerekliliği çalışmanın çıkarımı olmuştur. İkinci araştırma ise "Kronik nörolojik hastalıklı çocuk sahibi olan annelerin ruhsal belirti düzeylerinin ve baş edebilme becerilerinin incelenmesi" konuludur. Çalışma, kronik nörolojik hastalığı olan çocukların annelerinde öğrenilmiş güçlülük düzeyinin düşük, ruhsal belirti tarama skorlarının yüksek olduğunu belirlemiştir. Toplumda, annelerin çocuk bakımındaki ve sağlığının sürdürülmesindeki büyük rolleri düşünüldüğünde, annenin öz-yeterlilik, fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı olması, destek ve eğitim alabilmesi çocuğun sağlık ve bakımını doğrudan etkileyecek, toplum sağlığı ve yaşam kalitesini etkileyebilecektir.

Üçüncü araştırma, Hemşirelik ile Fizyoterapi ve Rehabilitasyon alanlarının ortak bir çalışması olarak, "Evde Yaşayan Genç Yaşlıların İlaç Yönetimi, Ev İçi Düzenlemeleri, Egzersiz Alışkanlıkları ve Yaşam Kalitesi ile Düşme Risk Düzeylerinin Belirlenmesi: Pilot Çalışma" başlığı ile paylaşılmıştır. Sağlık Bilimleri alanında multidisipliner bakış açısıyla konu irdelenmiş, hemşire ve fizyoterapist tarafından yapılacak uygulamaların yaşlı bireylerin sağlıklı yaşlanmalarına olan etkilerine vurgu yapılmıştır.

Son araştırma "Hemşirelerin Çalışma Ortamı Yaşam Kaliteleri ve Etik Duyarlılıkları" üzerine yapılmıştır. Son yıllarda, sağlık çalışanlarında mesleki etik kavramının değeri daha çok anlaşılmakta ve bu kavramı güçlendirmek için çaba sarf edilmektedir. Bu araştırma, hemşirelerin çalışma ortamı yaşam kaliteleri ve etik duyarlılıklarına ait değerli bilgiler içermektedir.

Bu sayıda yayına kabul edilen üç derleme makalesi yine güncel özellik göstermektedir. İlkinde, "İrritabl Barsak Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesi" irdelenmiştir. Önceki sayılarda da yer verdiğimiz, giderek önemi artan bu konunun okuyucu ile buluşturulmasının klinisyenlere katkı sağlayacağı görüşündeyiz. İkinci derleme, "Hemşirelikte Bilme Becerisi" üzerinedir. Derleme, estetik bilme becerisi ile yaşamsal sorunları ve insan deneyimlerini anlamanın, etik bilme becerisi ile bütün uygulamalarını etik açıdan sorgulanmasının, empirik bilme becerisi ile araştırma sonuçlarını anlamlandırılmasının ve kişisel yolla bilme becerisi ile "kendiliğin terapötik kullanımın" önemine değinmiştir. Son derleme, "Çocuk ve Adolesanlarda Obezite İlişkili Hipertansiyon Mekanizmaları" üzerinedir. Dünya genelinde bir çığ gibi büyüyen obezite üzerine hemen hemen her sayımızda bir makale, derleme ya da olgu ile değinip, anlaşılması ve tedavisine katkılar sağlayabilmeyi umuyoruz.

Bu sayımızda yer verdiğimiz olgu çalışmasında "Hemiplejik bir hastada heterotopik ossifikasyon" ile nadir gözlenen bir durumun takibi paylaşılmıştır.

Güncel ve önemli konulara değinerek değerli çalışmalar üreten ve bizlerle paylaşan tüm araştırmacılara teşekkür ediyor, sonraki sayılarda yeni çalışmalarla bir arada olmayı diliyorum.

Prof. Dr. Bumin Nuri Dündar
Editör

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

EDİTÖRDEN

Bumin Nuri DÜNDAR

ARAŞTIRMALAR

Bronkopnömoni Nedeniyle Hastaneye Yatan Çocukların Annelerinin Öz-yeterliliklerinin İncelenmesi

Investigation of the Mother's Self-Efficacy of the Hospitalized Children Due to Bronchopneumonia
Naciye CANTILAV, Eda ABUT, Esra ARDAHAN, Beste ÖZGÜVEN ÖZTORNACI, Hatice YILDIRIM SARI

1-5

Kronik Nörolojik Hastalıklı Çocuk Sahibi Olan Annelerin Ruhsal Belirti Düzeylerinin ve Baş Edebilme Becerilerinin İncelenmesi

The Investigation of Psychological Symptom Levels and Coping Styles of Mothers Who Have a Child with Chronic Neurologic Disease
Pınar ARICAN, Hilal YALÇIN, Şenay DEMİR, Meltem ÜNLÜ, Özge BEZGİN, Dilek ÇAVUŞOĞLU,
Pınar GENÇPINAR, Nihal OLGAÇ DÜNDAR

7-11

Evde Yaşayan Genç Yaşlıların İlaç Yönetimi, Ev İçi Düzenlemeleri, Egzersiz Alışkanlıkları ve Yaşam Kalitesi ile Düşme Risk Düzeylerinin Belirlenmesi: Pilot Çalışma

Determination of Fall Risk Levels by Drug Management, Household Regulations, Exercise Habits and Quality of Life in Young Community-Dwelling Seniors: Pilot Study
Seçil GÜLHAN GÜNER, Nesrin NURAL, Arzu ERDEN

13-19

Hemşirelerin Çalışma Ortamı Yaşam Kaliteleri ve Etik Duyarlılıkları

Quality of Work Life and Ethical Sensitivity of Nurses
Sevban ARSLAN, Seçil TAYLAN, Ebru GÖZÜYEŞİL

21-26

DERLEMELER

İrritabl Barsak Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesi

Quality of Life in Patient with Irritable Bowel Syndrome
Serap PARLAR KILIÇ, Nimet OVAYOLU, Mehmet KORUK

27-32

Hemşirelikte Bilme Becerisi

Knowing Ability in Nursing
Türkan KADİROĞLU, Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ

33-37

Çocuk ve Adolesanlarda Obezite İlişkili Hipertansiyon

Mekanizmaları
Obesity-Related Hypertension Mechanisms in Children and Adolescents
Gökçe YEGÜL GÜLNAR, Belde KASAP DEMİR

39-43

OLGU SUNUMU

Hemiplejik Bir Hastada Heterotopik Ossifikasyon: Olgu Sunumu

Heterotopic Ossification in a Patient with Hemiplegia: Case Report
Senem ŞAŞ, Asuman KİLİTÇİ

45-47

ARAŞTIRMA / RESEARCH

Bronkopnömoni Nedeniyle Hastaneye Yatan Çocukların Annelerinin Öz-yeterliliklerinin İncelenmesi*Investigation of the Mother's Self-Efficacy of the Hospitalized Children Due to Bronchopneumonia*Naciye CANTİLAV, Uzm. Hem.¹, Eda ABUT, Hem.², Esra ARDAHAN, Arş. Gör.³, Beste ÖZGÜVEN ÖZTORNACI, Öğr. Gör.³, Hatice YILDIRIM SARI, Doç. Dr.³¹İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, İzmir, Türkiye²Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Büyük Çocuk Kliniği, İzmir, Türkiye³İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye**Kabul tarihi/Accepted:** 10.01.2017**İletişim/Correspondence:****Hatice YILDIRIM SARI**, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye**E-posta:** haticeyildirimsari@gmail.com

Bu çalışma 4. Ulusal Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar ve Sorunlar Kongresi'nde Poster Bildiri olarak sunulmuştur.

Özet

Amaç: Bronkopnömoni çocuklarda en sık görülen enfeksiyon türlerindedir. Çocuğun yaşının küçük olması, düşük doğum ağırlığı, malnütrisyon, anne sütü almama, düşük sosyoekonomik düzey, kalabalık ailede yaşam, sağlık hizmetlerinden yararlanmama, annenin eğitiminin yetersiz olması, yetersiz bağışıklanma gibi faktörler bronkopnömoni gelişme riskini arttırmaktadır. Bu çalışmada amaç, bronkopnömoni nedeniyle hastaneye yatan çocukların annelerinin öz-yeterlilik algısını belirlemek ve hastaneye ilk kez yatan çocukların annelerinin öz yeterlilik algıları ile birden çok kez yatan çocukların annelerinin öz-yeterlilik algılarını karşılaştırmaktır. **Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı türde yapılan bu çalışmada bronkopnömoni tanısıyla hastanede yatan 1 ay-7 yaş arasındaki çocukların anneleri ile çalışılmıştır. Araştırmada, Sosyodemografik Veri Toplama Formu ve Genel Özyeterlilik Ölçeği olmak üzere iki ayrı form kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. **Bulgular:** Çalışmamıza katılan annelerin öz-yeterlilik puanları orta seviyede bulunmuştur. Annelerin öz-yeterlilikleri ile tekrarlı yatışlar, çocuğun yaşı ve cinsiyeti, evde sigara içme durumu, gebelik ve emzirme süresince sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Birden çok kez yatan çocukların annelerinin öz-yeterlilik puanlarının (46.00 ± 6.04) ilk kez yatan çocukların annelerinkinden (47.92 ± 6.77) daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. **Sonuç:** Bronkopnömoni nedeniyle hastaneye tekrarlı yatış yapılan çocukların annelerinin öz-yeterlilik algıları ile ilk kez yatan çocukların annelerinin öz-yeterlilik algıları arasında anlamlı fark olmamasına rağmen birden çok kez yatan çocukların annelerin öz-yeterlilikleri daha düşük düzeydedir.

Anahtar Kelimeler: Bronkopnömoni, öz-yeterlilik, anne, çocuk sağlığı**Abstract**

Objective: Bronchopneumonia is one of the most common infection types in children. Being a infant-toddler, low birth weight, malnutrition, not being breastfed, low socioeconomic status, living in a crowded family, lack of receiving health services, inadequate maternal educational status and immunization deficiencies are remarkable etiologic factors of Bronchopneumonia. The aim of this study is to examine the maternal self-efficiency of hospitalized children with pneumonia for the first time and compare with mothers having children with pneumonia hospitalized for multiple times. **Materials and Method:** In this descriptive study; mothers of hospitalized children aged from 1 month to 7 years with a diagnosis of Bronchopneumonia were investigated. Data were collected with the face to face survey method by two different tools; Sociodemographic Data Collection Form and General Self-Efficacy Scale. **Findings:** Self-efficiency of the mothers who participated in our study was moderate. There was no significant relationship between the maternal self-efficacy and the number of repeated admissions, child's gender, age, smoking at home, maternal smoking during pregnancy, maternal smoking during breastfeeding. Self-efficiency level of the mothers whose children were hospitalized for multiple times (46.00 ± 6.04) was lower than the mothers whose children were hospitalized for the first time (47.92 ± 6.77), despite being statistically insignificant. **Conclusion:** In this study, there was no difference between self-efficacy perceptions of mothers of children who have been hospitalized multiple times or first time, however the self-efficacy level of mothers having children hospitalized for multiple times were lower.

Keywords: Bronchopneumonia, self-efficiency, mother, child health

Giriş

Günümüzde çok hızlı ilerleyen teknolojiye rağmen bazı hastalıklar çocukların hayatlarını olumsuz etkilemeye devam etmektedir. Alt solunum yolu enfeksiyonları da tüm dünyada 1,4 milyon çocuğun ve özellikle az gelişmiş ülkelerdeki beş yaş altı çocukların ölümüne yol açan hastalıklardandır (Jroundi vd., 2014; Tanır & AYTEKİN, 2001).

Bronkopnömoni çocuklarda en sık görülen alt solunum yolu enfeksiyonlarından biridir ve tüm dünyada hala çocukluk çağı mortalite ve morbidite oranlarını etkilemeye devam etmektedir (Madhi vd., 2013). Dünyada 2010 yılında görülen 6.3 milyon çocuk ölümünün %17'si bronkopnömoni nedeniyle gerçekleşmiştir ve bu oran HIV, sıtma ve kızamık hastalıkları nedeniyle görülen çocuk ölümü sayısının toplamından daha fazladır (Wang vd., 2014). Bronkopnömoni nedeniyle hastaneye yatan çocukların yaklaşık %13'ünde ise bronşektazi gibi kronik solunum sistemi komplikasyonları gelişmektedir (Edmond vd., 2012). Bronkopnömoni dünyada polikliniklere başvurma, hastaneye yatış ve antibiyotik kullanımının önemli bir nedeni olmaya devam etmektedir (Campbell & Nair, 2015; Le Roux, Myer, Nicol, & Zar, 2015).

Çocuk hastaların bir yıllık sürede hastaneye başvuru nedenlerinin incelendiği bir çalışmada, alt solunum yolu enfeksiyonları arasında yer alan bronkopnömoni oranı %7 olarak bulunmuştur. Mevsimsel farklılıklar incelendiğinde ise hastalığın ilkbahar aylarında daha da arttığı görülmüştür (Örmeci, 1999; Kocabaş vd., 2009). Pnömoni en çok iki yaş altında görülmekle beraber her yaş grubunda görülebilir (Tanır & AYTEKİN, 2001). Bir hastanede 26 yıllık bir dönemde, 3-8 yaş arasında hayatını kaybeden çocukların ölüm sebeplerinin araştırıldığı bir çalışmada bronkopnömoni oranı %47 olarak bulunmuştur (Craver, Springer, & Begue, 2014).

Bronkopnömoninin etiyolojik faktörleri çocuğun yaşının küçük olması, düşük doğum ağırlığı, malnütrisyon, anne sütü almama, düşük sosyoekonomik düzey, kalabalık yaşam, sağlık hizmetlerinden yararlanmama, annenin eğitiminin yetersiz olması, başışıklamadaki yetersizlikler ve mevsimler olarak sıralanabilir. Görüldüğü gibi çocuklar, aileye özellikle de anneye ait çeşitli önenebilir nedenlerle pnömoni hastalığına yakalanmaktadır (Kocabaş vd., 2009). Özellikle erken çocukluk döneminde çocuğun bakımından birinci derecede sorumlu olmaları nedeniyle annelerin bebek-çocuk bakımı konusundaki bilgileri ve becerileri çocuğun sağlığını etkileyen önemli bir faktördür. UNICEF'in "Her sağlıklı çocuğun arkasında sağlıklı bir anne vardır" isminde yayınladığı raporda da belirtildiği gibi annelerin emzirme, aşılanma, aile planlaması, bebek bakımı, aneminin ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi gibi temel konularda eğitilmesi sayesinde her yıl birçok bebeğin ölümü önenebilir (Save The Children, 2015).

Öz-yeterlilik, kişilerin davranışlarını düzenleyen zihinsel süreçlerden birisidir ve kişinin çevresinde olanlara etki edecek biçimde, bir davranışa başlayıp, sonuçlanana kadar sürdürüleceğine inanması olarak tanımlanmaktadır (Elibol, Mağden, & Alpar, 2007; Yıldırım & İlhan, 2010). Öz-yeterlilik algısı, insanların kendilerine ilişkin düşünce ve duygularını etkilemekle birlikte güdülenme eşikleri ve davranışlarını da etkileyebilmektedir (Cavkaytar, Aksoy, & Ardiç, 2014) ve kişinin uygun davranış biçimlerini göstermesi ve bu davranışların çevresinden göreceği

onayla ilişkilidir. Hastalanan bir kişi ya da ailesi gerekli olduğunda bulunduğu durumu değerlendirebilmeli ve kendi bakımı veya bakım verdiği birey ile ilgili uygun kararları alabilmelidir. Ayrıca gerektiğinde bakımla ilgili değişiklikler yaparak sorunlarıyla ilişkili uygun çözümler üretebilmelidir (Gallant, 2003). Gerçekleştirilmesi gerekli olan bu değişiklikleri yaparak istedik hedeflere erişebilmek de "öz-yeterlilik" ile ilişkilidir (Van Der Ven vd., 2003). Aljase ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada öz-bakım davranışları öz-yeterlilik ile ilişkili olarak bulunmuştur (Aljase, Peyrot, Wissow, & Rubin, 2001). Williams ve Bond tarafından yetişkinlerde yapılan bir çalışmada ise belli bir hastalığa özgü öz-bakım aktiviteleri öz-yeterlilik kavramı ile ilişkilendirilerek açıklanmıştır (Williams & Bond, 2002). Yapılan başka bir çalışmada da öz-bakımı en çok etkileyen değişkenlerin öz-yeterlilik düzeyi ve tedaviye duyulan güven olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Wu vd., 2007). Hastaların ya da ailelerinin öz-bakımlarına ilişkin öz-yeterlilik düzeylerinin ve hastalığa uyumlarının belirlenmesi, sağlık profesyonelleri tarafından verilen sağlık bakım hizmetinin parçasıdır (Van Der Ven vd., 2003). Öz-yeterlilik üzerine yapılmış olan çalışmalar hastalığın yönetimi, öz-bakım aktivitelerini yerine getirme ve hastalığın prognozunu birbirisi ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Wu vd., 2007).

Amaç

Bu çalışmada bronkopnömoni nedeniyle hastaneye yatan çocukların annelerinin öz-yeterlilik algısının belirlenmesi ve bronkopnömoni nedeniyle hastaneye ilk kez yatan ve birden çok kez yatan çocukların annelerinin öz-yeterlilik algılarının karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı türde olan bu araştırma bir eğitim ve araştırma hastanesinin çocuk kliniklerinde, bronkopnömoni tanısı ile yatan 1 ay-7 yaş arasındaki çocukların anneleri ile yürütülmüştür. Çalışmada bronkopnömoni tanısı ile ilk kez hastaneye yatışı yapılan 29 ve birden çok yatışı yapılan 16 çocuğun annesi olmak üzere toplam 45 anne ile çalışılmıştır. Araştırma için Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan (19.03.2015/Karar No:29) ve annelerden izin alınmıştır. Veriler annelerle yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

Çalışmada araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olan Çocuk ve Aileye Ait Bilgi Formu ve Genel Öz-yeterlilik Ölçeği (Yıldırım & İlhan, 2010) kullanılmıştır. Çocuk ve Aileye Ait Bilgi Formu'nda çocukların yaşı, cinsiyeti, aşılanma durumları, anne sütü alma süreleri, termde doğum durumları, bronkopnömoni nedeniyle yatış öyküsü, bronkopnömoni harici bir sebeple yatış öyküsü, aile tipi, evdeki kişi sayısı, evde sigara içen kişi olup olmadığı, ailedeki çocuk sayısı gibi soruların yanı sıra, annenin eğitim durumu, annenin çalışma durumu, aylık gelir gibi sorular da yer almaktadır.

Genel Öz-yeterlilik Ölçeği; Shrer ve arkadaşları tarafından 1982 yılında geliştirilmiş ve Yıldırım ve İlhan tarafından Türkçe geçerlilik-güvenirliliği yapılmıştır. (Yıldırım & İlhan, 2010). Beşli Likert biçiminde hazırlanan ölçek 17 maddeden oluşmaktadır ve ölçeğin her bir sorusu 1 ile 5 arasında puan alacak şekilde tasarlanmıştır. Sorulara "hiç=1", ve "çok iyi=5" olacak şekilde puan verilmektedir. Ölçek toplam puanı 17-85 arasında değişmektedir, puanın artması öz-yeterlilik

inancının arttığını göstermektedir. Ölçeğin "Başlama" "Yılmama" ve "Sürdürme Çabası-İsrar" olmak üzere 3 alt boyutu vardır. Ölçeğin 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 17 numaralı maddeleri "Başlama" alt boyutuna; 3, 4, 13, 15, 16 numaralı maddeleri "Yılmama" alt boyutuna ve 1, 8, 9 numaralı maddeleri "Sürdürme Çabası-İsrar" alt boyutuna aittir. Ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılık katsayısı $\alpha = 0.80$ 'dir (Yıldırım & İlhan, 2010).

İstatistiksel Analiz: Verilerin analizi SPSS 21.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Çalışmaya katılan çocukların ve ebeveynlerinin sosyodemografik özellikleri sayı ve yüzde dağılımları ile gösterilmiştir. İlk kez yatan ve birden çok kez yatışı yapılan çocukların annelerinin Genel Öz-yeterlilik Ölçeği puan ortalamaları ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Bulgular

Tablo 1 incelendiğinde bronkopnömoni nedeniyle ilk kez hastaneye yatmış olan çocukların %31'i (n=9) ve birden çok kez yatmış olan çocukların %43.8'inin (n=7) 0-12 ay arasında olduğu görülmüştür. İlk kez yatmış olan çocukların %51.7'si (n=15) ve birden çok kez yatmış olanların %43.8'i (n=7) kızdır. İlk kez yatmış olan çocukların %82.8'i (n=24) ve birden çok kez yatmış olanların %56.3'ü (n=9) termde doğmuşlardır. İlk kez yatmış olan çocukların %93.1'i (n=27) ve birden çok kez yatmış olanların %100'ü (n=116) tam olarak aşılanmıştır. İlk kez yatmış olan çocukların %96.6'sı (n=5), birden çok kez yatmış çocukların %68.8'i (n=11) anne sütü almış ya da almaktadır. Bronkopnömoni nedeniyle birden çok kez yatan çocuklar ile ilk kez yatışı yapılan çocukların özellikleri ile öz-yeterlilik arasındaki ilişki örneklem sayısının yeterli olmaması nedeniyle incelenememiştir.

Tablo 1. Bronkopnömoni Nedeniyle Birden Çok Kez Yatan ve İlk Kez Yatan Çocuklara Ait Özellikler (n:45)

Özellikler	Birden çok kez yatanlar		İlk kez yatanlar	
	n	%	n	%
Yaş				
0-12 ay	7	43.8	9	31.0
13-36 ay	3	18.8	8	27.6
37-72 ay	5	31.3	7	24.1
73-84 ay	1	6.3	5	17.2
Cinsiyet				
Kız	7	43.8	15	51.7
Erkek	9	56.3	14	48.3
Term doğum				
Evet	9	56.3	24	82.8
Hayır	7	43.8	5	17.2
Tam aşılanma				
Evet	16	100.0	27	93.1
Hayır	0	0	2	6.9
Anne sütü alma durumu				
Almayan	5	31.3	1	3.4
Alan	11	68.8	28	96.6

Tablo 1. (Devam) Bronkopnömoni Nedeniyle Birden Çok Kez Yatan ve İlk Kez Yatan Çocuklara Ait Özellikler (n:45)

Özellikler	Birden çok kez yatanlar		İlk kez yatanlar	
	n	%	n	%
Anne sütü alma süresi				
0-6 ay	8	72.7	14	50.0
7-12 ay	1	9.1	6	21.4
13-18 ay	0	0	5	17.9
19-24 ay	1	9.1	2	7.1
25 ay ve üstü	1	9.1	1	3.6
BP dışında hastalık varlığı				
Evet	5	31.3	8	27.6
Hayır	11	68.8	21	72.4
Sürekli ilaç kullanımı				
Evet	10	62.5	6	21.4
Hayır	6	37.5	22	78.6

Tablo 2 incelendiğinde bronkopnömoni nedeniyle ilk kez yatan çocukların %37.9'unun (n=11) ve birden çok kez yatmış çocukların %33.3'ünün (n=5) evinde sigara içilmektedir. İlk kez yatışı yapılan çocukların %13.8'inin (n=4) ve birden çok kez yatmış çocukların %37.5'inin (n=6) annesi gebeliğinde minimum 1 adet/gün ve maksimum 8 adet/gün olmak üzere ortalama 4.0 ± 2.54 adet/gün sigara tüketmişlerdir. İlk kez yatan çocukların %10.3'ünün (n=3) ve birden çok kez yatmış çocukların %31.3'ünün (n=5) annesi emzirme döneminde ortalama 6.25 ± 3.52 adet/gün sigara tüketmişlerdir. Birden çok kez yatan çocukların %43.8'inin (n=7) annesi ilköğretim mezunudur, %40.2'sinin (n=6) aylık geliri 1001-2000 TL arasında değişmektedir. Bronkopnömoni nedeniyle birden çok kez yatan çocuklar ile ilk kez yatışı yapılan çocukların özellikleri ile öz-yeterlilik arasındaki ilişki örneklem sayısının yeterli olmaması nedeniyle incelenememiştir.

Tablo 2. Bronkopnömoni Nedeniyle Birden Çok Kez Yatan ve İlk Kez Yatan Çocukların Aile Özellikleri (n:45)

Özellikler	Birden çok kez yatanlar		İlk kez yatanlar	
	n	%	n	%
Evde sigara içilme durumu				
Evet	5	33.3	11	37.9
Hayır	10	66.7	18	62.1
Gebelikte sigara kullanımı (X: 4.0 ± 2.54 adet/gün, Min=1 adet/gün, Max:8 adet/gün)				
Evet	6	37.5	4	13.8
Hayır	10	62.5	25	86.2
Emzirirken sigara kullanımı (X: 6.25 ± 3.50 adet/gün, Min=2 adet/gün, Max:10 adet/gün)				
Evet	5	31.3	3	10.3
Hayır	11	68.8	26	89.7

Tablo 2. (Devam) Bronkopnömoni Nedeniyle Birden Çok Kez Yatan ve İlk Kez Yatan Çocukların Aile Özellikleri (n:45)

Özellikler	Birden çok kez yatanlar		İlk kez yatanlar	
	n	%	n	%
Aile tipi				
Çekirdek	13	81.3	21	72.4
Geniş	3	18.8	8	27.6
Anne çalışma durumu				
Evet	0	0	5	17.2
Hayır	16	100.0	24	82.8
Anne eğitimi				
Okuma-yazma bilmiyor	6	37.5	2	6.9
İlköğretim	7	43.8	20	69.0
Ortaöğretim	2	12.5	2	6.9
Üniversite	1	6.3	5	17.2
Ailedeki çocuk sayısı				
1 çocuk	6	37.5	12	42.9
2 çocuk	4	25.0	12	42.9
3 çocuk	5	31.3	2	7.1
4 çocuk ve üstü	1	6.3	2	7.2
Baba çalışma durumu				
Evet	15	93.8	28	96.6
Hayır	1	6.3	1	3.4
Aylık gelir				
500 TL ve altı	1	6.7	0	0
501-1000 TL	5	33.3	7	24.1
1001-2000 TL	6	40.2	13	44.8
2000 TL ve üstü	3	20.2	9	31.1
Yaşadığı yer				
İlçe	5	38.5	8	33.3
Şehir merkezi	8	61.5	16	66.7

Tablo 3 incelendiğinde bronkopnömoni nedeniyle ilk kez hastaneye yatan çocukların annelerinin öz-yeterlilik puan ortalamaları 46.00 ± 6.04 ve birden çok kez yatan çocukların annelerinin öz-yeterlilik puan ortalamaları 47.92 ± 6.77 olarak bulunmuştur. Çalışmamıza katılan annelerin öz-yeterlilikleri orta düzeydedir (47.65 ± 8.29). İlk kez yatış yapılan çocukların annelerinin Başlama Alt Ölçek puanı 20.20 ± 6.33 , birden çok kez yatan çocukların annelerinin Başlama Alt Ölçek puanı 17.81 ± 3.74 olarak bulunmuştur. İlk kez yatış yapılan çocukların annelerinin Yılmama Alt Ölçek puanı 15.55 ± 2.44 , birden çok kez yatan çocukların annelerinin Yılmama Alt Ölçek puanı 16.75 ± 2.64 olarak saptanmıştır. İlk kez yatış yapılan çocukların annelerinin Sürdürme Alt Ölçek puanının 11.37 ± 2.19 , birden çok kez yatan çocukların annelerinin Sürdürme Alt Ölçek puanının 12.00 ± 2.00 olduğu görülmüştür. Bronkopnömoni nedeniyle birden çok kez yatan çocukların anneleri ile ilk kez yatışı yapılan çocukların annelerinin Öz-yeterlilik Toplam Ölçek puanı ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 3. Birden Çok Kez Yatan ve İlk Kez Yatan Çocukların Annelerinin Öz-yeterlilik Puanlarının Karşılaştırılması (n=45)

Ölçek Puanı	BP Nedeniyle Daha Önce Hastaneye Yatma				p*
	Birden Çok Yatış (n=16)		İlk Yatış (n=29)		
	Ort.	SS	Ort.	SS	
Özyeterlilik Toplam Ölçek Puanı	46.00	6.04	47.92	6.77	p=.465
Başlama Alt Ölçek Puanı	17.81	3.74	20.20	6.33	p=.096
Yılmama Alt Ölçek Puanı	16.75	2.64	15.55	2.44	p=.184
Sürdürme Alt Ölçek Puanı	12.00	2.00	11.37	2.19	p=.274

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Tartışma

Öz-yeterlilik, kronik hastalığı olan bireylerde önemli bir dengeleyici olup, sağlık davranışını öngörmeye ve yaygın uygulanan teorilerden bir tanesidir (Amtmann vd., 2012). Bronkopnömoni nedeniyle hastanede yatan çocukların annelerinin algılanan öz-yeterlilik düzeylerinin incelendiği bu çalışmada annelerin ölçekten aldıkları ortalama puan 47.65 ± 8.29 'dur. Ölçeğin bir kesme puanı olmaması nedeniyle annelerin öz-yeterlilik düzeyleri yüksek ya da düşük şeklinde bir yorum yapılamamaktadır ancak ölçekten alınabilecek en düşük puan 17 ve en yüksek puan 85'tir. Bu nedenle almış oldukları puan ortalamasına bakılarak annelerin öz-yeterliliklerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Ebeveyn öz-yeterliliği çocuğa sağlanan bakımın kalitesi üzerinde doğrudan etki göstermektedir. Öz-yeterliliği yüksek anne ve babalar çocuklarının gelişimini desteklemek için daha fazla çaba sarf ederler ve daha uygun ebeveynlik davranışı gerçekleştirirler (Kuşku, 2011; Coleman & Karraker, 2000). Bronkopnömoni nedeniyle birden fazla kez hastaneye yatan çocukların annelerinin öz-yeterlilik puanları, ilk kez hastaneye yatan çocukların annelerinin puanlarından daha düşüktür ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Coleman ve Karraker, yüksek ebeveynlik öz-yeterlilik algısına sahip olan annelerin çocuklarına uygun çevresel ortam oluşturdukları ve daha az cezalandırıcı oldukları, bebeklerinin verdikleri işaretlere daha duyarlı oldukları, bebekleriyle etkileşimde etkin ve sorumluluk alan anneler oldukları, bunun sonucunda da çocukların bilişsel gelişiminin olumlu etkilendiğini belirtmektedirler (Coleman & Karraker 2000). Belegeman'ın çalışmasında ebeveyn öz-yeterliliği ile bebeklerin zihinsel gelişimi arasında olumlu bir ilişki olduğu saptanmıştır (Belegeman, 2005). Ogelman ve Topaloğlu, anne babaların ebeveyn öz-yeterlilik algısının dört-beş yaş çocuklarının sosyal yetkinlik, saldırganlık ve kaygı durumlarını etkilediği sonucuna ulaşmıştır (Ogelman & Topaloğlu, 2014). Desjardin'in çalışmasında, annelerin öz-yeterlilik düzeyi ile çocuklarının dil ve konuşma gelişimi arasında ilişki bulunmuştur (Desjardin, 2006). Büyüktaşkapu çalışmasında anne öz-yeterliliği ile çocukların sosyal beceri-öz-bakım gelişimleri arasında pozitif bir ilişkinin olduğunu belirlemiştir (Büyüktaşkapu, 2012). Yapılan bir çalışmada çocukluk çağı astımlı çocuk ve ebeveynlerinde öz-yeterlilik algısının; sağlık düzeyi, astım semptomları ve hastalığın aileye etkisi ile ilişkili olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (Bursch, Schwankovsky, Gilbert & Zieger, 1999). Bu bilgilerden yola çıkarak annelerin öz-yeterliliğinin

çocukların sağlık durumlarını etkileyen önemli bir faktör olduğu bu nedenle bronkopnömonili çocuklarda da öz-yeterliliği inceleyen ve arttıran çalışmaların yapılması gerekliliği vurgulanabilir.

Araştırmanın Sınırlılığı: Bu araştırmanın örneklem sayısı düşüktür ve karşılaştırma grubu olmaması çalışmanın sınırlılığı olarak kabul edilebilir.

“Alt solunum yolu enfeksiyonları tüm dünyada 1,4 milyon çocuğun ölümüne yol açmaktadır.”

Sonuç

Bronkopnömoni çocuk yaş grubunda özellikle beş yaş altında sık görülen solunum yolu enfeksiyonlarından biridir ve tüm dünyada hala çocukluk çağı mortalite ve morbidite oranlarını etkilemeye devam etmektedir. Bronkopnömoninin etiolojisinde çocuğun yaşının küçük olması, düşük doğum ağırlığı, malnütrisyon ve D vitamini yetersizliği gibi çocuktan kaynaklanan etkenlerin yanı sıra anne sütü alamama, düşük sosyoekonomik düzey, kalabalık yaşam, sağlık hizmetlerinden yararlanamama, annenin eğitim düzeyinin düşük olması, bağışıklamadaki yetersizlikler ve kış ve sonbahar mevsimi rol oynamaktadır. Çalışmamızda bronkopnömoni nedeniyle birden fazla kez hastaneye yatan çocukların annelerinin öz-yeterlilik puanları, ilk kez hastaneye yatan çocukların annelerinin puanlarından daha düşüktür ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Çalışmamıza katılan annelerin öz-yeterlilikleri orta düzeyde bulunmuştur.

“Annelerin öz-yeterlilik düzeyleri çocukların bronkopnömoni olmasında veya birden çok kez hastaneye yatmasında etkili olabilir.”

Alana Katkı

Hemşirelerin tekrarlı yatışlarda anne öz-yeterliliğini değerlendirmesi ve öz-yeterliliğin artırılması amacıyla uygun eğitim ve danışmanlık vermesi gerekmektedir.

Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdi/ayni yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

- Aljaseem, L.I., Peyrot, M., Wissow, L., & Rubin, R.R. (2001). The impact of barriers and self-efficacy on self-care behaviors in type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 27(3), 393-404.
- Amtmann, D., Bamer, A.M., Cook, K.F., Askew, R.L., Noonan, V.K., & Brockway, J.A. (2012). University of Washington self-efficacy scale: A new self-efficacy scale for people with disabilities. *Arch Phys Med Rehabil*, 93, 1757-1765.
- Belegeman, T. (2005). Annede depresyonun bebeklik ve erken çocukluk dönemi üzerinde etkileri. In Ertem Ö. (Eds.). *Gelişimsel pediatri* (pp. 211-223). Ankara: Çocuk Hastalıkları Araştırma Vakfı.
- Bursch, B., Schwankovsky, L., Gilbert, J., & Zeiger, R. (1999). Construction and validation of four childhood asthma self-management scales: parent barriers, child and parent self-efficacy, and parent belief in treatment efficacy. *Journal of Asthma*, 36(1), 115-128. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/02770909909065155>
- Büyükaşkapu, S. (2012). Annelerin öz-yeterlilik algıları ile 1-3 yaş arasındaki çocuklarının gelişimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(1), 18-30.
- Campbell, H., & Nair, H. (2015). Child pneumonia at a time of epidemiological transition. *The Lancet Global Health*, 3(2), 65-66.
- Cavkaytar, A., Aksoy, V., & Ardic, A. (2014). Ebeveyn öz yeterlilik ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının güncellenmesi. *Anadolu Journal of Educational Sciences International*, 4(1), 69-76.

- Coleman, P.K., & Karraker, K. H. (2000). Parenting self-efficacy among mother of school-age children: conceptualization, measurement, and correlates. *Family Relation*, 49, 13-24.
- Craver, R., & Springer Begue, R. (2014). Infections in a Children's hospital autopsy population. *Fetal and Pediatric Pathology*, 33(3), 135-144.
- Desjardin, J.L. (2006). Family empowerment: supporting language development in young children who are deaf or hard of hearing. *The Volta Review*, 106(3), 275-298.
- Edmond, K., Scott, S., Korczak, V., Ward, C., Sanderson, C., & Theodoratou, E., et al. (2012). Long term sequelae from childhood pneumonia: Systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 7, 312-339.
- Elibol, F., Mağden, D., & Alpar, R. (2007). Anne babalık becerilerinde öz-yeterlilik ölçeğinin (1-3 yaş) geçerlik ve güvenilirliği. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 26(3), 25-31.
- Gallant, M.P. (2003). The influence of social support on chronic illness self-management: A review and directions for research. *Health Education & Behavior*, 30, 170-195.
- Jackson, A.P., & Scheines, R. (2005). Single mothers' self-efficacy, parenting in the home environment and children development in the two-wave study. *Social Work Research*, 29(1), 7-20.
- Jroundi, I., Mahraoui, C., Benmessaoud R, Moraleda, C., Tligui, H., & Seffar, M. et al. (2014). Risk factors for a poor outcome among children admitted with clinically severe pneumonia to a university hospital in Rabat, Morocco. *International Journal of Infectious Diseases*, 28, 164-70.
- Kocabaş, M., Ersöz, D.D., Karakoç, F., Tanır, G., Cengiz, A.B., Gür, D., vd. (2009). Türk Toraks Derneği çocuklarda toplumda gelişen pnömoni tanı ve tedavi uzlaşma raporu. *Türk Toraks Dergisi*, 10(3), 3-24.
- Kuşku, A. (2011). Edirne merkezdeki hastanelerin çocuk servislerine gastroenterit tanısıyla yatırılan 0-3 yaş grubu çocuklara annelerinin evde yaptıkları uygulamalar, bilgi ve öz-yeterlilik düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Le Roux, M.D., Myer, L., Nicol, M.P., & Zar, H.J. (2015). Incidence and severity of childhood pneumonia in the first year of life in a South African birth cohort: The Drakenstein Child Health Study. *Lancet Glob Health*, 3(2), 95-103.
- Madhi, S.A., DeWals, P., Grijalva, C.G., Grimwood, K., Grossman, R., & Ishiwada, N. et al. (2013). The burden of childhood pneumonia in the developed world: A review of the literature. *Pediatr Inf Dis J*, 32(3), 119-127.
- Ogelman, H.G., & Topaloğlu, Z.Ç. (2014). 4-5 yaş çocuklarının sosyal yetkinlik, saldırganlık, kaygı düzeyleri ile anne- babalarının ebeveyn öz-yeterliliği algısı arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14 (1), 241-270.
- Örmeci, A.R. (1999). Çocuklarda enfeksiyon hastalıklarının sıklığı. *Türkiye Klinikleri J Pediatr*, 8(1), 27-30.
- Save The Children, Behind Every Healthy Child Is a Healthy Mother. ISBN: 1-888393-06-8 2015 http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2e8e-10ae-432c9bd0df91d2eba74a%7D/reproductive_health.pdf
- Tanır, G., Aytakin, C. (2001). Çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyonları. *Sürekliliği Eğitim Dergisi*, 10(10), 382-385.
- Van Der Ven, N.C.W., Weinger, K.Y.J., Pouwer, F., Ad'ér, H., Van Der Ploeg, H.M., & Soek FJ. (2003). The confidence in diabetes self-care scale psychometric properties of a new measure of diabetes-specific self-efficacy in Dutch and U.S. patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 26, 713-718.
- Wang, H., Liddell, C.A., Coates, M.M., Money, M.D., Levitz, C.E., & Schumacher, A.E., et al. (2014). Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 384, 957-979.
- Williams, K.E., & Bond, M.J. (2002) The role of self-efficacy, outcome expectancies and social support in the self-care behaviours of diabetics. *Psychology, Health & Medicine*, 7(2), 127-141.
- Wu, S.F.V., Courtney, M., Edwards, H., McDowell, J., Shortridge-Bagget, L.M., & Chang, P.J. (2007). Self-efficacy, outcome expectations and self-care behaviour in people with type 2 diabetes in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11), 250-257.
- Yıldırım, F., & İlhan, Ö.İ. (2010). Genel öz-yeterlilik ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(4), 301-308.
- Zar, H.J., & Ferkol, T.W. (2014). The global burden of respiratory disease- impact on child health. *Pediatr Pulmonol*, 49(5), 430-434.

ARAŞTIRMA / RESEARCH

Kronik Nörolojik Hastalıklı Çocuk Sahibi Olan Annelerin Ruhsal Belirti Düzeylerinin ve Baş Edebilme Becerilerinin İncelenmesi*The Investigation of Psychological Symptom Levels and Coping Styles of Mothers Who Have a Child with Chronic Neurologic Disease*

Pınar ARICAN, Uzm.Dr.¹, Hilal YALÇIN, Psikolog¹, Şenay DEMİR, Hem.¹, Meltem ÜNLÜ, Hem.¹, Özge BEZGİN, Hem.¹, Dilek ÇAVUŞOĞLU, Uzm.Dr.², Pınar GENÇPINAR, Uzm.Dr.¹, Nihal OLGAC DÜNDAR, Doç.Dr.²

¹İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nöroloji Kliniği
²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı

Kabul tarihi/Accepted: 18.01.2017

İletişim/Correspondence:

Nihal Olgaç DüNDAR, Güney Mahallesi 1140/1
Sokak No : 1 Yenışehir - Konak - İzmir, Türkiye

E-posta: nodundar@gmail.com

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı, kronik nörolojik hastalığı olan çocukların annelerinin ruhsal belirti ve öğrenilmiş güçlük düzeylerinin incelenmesidir. **Gereç ve Yöntem:** Çalışma, Ocak-Temmuz 2016 tarihleri arasında Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin çocuk nöroloji kliniğinde kronik nörolojik hastalığı olan çocuk hastaların annelerinde yapılmıştır. Kontrol grubu, sağlıklı çocuğa sahip olan ve bilinen kronik hastalığı olmayan annelerden oluşturulmuştur. Çalışmaya dahil edilen anneler tarafından Ruhsal Belirti Tarama Ölçeği ve Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği doldurulmuştur. **Bulgular:** Çalışmaya; hasta grubunda kronik nörolojik hastalığı olan 49 çocuğun anneleri, kontrol grubunda 35 sağlıklı çocuğun anneleri dahil edilmiştir. Kronik hastalığı olan çocukların annelerinde ruhsal belirti tarama skoru ve öğrenilmiş güçlülük düzeyleri anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < .05$). **Sonuç:** Kronik nörolojik hastalıklar, hasta ailelerinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Klinisyenler tarafından kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin ruhsal açıdan risk altında olduklarının bilinmesi ve gerektiğinde multidisipliner tedavi yaklaşımı önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kronik nörolojik hastalık, çocuk, anne, ruhsal belirti, baş etme.

Abstract

Objective: The aim of this study is to investigate the levels of psychological symptom levels and learned resourcefulness of mothers who have a child with chronic neurologic disease. **Materials and Method:** This study was conducted on mothers who have a child with chronic neurologic disease between the dates of January 2016 and July 2016. The mothers who have a healthy child were included in the study as a control group. The participating mothers completed the Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R) and Rosenbaum Learned Resourcefulness Measure. **Findings:** In this study, 49 mothers who have a child with chronic neurologic disease and 35 mothers who have a healthy child were recruited. Mothers of the children with chronic neurologic disease had significantly higher Symptom Check List-90-Revised scores and learned resourcefulness levels ($p < .05$). **Conclusion:** Chronic neurologic disease had an adverse effect on quality of life of parents of the affected children. It is important to be aware that the psychosocial consequences of the parents of children with chronic neurologic disease by clinicians, and that multidisciplinary treatment approach is essential when necessary.

Keywords: Chronic neurologic disease, child, mother, psychological symptom, coping.

Giriş

Kronik hastalık; üç aydan uzun süren, kalıcı, bazen ilerleyici seyir gösteren, genellikle bireyin ve ailesinin devamlı uyumuna ihtiyaç olan ve sağlık çalışanları tarafından uzun süreli takip isteyen hastalıklar olarak tanımlanmaktadır. Bu hastalıklar, çocukları ve ayrıca aile üyelerini yaşamları boyunca etkilemektedir (Hwu,1995).

Birçok kronik hastalığın seyrinde hastalık belirtilerinde alevlenme, çocuğun yaşam kalitesi ve işlevselliğinde

bozulmalar gözlenmektedir. Bu alevlenmeler tekrarlayan hastane yatışlarına ve ailenin yaşam biçiminde değişikliğe neden olmaktadır. Yatış sırasında günlük rutinlerin kesintiye uğraması, diğer sorumlulukların aksaması, çocuğun sağlığıyla ilgili kaygı ve korkular aile için ilave stres etkenleri oluşturmaktadır (Brown vd., 2008).

Toplumda, 16 yaş altı çocukların ortalama %10-15'i kronik hastalığa sahiptir. Çocukluk döneminin yaygın kronik

hastalıkları astım, kronik böbrek yetmezliği, tip 1 diyabet ve kronik nörolojik hastalık hastalıklardır (Weiland, Pless & Roghmann, 1992).

Daha önceki yıllarda ölümcül olan kronik hastalıkların günümüzde tedavi edilebilmesi ile çocuklar daha yüksek oranlarda hayatta kalabilmektedir (Mokkink, van der Lee, Grootenhuis, Offringa & Heymans, 2008; Halfon & Newacheck, 2010). Bu gelişmeler, önceleri hayatı tehdit eden hastalıklara karşı yeni bulunan erken tarama, tanı ve güçlü tedavi yöntemleri sayesinde ortaya çıkmıştır. Sonuç olarak milyonlarca çocuk ve adolösan tip 1 diyabet, kanser, astım ve epilepsi gibi kronik hastalıklar ile yaşamaktadır (Compas, Jaser, Dunn & Rodriguez, 2012).

Hastalık sürecinde yaşanan ağrı, yorgunluk gibi fiziksel semptomlar, sık hastane kontrolleri ve yatışlar, tedaviye ikincil gelişen komplikasyonlar, prognoz belirsiz olması ve günlük yaşamdaki kısıtlılık gibi yaşam tarzındaki değişiklikler psikiyatrik sorunlar için risk oluşturmaktadır ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Huurre TM & Aro, 2002; Pradhan, Shah, Rao, Ashturkar & Ghaisas; 2003).

Kronik hastalıklar çocuğun yanı sıra aileyi de olumsuz etkilemektedir. Bu çocukların ailelerinde tanı ve prognozun kabullenilmesinde zorluklar, gelecekle ilgili endişeler, hastalıkla ilgili sorumluluklar, sürekli bakımın getirdiği ekonomik yük gibi stres faktörleri nedeniyle ruhsal sorunlarda artış saptanmıştır (Compas vd., 2012). Kronik hastalığı olan çocuklardaki ve onların annelerindeki psikiyatrik sorunların farkında olunması ve tedavi edilmesi önemlidir.

Bu çalışmada, kronik nörolojik hastalığı olan çocukların annelerinin ruhsal belirti ve öğrenilmiş güçlülük düzeyleri yaşamakta oldukları stres faktörleri ile baş edebilme becerilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, Ocak 2016- Temmuz 2016 tarihlerinde Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk nöroloji kliniğinde kronik nörolojik hastalığı olan çocuk hastaların annelerinde yapıldı. Çalışma için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alındı (Onay numarası: 204-12 Kasım 2015).

Çalışmaya, 1-18 yaş arasında kronik nörolojik hasta çocuğa sahip olan anneler dahil edildi. Hasta yakının kronik hastalığının ya da psikiyatrik hastalığının olması durumunda çalışmaya alınmadı. Kontrol grubu, sağlıklı çocuğa sahip olan ve bilinen kronik hastalığı olmayan annelerden oluşturuldu. Çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyen bireylerden sözel ve yazılı onam alındı.

Veri toplama araçları

Sosyodemografik veri formu: Bu form, çalışmaya alınan bireylerin sosyodemografik bilgilerinin elde edilmesi amacıyla oluşturuldu. Bu formda çocuğunun cinsiyeti ve yaşı, bireyin yaşı, eğitim düzeyi, gelir durumu, aile yapısı, çocuk sayısı, yaşam yeri, ev durumu, evin ısınması ile ilgili sorular yer aldı.

Ruhsal Belirti Tarama Ölçeği (Scl-90-R): Psikiyatrik belirtiler ile bireyin altında bulunduğu zorlanma ya da stres düzeyini değerlendirmek için kullanılan psikiyatrik tarama

aracıdır. Ruhsal Belirti Tarama Ölçeği, Derogatis ve Cleary (1997) tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dağ (1991) tarafından yapılmıştır. Toplam 90 madde ve 10 alt birimden oluşmaktadır. Alt birimler; somatizasyon, obsesyon, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek maddelerdir. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı alt birimlerinde; somatizasyon $r=0.75$, obsesyon $r=.87$, kişilerarası duyarlılık $r=.84$, depresyon $r=.87$, anksiyete $r=.73$, öfke $r=.70$, fobik anksiyete $r=.65$, paranoid düşünce $r=.73$, psikotizm $r=.79$ ve ek maddeler $r=.85$ 'dir. Sonuç olarak, Scl-90 Ruhsal Belirti Tarama Ölçeğinin ülkemizde güvenilir ve geçerli bir psikiyatrik tarama aracı olduğu bulunmuştur. Bireyin her alt test ile ilgili durumu, maddelere verilen sayısal yanıt değerleri toplamının o alt testteki madde sayısına bölünmesi ile belirlenir. Tüm alt testlerden alınan puanların toplamı 90'a bölünmesi ile de "genel belirti ortalaması" elde edilir. Her bir alt test puanı ve genel belirti puanının yorumlanmasında, 0'dan 1 arasındakiler araz düzeyi normal; 1,5 ile 2,5 arasındakiler araz düzeyi yüksek; 2,5 ile 4 arasındakiler araz düzeyi çok yüksek olarak kabul edilir.

Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği: Orijinal formu Rosenbaum (1980) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Dağ (1991) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı $r=.80$ olarak bulunmuştur. Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği Türkçe formunun da yeterli güvenilirlik ve geçerlik göstergelerine sahip bir ölçek olduğu görülmüştür. Bu ölçek stres yaratan yaşam olayları ile ne kadar etkili bir biçimde baş edildiğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Toplam 36 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekteki 11 madde (4, 6, 8, 9, 14, 16, 18, 19, 21, 29 ve 35. maddeler) ters yönde puanlanmaktadır. Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeğine ilişkin 12 faktör bulunmaktadır. Bunlar; planlı davranma, ruh hâli denetimi, istenmeyen düşüncelerin denetimi, dürtü denetimi ve planlı davranma, yeterli olma ve kendini yatıştırma, ağrı denetimi, erteleme, yardım arama, iyiye yorma, dikkati yönlendirme, esnek planlama ve denetleyici aramadır. Her birey ölçekten 36 ile 180 arasında puan alabilmektedir ve puanların yüksek olması bireyin kendini denetleme becerisinin yüksek olmasına, bir diğer ifadeyle ölçekte temsil edilen başa çıkma stratejilerinin sıklıkla uygulandığına işaret etmektedir.

İstatistiksel değerlendirme

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 21 programında yapıldı. Bireylerin sosyodemografik verileri çapraz tablo analiz yöntemi ile değerlendirildi. Ruhsal belirti tarama ölçeği, Rosenbaum öğrenilmiş güçlülük ölçeği analizi ve kronik nörolojik hastalığı olan çocukların annelerinin sosyodemografik verileriyle öğrenilmiş güçlük ve ruhsal belirti düzeylerini karşılaştırmak için ilişkisiz örneklem t testi kullanıldı. Anlamlılık kontrolü için farklılıklar arası hasta payı $p<.05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya; hasta grubunda kronik nörolojik hastalığı olan 49 çocuğun anneleri, kontrol grubunda 35 sağlıklı çocuğun anneleri dahil edildi. Kronik nörolojik hastalığı olan çocukların %48'i kız, kontrol grubundaki çocukların %52'si kızdı. Kronik nörolojik hastalığı olan çocukların yaşlarının ortalaması $5,2\pm 4,2$, kontrol grubundaki çocukların yaşlarının ortalaması $5\pm 4,9$ idi. Kronik nörolojik

hastalığı olan çocukların annelerinin yaşlarının ortalaması 32,5 ±6,4, kontrol grubundaki çocukların annelerinin yaşlarının ortancası 32,9 ±8,1 idi. Kronik nörolojik hastalığı olan çocukların annelerinin %16'sı ilkokul, %55'i ortaokul, %27'si lise, %2'si üniversite mezunuydu. Kontrol grubundaki annelerin %12'i ilkokul, %54'i ortaokul, %31'si lise, %3'si üniversite mezunuydu. Kronik nörolojik hastalığı olan çocukların ailelerinin %51'sinin, kontrol grubundaki ailelerin %31'inin gelir düzeyi 1000 Türk lirasının altında idi. Kronik nörolojik hastalığı olan çocukların aile yapısı %82'sinde çekirdek aile, kontrol grubundaki çocukların aile yapısı %74'ünde çekirdek aile idi. Kronik nörolojik hastalığı olan çocukların %24'ü, kontrol grubunun %29'u tek çocuk idi. Kronik nörolojik hastalığı olan çocukların ailelerinin %74'ünde, kontrol grubundaki çocukların ailelerinin %82'sinde yaşam yeri şehir merkezi idi. Kronik nörolojik hastalığı olan çocukların %51'i, kontrol grubundaki çocukların %50'si kiralık evde oturmakta idi. Kronik nörolojik hastalığı olan çocukların ailelerinin %69'u, kontrol grubundaki ailelerinin %51'i evde soba ile ısınmakta idi. Gruplar arasında sosyodemografik veriler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>.05) (Tablo 1).

Çalışmada, kronik nörolojik hastalığı olan çocukların annelerinde bakılan Ruhsal Belirti Tarama Ölçeği (ScI-90-R) sonucunda genel belirti ortalaması puanı 1,3 ve somatizasyon puanı 1,2, obsesyon puanı 1,5, kişilerarası duyarlılık puanı 1,4, depresyon puanı 1,5, anksiyete puanı 1,3, öfke puanı 1,2, fobik anksiyete puanı 0,9,

paranoid düşünce puanı 1,3, psikotizm puanı 1,1 olarak bulundu. Genel belirti ortalaması ve somatizasyon, obsesyon, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke, psikotizm alt birimlerinin değerlendirilmesinde araz düzeyi kronik nörolojik hastalığı olan çocukların annelerinde kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu (p<.05). Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeğinin değerlendirilmesi sonucunda öğrenilmiş güçlülük ortalamasının kronik nörolojik hastalığı olan çocukların annelerinde 68,1±17,9, kontrol grubunda 81,9±31,8 olduğu görüldü. Gruplar öğrenilmiş güçlülük açısından karşılaştırıldığında, kronik nörolojik hastalığı olan çocukların annelerinde kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<.05) (Tablo 2).

“Kronik nörolojik hastalığı olan çocukların annelerinde öğrenilmiş güçlülük düzeyi anlamlı olarak düşük saptandı.”

Kronik nörolojik hastalığı olan çocukların annelerinde; eğitim düzeyi, gelir durumu, aile yapısı, çocuk sayısı, yaşam yeri ve ev durumu öğrenilmiş güçlülük düzeyleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>.05) (Tablo 3). Kronik nörolojik hastalığı olan çocukların annelerini; eğitim düzeyi, gelir durumu, aile yapısı, çocuk sayısı, yaşam yeri ve ev durumuna göre ruhsal belirti düzeyleri açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>.05) (Tablo 4).

Tablo 1. Grupların Sosyodemografik Özellikleri

	Kronik Nörolojik Hastalığı Olan Çocukların Anneleri (s=49)	Sağlıklı Çocukların Anneleri (s=35)	p
Çocuk Cinsiyeti, s(%)			
Kız	24 (%48)	18 (%52)	.825
Erkek	25 (%52)	17 (%48)	
Çocuk Yaşı, (yıl) (ortalama yaş)	5,2	5	.871
Anne Yaşı, (yıl) (ortalama yaş)	32,5	32,9	.817
Anne Eğitim Durumu, s(%)			
İlkokul	8(%16)	4 (%12)	.902
Ortaokul	27(%55)	19 (%54)	
Lise	13(%27)	11 (%31)	
Üniversite	1(%2)	1 (%3)	
Aile Gelir Düzeyi, s(%)			
<1000	25 (%51)	11(%31)	.051
1000-2000	21(%43)	15(%43)	
2000-3000	2(%4)	3(%9)	
>3000	1(%2)	6(%17)	
Aile Yapısı, s(%)			
Çekirdek Aile	40(%82)	26(%74)	.418
Geniş Aile	9(%18)	9(%26)	
Ailedeki Çocuk Sayısı, s(%)			
Tek Çocuk	12(%24)	10(%29)	.675
Birden Fazla Çocuk	37(%76)	25(%71)	
Yaşam Yeri, s(%)			
Şehir Merkezi	36(%74)	28(%80)	.343
Kırsal Alan	13(%26)	7(20)	
Ev Durumu, s(%)			
Kendi Evi	24(%49)	17(%49)	.927
Kira	25(%51)	18(%51)	
Evin Isınma Durumu, s(%)			
Soba	34(%69)	18(%51)	.095
Kalorifer	15(%31)	17(%49)	

s: sayı

Tablo 2. Grupların Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği ve Ruhsal Belirti Tarama Ölçeği (Scl-90-R) ile Değerlendirilmesi

	Hasta Grubu (s=49)		Kontrol Grubu (s=35)		t	p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
Öğrenilmiş Güçlülük	68,1	17,9	81,9	31,8	-2.518	.014
Somatizasyon	1,2	0,7	0,7	0,7	3.077	.003
Obsesyon	1,5	0,7	0,9	0,7	3.368	.001
Kişilerarası Duyarlılık	1,4	0,7	0,9	0,7	2.961	.004
Depresyon	1,5	0,8	0,8	0,6	4.296	.000
Anksiyete	1,3	0,8	0,7	0,6	3.228	.002
Öfke	1,2	0,8	0,8	0,7	2.087	.040
Fobik Anksiyete	0,9	0,7	0,7	0,7	1.595	.114
Paranoid Düşünce	1,3	0,8	0,8	0,7	2.823	.006
Psikotizm	1,1	0,7	0,7	0,7	2.264	.026
Ekskala	2,5	0,7	1,9	0,7	3.473	.001
Scl-90-R Toplam	1,3	0,6	0,8	0,6	3.535	.001

s: sayı, SS: Standart Sapma

Tablo 3. Kronik Nörolojik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinin Sosyodemografik Özelliklerinin Öğrenilmiş Güçlülük Düzeyleri ile Karşılaştırılması

	Sayı (%)	Öğrenilmiş Güçlülük (Ortalama±Standart sapma)	t	p
Anne Eğitim Durumu				
İlköğretim	35	68,4±17,6	2.073	.863
Lise ve/veya üniversite	14	67,4±19,5		
Aile Gelir Düzeyi				
<1000	25	65±18,9	-.566	.218
≥1000	24	71,3±16,6		
Aile Yapısı				
Çekirdek Aile	40	67,8±19	-.955	.828
Geniş Aile	9	69,3±13,2		
Ailedeki Çocuk Sayısı				
Tek Çocuk	12	60,3±15,1	1.678	.085
Birden Fazla Çocuk	37	70,6±18,3		
Yaşam Yeri				
Şehir Merkezi	36	68,8±19,1	1.413	.648
Kırsal Alan	13	66,1±14,7		
Ev Durumu				
Kendi Evi	24	69,2±17	.199	.550
Kira	25	67±19,1		

“Kronik nörolojik hastalığı olan çocukların annelerinde ruhsal belirti tarama skoru anlamlı olarak daha yüksek saptandı.”

Tartışma

Bu çalışmada, kronik nörolojik hastalığı olan çocukların annelerinin psikopatoloji oranları sağlıklı çocuk annelerine göre anlamlı olarak yüksek olarak değerlendirilmiştir. Somatizasyon, obsesyon, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke, psikotizm açısından kronik nörolojik hastalığı olan çocukların annelerinin ruhsal durumlarında bozukluk bulunmuştur. Ayrıca yaşamakta oldukları stres faktörleri ile baş edebilme becerilerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Ruhsal durumlarındaki bozukluk ve baş

edebilme becerilerindeki yetersizlik; annelerin eğitim düzeyi, gelir durumu, aile yapısı, çocuk sayısı, yaşam yeri ve ev durumu ile ilişkiz olarak yüksek oranda bulunmuştur.

Ailelerin kronik hastalıkların oluşturduğu sorunlar ile baş etme becerisine sahip olmaları hem ailenin hem de çocuğun uyumunda önemli bir belirleyicidir. Ayrıca baş etme becerileri psikolojik sağlıklarını koruyabilmeleri için oldukça gereklidir (Melnik, Feinstein, Moldenhouer & Small, 2001).

Tablo 4. Kronik Nörolojik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinin Sosyodemografik Özelliklerinin Ruhsal Belirti Düzeyleri(Scl-90-R) ile Karşılaştırılması

	Sayı (%)	Scl-90-R Toplam	t	p
Anne Eğitim Durumu				
İlköğretim	35	2,3±0,5	.503	.994
Lise ve/veya üniversite	14	2,3±0,7		
Aile Gelir Düzeyi				
<1000	25	2,2±0,6	.544	.477
≥1000	24	2,3±0,5		
Aile Yapısı				
Çekirdek Aile	40	2,3±0,6	.557	.887
Geniş Aile	9	2,2±0,5		
Ailedeki Çocuk Sayısı				
Tek Çocuk	12	2,2±0,5	-.931	.798
Birden Fazla Çocuk	37	2,3±0,6		
Yaşam Yeri				
Şehir Merkezi	36	2,2±0,6	-3.192	.125
Kırsal Alan	13	2,5±0,4		
Ev Durumu				
Kendi Evi	24	2,2±0,5	2.600	.684
Kira	25	2,3±0,7		

Engelli çocuğa sahip olan annelerin; psikolojik, sosyal, ekonomik sıkıntıları çözmekte en fazla çabalayan kişi olduğu ve zamanla aşırı üzüntü, psikolojik çökkünlük, çevre tarafından kendilerine acınarak bakıldığı duygusu gibi psikolojik sorunlar yaşadıkları belirtilmiştir. Annelerin geçirdiği bu sarsıntı çocukları da etkilemektedir (Özşenol vd., 2003). Anne, çocuğun doğumundan itibaren çocuğa duygusal bağlılık geliştirir ve geleceğe ilişkin yatırımlar yapar. Yaşam süresi kısa olan bir hastalığın ortaya çıkmasıyla

birlikte, annenin geliştirdiği duygusal bağıllık, geleceğe yönelik umudun kaybı ve annelerin yaşam kalitesinin bozulması da bu sonuca katkı yapmaktadır (Çakaloz & Kural, 2005).

Ashkani, Dehbozorgi ve Tahamtan (2015), kronik hastalığı olan 50 çocuğun annelerinin duygu durumunu değerlendirmiştir. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak kronik hastalık grubunda depresyon skoru yüksek olarak saptanmıştır. Soltanifar, Ashrafzadeh, Mohareri ve Mokhber (2012) yaptığı çalışmada, epilepsi hastalığı olan 30 çocuğun annelerindeki depresyon ve ansiyete skorlarını değerlendirmiştir. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak epilepsi hastalığı olan çocukların annelerinde depresyon ve ansiyete skorları yüksek olarak bulunmuştur.

Lv vd. (2009) çalışmasında da 263 epilepsi hastalığı olan çocuğun annelerindeki depresyon skoru kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek değerlendirilmiştir. Çöp, Dinç ve Kültür (2016) çalışmasında ise kronik hastalığı olan çocukların annelerindeki baş etme ile çocuk ve annelerdeki psikiyatrik belirtiler arasında ilişki olup olmadığını incelemiştir. Sorunlarla baş etme becerisi iyi olan annelerin çocuklarında psikososyal uyum daha iyi bulunmuştur.

Bu çalışmada kronik hastalığı olan çocukların annelerinin psikolojik kökenli bedensel yakınmaları, sıkıntı ve gerginlik hisleri, saplantılı düşünceleri, çökkünlük ve anlamsız korkularının şiddetinin kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Alanyazında kronik hastalığı olan çocukların annelerin psikolojik durumları üzerine yapılan araştırmaların büyük oranda depresyon ve ansiyete düzeylerine odaklandığı görülmektedir. Çalışmada, kronik hastalığa sahip olan annelerin depresyon ve çökkünlük, ansiyete ve gerginlik hislerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olması önceki çalışmaların bulguları ile uyumludur (Çakaloz & Kural, 2005; Çakar & Sezer, 2010; Toros, Tot, & Düzovalı, 2002). Durukan, Erdem, Türkbay ve Cöngöloğlu (2009) ise dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların annelerinin öfke düzeylerinin kontrol grubundan yüksek olduğu saptanmış bunun da hastalığın kronik gidişi ile ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir.

Anketin eş zamanlı olarak annelerin yanı sıra diğer aile bireylerine uygulanmamış olması ve çalışmaya dahil edilen hasta annesinin sayısının azlığı bu çalışmanın kısıtlılıklarıdır.

Sonuç

Sonuç olarak, bizim çalışmamızda kronik nörolojik hastalığı olan çocukların annelerinin ruhsal durumlarında bozukluk bulunmuştur ve kronik hastalığın oluşturduğu sorunlar ile baş edebilme becerilerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı olan çocukların takip ve tedavisinin uygun bir şekilde yapılabilmesi için çocuklar ve ebeveynlerinin ruh sağlığına doğru yaklaşım önemlidir. Annelerin güçlük çektikleri konularda yardımcı olunmalı gerektiğinde psikolojik destek almaları için gerekli merkezlere yönlendirilmelidir. Bu bağlamda, rehabilitasyon merkezlerinde aile destek grupları oluşturulmalıdır.

Alana Katkı

Klinisyenler tarafından kronik hastalığı olan çocukların annelerinin ruhsal açıdan risk altında olduklarının bilinmesi ve gerektiğinde multidisipliner tedavi yaklaşımı önem taşımaktadır.

Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

- Ashkani, H., Dehbozorgi, G. R., & Tahamtan, A. (2015). Depression among parents of children with chronic and disabling disease. *Iranian Journal of Medical Sciences, 29*(2), 90-93.
- Brown, R. T., Wiener, L., Kupst, M. J., Brennan, T., Behrman, R., Compas, B. E., et al. (2008). Single parents of children with chronic illness: An understudied phenomenon. *Journal of Pediatric Psychology, 33*(4), 408-421.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*, 455.
- Çakaloz, B., & Kural, S. (2005). Duchenne muskuler distroflili çocukların aile işlevlerinin ve annelerinde depresyon ve kaygı düzeylerinin araştırılması. *Klinik Psikiyatri, 8*, 24-30.
- Çakan, P., & Sezer, Ö. (2010). Süreğen hastalığı olan çocuklara sahip annelerin tutumları, kaygı düzeyleri ve diğer değişkenler açısından incelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 20*, 2.
- Çöp, E., Dinç, G. Ş., & Kültür, S. E. Ç. (2016). Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinde Baş Etme Becerilerinin Psikiyatrik Belirtiler ile İlişkisi: Bir Ön Çalışma. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 3*, 170-176.
- Dağ, İ. (1991). "Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri İçin Güvenirliği ve Geçerliliği". Ankara: *Türk Psikiyatri Dergisi, 2*, 5-11.
- Dağ, İ. (1991). Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeğinin üniversite öğrencileri için güvenirliliği ve geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi, 2*, 269-274.
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validation. *Journal of clinical psychology, 33*(4), 981-989.
- Durukan, İ., Erdem, M., Türkbay, T., & Cöngöloğlu, M. A. (2009). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların klinik belirtilerinin annelerinin öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları ile ilişkisi. *Gülhane Tıp Dergisi, 51*, 101-104.
- Halfon, N., & Newacheck, P. W. (2010). Evolving notions of childhood chronic illness. *JAMA, 303*(7), 665-666.
- Huurte, T. M., & Aro, H. M. (2002). Long-term psychosocial effects of persistent chronic illness. *European child & adolescent psychiatry, 11*(2), 85-91.
- Hwu, Y. J. (1995). The impact of chronic illness on patients. *Rehabilitation Nursing, 20*(4), 221-225.
- Lv, R., Wu, L., Jin, L., Lu, Q., Wang, M., Qu, Y., et al. (2009). Depression, anxiety and quality of life in parents of children with epilepsy. *Acta Neurologica Scandinavica, 120*(5), 335-341.
- Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., Moldenhouer, Z., & Small, L. (2001). Coping in parents of children who are chronically ill: Strategies for assessment and intervention. *Pediatric nursing, 27*(6), 548.
- Mokkink, L. B., Van der Lee, J. H., Grootenhuys, M. A., Offringa, M., & Heymans, H. S. (2008). Defining chronic diseases and health conditions in childhood (0-18 years of age): national consensus in the Netherlands. *European Journal of Pediatrics, 167*(12), 1441-1447.
- Pradhan, P. V., Shah, H., Rao, P., Ashturkar, D., & Ghaisas, P. (2003). Psychopathology and self-esteem in chronic illness. *The Indian Journal of Pediatrics, 70*(2), 135-138.
- Rosenbaum, M. (1980). A Schedule for assessing self-control behaviors: Preliminary findings. *Behaviors Therapy, 11*, 109-121.
- Özşenol, F., Işıkhani, V., Ünay, B., Aydın, H. İ., Akın, R., & Gökçay, E. (2003). Engelli çocuğa sahip ailelerin aile işlevlerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi, 45*(2), 156-164.
- Soltanifar, A., Ashrafzadeh, F., Mohareri, F., & Mokhber, N. (2011). Depression and anxiety in Iranian mothers of children with epilepsy. *Iranian Journal of Child Neurology, 6*(1), 29-34.
- Toros, F., Tot, S., & Düzovalı, Ö. (2002). Depression and anxiety levels of parents and children with chronic illness. *Clinical Psychiatry, 5*, 240-247.
- Weiland, S. K., Pless, I. B., & Roghmann, K. J. (1992). Chronic illness and mental health problems in pediatric practice: results from a survey of primary care providers. *Pediatrics, 89*(3), 445-449.

ARAŞTIRMA / RESEARCH

Evde Yaşayan Genç Yaşlıların İlaç Yönetimi, Ev İçi Düzenlemeleri, Egzersiz Alışkanlıkları ve Yaşam Kalitesi ile Düşme Risk Düzeylerinin Belirlenmesi: Pilot Çalışma

Determination of Fall Risk Levels by Drug Management, Household Regulations, Exercise Habits and Quality of Life in Young Community-Dwelling Seniors: Pilot Study

Seçil GÜLHAN GÜNER, Arş. Gör.¹, Nesrin NURAL, Doç. Dr.¹, Arzu ERDEN, Yrd. Doç. Dr.²

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Trabzon

²Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon AD, Trabzon

Kabul tarihi/Accepted: 19.02.2017

İletişim/Correspondence:

Seçil GÜLHAN GÜNER, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Trabzon

E-posta: secilgulhan@gmail.com

Bu çalışma 29-30 Eylül 2016 tarihinde 4. Geriatri Hemşireliği Sempozyumu/İzmir'de sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Özet

Amaç: Bu çalışmada Trabzon ilinde evde yaşayan genç yaşlıların ilaç yönetimi, ev içi düzenlemeleri, egzersiz alışkanlıkları ve yaşam kalitesi ile düşme risk düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Çalışma için gerekli izinler alındıktan sonra Trabzon il merkezinde belirlenen iki aile sağlığı merkezine kayıtlı 65-74 yaş arası ve araştırma kriterlerine uyan 35 yaşlı birey çalışmaya dâhil edilmiştir. Verilerin toplanmasında, Düşme Yönünden Ev İçi Özellikleri Değerlendirme Formu, DENN Düşme Risk Değerlendirme Skalası, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik veri formu, ilaç kullanıma ilişkin Bilgi Formu ve Düşmeye İlişkin Veri Toplama Formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 21.0 Paket programı, analizinde frekans, ortalama ve yüzde değerleri kullanıldı. **Bulgular:** Çalışmaya alınan yaşlıların yaş ortalaması 69.57±3.50'tir. Yaşlıların %91.4'ünün eğitim durumu ortaöğretim ve altı, %54.3'ü bekarıdır. Araştırma kapsamına alınan yaşlıların tamamının kronik hastalığı bulunmakta ve ilaç kullanmaktadır. Günde bir-iki adet ilaç kullanan yaşlıların oranı %51.4'tür. Son bir yıl içinde yaşlıların %51.4'ü hiç düşmemişken, %22.9'u bir kez, %25.7'si ise iki kez ve üzeri düşmüştür. Ayrıca yaşlıların %31.5'inin az, %31.4'ünün orta ve %37.1'inin yüksek düşme riski bulunmuştur. Düşme yönünden ev içi çevre özellikleri değerlendirmesinde yaşlıların yaşadığı evde banyo ve tuvalet (3.34±1.58) yüksek düşme riskine sahip olan alandır. SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarına göre ise sosyallik işlevsellik (45.71±4.66), fiziksel fonksiyon (50.42±5.13), enerji/canlilik/vitalite (52.00±2.63), genel sağlık algısı (52.71±2.83) ve ruhsal sağlık (67.31±2.39) alt boyutu yüksektir. **Sonuç:** Araştırma kapsamındaki yaşlıların yaklaşık yarısının düştüğü ve düşme risklerinin yüksek olduğu, ayrıca yaşlıların yaşam kaliteleri incelendiğinde fiziksel rol puanlarının düşük, ruhsal sağlık puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Düşme, yaşam kalitesi, yaşlı.

Abstract

Objective: In this study, it was aimed to determine the risk levels of drug administration, domestic regulation, exercise habits and quality of life and falling levels of community-dwelling young seniors living in Trabzon province. **Materials and Method:** After obtaining the necessary permissions for the study, 35 elderly people were included into the study who were between 65-74 years, matched the research criteria and registered to two determined family healthcare centers. In the collection of data, Household Characteristics Evaluation Form for Fall, DENN Fall Risk Assessment Scale, SF-36 Quality of Life Scale and socio-demographic data form, research form for Drug Use and Data Collection Form for Falling were used. In the evaluation of data SPSS 21.0 package program was used. In the analysis of data; frequency, mean and percentage values were used. **Findings:** The mean age of elderly people who were included in the study was 69.57 ± 3.50 years. 91.4% of the elderly graduated from secondary education or lower, and 54.3% are unmarried. All of the elderly included in the study had chronic disease and used medicines. The proportion of the elderly who used one or two drugs per day was 51.4%. In the last year, 51.4% of the elderly never fell, while 22.9% once, 25.7% twice and more. Also, 31.5% of elderly had low falling risk, while 31.4% had moderate risk and %37.1 had high risk of falling. The bathroom and toilet (3.34 ± 1.58) had a high risk of falling in the house where the elderly live in considering the environmental characteristics of the house in terms of falling. According to the subscales of SF-36 quality of life scale, social functioning (45.71 ± 4.66), physical functioning (50.42 ± 5.13), energy / liveliness / vitality (52.00 ± 2.63), general health perception (52.71 ± 2.83) and mental health ± 2.39) sub-dimension were high. **Conclusion:** It was determined that approximately half of elderly in the study fell and their falling risk were high. Also; it was determined that physical role scores were low and mental health scores were high when analyzed the quality of life of elders.

Keywords: Fall, quality of life, elderly.

Giriş

Dünyada ve Türkiye’de sağlık alanında meydana gelen ilerlemeler ve yaşlı nüfusun artması nedeni ile “sağlıklı yaşlanma” kavramı önem kazanmıştır. Sağlıklı yaşlanma; yaşlıların yaşadığı yılları en az sağlık sorunuyla, birtakım koruyucu önlemlerle, fiziksel ve bilişsel kapasitesini arttırıcı aktivitelerle, sosyal çevreyle iletişimini olumlu yönde geliştirmesi ve hayata olumlu bakmasıdır. Kendi yaş grubuna göre ortalama olarak çok az veya hemen hemen hiç işlev kaybı göstermeyen kişiler “sağlıklı yaşlılar” olarak tanımlanmaktadır (Bayraktar, 2004). Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1999 yılında Sağlıklı Yaşlanma Deklarasyonu’nda, herkes için sağlık hedefleri listesinde “sağlıklı yaşlanma/yaşanan yıllara yaşam katılması” hedefi yer almıştır. Amaç, yaşamın her dönemindeki bireyler için sağlıklı yaşamı koruma, sürdürme, sağlıklı olarak yaşanan yılları arttırma, sağlığı geliştirme ve yaşam kalitesini güçlendirme, aktif ve üretici yaşlanma, sağlıklı yaşlanma olanaklarını arttırmaktır (Dünya Sağlık Örgütü, 2002; Akdemir, Çınar & Görgülü, 2007).

Yaşlanma süreciyle birlikte birden fazla kronik hastalık görülme sıklığı artmakta ve buna bağlı olarak çoklu ilaç kullanım oranında artış görülmektedir. Bu durum ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Altmış beş yaş ve üzeri kişilerin %90’ında en az bir kronik hastalık bulunmakta ve %60’ı en az bir ilaç kullanmaktadır (Gülhan, 2013). Türkiye’de acil serviste yaşlı hasta yatışlarının gözden geçirildiği çalışmada yaşlılarda kronik hastalıklar nedeniyle kullanılan ilaçların yan etkisine bağlı %3.1 oranında düşme ve düşme nedeniyle komplikasyon geliştiği belirlenmiştir (Kekeç, Koç & Büyük, 2009). Düşmeleri önleme rehberlerinde çoklu ilaç kullanım düzeyinin düşmeler için kanıt düzeyi yüksek olan risk faktörleri arasında yer aldığı belirtilmektedir (Jung, Shin & Kim, 2014). Altmış beş yaş ve üzeri bireylerde düşme nedenleri arasında yer alan ilaç kullanımı en çok modifiye edilebilen risk faktörleri arasında yer almaktadır (Tinetti, 2003).

Yaşlılardaki kişisel faktörlerin yanı sıra çevresel faktörler de düşmelere yol açabilmektedir (Berg, Alessio, Mills & Tong, 1997). Yaşlılıkta görülen ölümcül düşmelerin %60’ı ev ortamında, %30’u toplumsal alanlarda ve %10’u sağlık bakım kurumlarında meydana geldiği bildirilmektedir (Hornbrook, Stevens, Wingfield, Hollis, Greenlick & Ory, 1994). Ev ortamlarının çoğunluğunun düşmelerle ilgili risklere sahip olduğu ve bu faktörlerin düşme riskini 3-4 kat arttırdığı belirtilmektedir (Van Bommel, Vandenbroucke, Westendorp & Gussekloo, 2005; Wyman, Croghan, Nachreiner, Gross, Stock & et al., 2007; Leclerc, Bégin, Cadieux, Goulet, Allaire & et al., 2010). Evde yaşanan düşmelerin üçte biri ya da yarısı ev içindeki halikilim, zemindeki sorunlar, ıslak yüzeyler, basamaklar, sabitlenmeyen mobilya ve eşyalar, kötü aydınlatmadan kaynaklanmaktadır (Yıldırım & Karadakovan, 2004; Huang, 2005; Emiroğlu & Aslan, 2007). Düşmelerin sonucunda, bireyin evde bakım gereksinimi, başkasına bağımlı olması ve erken ölüm riski artmaktadır. Yaşlı nüfusta esas hedef bireyin yaşam kalitesinin korunmasıdır. Sağlığın geliştirilmesinde ve fonksiyonel işlevin atırılmasında düzenli ve uzun süreli yapılan egzersiz etkili olmaktadır. Düzenli olarak yapılan egzersiz “serotonin” hormonun salgılanmasını arttırmakta, böylece birey yaşama daha olumlu bakabilmekte ve öz güveni arttırmakta ve tedavinin bir parçası haline gelmektedir. Huang, Liu, Tsai, Chin ve

Wong’un (2015) yaptıkları çalışmada da egzersiz programı uygulanan yaşlıların depresif sendromlarının azaldığı belirtilmektedir (Huang, Liu, Tsai, Chin & Wong, 2015). Yaşlılık döneminde yapılan farklı aktiviteler yaşam kalitesini aynı zamanda sosyal katılımı da arttırmaktadır. Ayrıca yapılan çalışmalar sonucunda sosyal ve fiziksel aktiviteye katılım fiziksel ve kognitif fonksiyonlar ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur (Hwang, 2010; Leung, Fung, Tam, Lui, Chiu, Chan & et al., 2011).

Bu çalışma yaşlıların sosyodemografik özellikleri, ilaç yönetim bilgileri, ev içi düzenleri ve yaşam kalitesi düzeyleriyle ilişkili olarak farklı boyutların bir arada değerlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır. Pilot çalışma olan bu çalışmanın tamamlanmasıyla planlanan müdahalelerin (İlaç Yönetimi, Ev İçi Düzenlemeleri, Egzersiz) yaşam kalitesi ve düşme risk düzeyine etkisi ortaya konulacaktır. Elde edilen veriler sağlıklı yaşlanma konusuna ışık tutacak ve literatüre katkı sağlayacaktır.

Amaç

Evde yaşayan genç yaşlıların egzersiz alışkanlıklarını, ilaç yönetimi ve ev içi düzenleme eğitimlerinin yaşam kalitesi ve düşme riskine etkisini belirlemek amacıyla planlanan bir çalışmanın pilot kısmı olan bu çalışmada şu sorulara yanıt aranmaktadır:

- 1-Evde yaşayan genç yaşlıların düşme riski düzeyi ve düşme sıklığı nedir?
- 2-Evde yaşayan genç yaşlıların yaşam kalitesi düzeyi nedir?
- 3- Evde yaşayan genç yaşlıların ev içi düzenleri ve ilaç kullanım durumları nedir?

Gereç ve Yöntem

Araştırma Tipi

Ön test son test olarak planlanan çalışmanın pilot kısmı olan bu araştırma tanımlayıcı tiptedir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Trabzon il merkezinde yer alan aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 65-74 yaş arası bireyler oluşturmaktadır. Örneklem alınacak bireylerin seçiminde evreni oluşturan Trabzon il merkezindeki tüm aile sağlığı merkezleri içinden iki tanesi ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Her iki aile sağlığı merkezinde yalnızca bir hekime kayıtlı 65-74 yaş arası yaşlılar evreni (142 kişi) oluşturmaktadır. Belirlenen iki aile sağlığı merkezi için yaşlı bireylerin istedikleri zaman yüz yüze görüşebilecekleri mesafede ulaşılabilirliğe sahip olmaları göz önünde bulundurulmuştur. Örneklem sayısı belirlemek için güç analizi yapılmıştır. Yaşlı bireylerde %54 olan (Charters, 2013) düşme riski oranının %24’e düşürülmesi hedeflenerek, %95 güven aralığı, %80 güçle openepi güç analizi programında örneklem sayısı 41 kişi olarak hesaplanmıştır (Openepi, 2016). Literatür taramasında yaşlı bireylerin düşme prevalansının %54 ile %20 arasında değiştiği görülmektedir (Hawk, Hyland, Rupert, Colonvega & Hall, 2006; Letts, Moreland, Richardson, Coman, Edwards, Ginis & et al., 2010; Bongue, Dupre, Beauchet, Rossat & Fantino, 2011; Chartes, 2013). Trabzon’da evde yaşayan yaşlılarda yapılan bir çalışmada düşme prevalansı %36.2 olarak bulunmuştur (Gülhan Güner & Nural, 2016). Bu nedenle bu çalışmada

hedefimiz uygulanacak olan eğitimlerle yaşlıların düşme risk oranında yaklaşık olarak %30'luk bir düşüş sağlamaktır. Araştırma esnasında çalışmadan ayrılmak isteme ya da ölüm vb. gibi durumlar göz önünde bulundurulurken artı 4 kişi çalışmaya dahil edilecektir ve böylece örnekleme 45 yaşlı birey alınacaktır. Trabzon il merkezinde belirlenen iki aile sağlığı merkezine kayıtlı 65-74 yaş arası, araştırmaya katılmaya gönüllü, sözlü iletişim kurulabilen, okuryazar, Standardize Mini Mental Test (SMMT) puanı 24 ve üzeri, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) indeksi'nden 13-18 arasında puan alan, Berg Denge Ölçeği'ne (BDÖ) göre düşük ve orta düşme riski olan bireyler örnekleme oluşturacaktır. Ön test-son test ve müdahale çalışması olarak planlanan çalışmaya Mayıs 2016 tarihinde başlanmıştır. Çalışmanın ilk altı ayı içerisinde araştırma kriterlerine uyan 35 yaşlı kadına ulaşılabilmektedir. Pilot çalışma niteliğindeki bu çalışmanın tamamı 45 katılımcıya ulaştığında sonlandırılacaktır.

Veri Toplama Araçları

Standardize Mini Mental Test (SMMT)

SMMT, ilk kez Folstein ve arkadaşları tarafından 1975'te yayınlanmıştır. Ölçek, yaşlıların (özellikle deliryumda olan ve/veya demanslı) muayenesinde kısa sürede uygulanabilen bir bilişsel değerlendirme aracı olarak üretilmiştir. Ölçek klinik sendromların ayrılması açısından sınırlı bir özgüllüğe sahiptir; ancak genel olarak bilişsel düzeyin kantitatif biçimde değerlendirilebilmesinde kullanılabilir kısa, kullanışlı, geçerli ve standardize bir yöntemdir. Yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık altında toplanmış, 11 maddeden oluşan ölçek, toplam 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Bu ölçekte maksimum puan 30 iken, erişkinlerde 20 ve altındaki puanlar kognitif bozukluğu göstermektedir (Güngen, Ertan, Eker, Yaşlar & Engin, 2002).

Berg Denge Ölçeği (BDÖ)

BDÖ; 14 maddelik bir denge değerlendirmesi olup her madde için yapılan aktivitedeki yeterlilik seviyesi 0 "yapamaz"; 4 "bağımsız ve güvenli yapar" olmak üzere 5 puan ile belirlenir. Ölçeğin toplam puanı 56 olup, 0-20 puan arası; yüksek düşme riskini, 21-40 puan arası orta derecede düşme riskini ve 41-56 puan arası düşük düşme riskini göstermektedir. Ölçeğin orijinali Berg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, Cronbach- α değeri 0.97'nin üzerinde bulunmuştur (Berg, Wood-Dauphinee, Williams & Maki, 1992). Düşme riskini belirlemek açısından yüksek özgüllüğü olan ve gözlemciler arası yüksek güvenilirliğe sahip ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği Şahin ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonunun Cronbach- α değeri 0,96 ve her bir maddenin iç tutarlılık katsayısı 0,76 ile 0,96 arasında olduğu bildirilmiştir (Şahin, Büyükavcı, Sağ, Doğu, & Kuran, 2013).

Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (GYA)

Katz ve arkadaşları tarafından 1963 yılında geliştirilen GYA indeksi yaşamın sürdürülmesi için gerekli olan temel gereksinimleri sağlamaya yönelik aktiviteleri belirlemektedir. İndeksin Türkçe'ye çevirisi Yardımcı tarafından yapılmıştır (Yardımcı, 1995). GYA indeksi 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 (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffe, 1963). Gümüş ve Ünsal, çalışmalarında GYA indeksini geçerlilik katsayısını 0.65 olarak saptamıştır (Gümüş & Ünsal, 2014).

Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen sosyodemografik veri formunda (yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi, eğitim durumu, medeni durum, aile yapısı, gelir düzeyi, sabit gelir durumu, evde yaşanan kişiler, sigara ve alkol kullanım durumu, kronik hastalık durumu, düzenli egzersiz alışkanlığı olup olmadığı) 13 soru yer almaktadır.

İlaç Kullanımına İlişkin Bilgi Formu

İlaç kullanımı ile ilgili (ilaç kullanım durumu, günde kaç ilaç kullanıyor, kullandığı ilaç türü, ilaçlarınızı nasıl kullanıyorsunuz, ilaçlarınızı kullanırken yaşadığınız güçlükler var mı) 5 soru yer almaktadır.

Düşme Yönünden Ev İçi Özellikleri Değerlendirme Formu (DEÇÖDF)

Yaşlı bireylerin ev içinde düşmesi yönünden risk oluşturabilecek özellikleri değerlendirmeye yönelik olarak kullanılmaktadır. Akın ve Lök tarafından 2012 yılında geliştirilen, geçerliliği ve güvenilirliği yapılan formda; oturma odası, mutfak, yatak odası, banyo/tuvalet, merdiven ve koridor olmak üzere evin tüm bölümlerini içeren altı alan değerlendirilmektedir. Form toplam 41 sorudan oluşmakta ve bunların alanlara dağılımı; oturma odası 7, mutfak 6, yatak odası 7, banyo/tuvalet 9, merdivenler 10 ve koridor 4 soru şeklindedir. Her bir soru incelenen alandaki risk varlığına göre; Evet "0", Hayır "1", gözlenmesi planlanan alan ev içinde yer almıyorsa GY (gözlem yapılmadı) "0" olarak puanlanmaktadır. Formdan en yüksek "41", en düşük "0" puan alınmaktadır. Yüksek puanlar düşme yönünden riskin yüksek olduğunu göstermekte, "0" puan risk yok anlamına gelmektedir. Her bir alt bölüm için de aynı kural geçerlidir (Akın & Lök, 2012).

Düşmeye İlişkin Veri Toplama Formu

Yapılan literatür taraması (Ayhan, Büyükturan, Kırdı, Yakut & Güler, 2014) sonucunda düşmeye ilişkin (son bir yıl/ altı ay içindeki düşme sıklığı, düşme zamanı, düşme yeri, ne yaparken düştünüz, düşme sonucu yaralanma/sakatlanma durumu, düşme sonucunda hastaneye başvuru var mı) altı soru yer almaktadır.

DENN Düşme Risk Değerlendirme Skalası

Nebraska's Medicare Kalite Geliştirme Kurumu (Medicare Quality Improvement Organization) tarafından Düşmelerin Yönetimi Rehberi'nden (Falls Management Guidelines) (Health Care Association of New Jersey, 2006) yararlanılarak geliştirilen dokuz ana başlıktan (bilinç düzeyi/mental durum, son üç aydaki düşme hikayesi, ambulasyon/tuvalet durumu, görme durumu, yürüme ve denge, ortostatik değişiklikler, ilaçlar, hastalıklar ve ekipman varlığı) oluşan bir formdur. Bu form, Kara ve arkadaşları (2013) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Değerlendirme toplam puan üzerinden yapılmakta ve bireyin düşme risk puanı belirlenmektedir. Puanlama sonucunda 0-5 puan alanlar düşme açısından "düşük riskli", 6-9 puan arasında alanlar "orta riskli" ve 10 ve üzerinde puan alanlar ise "yüksek riskli" olarak değerlendirilmektedir (Tekin, Kara, Utlu Tan & Arkuran, 2013).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ware ve Sherbourne tarafından 1987 yılında yapılmış olan yaşam kalitesinin Türkçe versiyonu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır. Her bir alt ölçeğin geçerlilik katsayıları 0.7324-0.7612 arasında bulunmuştur. Ölçek; klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiş bir bireysel değerlendirme ölçeğidir. Otuz altı ifade içeren ölçek, 3 ana başlık ve bu başlıklar altında yer alan 8 sağlık alanını değerlendiren çok başlıklı skala şeklindedir. Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. SF-36 da yer alan 3 majör sağlık alanı, "Fonksiyonel durum, esenlik ve genel sağlık anlayışı"dır. Fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde) olarak gösterilmektedir (Ware & Sherbourne, 1992; Kocyiğit, Aydemir, Fisek, Olmez & Memis, 1999).

Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin değerlendirilmesi lisanslı "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS) 21.0 paket programı ile analizi frekans, ortalama ve yüzde değerleri kullanılarak yapıldı.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Nisan 2016 tarihinde Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (24237859-217 sayılı), Trabzon Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden yazılı izin alındı. Ayrıca araştırma hakkında bireylere açıklama yapılarak, bireylerden yazılı ve sözlü onam alındı.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya Trabzon il merkezine kayıtlı iki aile sağlığı merkezi'nde ve 65-74 yaş arası bireylerle yapılması araştırmanın sınırlılıklarıdır. Araştırmanın bir diğer sınırlılığı da örneklemedeki bireylerin tamamının kadın yaşlı olmasıdır.

Bulgular

Tanımlayıcı Özellikler

Araştırmaya alınan 35 yaşlı bireyin yaş ortalaması 69.57 ± 3.50 'dir. Yaşlıların %74.3'ü obez, %91.4'ünün eğitim durumu ortaöğretim ve altı, %54.3'ü bekar, %71.4'ü evde bir birey ile yaşamaktadır. Sigara kullanmayan yaşlıların oranı %82.9'dur. Yaşlıların tamamının düzenli egzersiz alışkanlığı bulunmamaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Yaşlıların Tanımlayıcı Özellikleri

Özellikler	n	%
Beden kitle indeksi		
Normal	3	8.6
Hafif şişman	6	17.1
Obez	26	74.3
Eğitim durumu		
Ortaöğretim ve altı	31	91.4
Ortaöğretim üstü	3	8.6
Medeni durum		
Evli	16	45.7
Bekâr	19	54.3

Tablo 1. (Devam) Yaşlıların Tanımlayıcı Özellikleri

Özellikler	n	%
Evde birlikte yaşadığı kişiler		
Yalnız	10	28.6
Yalnız değil (eş, çocuk, bakıcı)	25	71.4
Gelir düzeyi		
401-1000 TL	7	20.0
1001 TL ve üzeri	28	80.0
Sigara kullanım durumu		
Evet	6	17.1
Hayır	29	82.9
Alkol kullanım durumu		
Evet	5	14.3
Hayır	30	85.7
Kullanılan ilaç sayısı		
1-2 adet/günde	18	51.4
3 adet ve üzeri/günde	17	48.6
Düzenli egzersiz alışkanlığı		
Evet	-	-
Hayır	35	100.0

İlaç Yönetim Bilgileri

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların tamamının kronik hastalığı bulunmakta ve ilaç kullanmaktadır. Günde bir-iki adet ilaç kullanan yaşlıların oranı %51.4 iken üç adet ve üzeri sayıda ilaç kullananların oranı %48.6'dır. Yaşlıların en sık kullandığı ilaçlar sırasıyla antihipertansifler (%80.0), analjezikler (%65.7) ve antikoagülanlardır (%37.1). Ayrıca yaşlıların %60.0'ü ilaçlarını kullanırken düzenli olmasına özen göstermekte ve bunu sağlamaktadır (Tablo 1).

Düşme Sıklığı ve Riskleri

Son bir yıl içinde yaşlıların %51.4'ü hiç düşmemişken, %22.9'u bir kez, %25.7'si ise iki kez ve üzeri düşmüştür (Şekil 1).



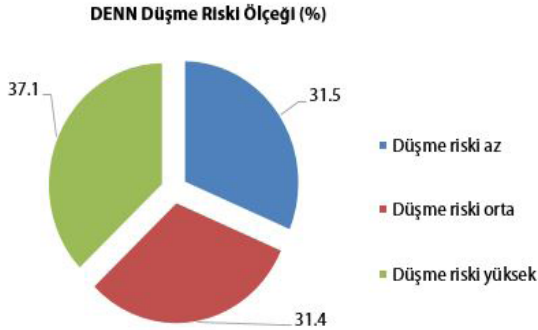
Şekil 1. Yaşlıların Son Bir Yıl İçindeki Düşme Sıklığı

Düşen yaşlılar %25.7'si öğle saatlerinde ve sıklıkla banyoda düşmüştür. DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği'ne göre yaşlıların %31.5'inin düşük, %31.4'ünün orta ve %37.1'inin yüksek düşme riski bulunmaktadır (Şekil 2).

Düşme Yönünden Ev İçi Düzenleri

Düşme yönünden ev içi çevre özellikleri değerlendirme formuna göre yaşlıların yaşadığı evde merdiven (0.34 ± 1.43), koridor (1.17 ± 0.85), yatak odası (1.65 ± 1.30),

oturma odası (1.74 ± 0.98) ve mutfak (2.00 ± 0.80) düşük düşme riskine sahiptir. Ancak banyo ve tuvalet (3.34 ± 1.58) ev içinde yüksek düşme riskine sahip olan alandır. Düşme yönünden ev içi çevre özellikleri toplam puanı 10.25 ± 4.16 'dır (Tablo 2).



Şekil 2. Yaşlıların DENN Düşme Riski Ölçeği'ne Göre Düşme Riski

Tablo 2. Yaşlıların Düşme Yönünden Ev İçi Çevre Özellikleri Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar

Düşme Yönünden Ev İçi Çevre Özellikleri Formu	Ort. \pm SS
Merdiven	0.34 \pm 1.43
Koridor	1.17 \pm 0.85
Yatak odası	1.65 \pm 1.30
Oturma odası	1.74 \pm 0.98
Mutfak	2.00 \pm 0.80
Banyo ve Tuvalet	3.34 \pm 1.58
Ev içi özellikleri toplam puanı	10.25 \pm 4.16

Yaşam Kalitesi Durumları

SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği ve bu ölçeğin alt boyutlarına göre yaşlıların aldıkları puanlar incelendiğinde; fiziksel rol (14.64 ± 3.85), ruhsal rol güçlüğü (16.66 ± 3.92) alt boyutu diğer boyutlardan düşük, ağrı (38.71 ± 4.67) alt boyutu diğer boyutlara göre orta, sosyallik işlevsellik (45.71 ± 4.66), fiziksel fonksiyon (50.42 ± 5.13), enerji/canlılık/vitalite (52.00 ± 2.63), genel sağlık algısı (52.71 ± 2.83) ve ruhsal sağlık (67.31 ± 2.39) alt boyutu diğer boyutlardan yüksektir (Tablo 3).

Tablo 3. Yaşlıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne Göre Aldıkları Puan Ortalamaları

SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Boyutları	Ort. \pm SS
Ruhsal sağlık	67.31 \pm 2.39
Genel sağlık algısı	52.71 \pm 2.83
Enerji/canlılık/vitalite	52.00 \pm 2.63
Fiziksel fonksiyon	50.42 \pm 5.13
Sosyallik işlevsellik	45.71 \pm 4.66
Ağrı	38.71 \pm 4.67
Ruhsal rol güçlüğü	16.66 \pm 3.92
Fiziksel rol	14.64 \pm 3.85

Tartışma

Gelişmiş ülkelerde yaşlılarda her yıl üçte bir oranında düşme görülmektedir. Düşmeler sadece fiziksel problemlere yol açmakla kalmayıp sosyal rollerde kayıplara da sebep olmaktadır. Çin'de yaşlılarda düşme prevalansı %18.0 olarak bildirilmektedir (Halil, Ulger, Cankurtaran, Shorbagi, Balam Yavuz & et al., 2006). Brezilya'da bu oran %27.6

olup %11'i kırıkla sonuçlanmaktadır (Siqueira, Facchini, Silveira, Piccini, Tomasi, Thumé & et al., 2011). Ülkemizde 65 yaş üstünde, sağlıklı ve toplum içinde yaşayanlarda kişi başı yıllık düşme oranı %31.9 olarak belirtilmiştir. Trabzon'da yapılan 65 yaş ve üzeri bireylerde düşme prevalansı %36.2 olarak belirtilmektedir (Gülhan Güner & Nural, 2016). Çalışmamız kapsamındaki yaşlılarda son bir yıl içindeki düşme oranı %48.6'dır. Literatüre bakıldığında coğrafi ve kültürel farklılıklara bağlı olarak düşme oranının değiştiğini görmekteyiz. Çalışmamızda da bulunan düşme oranının sosyodemografik özellikler, ilaç yönetim bilgileri, ev içi düzenleri, düzenli egzersiz alışkanlığının olmaması, yaşam kalitesi düzeyleriyle ilişkili olarak farklı boyutlardan kaynaklanabileceği ortaya konmuştur.

Çoklu ilaç kullanım durumu yaşlılık döneminde sık görülen bir sağlık sorunudur. Artan yaşla birlikte kronik hastalıkların artması, ilaç gereksinimi de arttırmaktadır. Bir çalışmaya göre Türkiye'de günlük tüketilen ilaç sayısı 6.2'dir (Asma, Gereklioğlu, Korur & Erdoğan, 2014). Çalışmaların çoğuna bakıldığında günlük ilaç tüketiminin dördün altına düşmediğini görmekteyiz (Arslan, 2005). Bakımevi ve toplumda yaşayan yaşlılarda yapılan bir çalışmada yaşlıların %77.0'sinin günlük dört ve üzeri sayıda ilaç kullandığı belirlenmiştir (Dişçigil, Tekinç, Anadol & Oklay Bozkaya, 2006). Çalışmamızın sonuçlarına göre yaşlıların %51.4'ü bir-iki ilaç kullanmaktadır. Bu durumun katılımcı grubundaki yaşlıların kronik hastalık sayısının az olması sebebiyle olduğunu düşünmekteyiz.

Yapılan bir çalışmada yaşlıların en fazla zaman geçirdikleri banyo, mutfak ve yatak odası gibi alanlarda düştükleri saptanmıştır (Lök & Akın, 2013). Çalışmamızda da benzer olarak banyo ve tuvalette düşme riskinin en fazla olduğunu görmekteyiz. Aksine mutfak ve yatak odası düşme riskinin daha az oranda olduğu görülmüştür. Bir başka çalışmada da toplumsal alanlarda ve ev ortamlarında yapılan düzenlemelerle düşme riskinin %21 oranında azaltılabileceği ileri sürülmektedir (Clemson, Mackenzie, Ballinger, Close & Cumming, 2008). Özellikle yüksek düşme riski olan yaşlılarda ev içi düzenlemelerinin düşme riskini azaltmada etkili olduğu belirtilmektedir (Gillespie, Robertson, Gillespie, Lamb, Gates & et al, 2009). Lök ve Akın düşme riski yönünden ev içi çevre özelliklerini değerlendirdikleri çalışmalarında hol ve merdiven hariç yüksek riske sahip alanları banyo, mutfak, yatak odası ve oturma odası olarak belirlemişlerdir (Lök, & Akın, 2013).

Stalenoef ve diğerleri (2002) düşmelerin yaşlı bireylerde şiddetli yaralanma, kırık, korku, günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik, güven duygusunda azalma ve daha az aktif bir yaşam biçimi sergilemesine neden olduğunu ileri sürülmektedirler (Stalenoef, Diederiks, Knottnerus, Kester, & Crebolder, 2002). Bizim çalışmamızda da yaşam kalitesi alt gruplarında ruhsal ve fiziksel rolün diğer alt boyutlardan oldukça düşük puana sahip olduğu tespit edilmiştir. Yaşlılık döneminde meydana gelen kas gücü, kas kuvvetinde azalma ve ağrı gibi sorunlar nedeniyle yaşlı bireylerin yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Güler ve Akal (2009) tarafından evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesinin incelendiği çalışmada artan yaşla birlikte yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır (Güler & Akal, 2009). Çalışma grubumuzdaki yaşlıların kronik hastalıklarının varlığı ve buna bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerinde yetersizliklerin meydana gelmesi alt boyutlardaki düşük puanlamayı desteklemektedir.

İlerleyen yaşla birlikte hücreler ve organlarda geri dönüşümü olmayan ve bireyler arasında farklılık gösteren değişiklikler meydana gelmektedir. Bu duruma sedanter yaşamın da eklenmesiyle, yaşlı bireylerde kas kuvveti, koordinasyon, esneklik ve kemik mineralizasyonunda azalma, kırık, düşme riski, obezite, hastalık riski, anksiyete ve depresyonda artma ve kendini iyi hissetmede azalma vb. meydana gelmektedir (Kırdı, 2010). Çalışmamızda yaşlı bireylerin düzenli egzersiz alışkanlıklarının olmadığı görülmüştür. Bu durum çoğunluğu orta düzeyde düşme riskine sahip bireyler için bir risk teşkil etmesi bakımından önemlidir. Literatür Türkiye’de yaşlı bireylerin sedanter yaşadıklarını ortaya koymaktadır. Çalışmamızın sonuçları da bunu desteklemektedir. Harvey, Mitchell, Lord ve Close (2014) çalışmalarında yaşlılarda ev düzenlemelerinin düşmeleri önlediğini ve özellikle egzersiz yapan 65-74 yaş dönemindeki bireylerin düşme oranlarının azaldığını belirtmektedirler (Harvey, Mitchell, Lord & Close, 2014). Çalışmamızın planladığımız diğer aşamalarında bireyler özel egzersiz programı oluşturulmuş ve uygulanması planlanmıştır. Bu yönünü destekleyen bir başka çalışmada evde yaşayan lokomotor bozukluğu olan yaşlıların ev egzersizi uygulaması ve yapılan telefon görüşmeleri ile fiziksel fonksiyonun ve yaşam kalitesinin olumlu yönde etkilendiği saptanmıştır (Aoki, Sakuma, Ogisho, Nakamura, Chosa & et al., 2015). Diğer taraftan günümüzde yaşlılar yaşamlarını kendi ortamlarında sürdürmek istemektedirler. Bu durum bu gruba özgü evde bakım gereksinimi arttırmaktadır. Evde bakım hizmetleri kapsamında, yaşlı bireyin bağımsızlığını korumaya yönelik; kronik hastalıkların yönetimi, sosyal hizmetler ve çevre ile olan iletişimin artırılması, yaşlı bireyin ve birlikte yaşadığı kişilerin eğitim ihtiyacının giderilmesi gibi uygulamalar yer almaktadır (Öztop, Şener & Güven, 2008).

“Çalışma sonuçlarına göre yaşlıların; %48.6’sı düşmüştür ve düşme riski yüksektir.”

Sonuç

Araştırma kapsamındaki yaşlıların yaklaşık yarısının düştüğü ve düşme risklerinin yüksek olduğu ve yaşlıların kullandıkları banyo ve tuvalette düşme riskinin yüksek olduğu belirlendi. Yaşlıların yaşam kaliteleri incelendiğinde fiziksel rol puanlarının düşük, ruhsal sağlık puanlarının yüksek olduğu saptandı. Çalışmamızın sonuçları genç yaşlı bireylerde düşme riskinin artmasının, bireyin fiziksel rollerinin önemli ölçüde kısıtladığını ve genel sağlık durumunu olumsuz yönde etkilediğini göstermiştir. Yaşam kalitesini doğrudan etkileyen bu kavramın yaşlı popülasyona yönelik düzenlenecek eğitim faaliyetlerinde dikkate alınması, yaşlıların kendi ortamlarında sağlıklı ve kaliteli yaşlanmalarında etkili olacaktır.

“Yaşlıların yaşam kalitesi parametrelerinden olan fiziksel rolleri kısıtlıdır ve kullandıkları banyo ve tuvaletin düşme riski yüksektir.”

Alana Katkı

Çalışmamızın sonuçları yaşlı bireyin toplum içinde ve ev ortamlarında daha etkin bir yaşam sürdürmesi için sağlık profesyonellerine yol göstermesi bakım ve tedavi programlarına katkı sağlaması yönüyle önemlidir. Bu çalışmanın tamamlanmasıyla da hemşire ve fizyoterapist tarafından yapılacak uygulamaların yaşlı bireylerin sağlıklı yaşlanmalarına olan etkileri ortaya

konacaktır. Yaşlı bireylerin güçlendirilmesi bakımından geliştirilecek müdahale çalışmalarına da katkı sağlaması hedeflenmektedir.

Çalışmadan elde edilen veriler, modifiye edilebilecek risk faktörlerinin kontrol edilmesine ve sağlıklı yaşlanmaya yönelik yapılacak koruyucu hizmet çalışmalarına katkı yapması beklenmektedir. Ayrıca, bu çalışma ile multidisipliner çalışmaların önemi bir kez daha ortaya koymuştur.

Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

- Akdemir, N., Çınar, F. & Görgülü, Ü. (2007). Yaşlılığın algılanması ve yaşlı ayrımcılığı. *Turkish Journal of Geriatrics*, 10 (4),215-222.
- Akın, B., & Lök, N. (2012). Yaşlılarda düşme yönünden ev içi çevre özellikleri değerlendirme formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Akademik Geriatri Dergisi* 4(3):142-151.
- Aoki, K., Sakuma, M., Ogisho, N., Nakamura, K., Chosa, E., & Endo, N. (2015). The effects of self-directed home exercise with serial telephone contacts on physical functions and quality of life in elderly people at high risk of locomotor dysfunction. *Acta Med. Okayama*. 69 (4):245-253.
- Arslan, G.G. (2005). Yaşlılara Verilen Eğitimin İlaç Kullanım Uyumuna Etkisinin İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 8(3), 134-140.
- Asma, S., Gerekliloğlu, Ç., Korur, A. P., & Erdoğan, A. F. (2014). Multimorbiditesi olan yaşlı hastalarda çoklu ilaç kullanımı: aile hekimliğinde önemli bir problem. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(1), 1-6
- Ayhan, Ç., Büyükturan, Ö., Kırdı, N., Yakut, Y., & Güler, Ç. (2014). Aktiviteye özgü denge güven ölçeğinin Türkçe versiyonu: yaşlı bireylerde kültürel adaptasyon, güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Geriatri Dergisi*. 17(2)157-163.
- Bayraktar, R. (2004). Sağlıklı ve başarılı yaşlanma. (1.baskı) içinde *orta yaş ve yaşlılıkta psiko- sosyal değişimler*. (s.99-116), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi Yayını.
- Berg, KO., Wood-Dauphinee, SL., Williams, JI., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian journal of public health= Revue canadienne de sante publique*, 83 Suppl 2:7-11. (PMID:1468055).
- Berg, WP., Alessio, HM., Mills, EM., Tong, C. (1997). Circumstances and consequences of falls in independent community-dwelling older adults. *Age Ageing*, 26: 261-268.
- Bongue, B., Dupré, C., Beauchet, O., Rossat, A., Fantino, B., & Colvez, A. (2011). A screening tool with five risk factors was developed for fall-risk prediction in community-dwelling elderly. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(10), 1152-1160.
- Charters, A. (2013). Falls prevention exercise-following the evidence. <http://www.bhfactive.org.uk/userfiles/Documents/FallsPreventionGuide2013.pdf> Available date: 13 January 2016.
- Clemson, L., Mackenzie, L., Ballinger, C., Close, J.C., & Cumming, R.G. (2008). Environmental interventions to prevent falls in community-dwelling older people a meta-analysis of randomized trials. *Journal of Aging and Health*, 20(8), 954-971.
- Dünya Sağlık Örgütü (2002). Yaşlanma 2002, Uluslararası Eylem Planı 12 Nisan 2002. <http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/eylem.pdf>. Erişim Tarihi:17.04.2017.
- Emiroğlu, ON., & Aslan, GK. (2007). Assessment of environmental risk factors related to falls in rest homes. *Turkish Journal of Geriatrics (Turkish)*, 10: 24-36.
- Gillespie, L. D., Robertson, M.C., Gillespie, W.J., Lamb, S.E., Gates, S., Cumming, R.G., et. al. (2009). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*, 2(CD007146).
- Güler, N., & Akal, Ç. (2009). Quality of life of elderly people aged 65 years and over living at home in Sivas, Turkey. *Turkish Journal of Geriatrics*; 12 (4): 181-189.

- Gülhan, R. (2013). Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 29 (Ek sayı 2):99-105,doi:10.5222/otd.supp2.2013.099.
- Gülhan Güner, S., & Nural, N. (2016). Prevalence of and risk factors for falls and disability among elderly individuals in a Turkish population (Trabzon Province). *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 2016, 5, 8:156-163.
- Gümüş, K., & Ünsal, A. (2014). Osteoartritli bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Türk Osteoporoz Dergisi*, 20, 117-124.
- Gürol Arslan, G., & Eşer, İ. (2005). Yaşlılara verilen eğitimin ilaç kullanım uyumuna etkisinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 8(3), 134-140
- Güngen, C., Ertan, T., Eker, E., Yaslar, R., & Engin, F. (2002). Reliability and validity of the standardized Mini Mental State Examination in the diagnosis of mild demantia in Turkish population. *Türk Psikiyatri Dergisi*, Winter; 13(4):273-81. (PMID:12794644).
- Halil, M., Ulger, Z., Cankurtaran, M., Shorbagi, A., Balam Yavuz, B., Dede, D., et.al. (2006). Falls and the elderly: is there any difference in the developing world? a cross-sectional study from Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*; 43:351-359.
- Harvey, L.A., Mitchell, R.J., Lord, S.R., & Close, J.C. (2014). Determinants of uptake of home modifications and exercise to prevent falls in community-dwelling older people. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 38(6), 585-590.
- Hawk, C., Hyland, J. K., Rupert, R., Colonvega, M., & Hall, S. (2006). Assessment of balance and risk for falls in a sample of community-dwelling adults aged 65 and older. *Chiropractic & Osteopathy*, 14(1), 3.
- Hornbrook, MC., Stevens, VJ., Wingfield, DJ., Hollis, JF., Greenlick, MR., Ory, MG. (1994). Preventing falls among community-dwelling older persons: results from a randomized trial. *The Gerontologist*, 34(1):16-23.
- Huang, TT. (2005). Home environmental hazards among community dwelling elderly persons in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 13: 49-57.
- Huang, TT., Liu, CB., Tsai, YH., Chin, YF., & Wong, CH. (2015). Physical fitness exercise versus cognitive behavior therapy on reducing the depressive symptoms among community-dwelling elderly adults: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(10), 1542-1552.
- Hwang, JE. (2010). Promoting healthy lifestyles with aging: development and validation of the health enhancement lifestyle profile (HELP) using the rasch measurement model. *American Journal of Occupational Therapy Sep-Oct;64(5)*, 786-95 (PMID: 21073109).
- Jung, D., Shin, S., Kim, HA. (2014). Fall prevention guideline for older adults living in long-term care facilities. *International Nursing Review*; 61(4):525-533.
- Katz, S., Ford, AB., Moskowitz, RW., Jackson, BA., Jaffe, MW. (1963). Studies of illness in the aged. the index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 185, 914-919.
- Kekeç, Z., Koç, F., Büyük, S. (2009). Acil serviste yaşlı hastaların gözden geçirilmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi*; 8(3):21-24.
- Kırdı, N. (2010). Yaşlılarda egzersizin önemi, III. *Akademik Geriatri Kongresi*, 91-99.
- Koçyiğit, H., Aydemir, O., Fisek, G., Olmez, N., & Memis, A. (1999). Validity and reliability of Turkish version of Short Form 36. *Journal of Drug and Therapy*, 12:102-6.
- Leclerc, B. S., Bégin, C., Cadieux, E., Goulet, L., Allaire, J. F., Meloche, J., et.al. (2010). Relationship between home hazards and falling among community-dwelling seniors using home-care services. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 58(1), 3-11.
- Letts, L., Moreland, J., Richardson, J., Coman, L., Edwards, M., Ginis, K. M., et. al. (2010). The physical environment as a fall risk factor in older adults: Systematic review and meta-analysis of cross-sectional and cohort studies. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(1), 51-64.
- Leung, G., Fung, A., Tam, C., Lui, V., Chiu, H., Chan, W., et. al. (2011). Examining the association between late-life leisure activity participation and global cognitive decline in community dwelling elderly Chinese in Hong Kong. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, Jan, 26(1), 39-47 (PMID: 21157849).
- Lök, N., & Akin, B. (2013). Domestic environmental risk factors associated with falling in elderly. *Iranian Journal of Public Health*, 42(2), 120-128.
- Openepi programı (2016). http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm Erişim tarihi: 15.02.2016
- Öztop, H., Şener, A., & Güven, S. (2008). Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri, *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, (1):39-49.
- Siqueira, F. V., Facchini, L. A., Silveira, D.S.D., Piccini, R. X., Tomasi, E., Thumé, E., et.al. (2011). Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(9), 1819-1826.
- Stalenhoef, P.A., Diederiks, J.P.M., Knottnerus, J.A., Kester, A.D.M., & Crebolder, H.F.J.M. (2002). A risk model for the prediction of recurrent falls in community-dwelling elderly: a prospective cohort study. *Journal of Clinical Epidemiology* 55:1088-1094.
- Şahin, F., Büyükavcı, R., Sağ, S., Doğu, B., & Kuran, B. (2013). Berg Denge Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun inmeli hastalarda geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derg*, 59, 170-175.
- Tekin, DE., Kara, N., Utlu Tan, N., & Arkuran, F. (2013). Delmarva vakfı tarafından geliştirilen düşme riski değerlendirme ölçeğinin Türkçe uyarlaması: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *HEAD*, 10 (1):45-50.
- Tinetti, ME. (2003). Preventing falls in elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 348: 42-49.
- Van Bommel, T., Vandenbroucke, JP., Westendorp, RG., & Gussekloo, J. (2005). In an observational study elderly patients had an increased risk of falling due to home hazards. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58:63-67.
- Ware, JE., & Sherbourne, CD. (1992). The MOS 36-item short form health survey (SF-36). I. conceptual framework and item selection. *Medical Care*; 30:473-83. (PMID:1593914).
- Wyman, J. F., Croghan, C. F., Nachreiner, N. M., Gross, C. R., Stock, H. H., Talley, K., et.al. (2007). Effectiveness of Education and Individualized Counseling in Reducing Environmental Hazards in the Homes of Community-Dwelling Older Women. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(10), 1548-1556.
- Yardımcı, E (1995). İstanbul'da yaşayan yaşlı öğretmenlerin sağlık sonuçlarının günlük yaşam aktiviteleri ve aletli günlük yaşam aktiviteleri ile ilişkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Yıldırım, KY., & Karadakovan, A. (2004). The relationship between fear of falling, activities of daily living and quality of life among elderly individuals. *Turkish Journal of Geriatrics*, 7: 78-83.

ARAŞTIRMA / RESEARCH

Hemşirelerin Çalışma Ortamı Yaşam Kaliteleri ve Etik Duyarlılıkları Quality of Work Life and Ethical Sensitivity of Nurses

Sevban ARSLAN, Doç. Dr.¹, Seçil TAYLAN, Yrd. Doç. Dr.², Ebru GÖZÜYEŞİL Dr.³

¹Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Adana

²Akdeniz Üniversitesi Kumluca Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Antalya

³Çukurova Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Adana

Kabul tarihi/Accepted: 23.02.2017

İletişim/Correspondence:

Seçil Taylan, Akdeniz Üniversitesi Kumluca Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Antalya

E-posta: taylanseccil@gmail.com

Özet

Amaç: Yoğun bakım hemşirelerinin çalışma yaşamı kaliteleri ile etik duyarlılıklarını ve bunları etkileyen faktörleri incelemektir. **Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı olarak planlanan araştırma 138 hemşire ile yürütüldü. Araştırma verileri "Bireysel Bilgi Formu", "Sağlık Personeli Çalışma Yaşam Kalitesi Ölçeği" (SPÇYKÖ) ve "Ahlaki Duyarlılık Anketi" (ADA) kullanılarak elde edildi. **Bulgular:** Hemşirelerin (n=138), %82,6'sının kadın ve %63,8'inin lisans mezunu olduğu belirlendi. Hemşirelerin SPÇYKÖ ve ADA puan ortalamalarının 170.54±15.13; 93.46±23.10 olduğu belirlendi. Bu iki ölçeğin korelasyonları değerlendirildiğinde; SPÇYKÖ ile ADA yarar sağlama alt boyutu dışında tüm alt boyutlarında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (p<.05). Hemşirelerin yaşla beraber çalışma ortamı yaşam kalitesinin (p=.034) ve bütüncül yaklaşım (p=.004) ile oryantasyonlarının (p=.049) anlamlı şekilde arttığı belirlendi. **Sonuç:** Çalışmada hemşirelerin çalışma ortamı yaşam kaliteleri ve etik duyarlılıklarının orta düzeyde olduğu, Sağlık Personeli Çalışma Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Ahlaki Duyarlılık Anketi alt boyutlarından yarar sağlama alt boyutu dışında tüm alt boyutları (otonomi, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon) arasında, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım, çalışma ortamı, hemşire, ahlaki duyarlılık.

Abstract

Objective: The aim of this study is to examine the quality of work life and ethical sensitivity of the intensive care nurses, as well as the associated factors. **Material and Materials and Method:** This descriptive study was conducted with 138 nurses. The data of the study were collected by using "Personal Information Form", "Quality of Work Life Scale for the Healthcare Personnel" (QWLS), and "Moral Sensitivity Questionnaire". **Findings:** It was found that 82.6% of the nurses (n=138) were women, 63.8% had bachelor's degree, the mean score obtained by the nurses from Quality of Work Life Scale for the Healthcare Personnel and Moral Sensitivity Questionnaire were 170.54±15.13, 93.46±23.10, respectively. When evaluating the correlations of the two scales; a negative and statistically significant correlation was found between Quality of Work Life Scale for the Healthcare Personnel and all subscales of Moral Sensitivity Questionnaire except for its providing benefit subscale (p< .05). It was also determined that as the age increased, the quality of work life of the nurses (p=0.034), their holistic approach (p=0.004) and orientations (p=0.049) significantly increased as well. **Conclusion:** It was found in the study that the quality of work life and the ethical sensitivity of the nurses were moderate; a statistically significant correlation was found between Quality of Work Life Scale for the Healthcare Personnel and all subscales of Moral Sensitivity Questionnaire (autonomy, holistic approach, conflict, practice, orientation) except for its benevolence subscale.

Keywords: Intensive care, work environment, nurse, moral sensitivity.

Giriş

Teknolojideki hızlı ilerlemeler sağlık hizmetlerindeki tanı, tedavi ve bakım aşamalarını etkilemekte (Weiss vd., 2004) ve bu durum hemşirelik bakım hizmetini ve toplumun bu hizmetten beklentilerini değiştirmektedir. Birçok konuda olduğu gibi bakım konusundaki bilgilere ulaşılabilirliğin artması, bireylerin kaliteli hizmet ve ürün beklentilerini arttırmaktadır (Chang, Shyu, Wong, Friesner, Chu & Teng 2015).

Nitelikli hemşire iş gücünün korunması ve sürdürülmesinin tüm dünyada giderek daha zor bir hal aldığı bildirilmektedir (Buchan, Twigg, Dussault, Duffield & Stone, 2015; Gantz vd., 2012; Lartey, Cummings & Profetto-McGrath, 2014). Son zamanlarda hemşire sayısında sınırlamaya gidilmesi ile çalışma ortamındaki iş yoğunluğunun arttığına (Buchan vd., 2015) ve hemşirelerin yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğine dikkat çekilmektedir (Castaneda & Scanlan, 2014; Chang vd., 2015).

Çalışma yaşamı kalitesinin, bir bireyin işle ilgili refah durumu, ödüllendirme, tatmin ve stresten kaçınma ile diğer negatif kişisel sonuçlar gibi mesleki deneyimleri içeren kapsamlı bir yapı olduğu bildirilmektedir (Barbosa & Melo, 2008). Birey ile mesleği arasında ilişkileri düzenleyen karmaşık mekanizmayı anlayabilmek için, çalışma yaşam kalitesi kavramını anlayabilmenin öneminden bahsedilmektedir (Labbadia vd., 2011).

Yoğun bakımlar fazla sorumluluk taşıma, aşırı stres yaşama ve çoğu zaman hızlı karar verme gereğinin yaşandığı stres düzeyi yüksek ortamlardır (Silva vd., 2013). Bu nedenle bu ortamlarda karar verme sürecinde hasta değerleri ve beklentileri doğrultusunda, en uygun etik ilkenin hangisi olduğuna birey ile birlikte karar verilmesinin güç olabileceği görülmektedir (Lutzen, 2008).

Yoğun bakımlarda hemşirelerin çalışma ortamı yaşam kalitelerini ve etik duyarlılıklarını etkileyen pek çok durum ve olay ile karşılaşma olasılığının yüksek olacağı ön görülmektedir. Bu durum, bütüncül ve hümanist bakımı etkileyen teknolojik çeşitlilik, günlük stresli olaylar ve ölüm gibi durumların fazla yaşanması ile bağlantılı olabilmektedir (Silva, Loureiro, Frota, Ortega & Ferraz 2013).

Etik sorunu saptama yeteneği olan etik duyarlılık, kaynağını kişinin mesleğinin rol ve sorumluluklarının farkındalığından, mesleki etik bilgisinden ve etik standartlardan almaktadır (Weaver, Morse & Mitcham 2008). Etik duyarlılığın, etik sorunları çözme, açıklık getirme ya da eylemi haklı çıkarma olarak düşünülmesinin yanında mutlak bir etik ikilemi ya da çatışmayı önlediği bildirilmektedir (Lutzen, Evertzon & Nordin 1997).

Bakımın kalitesini etkileyen etik duyarlılığın (Lutzen & Ewalds-Kvist, 2013), etik açıdan savunulabilir bir yargıyı sağlaması önemlidir (Lutzen vd., 1997). Ayrıca profesyonel davranışlar etik kodlar ile şekillenmektedir (Weaver, 2007; Weaver vd., 2008).

Hemşirelerin bakım uygulamaları sırasında etik ikilemlerle karşılaştıklarında, etik ikilemi tanıma, analiz etme ve çözüme yönünde sistematik bir yaklaşıma gitmeleri, evrensel etik değerler ve etik ilkeler rehberliğinde çözüm yolları üretmeleri önemlidir (Jeager, 2001).

Hemşirelerin çalışma ortamı, etik duyarlılıklarını etkilemektedir. Yoğun bakım hemşireleri acil durumlarda ekip içinde hızlı karar alan, hastanın genel durumunda oluşan değişiklikleri ilk saptayan meslek üyeleridir (Eşer, Khorshid & Demir, 2007). Doğal olarak, yoğun bakımlarda, hastaların kendi tedavi/bakımları konusunda genellikle karar veremeyecek durumda olmaları, yapılan bakım ile ilgili müdahalelerin özelliği, yoğun bakım ortamından kaynaklanan karmaşık ve beklenmedik olayların daha fazla yaşanması gibi nedenlerle etik sorunlar daha sık yaşanmaktadır (Başak, Uzun & Arslan 2010).

Yoğun bakım birimlerinde karşılaşılan etik sorunların çoklu/karmaşık nedenlere bağlı olarak ortaya çıkması ve kısa sürede çözüme ulaştırılması gerekliliği, yüksek ahlaki duyarlılığa sahip olmayı gerektirmekte ayrıca hemşirelerin çalışma ortamı yaşam kalitelerini de etkilemektedir.

Amaç

Bu çalışma, yoğun bakım hemşirelerinin çalışma ortamı yaşam kaliteleri ile etik duyarlılıklarını ve bunları etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Şekli; Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer: Araştırma bir üniversite hastanesinin yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşireler ile yapıldı.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme: Araştırmanın yürütüldüğü Üniversite Hastanesi'nde toplam 10 tane yoğun bakım bulunmakta ve bu yoğun bakımlarda toplam 213 hemşire çalışmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul eden 138 hemşire çalışma kapsamına alındı. Katılım oranı %65'tir.

Verilerin Toplanması: Araştırmanın verileri; Bireysel Bilgi Formu, Sağlık Personeli Çalışma Yaşam Kalitesi Ölçeği-SPÇYKÖ, Ahlaki Duyarlılık Anketi-ADA ile toplandı.

1. Bireysel Bilgi Formu; Araştırmacılar tarafından geliştirilen, hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin yer aldığı 14 sorudan oluşan formdur.

2. Sağlık Personeli Çalışma Yaşam Kalitesi Ölçeği-SPÇYKÖ; Aydın, Çelik ve Uğurluoğlu tarafından 2011 yılında geliştirilen "Sağlık Personeli Çalışma Yaşam Kalitesi Ölçeği (SPÇYKÖ)" kullanıldı (Aydın, Çelik and Uğurluoğlu, 2011). Araştırma anketinde çalışanların her bir ifadeye katılım dereceleri 5'li likert ölçeği kullanılarak ölçüldüğü ve çalışanların ifadelere katılım derecesi, 1="kesinlikle katılmıyorum", 2="katılmıyorum", 3="kararsızım", 4="katılıyorum" ve 5="kesinlikle katılıyorum" arasında değiştiği belirtilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.924 olarak bulunduğu belirtilmektedir (Aydın vd., 2011).

3. Ahlaki Duyarlılık Anketi-ADA; Kim Lutzen tarafından oluşturulmuş ve Karolinska Hemşirelik Enstitüsü'nde 1994 yılında ilk defa öncelikle psikiyatri kliniğinde sonra da diğer birimlerde çalışan doktor ve hemşirelerde etik karar verme sürecinde gösterilen etik duyarlılığı belirlemek amacıyla kullanılan "Ahlaki Duyarlılık Anketi-ADA" kullanıldı (Kim, Park, You, Seo, Han, 2005; Lutzen, Blom, Ewalds-Kvist, Winch, 2010). Cronbach Alfa değeri 0.82 olarak bulunan ADA ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Tosun tarafından 2005 yılında yapıldığı ve 30 madde ve 6 alt boyuttan oluşan likert türünde bir ölçüm aracı olduğu bildirilmektedir. Otonomi (10,12,15,16, 21,24,27. maddeler), Yarar Sağlama (2,5,8,25. maddeler), Bütüncül Yaklaşım (1,6,18,29,30. maddeler),Çatışma (9,11,14. maddeler), Uygulama (4,17,20,28. maddeler), Oryantasyon (7,13,19,22. maddeler), 3, 23, ve 26. maddeler Lutzen'in yaptığı faktör analizi sonucunda herhangi bir alt boyutun kapsamında yer almadığı (Lutzen vd., 1997; Lutzen, Nordstrom, Evertzon, 1995; Tosun, 2005), ADA'da ifadeler bir puan (tamamen katılıyorum) ile yedi puan (hiç katılmıyorum) arasında derecelendirildiği ve bu ifadelerde bir puan tamamen katılma yönünde yüksek duyarlılığı, yedipuan hiç katılmıyorum yönünde düşük duyarlılığı ifade ettiği ADA'dan alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan ise 210 ve düşük puan yüksek etik duyarlılığa, yüksek puan düşük etik duyarlılığa işaret ettiği belirtilmektedir.

4. Verilerin Değerlendirilmesi: Çalışmada elde edilen bulguların istatistiksel analizleri için, SPSS 21.0 İstatistik paket programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma) yanı sıra ölçümler arası ilişkilerin incelenmesinde normal dağılım görülmediği için; Kruskal Wallis test, Mann Whitney U test ve Pearson Korelasyon

Analizi non parametrik kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < .05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

5. Araştırmanın Etik Yönü: Çalışmanın yapılabilmesi için ilgili Üniversitenin Tıp Fakültesi Etik kurulundan Etik Kurulu (Toplantı sayısı:50, Karar No:8) izni alınmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerden yazılı onam alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin (n=138) bireysel özelliklerinin dağılımı incelendiğinde, %82.6'sının kadın; %61.6'sının 30 yaş altında; %54.3'ünün bekâr; %61.6'sının çocuk sahibi olmadığı ve eğitim durumu incelendiğinde ise, %63.8'inin Lisans mezunu olduğu bulundu. Hemşirelerin %91.3'ünün yoğun bakımlarda servis hemşiresi olarak ve %74.6'sının nöbet tutarak çalıştığı, %76.1'inin mesleği isteyerek yaptığı, %53.6'sının çalıştığı yeri tercih etmediği saptandı. Hemşirelerin %73.9'unun Etik eğitimi aldığı; %65.2'sinin etik ile ilgili herhangi bir yayın takip etmediği ancak %47.8'inin çalıştığı kurumda etik kurul olduğunu bildiği saptandı.

Tablo 1. Hemşirelerin ADA ve SPÇYKÖ'den Alabilecekleri Alt ve Üst Değerler ile ADA ve SPÇYKÖ 'den Aldıkları Toplam Puan Ortalamaları

Ölçek ve Alt boyutları	ADA ve SPÇYKÖ'den Alınabilecek Puanlar Min-Max	Hemşirelerin Aldıkları ADA ve SPÇYKÖ puanları (S=138)
SPÇYKÖ	52-260	170.54±15.13
ADA Alt boyutları		
Otonomi Alt Boyutu	7-49	20.38±6.56
Yarar Sağlama Alt Boyutu	4-28	12.88±4.47
Bütüncül Yaklaşım Alt Boyutu	5-35	13.29±5.08
Çatışma Alt Boyutu	3-21	13.22±4.21
Uygulama Alt Boyutu	4-28	12.63±3.92
Oryantasyon Alt Boyutu	4-28	10.14±4.04
Toplam Ölçek Puanı	30-210	93.46±23.10

SPÇYKÖ Cronbach Alfa; .75, ADA Cronbach Alfa; .87

Yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin SPÇYKÖ puan ortalamalarının 170.54±15.13 olduğu; ADA toplam puan ve alt boyut ortalamalarının ise, otonomi boyutunda 20.38±6.56, yarar sağlama boyutunda 12.88±4.47, bütüncül yaklaşım boyutunda 13.29±5.08, çatışma boyutunda 13.22±4.21, uygulama boyutunda 12.63±3.92, oryantasyon boyutunda 10.14±4.04 olduğu ve ADA'nın toplam puan ortalamasının 93.46±23.10 olduğu saptandı. SPÇYKÖ Cronbach Alfa değeri; 75 ve ADA Cronbach Alfa değeri ise .87 olarak bulundu (Tablo 1).

40 yaş ve üzerindeki hemşirelerin SPÇYKÖ puanlarının daha yüksek ($p=.034$) olduğu aynı zamanda aynı yaş grubu hemşirelerin ADA'nın bütüncül yaklaşım ve oryantasyon alt boyutlarında etik duyarlılıklarının daha yüksek olduğu bulundu ($p=.004$; $p=.049$) (Tablo 2).

Koroner, Acil, Dahiliye, Göğüs Kalp Damar Yoğun Bakım ünitelerinde çalışanların diğer yoğun bakımlara göre oryantasyonlarının daha iyi olduğu ve anlamlılığı etkilediği belirlendi ($p=.010$). Çalıştığı yeri kendi tercih etmeyen hemşirelerin ADA'nın uygulama alt boyutunda etik duyarlılıklarının daha yüksek olduğu ve çalıştığı kurumda etik kurul olduğunu bilen hemşirelerin SPÇYKÖ puan ortalamalarının daha yüksek, ADA'nın toplamında ve

otonomi, bütüncül yaklaşım, oryantasyon alt boyutlarında etik duyarlılıklarının daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 2). SPÇYKÖ ile ADA puanlarının korelasyonları değerlendirildiğinde; SPÇYKÖ puanı ile ADA alt boyutlarından yarar sağlama alt boyutu dışında tüm alt boyutları (otonomi, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon) puanları arasında, %21.1 ile %36.1'e varan düzeylerde ters yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<.05$). ADA toplam ve alt boyut puanları azaldıkça etik duyarlılığın arttığı ancak SPÇYKÖ puanı arttıkça çalışma alanı yaşam kalitelerinin arttığı göz önüne alındığında ters gibi görünen korelasyon ilişkisinin aslında aynı yönde olduğu anlaşıldı. SPÇYKÖ puanı ile ADA toplam puanı arasında %32.4 düzeyinde aynı yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p=.000$; $p<.05$) (Tablo 3).

Tartışma

Çalışmada hemşirelerin çalışma ortamı yaşam kaliteleri ve etik duyarlılıklarının orta düzeyde olduğu ancak ADA'nın oryantasyon ve bütüncül yaklaşım alt boyutlarında etik duyarlılıklarının en yüksek olduğu belirlendi. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin SPÇYKÖ puanlarının orta düzeyde, ADA puanlarının ise çeşitlilik gösterdiği bildirilmektedir. Zavala ve arkadaşları(2016) yaptıkları çalışma sonucunda, çalışma bulgularına benzer şekilde hemşirelerin çalışma ortamı yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu, etik duyarlılıklarının ise, Tosun'un (2005) çalışmasında orta düzeyde ancak Aksu ve Akyol'un çalışmasında düşük olarak bildirilmektedir (Aksu & Akyol, 2011).

Hemşirelerin çalışma ortamlarında geçirdikleri sürenin dikkate değer ve tüm yaşamlarını etkileyebilecek düzeyde olduğu göz önüne alındığında, çalışma ortamı yaşam kalitesinin önemi yadsınamaz. Bu bağlamda tüm hasta bakım uygulamalarında özellikle yoğun bakımlarda kritik karar vermenin ve hemşirelik bakımının en üst düzeyde gerçekleştirilmesi açısından çalışma ortamı yaşam kalitesinin ve etik duyarlılığın yüksek olması gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Literatürde hemşirelerin yaşla beraber çalışma ortamı yaşam kalitesi artarken, etik duyarlılıklarının ise çeşitlilik gösterdiği bildirilmektedir. Kim ve arkadaşlarının "Hemşirelerin etik sorunlar karşısındaki duyarlılıkları" konulu çalışmasında etik duyarlılığın yaşla beraber azaldığı (Kim vd., 2005), Leino-Kilpi ve arkadaşlarının yoğun bakım ünitelerinde örgütsel etik ve personel algıları konulu çalışmasında yaşla beraber etik duyarlılığın arttığı bildirilmektedir (Leino Kilpi, Suominen, Makela, McDaniel, & Puukka 2002). Lutzen ve arkadaşlarının psikiyatri uygulamalarındaki ahlaki duyarlılıkla ilgili araştırmasında (Lutzen vd., 2010) ve yine Lutzen ve arkadaşlarının doktor ve hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarını incelediği diğer bir araştırmasında (Lutzen, Johnson & Nordstörn 2000) ADA kullanıldığı ve katılımcıların ilerleyen yaş ile birlikte özellikle otonomi düzeyinin arttığına ve hemşirelerde yaşın bütüncül yaklaşımı etkileyen olumlu etmenlerden biri olduğuna dikkat çekilmektedir (Lutzen vd., 2000).

Bu çalışmada hemşirelerin yaşla beraber çalışma ortamı yaşam kalitelerinin ($p=.034$) ve hemşirelik bakımında oldukça önemli olan bütüncül yaklaşım ($p=.004$) ile oryantasyonlarının ($p=0,049$) anlamlı şekilde arttığı belirlendi. Otonomi, yarar sağlama, çatışma, uygulama ve toplam etik duyarlılık puanlarında anlamlılık olmadığı belirlendi ($p > .05$). İlerleyen

Tablo 2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine göre SPÇYKÖ ve ADA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	X±SD	Min-Max								
Yaş Ortalaması	28.25±6.65	20-54								
Çalışma süresi	7.06±7.05	1-40								
	S	%	SPÇYKÖ X±SS	ADA Otonomi X+SS	ADA Yarar Sağlama X+SS	ADA Bütüncül Yaklaşım X+SS	ADA Çatışma X+SS	ADA Uygulama X+SS	ADA Oryantasyon X+SS	ADA Toplam X+SS
Yaş										
20-29	85	61.6	170.78±16.91	20.78±6.63	12.89±4.40	13.88±5.11	13.23±4.61	12.76±4.00	10.28±4.21	94.66±23.95
30-39	43	31.2	168.10±10.78	20.02±6.32	12.95±4.70	13.02±5.12	13.28±3.32	12.16±3.53	10.46±3.92	93.19±21.90
40 yaş ve üzeri	10	7.2	178.90±15.13	18.50±7.24	12.40±4.55	09.40±2.37	12.80±4.49	12.50±4.97	07.50±1.90	84.50±20.76
			KW= 6.745 P=.034	KW=1.879 p=.391	KW=0.205 p=.903	KW=11.223 p=.004	KW=0.138 p=.933	KW=0.811 p=.667	KW=6.048 p=.049	KW=1.798 p=.407
Yoğunbakım										
Nöroloji	10	7.2	162.85±22.46	23.10±7.95	14.00±5.06	16.80±7.18	12.50±3.72	13.40±4.88	12.30±6.17	103.20±35.42
Kalp Damar	13	9.4	176.54±08.48	21.31±6.69	13.23±5.07	15.61±5.35	13.69±3.66	13.85±2.19	08.23±3.81	98.08±15.11
Çocuk	16	16.6	164.19±22.73	21.94±8.15	13.37±4.66	14.06±6.60	14.81±7.93	11.75±4.48	11.19±3.90	98.63±29.84
Beyin Cerrahi	10	7.2	170.10±09.93	18.50±5.21	13.60±3.89	10.90±3.25	12.80±2.82	10.70±3.43	10.20±3.12	87.30±17.38
Yenidoğan	29	14.5	169.05±16.88	22.45±7.41	12.90±4.57	14.55±6.30	13.35±4.52	13.80±4.50	11.75±4.90	99.80±29.32
Genel Cerrahi	17	12.3	168.59±14.08	19.82±6.46	12.76±4.29	13.00±4.01	14.06±2.44	13.12±3.53	11.76±3.53	95.41±20.25
Dahiliye	11	8.0	172.23±07.27	18.82±3.25	11.64±4.80	13.54±1.57	14.00±3.87	12.18±3.09	08.09±1.58	87.64±13.40
Koroner	4	2.9	171.00±10.68	18.25±4.72	12.00±4.83	10.70±4.19	10.25±3.50	12.75±2.22	07.75±3.09	82.75±18.84
Reanimasyon	10	7.2	167.60±08.38	20.00±6.83	12.10±4.25	12.40±5.62	12.30±3.02	10.40±4.19	09.40±4.88	85.80±22.98
Acil	27	19.6	177.07±12.64	18.59±5.77	12.55±4.48	11.15±2.41	12.97±3.04	12.81±3.99	08.85±2.48	93.46±23.10
			KW=15.952 p=.068	KW=6.895 p=.648	KW=3.516 p=.940	KW=16.063 p=.066	KW=8.384 p=.496	KW=13.240 p=.152	KW=21.671 p=.010	KW=7.937 p=.540
Çalıştığı yeri tercih etme										
Evet	64	46.4	169.74±17.47	21.34±7.94	13.53±4.45	13.69±5.83	12.80±3.42	13.42±4.20	10.87±4.68	96.83±27.20
Hayır	74	53.6	171.22±12.86	19.54±5.55	12.31±4.45	12.94±4.33	13.58±4.78	11.95±3.54	09.50±4.04	90.55±18.54
			MWU= 2361.5 p=.978	MW-U= 2128.00 p=.305	MW-U= 2007.0 p=.122	MW-U= 2360.0 p=.973	MW-U= 2205.0 p=.485	MW-U= 1886.50 p=.039	MW-U= 2024.0 p=.140	MWU= 2114.00 p=.278
Çalışılan kurumda etik kurul olduğunu bilme durumu										
Biliyor	66	47.8	173.12±16.04	19.39±6.73	11.98±4.70	12.14±4.98	13.24±4.92	12.67±3.98	9.53±4.09	89.80±24.17
Bilmiyor	72	52.2	168.17±15.13	21.28±6.32	13.69±4.12	14.35±4.97	13.19±3.47	12.60±3.89	10.69±3.95	96.82±21.71
			MWU= 1832.50 p=.020	MWU= 1894.50 p=.040	MWU= 1847.00 p=.24	MWU= 1587.00 p=.001	MWU= 2278.50 p=.676	MWU= 2362.00 p=.952	MWU= 1819.50 p=.017	MWU= 1812.00 p=.016
Hemşirelik etiği eğitimi alma durumu										
Evet	102	73.9	170.63±14.09	20.76±6.74	13.50±4.35	13.44±5.00	12.99±4.51	12.96±3.76	10.48±4.13	95.19±23.38
Hayır	36	26.1	170.26±17.99	19.28±5.98	11.11±4.41	12.86±5.08	13.86±3.20	11.69±3.92	09.07±3.69	88.58±21.87
			MWU= 1776.50 p=.773	MW-U= 1598.50 p=.249	MW-U= 1270.00 p=.006	MW-U= 1703.00 p=.517	MW-U= 1531.00 p=.137	MW-U= 1385.50 p=.028	MW-U= 1459.50 p=.067	MW-U= 1464.000 p=.071

yaşın çalışma ortamı yaşam kalitesini tecrübenin de olumlu etkilerinden dolayı yükselttiği ve yine bütüncül yaklaşım duyarlılığını arttırmada bir etken olduğu düşünülmektedir.

Farklı yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin çalışma ortamı yaşam kaliteleri ve etik duyarlılıklarının değişebileceği dikkati çekmektedir. Koroner, Acil, Dahiliye, Göğüs Kalp Damar Yoğun Bakım ünitelerinde çalışanların ADA'nın oryantasyon alt boyutunda etik duyarlılıklarının daha yüksek olduğu belirlendi. Bu sonucun çalışma ortamı yaşam kalitesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışma ortamı yaşam kalitesi yüksek olan yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin oryantasyonlarının daha yüksek olduğu belirlendi.

Çalıştığı yeri tercih edip etmeme durumunun çalışma ortamı yaşam kalitesini ve etik duyarlılığı etkileyeceği öngörülmektedir. Tosun'un çalışmasında, çalıştığı birimi kendi tercih eden doktor ve hemşirelerin çatışmayı daha fazla yaşadıkları bunun yanı sıra oryantasyonda daha başarılı

oldukları bildirilmektedir (Tosun, 2005). Bu çalışmada ise uygulama alt boyutunda çalıştığı yeri kendi tercih etmeyen hemşirelerin etik duyarlılıklarının daha yüksek olduğu, mesleğin gereklerini yerine getirmede, uygulamada daha başarılı oldukları belirlendi. Bu sonucun, çalıştığı yeri tercih eden hemşirelerde mesleki doyum ve beklentilerinin yüksek olması nedeni ile hemşirelerin çalışılan birimdeki koşullara daha fazla duyarlı olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Hemşirelik mesleğinde etik duyarlılığın yüksek olması gerekliliği, bireylerin yaşam mücadelesi verdikleri dönemde bakım vermenin öneminden ve hasta bireylerin etik açıdan duyarlılığı yüksek ortamlarda bakım alma hakkından bununla birlikte, hemşirelerin de etik duyarlılığı yüksek ortamlarda bakım verme gereksiniminden kaynaklandığı düşünülmektedir. Comrie'nin "lisans ve lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin ahlaki duyarlılıkları" konulu araştırmasında (2012) araştırmaya katılanların

eğitimlerine göre ahlaki duyarlılıklarında anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmektedir. Ayrıca, etik eğitimlerinde vaka ve simülasyon çalışmalarına yer verilmesinin sağlık çalışanlarının mesleki uygulamalarında etik ikilemlere karşı farkındalığı ve duyarlılığı arttıracaklarını belirtmektedir (Comrie, 2012). Weaver ve arkadaşları, “mesleki uygulamalarda ahlaki duyarlılık” konulu araştırmasında tüm sağlık çalışanlarının etik açıdan duyarlı bir ortamda çalışmaya ihtiyacı olduğunu belirtmektedir (Weaver vd., 2008).

Tablo 3. SPÇYKÖ ile ADA Arasındaki Korelasyon Dağılımları

		SPÇYKÖ
Otonomi	r	-.211
	p	.013*
Yarar Sağlama	r	-.141
	p	.099
Bütüncül Yaklaşım	r	-.361
	p	.000*
Çatışma	r	-.217
	p	.011*
Uygulama	r	-.224
	p	.008*
Oryantasyon	r	-.355
	p	.000*
Genel	r	-.324
	p	.000*

Bu çalışmada ise hemşirelerin etik eğitimi alma durumuna göre çalışma ortamı yaşam kalitesi ve ADA alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel farklılıkların olmadığı, aksine etik eğitimi almayanların yarar sağlama ve uygulama alanlarında duyarlılıklarının daha yüksek olduğu belirlendi (p=.006; p=.028). Etik eğitimi alan bireylerde, eğitimin genel bilgi içeren teorik konular ağırlıklı olmasının ve çalışma yaşamına teorik bilgilerin geçirilmesinde sorun yaşamalarının bir sonucu olarak, uygulamada ve yarar sağlamada daha fazla sorun yaşamalarına neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışılan kurumlarda çalışma ortamı yaşam kalitesinin ve etik duyarlılığın artırılmasında idari desteğin ve etik kurulların önemine dikkat çekildiği görülmektedir (Weaver, 2007; Kim vd., 2005). Weaver ve arkadaşlarının “ahlaki duyarlılık kavramının anlamı” konulu çalışmasında sağlık çalışanı ile tedavi ve bakımını yürüttüğü hasta/sağlıklı bireylerin ilişkilerinin duyarlı ortamda yürütülmesi için idari destek alınmasının öneminden bahsedilmektedir (Weaver, 2007). Kim ve arkadaşları “Hemşirelerin etik sorunlar karşısında duyarlılıkları” konulu araştırmasında çalıştıkları hastanelerde etik kurul olan hemşirelerin etik duyarlılıklarının yüksek olduğunu tespit ettikleri görülmektedir (Kim vd., 2005). Bu çalışmada; çalıştığı kurumda etik kurul olduğunu bilen hemşirelerin çalışma ortamı yaşam kaliteleri ile ADA'nın toplamında ve otonomi, bütüncül yaklaşım, oryantasyon alt boyutlarında etik duyarlılıklarının, Kim ve arkadaşlarının çalışmasına benzer şekilde yüksek olduğu saptandı (p=.020; p=.016, p=.040; p=.001; p=.017).

Yoğun bakımlarda çalışanların aciliyet durumlarında etik ikilemleri yoğun yaşadıklarından bu durumun etik duyarlılıklarını ve çalışma ortamı yaşam kalitelerini etkilediğinden söz edilmektedir. Lutzen ve arkadaşlarının psikiyatri ekibinde “ahlaki iklim, ahlaki stres, ahlaki duyarlılık” konulu araştırmasında bu üç kavram metodolojik açıdan incelenerek; meslekte çalışma süresi fazla olanların çalışma ortamında meslektaşları ve yöneticileri tarafından daha fazla desteklenmeleri ile bağlantılı olarak işi bırakma düşüncelerinin daha az ve meslekten memnuniyetlerinin daha yüksek, ayrıca çalışma ortamındaki memnuniyetleri yüksek olanların da etik duyarlılıklarının daha fazla olduğu ve etik ikilemleri ve stresi az yaşadıklarına dikkat çekilmektedir (Lutzen, Cronqvist, Magnusson & Andersson 2003). Jameton “hemşirelik uygulamalarında etik konular” konulu çalışmasında etik sorunlar ya da ikilemlerde hemşirelerin çoğunun yapması gerekeni bildiği halde zaman kısıtlılığı nedeniyle acil durumlarda doğru kararları almada ikilemler yaşadığı belirtilmektedir (Jameton, 1993).

Bu çalışmada ise, SPÇYKÖ puanı ile ADA alt boyutlarından yarar sağlama alt boyutunda anlamlılık bulunmamasına (p=.099) karşın; otonomi (p=.013), bütüncül yaklaşım (p=.000), çatışma (p=.011), uygulama (p=.008), oryantasyon (p=.000) ve anket genel puan ortalaması (p=.000) arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Yoğun bakımların oldukça yoğun ve stresli çalışma ortamları olması, çalışanların çalışma ortamı yaşam kalitelerini oldukça etkilediği ancak çalışma ortamı yaşam kalitesinin yükseltilmesi ile hastaların bakım kalitesinin de yükseltileceği, etik duyarlılığın çalışma ortamı yaşam kalitesine ilişkili olduğu ve bu iki durumun birbirlerinden etkilendiği söylenilebilir.

“Hemşirelerin çalışma ortamı yaşam kalitesi ile etik duyarlılıkları arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlendi. Yoğun bakımlar, yoğun ve kapsamlı bakım ve tedavinin uygulandığı birimlerdir. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının yüksek olması beklenmektedir. Bu bağlamda çalışma ortamı yaşam kalitesinin önemi ortaya çıkmaktadır.”

Sonuç

Bu çalışmada hemşirelerin çalışma ortamı yaşam kaliteleri ve etik duyarlılıklarının orta düzeyde olduğu ancak ADA'nın oryantasyon ve bütüncül yaklaşım alt boyutlarında etik duyarlılıklarının en yüksek olduğu belirlendi. SPÇYKÖ ile ADA puanlarının korelasyonları değerlendirildiğinde ise; SPÇYKÖ puanı ile ADA alt boyutlarından yarar sağlama alt boyutu dışında tüm alt boyutları (otonomi, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon) arasında, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Bu sonuçlar göz önüne alındığında; hemşirelerin çalışma ortamı yaşam kalitelerinin etik duyarlılıklarını etkilediği ve çalışma ortamlarının düzenlenmesinin önemi ortaya çıkmaktadır. Yoğun bakım hastalarının, etik duyarlılığı yüksek hemşirelerden bakım alma hakkı vardır. Ayrıca, hemşirelik mesleği etik açıdan duyarlı ortamlarda uygulanmayı hak eden bir meslektir. Hemşirelerin çalışma ortamı yaşam kalitelerinin yükseltilmesi, hemşirelerin etik ve etik duyarlılığa yönelik farkındalıklarının artırılması açısından mezuniyet öncesi-sonrası eğitim programlarının düzenlenmesi ve bu eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması önerilebilir.

Alana Katkı

Literatür incelendiğinde yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin etik duyarlılıkları ile ilgili makalelere rastlanmıştır. Ancak çalışma ortamı yaşam kalitesi ile etik duyarlılığın ilişkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışma koşullarının düzeltilmesinin etik duyarlılığı arttıracığı düşünülmektedir.

Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

- Aksu, T., Akyol, A. (2011). İzmir'deki hemşirelerin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 19(1), 16-24.
- Aydın, İ., Çelik, Y., & Uğurluoğlu, Ö. (2011). Sağlık Personeli Çalışma Yaşam Kalitesi Ölçeği: geliştirilmesi, geçerliliği ve güvenilirliği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 22(2), 79-100.
- Barbosa, L. R., & Melo, M. R. (2008). Relations between quality and nursing care: integrative literature review. *Rev Bras Enferm*, 61(3), 366-370.
- Başak, T., Uzun, Ş., & Arslan, F. (2010). Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 52(2), 76-81.
- Buchan, J., Twigg, D., Dussault, G., Duffield, C., & Stone, P. W. (2015). Policies to sustain the nursing workforce: an international perspective. *Int Nurs Rev*, 62(2), 162-170. doi: 10.1111/inr.12169
- Castaneda, G. A., & Scanlan, J. M. (2014). Job satisfaction in nursing: a concept analysis. *Nurs Forum*, 49(2), 130-138. doi: 10.1111/nuf.12056
- Chang, H. Y., Shyu, Y. I., Wong, M. K., Friesner, D., Chu, T. L., & Teng, C. I. (2015). Which aspects of professional commitment can effectively retain nurses in the nursing profession? *J Nurs Scholarsh*, 47(5), 468-476. doi: 10.1111/jnu.12152
- Comrie, R., W. (2012). An analysis of undergraduate and graduate student nurses' moral sensitivity. *Nursing Ethics*, 19(1), 116-127.
- Eşer, İ., Khorshid, L., & Demir, Y. (2007). Yoğun bakım hemşirelerinde eleştirel düşünme eğilimi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(3), 13-22.
- Gantz, N. R., Sherman, R., Jasper, M., Choo, C. G., Herrin-Griffith, D., & Harris, K. (2012). Global nurse leader perspectives on health systems and workforce challenges. *J Nurs Manag*, 20(4), 433-443. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01393.x
- Jameton, A. (1993). Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *Assoc Womens Health Obstet Neonatal Nurse Clin Issues*, 4, 542-551.
- Jeager, S. (2001). Teaching health care ethics: the importance of moral sensitivity for moral reasoning. *Nursing Philosophy*, 2, 131-142.
- Kim, Y. S., Park, J. W., You, M. A., Seo, Y. S., & Han, S. S. (2005). Sensitivity to ethical issues confronted by Korean hospital staff nurses. *Nurs Ethics*, 12(6), 595-605.
- Labbadia, L. L., D'Innocenzo, M., Fogliano, R. R., Silva, G. E., de Queiroz, R. M., Carmagnani, M. I., & Salvador, M. E. (2011). Computerized system for managing nursing care indicators at Hospital Sao Paulo. *Rev Esc Enferm USP*, 45(4), 1013-1017.
- Lartey, S., Cummings, G., & Profetto-McGrath, J. (2014). Interventions that promote retention of experienced registered nurses in health care settings: A systematic review. *J Nurs Manag*, 22(8), 1027-1041. doi: 10.1111/jonm.12105
- Leino Kilpi, H., Suominen, T., Makela, M., McDaniel, C., & Puukka, P. (2002). Organizational ethics in Finnish intensive care units: staff perceptions. *Nurs Ethics*, 9, 126-136.
- Lutzen, K., Johnson, A., Nordstöm, G. (2000). Moral Sensitivity: some differences between nurses and physicians. *Nursing Ethics*, 7(6), 520-530.
- Lutzen, K. (2008). Time for ethics. *Nurs Ethics*, 15(2), 145-146. doi: 10.1177/0969733007086012
- Lutzen, K., Blom, T., Ewalds-Kvist, B., & Winch, S. (2010). Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nurs Ethics*, 17(2), 213-224. doi: 10.1177/0969733009351951

- Lutzen, K., Evertzon, M., & Nordin, C. (1997). Moral sensitivity in psychiatric practice. *Nurs Ethics*, 4(6), 472-482.
- Lutzen, K., & Ewalds-Kvist, B. (2013). Moral distress and its interconnection with moral sensitivity and moral resilience: viewed from the philosophy of Viktor E. Frankl. *J Bioeth Inq*, 10(3), 317-324. doi: 10.1007/s11673-013-9469-0
- Lutzen, K., Nordstrom, G., & Evertzon, M. (1995). Moral sensitivity in nursing practice. *Scand J Caring Sci*, 9(3), 131-138.
- Lutzen, K., Cronqvist, A., Magnusson, A., & Andersson, L. (2003). Moral Stress: Synthesis of a concept. *Nursing Ethics*, 10(3), 313-322.
- Silva, R. B., Loureiro, M. D., Frota, O. P., Ortega, F. B., & Ferraz, C. C. (2013). Quality of nursing care in intensive care unit at a university hospital. *Rev Gaucha Enferm*, 34(4), 114-120.
- Tosun, H. (2005). Determining sensitivity of the nurses and physicians against the ethic dilemmas which experienced at the health care practises. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Weaver, K. (2007). Ethical sensitivity: State of knowledge and needs for further research. *Nurs Ethics*, 14(2), 141-155.
- Weaver, K., Morse, J., & Mitcham, C. (2008). Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *J Adv Nurs*, 62(5), 607-618. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04625.x
- Weiss, S. J., Derlet, R., Arndahl, J., Ernst, A. A., Richards, J., Fernandez-Frackelton, M., . . . Nick, T. G. (2004). Estimating the degree of emergency department overcrowding in academic medical centers: results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). *Acad Emerg Med*, 11(1), 38-50.
- Zavala, M. O., Klinj, T. P., & Carrillo, K. L. (2016). Quality of life in the workplace for nursing staff at public healthcare institutions. *Rev Lat Am Enfermagem*, 24, 2713. doi: 10.1590/1518-8345.1149.2713

DERLEME / REVIEW

İrritabl Barsak Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesi

Quality of Life in Patient with Irritable Bowel Syndrome

Serap PARLAR KILIÇ, Doç. Dr.¹, Nimet OVAYOLU, Prof. Dr.,² Mehmet KORUK, Prof. Dr.³

¹Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

²Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

³Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Kabul tarihi/Accepted: 22.03.2016

İletişim/Correspondence:

Serap Parlar Kılıç, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Elazığ

E-posta: serap.parlar@firat.edu.tr

Özet

İrritabl barsak sendromu; kronik, bilinen bir organik sebebi olmayan, stres ve emosyonel gerilimin yüksek düzeyde olduğu dönemlerde ortaya çıkan veya artan, kronik karın ağrısı, ishal ve kabızlık gibi defekasyon alışkanlıklarında değişikliklerle seyreden yaygın fonksiyonel bir barsak hastalığıdır. Hastalığın getirdiği sorunlar aynı zamanda, yaşam kalitesini de etkilemektedir. İrritabl barsak sendromu yaşamı tehdit etmemesine rağmen, hastalar hastalıkla başa çıkma konusunda yetersiz kalmakta ve iş kaybı, psikolojik sorunlar, aile ve arkadaşlarla sınırlı sosyal etkileşimler sonucu yaşamları olumsuz etkilenmektedir. Bu sorunları yaşayan hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesi sağlık bakım profesyonellerinin önemli amaçlarından biridir. Bunun için hemşireler; hastanın ve ailesinin ihtiyaç duyduğu sağlık danışmanlığını yaparak, fiziksel ve sosyal faaliyetlerde bulunabilme yeteneklerini arttırarak, bireylerin yaşam biçimi değişikliklerinde ve hastalığa uyumlarında uygun baş etme yöntemlerini kullanmalarına ve kaliteli bir yaşam düzeyine ulaşmalarına yardım etmede önemli rol oynamaktadırlar.

Anahtar Kelimeler: İrritabl barsak sendromu, yaşam kalitesi, hemşirelik bakımı.

Abstract

Irritable bowel syndrome is the common, chronic functional disorder of gastrointestinal system, without an etiologically known cause, emerging or aggravating during emotional stress periods, and characterized by changes in defecation habits such as chronic stomach ache, diarrhea, and constipation. Outcomes of the disease affect quality of life at same time. Although irritable bowel syndrome is not life-threatening, patients are insufficient to cope with the disease and are affected negatively in their lives because of employment, psychological problems, limited social interactions with their family and friends. Increasing the quality of life of the patients, who experience these concerns, is one of most important purposes of healthcare professionals. Thus nurses play important role in helping reach the quality life level and in helping suitable coping methods for adaptation to the disease and life style changes through healthcare counseling and enhancing their ability of social and physical activities.

Keywords: Irritable bowel syndrome, quality of life, nursing care.

Giriş

İrritabl barsak sendromu (İBS), saptanabilir herhangi bir hastalığın olmadığı, baskın olarak karın ağrısı ya da rahatsızlık hissi ile beraber barsak alışkanlıklarında değişiklik ile karakterize kronik ve tekrarlayıcı bir hastalıktır (Sezer & Saka, 2014; Akehurst & Kaltenthaler, 2001; Pimentel vd., 2002). İBS en sık görülen gastrointestinal fonksiyonel düzensizliktir (Soykan, 2002; Michalsen, Vandvik & Farup, 2015). Rapor edilen İBS prevalansı farklı ülkeler arasında (Fransa %4.0, Hollanda %5.8, İspanya %12.1, Almanya %12.5, İngiltere %16.7, Hırvatistan %28.0) değişim göstermesine rağmen Avrupa'da her 1000 insandan 100'ünü etkilemektedir (Quigley, Bytzer, Jones & Mearin, 2006). Amerika'da ise yetişkin bireylerin %10'dan daha fazlasını etkilemektedir (Blanchard vd., 2006). Asya ülkelerindeki prevalans genellikle Avrupa'ya göre daha düşük olup %0,8 ile %14 arasında değişen rakamlar bildirilmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada İBS prevalansının %19.1 olduğu (Karaman, Türkay & Yönm, 2003) ve yine ülkemizde İzmir, Sivas, Elazığ ve

Diyarbakır'da yapılan çalışmalarda İBS prevalansının %6,2 ile %19,1 arasında değiştiği bildirilmiştir (Özden vd., 2006). Ülkemizde çocuk ve ergenlerde (4-18 yaş arası) İBS prevalansının %22.6 olduğu belirtilmiştir (Karabulut vd., 2013).

İrritabl barsak sendromu her iki cinsiyeti de etkilemektedir ancak ağırlıklı olarak kadınları etkilemektedir (Talley, 2006). Tüm toplumda İBS'li kişilerin yaklaşık %75'inin kadın olduğu bildirilmektedir (Drossman, Li & Andruzzi, 1993). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da İBS'nin yaygın olarak kadınları etkilediği bulunmuştur (Karaman vd., 2003; Uz, Türkay, Aytaç & Bavbek, 2007). Ülkemizdeki ergen öğrencilerle yapılan bir prevalans çalışmasında; kız öğrencilerin %14'ünün erkek öğrencilerin ise %7.1'inin İBS tanısı aldığı saptanmıştır (Baysoy vd., 2014). Ancak, batı toplumlarında kadınlar genellikle daha sık doktora gittikleri için bu oran tıp merkezlerinde %90'a çıkmaktadır ve bu durum İBS'nin kadın sağlığına ilişkin önemli bir konu olarak önemini vurgulamaktadır (Drossman vd., 1993). Çoğunlukla 20-50

yaşlarında olmakla birlikte çocuklarda da görülebilmektedir. Yetişkin dönemde İBS olanların birçoğunda çocukluğa kadar giden hikaye gösterilmektedir. Yapılan çalışmalar İBS'li bireylerin yaklaşık yarıya yakınının çocuklukta başlayan, zaman zaman ortaya çıkan karın ağrılarının yetişkin döneme kadar ilerlediğini göstermiştir. Çocukluk çağındaki yaşam koşulları bireyleri üç kat daha fazla İBS'ye eğilimli kılmaktadır (Soykan, 2002; Talley, 2002; Gralnek, Hays, Kilbourne, Naliboff & Mayer, 2000).

İrritabl barsak sendromlu hastaların %75'nin yakınmaları tolere edilebilir olduğundan doktora gelmemektedirler. Ancak yakınmaları fazla olup da dahiliye, gastroenteroloji polikliniklerine başvuran hastalar bu polikliniklere gelen tüm hastaların %20-50 kadarını oluşturup hastanede iş kaybına neden olurken, toplumda ise ekonomik yük oluşturmaktadırlar. Hastaların çoğunda semptomlar 35 yaşından önce başlamakta ve semptomlar pek fazla karakter değiştirmemektedir. Fakat semptom şiddetinde dalgalanmalar olmakta, semptomlar azalıp çoğalabilmekte ve dispepsi semptomları ile örtüşebilmektedir (Talley, 2002; Gralnek vd., 2000).

İrritabl Barsak Sendromunda Tanı

İrritabl barsak sendromu, dışkılama değişiklikleri esas alınarak, diyare predominant (İBS-D), konstipasyon predominant (İBS-C) ve karışık tip (İBS-M) olarak sınıflanmaktadır. Toplumdaki yüksek prevalansı, tanı ve tedavi maliyetinin yüksek oluşu, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesi ve ciddi iş gücü kayıplarına yol açması nedeniyle İBS tanısının kesinleştirilmesi büyük öneme sahiptir. Ancak İBS tanısını doğrulayacak hiçbir diagnostik belirteç bulunmamaktadır. Bu nedenle karışılabilen diğer hastalıklar ekarte edildikten sonra, tanı semptomlara dayanılarak konulmaktadır (Sezer & Saka, 2014). Hastalığı destekleyen ve organik kökenli olabileceğini düşündüren bulgular Tablo 1 ve Tablo 2'de gösterilmiştir (Olden & Schuster, 1998). İrritabl barsak sendromu'nun tanısı için genellikle uluslararası meslek kuruluşları tarafından belirlenmiş ROME III kriterleri kullanılmaktadır (Tablo 3) (Sezer & Saka, 2014; Chang, 2016; Baykan, Kasap, Gerçekler & Yüceyar 2012; Yoon, Grundmann, Koepf & Farrell, 2011). Ayrıca İBS'de alt tipler dışkı kıvamına göre belirlenmektedir. Dışkı kıvamını değerlendirmek için Bristol dışkı formu skalası kullanılmaktadır (Can & Bülent, 2015).

Tablo 1. İrritabl Barsak Sendromunu Destekleyen Bulgular

1. Karın ağrısının özellikleri
 - Öğünle şiddetlenmesi
 - Defekasyonla rahatlama
 - Ağrının başlamasıyla barsak hareketlerinin artması
 - Ağrının başlamasıyla dışkı yumuşaması
 - Hastaları gece uykudan uyandırması
2. Karında gerginlik hissi olması
3. Küçük dışkı (konstipasyon veya diyare ile)
4. Değişik şiddette devam eden kronik semptomlar
5. Stres dönemlerinde semptomların ağırlaşması

İrritabl barsak sendromu tanısı alan hastaların çoğu psikiyatrik tanıyı gösterecek kadar belirgin olmayan rahatsızlık semptomları tanımlamaktadırlar (Eker & Eker, 2009). Psikolojik çalışmalar, İBS olan hastalarda iki kat daha

fazla anksiyete ve histeri sıklığı, üç kat daha fazla depresyon ve altı kat daha fazla hipokondria olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda çocukluk döneminde hastalıkların veya ailedeki ölümlerin ve ailenin bu tip durumlara verdiği tepkilerin İBS semptomlarına karşı anormal reaksiyonlara neden olduğu belirtilmektedir (Drossman, Corazziari, Talley, Thompson & Whitehead, 1999).

Tablo 2. İrritabl Barsak Sendromu Aleyhine Bulgular

1. Şikâyetlerin ileri yaşta başlaması
2. Semptomların gece uykudan uyandırması
3. Rektal kanama (fissür ve hemoroid dışında)
4. Uzun dönemden sonra yeni semptomların başlaması
5. Progressif kötüye gidiş
6. Ateş ve kilo kaybı
7. Steatore
8. Dehidratasyon

Tablo 3. İrritabl Barsak Sendromunun Tanısında Rome III Kriterleri

1. Son 3 ayda, ayda 3 günden fazla süreyle karın ağrısı veya abdominal rahatsızlık hissi* (semptomlar 6 aydan daha uzun süreli olmalı).
 2. Aşağıdakilerden ikisi veya daha fazlası ile birlikte:
 - Defekasyon ile karın ağrısının rahatlama
 - Dışkı sıklığında değişiklik
 - Dışkı şekli ve görünümünde değişiklik
- *Rahatsızlık; ağır olarak tanımlanmayan rahat olmayan duyu anlamına gelmektedir.

İrritabl Barsak Sendromunda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Yaşam kalitesine yönelik yapılan çalışmalarda, yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerin; hastalık süresi, tedavi tipi, hastalığa özel semptomların deneyimlenme sıklığı, hastalığa uyum ve hastalığa ilişkin verilen eğitim olduğu belirtilmektedir (Eski, 1999; Doğan, Karabayraktar & Dabak, 2014).

İrritabl barsak sendromunda barsak semptomlarının şiddetli olması, barsak dışı semptomların etkisi ve uzun sürmesi, psikolojik faktörlerin varlığı gibi nedenler İBS'li hastaların yaşam kalitesinde belirgin bir azalmaya neden olmaktadır. Bunların dışında; İBS tanısı hakkındaki korku ve endişeler, hastalığın doğal geçmişi, tedavisi ve tanısıyla ilgili bilgi eksikliği yani İBS'nin hasta tarafından tam olarak anlaşılabilmesi da yaşam kalitesini olumsuz etkileyen diğer faktörlerdendir (Lacy, 2007; Luscombe, 2000; Wells, Hahn & Whorwell, 1997). Pek çok hastanın hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı bu nedenle de hastalıkları ve semptomları ile başa çıkamadıkları ve yaşam kalitelerinin önemli ölçüde bozulduğu belirtilmektedir (Joc vd., 2015).

Birçok fonksiyonel bozukluklarda olduğu gibi İBS de; çok çeşitli kültürel, sosyal, çevresel ve davranışsal faktörlerden etkilenebilmektedir. Beslenme biçimi, hormonal etkiler (örneğin menstruasyon), psikolojik stres ve aktivite düzeyi İBS semptomlarını arttırabilmektedir (Patrick, Drossman, Frederick, Dicesare & Puder, 1998). Yapılan çalışmalara göre; semptomların İBS'li hastaların psikolojisi, sağlık bakımını kullanma durumu, uyku düzeni, günlük yaşam

aktiviteleri, enerji düzeyi, çalışma gücü, cinsel fonksiyon, seyahat ve beslenme düzeni üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle bu hastaların düşük yaşam kalitesine sahip oldukları saptanmıştır (Quigley vd., 2006; Camilleri vd., 2000). Konstipasyon ve diyarenin sık görüldüğü İBS hastalarında otonomik fonksiyon üzerine odaklanmış bir çalışmada; kabızlık grubunda daha fazla psikolojik stresin olduğu görülmüştür (Simren, Abrahamsson, Svedlund & Björnsson, 2001). Yapılan bir çalışmada ise; özellikle kronik kabızlığı olan hastaların genel sağlığının karşılaştırılabilir normal bir toplumun genel sağlığından daha düşük olduğu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (Glia & Lindberg, 1997). Michalsen vd. (2015) İBS'li hastalarla yaptıkları çalışmalarında; hastaların İBS semptom şiddeti skorları, sübjektif yakınmaları, psikolojik sorunları ve sağlığa yönelik kaygıları ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğunu ve bu faktörlerin yaşam kalitesinin fiziksel ve mental boyutlarında azalmaya yol açtığını saptamıştır.

İrritabl barsak sendromunda psikososyal zorluklar (anksiyete, depresyon, büyük kayıplar vb.) sık sık yaşanmakla birlikte, hastalar bunları algılamayabilmekte ya da önemsemeyebilmektedirler. Bunun yerine fiziksel semptomlar üzerinde odaklanmakta ve "gerçek" tıbbi sorunlarının tanı yönünden doğrulanması ve iyileştirilmesi peşinde koşmaktadırlar. Bu nedenle bu hastalar kolay kolay antidepresan kullanmaya ya da psikolojik tedaviye girmeye yanaşmamakta ve tedaviye uyum göstermemektedirler. Sonuç olarak bu hastalar sağlık bakım hizmetlerini çok sık kullanmaktadır, ayrıntılı incelemeler talep etmektedir ve narkotik kullanmakta ya da malulen emekli olmak istemektedirler. Böylelikle kendilerini çaresiz hissetmektedir ve kendi bakımlarını yapamadıklarına inanarak hastalıklarına teslim olmaktadır (Drossman vd., 1993).

Hastalığın seyri stresten önemli derecede etkilenmektedir. Yapılan bir çalışmada, hem İBS hastalarında hem de bir doktora başvurmamış semptomlu kişilerde, stresli yaşam olaylarının hastalık semptomlarını arttırdığı ve psikolojik stres döneminin semptomların başlamasından önce olduğu belirtilmiştir. İBS'li kişilerin stres düzeyleri hastalık günlerinin sayısı ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Cinsel ve fiziksel istismar öyküsünün, İBS'li hastalarda inflamatuvar barsak hastalığı veya benzeri hastalığı olan diğer hastalara oranla daha sık rapor edildiği belirtilmiştir (Luscombe, 2000). Poitras vd. (2002) yaptığı çalışmada; İBS hastalarında sıklıkla görülen psikolojik sorunlar arasında %31 oranında anksiyete, %29 oranında somatizasyon ve %26 oranında depresyon olduğu belirlenmiştir. Baysoy vd. (2014) ergen öğrencilerle yaptığı çalışmalarında İBS'li öğrencilerin depresyon skorlarının sağlıklı öğrencilerden daha yüksek olduğunu saptamıştır.

İrritabl Barsak Sendromunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Kronik hastalıklar zamanla ilerleyen ve patolojik değişimleri irreversibl hale gelebilen hastalıklardır. Bu nedenle kronik hastalıklarda hastalığın oluşmasına yol açabilen ve hastalığı tetikleyen faktörlerin kontrol altına alınması önem taşımaktadır (Kuyurtar, 1998). Türü ne olursa olsun kronik hastalığı olan bireylerin yaşamları olumsuz etkilenmekte, günlük yaşam aktivitelerini yeterince yapamama, fonksiyonel güçsüzlük, hastalık semptomları ve fiziksel iyilik halinin bozulması tedaviye uyumu zorlaştırmakta, özbakım güçlerini zayıflatmakta ve

çeşitli psikolojik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Tüm bunların sonucunda ise, bireylerin yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (Fadıloğlu, Akyol & Kaya, 1995).

İrritabl barsak sendromu, kronik karın ağrısı ve barsak hareketlerinde değişiklik ile karakterize sık görülen bir hastalıktır. Kronik bir hastalık olması ve ataklar halinde giden bir sürece sahip olması yönünden tedavisi güç olan bir durumdur (Naliboff, Balice & Mayer, 1998). Hastalığın getirdiği bu sorunlar hastanın mutluluğunu, fiziksel fonksiyonunu, ruh sağlığını, sosyal yaşantısını, kısaca yaşam kalitesini etkilemektedir.

İrritabl barsak sendromunun şiddetli tipi; daha fazla doktor ziyaretleri, araştırmalar, tedaviler ve iş gücü kaybı nedeniyle yüksek sağlık bakım masraflarına sebep olmaktadır (Akehurst & Kaltenthaler, 2001; Yoon vd., 2011; Creed, Ratcliffe & Fernandez, 2001). ABD'de İBS'li hastaların yaklaşık %10-25 kadarının tedavi için sağlık kurumuna başvurduğu tahmin edilmektedir. İBS'li hastalar; diğer hastalara oranla histerektomi, sistoskopi ve appendektomi gibi cerrahi tedaviye daha fazla alınmaktadır. ABD'de her yıl 2,5-3,5 milyon İBS'li hasta doktor kontrolüne gitmektedir. Bu durum İBS'nin gastroenterologların uygulamalarında en fazla tanı konulan hastalık (tüm hastaların yaklaşık %28'i) olduğunu ve bakım ziyaretlerinin %12'sini kapsadığını göstermektedir. Her yıl ABD'de İBS hastaları için 2,2 milyon ilaç reçetesi yazılmaktadır (Camilleri, 2001). Wells vd. (1997) yaşam kalitesi ile sağlık bakımı isteme arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir çalışmada; sağlık bakımı isteyen İBS'li hastaların istemeyenlere oranla daha düşük yaşam kalitesi puanları aldıklarını göstermişlerdir (Wells vd., 1997). Yapılan başka bir çalışmada; kliniğe başvuran İBS'li hastaların, gastroözefageal reflü ve diyabeti olan hastalarınınkine benzer düşük yaşam kalitesine sahip oldukları belirtilmiştir. Burada yaşam kalitesini, barsak semptomunun şiddetinden çok hastanın psikolojik durumunun etkilediği belirtilmektedir (Akehurst & Kaltenthaler, 2001; Creed vd., 2001).

İrritabl barsak sendromu aynı zamanda psikososyal sonuçlara neden olmaktadır. İBS yaşamı tehdit etmemesine rağmen, hastalar hastalıkla başa çıkma konusunda yetersiz kalmakta ve iş kaybı, psikolojik sorunlar, aile ve arkadaşlarla sınırlı sosyal etkileşimler sonucu yaşamları olumsuz etkilenmektedir (Drossman vd., 1993; Patrick vd., 1998; Irritable Bowel Syndrome [İBS], 1997). Özellikle şişkinlik ve diyare problemi hastalarda özgüven kaybına ve böylelikle de sosyal ortamlardan kaçınmaya yol açmaktadır. Ayrıca hastaların günlük fonksiyonlarını, iş ve yaşam tarzını etkilemekte ve uyku bölünmelerine ve yorgunlukta artışa neden olmaktadır. Örneğin; pek çok İBS'li hastanın her zaman tuvalete yakın bulunmak zorunda kaldıkları (%50), semptomlardan dolayı sıkıntı yaşadıkları (%69), yaşamları üzerinde kontrol kaybı deneyimledikleri (%57) ve duygusal rahatsızlık hissettikleri (depresif, özgüven eksikliği, endişeli vb.) belirtilmektedir (Yoon vd., 2011).

İBS'li hastalar kontrol grupları ile kıyaslandığında; fonksiyonel durumda, maluliyette ve işe devam etmede belirgin bozulmalar göstermektedirler. Bu durum İBS'li hastalar için, hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçümlerinin geliştirilmesine yol açmıştır (Drossman vd., 1993; Patrick vd., 1998; İBS, 1997). Özellikle son 17 yılda İBS yaşam kalitesi ölçekleri geliştirilmiştir (Lee vd., 2016).

Patrick ve diğerleri (1998) İBS'li hastaların yaşam kalitesini ölçmede psikometrik test geliştirmek ve gerçekleştirmek için birbirini takip eden beş basamak olduğunu belirtmiştir;

1. İrritabl barsak sendromu semptomlarını, genel fonksiyonel durumu, İBS'ye özgü yaşam kalitesi ölçümlerini içeren bir değerlendirme formu oluşturmak,
2. İrritabl barsak sendromu'na özgü yaşam kalitesi ölçeği maddelerini ortaya çıkarmak,
3. Semptomların ve yaşam kalitesi ölçeğinin maddelerinin kültürler arası kavram ve lisan yönünden eşdeğerlerini değerlendirmek,
4. İrritabl barsak sendromu-yaşam kalitesi soru formunun geliştirilmesi ve sadeleştirilmesini sağlamak,
5. Karşılaştırmak ve kanıtlamak amacıyla başka ölçekler kullanarak İrritabl barsak sendromu-yaşam kalitesi ölçeği'nin psikometrik özelliklerini değerlendirmek.

Kullanılan değerlendirme skalaları, İBS'li hastaların semptomlarının ifade edilmesinde ve inflamatuvar barsak hastalığı gibi organik hastalıklardan ayırt edilmesinde kullanılmaktadır (Wells vd., 1997). Bunun için İBS'li hastalarda; İBS Yaşam Kalitesi Ölçeği, genel yaşam kalitesi ölçekleri, İBS-36, İBS Etki Skalası, İBS Semptom Şiddeti Skalası, Rome III kriteri kullanılmaktadır (Jamali & Biglari, 2015; Özgürsoy Uran, Vardar, Karadakovan & Bor, 2014; Park vd., 2009; Groll vd., 2002; Longstreth vd., 2005).

İrritabl Barsak Sendromlu Hastalarda Hemşirenin Rolü

İrritabl barsak sendromu'nun tam anlamıyla tanımlanabilir bir semptomu veya işareti bulunmadığından hastalık sadece klinik özelliklerinden farkedilebilmektedir. İBS'nin tek başına bilinen etyolojisi olmadığı için hastalığın yönetimi; semptom azaltmayı ve hastaların yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlamaktadır (Groll vd., 2002). Bu hastalarda öncelikli olarak yaşam tarzının ve diyet alışkanlıklarının değiştirilmesi önerilmektedir. Semptomları şiddetlendiren faktörlerin tespit edilmesi (çikolata, süt ürünleri, alkol, çay, kahve, kola, stres, aşırı yemek yemek, mevsimsel değişiklikler, menstrüel siklus vb.) ve bunlara yönelik tedbirlerin alınması önemlidir (Can & Bülent, 2015).

İrritabl barsak sendromu gibi kronik hastalığı olan bireyin, bozulan dengesini yeniden kurabilmesi sağlığı ile ilgili sorunlarını çözümlenebilmesi için normal bir yetişkinden çok daha fazla desteklenmeye, kabullenilmeye, anlaşılma ve anlamlı açıklamalara gereksinimi vardır. Hasta bireye gereksindiği bu yardımın verilebilmesi, onunla kurulacak mesleki ilişkinin niteliğine geniş ölçüde bağlıdır (Akyol, 1993). Özellikle de stres gibi psikolojik sorunlar nedeniyle semptomları artan, bu semptomlar nedeniyle tanımlarını öğrenmek ve uygun tedaviyle var olan sıkıntılarını kurtulmak amacıyla sürekli doktora başvurma eğilimi gösteren İBS'li hastalarda, eğitimin ne kadar önemli olduğu görülmektedir (Drossman vd., 1993). Son yapılan çalışmalar eğitimin İBS'li hastaların yaşam kalitesini arttırdığını doğrulamaktadır. Joc vd. (2015) yaptığı çalışmada İBS'li hastaların verilen eğitimden 6 ay sonra yaşam kalitelerinin arttığını bulmuştur. Ringström vd. (2009) İBS tanısı almış olan hastalar için "İBS okulu" olarak

adlandırılan ve hemşire, hekim, diyetisyen, fizyoterapist ve psikolog tarafından verilen bir kurs programı düzenlemişlerdir. Altı haftalık grup toplantılarından oluşan eğitim programı sonrası hastaların yaşam kalitelerinin hem fiziksel hem de mental boyutlarında önemli artışlar saptanmıştır. İBS'li hastalarla yapılan başka bir çalışmada; eğitimden 9 hafta sonra yaşam kalitelerinin arttığı, ağrı ve stres düzeylerinin azaldığı görülmüştür (Kang vd., 2011).

Yapılan birçok çalışmada sağlık çalışanları için İBS'li hastalara yönelik bazı öneriler belirtilmiştir (Talley, 2002):

- Alarm özelliklerinin bulunmasına ve semptomlara dayanarak doğru tanı konulmalıdır; çünkü birçok hastada kolonik incelemeye gerek yoktur.
- Hastalığın etkisi ve hastalığın psikolojik kaynakları tespit edilmelidir.
- Birlikte bir psikiyatrik hastalığın veya önemli bir kaybın, travmanın olup olmadığı belirlenmelidir.
- Güven sağlanarak, semptomların sadece hastaların düşüncelerinde değil gerçek olduklarının bilindiğinin ve İBS'nin bilinen bir barsak sendromu olduğunun önemi vurgulanmalıdır.
- Semptomların neden ortaya çıkabileceği anlaşılır bir dille açıklanarak, hastalığın iyi huylu olduğu konusunda hasta bilgilendirilmelidir.
- Semptomlar uzun süredir var olmalarına rağmen neden şimdi başvurdukları gibi hastanın beklentileri ve gizli korkuları değerlendirilmelidir.
- Endişelerini giderip uygun açıklama yapmadan kapsamlı testler istemek gibi karışık mesajlar vermekten kaçınılmalıdır
- Yeni yapısal hastalığın gelişiminden şüphelenilmediği sürece testlerin tekrarlanmasından kaçınılmalıdır.
- Tedavi hastanın bakım sorumluluğu prensibi üzerine oturtulmalıdır.
- Beslenme özelliği değiştirilmeye çalışılmalıdır. Diyare için düşük lifli bir diyet, konstipasyon için lifli dikkatli bir şekilde arttırmak gibi.

• Eğer mümkünse hasta için en çok endişe kaynağı hedef alınmalı ve böylelikle en uygun olduğu zamanlarda (antidepresanlar hariç) ilaçlara ara verilip, ilaçlar ayrı ayrı reçete edilmelidir.

• Hafif ve şiddetli formu arası semptomlara sahip kişiler için özellikle psikolojik tedaviler düşünülmelidir.

Sonuç

Mesleği gereği sürekli hastalarla iletişim halinde olan hemşirelerin İBS'li hastalara; hastalığı tetikleyen faktörler, klinik seyri, tedavisi ve semptomları hafifletici yöntemler hakkında bilgi vermesi bu hastaların hastalıklarına uyum göstermelerini kolaylaştıracaktır. Böylece İBS tanısı alan birey, psikososyal bozuklukları yok ise, yaşamla iyi bir uyum içinde ve bir sosyal destek alıyorsa sorunsuz yaşayabilecek ve tıbbi bakım arayışına girmeyecektir. Eş zamanlı psikososyal bozukluğu bulunan, yaşam stresi

yüksek, ya da sosyal desteği zayıf olan bir hastanın ise klinik sonuçları kötü olacaktır (Drossman vd., 1993).

“Barsak semptomlarının şiddetli olması, barsak dışı semptomların etkisi ve uzun sürmesi ve psikolojik faktörlerin varlığı İBS’lu hastaların yaşamla uyum becerisini bozmakta ve yaşam kalitesinde belirgin bir azalma göstermektedir.”

Alana katkı

Son 20 yıldır yapılan klinik araştırmalardaki en önemli gelişmelerden birisi, İBS gibi kronik bir hastalığın etkisinin değerlendirilmesinde hasta merkezli bilgilerin önemli olduğunun fark edilmesidir. Böylelikle, hastanın fonksiyonel durumu, mutluluk hissi ya da yaşam kalitesi daha iyi tanımlanabilmektedir (Gralnek vd., 2000). Yüksek yaşam kalitesi, bireylerin iyi olma hislerini, çalışma performanslarını, cinsel fonksiyonlarını, sosyal ilişkilerini ve yaşamlarında doyum bulmalarını kapsamaktadır. Yüksek yaşam kalitesine sahip olan bireylerin hastalıklarına uyumları daha kolay olacaktır ve hastalıklarıyla birlikte yaşamlarından doyum almaları artacaktır (Eski, 1999).

Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

- Akehurst, R., & Kaltenthaler, E. (2001). Treatment of irritable bowel syndrome: A review of randomised controlled trials. *Gut*, 42, 272-282.
- Akyol, A. D. (1993). Yaşam kalitesi'nin hemşirelik yönünden önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9, 71-76.
- Baykan, A. R., Kasap, E., Gerçeker, E., vd. (2012). İrritabl barsak sendromu ve genetik. *Güncel gastroenteroloji*, 16, 53-55.
- Baysoy, G., Baysoy, N. G., Kesicioğlu, A., Akın, D., Dündar, T., & Pamukçu Uyan, A. (2014). Prevalence of irritable bowel syndrome in adolescents in Turkey: effects of gender, lifestyle and psychological factors. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 56, 604-611.
- Blanchard, E. B., Lackner, J. M., Gusmano, R., vd. (2006). Prediction of treatment outcome among patients with irritable bowel syndrome treated with group cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 317-337.
- Camilleri, M. (2001). Management of the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 120, 652-668.
- Camilleri, M., Northcutt, A. R., Kong, S., vd. (2000). Efficacy and safety of alosetrin in women with irritable bowel syndrome: A randomised, placebo- controlled trial. *Lancet*, 355, 1035-1040.
- Can, G., & Yılmaz, B. (2015). İrritabl Barsak Sendromunun Tanı ve Tedavisinde Yaklaşımlar. *Güncel Gastroenteroloji*, 19, 171-181.
- Chang, L. (2016, Şubat). *From Rome to Los Angeles - The Rome III Criteria for the functional GI disorders*. <http://www.romecriteria.org/pdfs/RomeCriteriaLaunch.pdf> Erişim tarihi: 02.02.2016.
- Creed, F., Ratcliffe, J., & Fernandez, L. (2001). Health- related quality of life and health care costs in severe, refractory irritable bowel syndrome. *Annals of Internal Medicine*, 134, 860-868.
- Doğan, B. Ç., Karabayraktar, T., & Dabak, R. (2014). İrritabl barsak sendromu ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 5, 80-82.
- Drossman, D. A., Corazziari, E., Talley, N. J., vd. (1999). Rome II: A multinational consensus document on functional gastrointestinal disorders. *Gut*, 45(Suppl), 1-81.
- Drossman, D. A., Li, Z., & Andruzzi, E. (1993). House survey of functional gastrointestinal disorders: Prevalence, sociodemography and health impact. *Digestive Diseases and Sciences*, 38, 1569-1580.
- Eker, M. Ç., & Eker, Ö. D. (2009). Depresyon ve irritable barsak sendromu birlikteliğinin nörobiyolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1, 120-131.

- Eski, S. (1999). Myokard enfarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Bilim Uzmanlığı Tezi. Ankara.
- Fadiloğlu, Ç., Akyol, A. D., & Kaya, B. (1995). Hemodiyalize giren hastaların ailelerinin hastalığa olan yaklaşımları ve bakım gereksinimlerinin incelenmesi. *Çınar Dergisi*, 1, 1-7.
- Glia, A., & Lindberg, G. (1997). Quality of life in patients with different types of functional constipation. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 32, 1083-1089.
- Gralnek, I. M., Hays, R. D., Kilbourne, A., vd. (2000). The impact of irritable bowel syndrome on health- related quality of life. *Gastroenterology*, 119, 654-660.
- Groll, D., Vanner, S. J., Depew, W. T., vd. (2002). The IBS- 36: A new quality of life measure for irritable bowel syndrome. *The American Journal of Gastroenterology*, 97, 962-970.
- Groll, D., Vanner, S. J., Depew, W. T., vd. (2002). The IBS-36: a new quality of life measure for irritable bowel syndrome. *The American Journal of Gastroenterology*, 97, 962-971.
- Irritable Bowel Syndrome. (1997). A technical review for practice guideline development. *Gastroenterology*, 112, 2120-2137.
- Jamali, R., & Biglari, M. (2015). The Comparison of WHOQOL-BREF with Disease Specific Health Related Quality of Life Questionnaire in Irritable Bowel Syndrome. *Acta Medica Iranica*, 53, 717-724.
- Joc, E. B., Madro, A., & Celinski, K. (2015). Quality of life of patients with irritable bowel syndrome before and after education. *Psychiatria polska*, 49, 821-833.
- Kang, S. H., Choi, S. W., Lee, S. J., vd. (2011). The effects of lifestyle modification on symptoms and quality of life in patients with irritable bowel syndrome: a prospective observational study. *Gut Liver*, 5, 472-477.
- Karabulut, G. S., Beşer, O. F., Erginöz, E., Kutlu, T., Cokuğraş, F. Ç., & Erkan, T. (2013). The incidence of irritable bowel syndrome in children using the Rome III criteria and the effect of trimebutine treatment. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 19, 90-93.
- Karaman, N., Türkay, C., & Yönm, Ö. (2003). Irritable bowel syndrome prevalence in city center of Sivas. *The Turkish Journal of Gastroenterology*, 14, 128-131.
- Kuyurtar, F. (1998). Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde yatan kronik hastaların hastalığa ve tedaviye uyumlarının incelenmesi. *Hemşire Dergisi*, 48, 25-27.
- Lackner, J. M., Gudleski, G. D., Zack, M. M., vd. (2006). Measuring health-related quality of life in patients with irritable bowel syndrome: can less be more? *Psychosomatic Medicine*, 68, 312-20.
- Lacy, B. E., Weiser, K., Noddin, L., vd. (2007). Irritable bowel syndrome: Patients' attitudes, concerns and level of knowledge. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 25, 1329-1341.
- Lee, E. H., Kwon, O., Hahm, K. B., vd. (2016). Irritable bowel syndrome-specific health-related quality of life instrument: development and psychometric evaluation. *Health Qual Life Outcomes*, 14, 22.
- Longstreth, G. F., Bolus, R., Naliboff, B., vd. (2005). Impact of irritable bowel syndrome on patients' lives: development and psychometric documentation of a disease-specific measure for use in clinical trials. *The European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 17, 411-420.
- Luscombe, F. A. (2000). Health related quality of life and associated psychosocial factors in irritable bowel syndrome: A review. *Quality of Life Research*, 9, 161-167.
- Michalsen, V. L., Vandvik, P. O., & Farup, P. G. (2015). Predictors of health-related quality of life in patients with irritable bowel syndrome. A cross-sectional study in Norway. *Health Qual Life Outcomes*, 13, 113.
- Naliboff, B. D., Balice, G., & Mayer, E. A. (1998). Psychosocial moderators of quality of life in irritable bowel syndrome. *The European journal of surgery*, 583, 57-59.
- Olden, K. W., & Schuster, M. M. (1998). Irritable bowel syndrome. *Gastrointestinal and Liver Disease. Sleisenger & Fordtran's*. 6 th Edition. Vol 2.
- Ozgürsoy Uran, B. N., Vardar, R., Karadakovan, A., & Bor, S. (2014). The Turkish version of the Rome III criteria for IBS is valid and reliable. *The Turkish Journal of Gastroenterology*, 25, 386-92.
- Özden, A., Köksal, A.Ş., Oğuz, O., vd. (2006). Türkiye'de birinci basamak sağlık kurumlarında irritable barsak sendromu görülme sıklığı. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 5, 4-15.

- Park, J. M., Choi, M. G., Kim, Y. S., vd. (2009). Quality of life of patients with irritable bowel syndrome in Korea. *Quality of Life Research*, 18, 435-46.
- Patrick, D. I., Drossman, D. A., Frederick, I. O., vd. (1998). Quality of life in persons with irritable bowel syndrome. *Digestive Diseases and Sciences*, 43, 400-411.
- Pimentel, M., Rossi, F., Chow, E. J., vd. (2002). Increased prevalence of irritable bowel syndrome in patients with gastroesophageal reflux. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 34, 221-224.
- Poitras, M. R., Verrier, P., So, C., vd. (2002). Group counseling psychotherapy for patients with functional gastrointestinal disorders: Development of new measures for symptom severity and quality of life. *Digestive Diseases and Sciences*, 47, 1297-1307.
- Quigley, E. M. M., Bytzer, P., Jones, R., vd. (2006). Irritable bowel syndrome: The burden and unmet needs in Europe. *Digestive and Liver Disease*, 38:717-723.
- Ringström, G., Störsrud, S., Lundqvist, S., Westman, B., & Simrén, M. (2009). Development of an educational intervention for patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS): a pilot study. *BMC Gastroenterol*, 9, 10.
- Schuster, M. M. (2001). Defining and diagnosing irritable bowel syndrome. *The American Journal of Managed Care*, 7(Suppl), 246-251.
- Sezer, E., & Saka, M. (2014). İrritabl bağırsak sendromunun tedavisinde prebiyotik ve probiyotik kullanımı. *Güncel Gastroneteroloji*, 18, 174-179.
- Simren, M., Abrahamsson, H., Svedlund, J., vd. (2001). Quality of life in patients with irritable bowel syndrome seen in referral centers versus primary care: The impact of gender and predominant bowel pattern. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 5, 545-552.
- Soykan, İ. (2002). Fonksiyonel kolon hastalıklarına yaklaşım. *Gastroenteroloji*. (sy: 275-281). Türk Gastroenteroloji Vakfı. Fersa Matbaacılık.
- Talley, N. J. (2006). Irritable bowel syndrome. *Internal Medicine Journal*, 36, 724-728.
- Talley, N. J., & Spiller, R. (2002). Irritable bowel syndrome: A little understood organic bowel disease? *Lancet*, 360, 555-563.
- Uz, E., Türkay, C., Aytaç, S., & Bavbek, N. (2007). Risk Factors for Irritable Bowel Syndrome in Turkish Population Role of Food Allergy. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 41, 380-383.
- Wells, N. E. J., Hahn, B. A., & Whorwell, P. J. (1997). Clinical economics review: Irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 11, 1019-1030.
- Yoon, S. L., Grundmann, O., Koepp, L., vd. (2011). Management of irritable bowel syndrome (IBS) in adults: Conventional and complementary/ alternative approaches. *Alternative Medicine Review*, 16, 134-151.

DERLEME / REVIEW

Hemşirelikte Bilme Becerisi*Knowing Ability in Nursing*Türkan KADİROĞLU, Arş. Gör.¹, Fatma Güdücü TÜFEKÇİ, Doç. Dr.¹¹Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı**Kabul tarihi/Accepted:** 13.01.2017**İletişim/Correspondence:****Türkan KADİROĞLU**, Atatürk Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi Yakutiye/Erzurum**E-posta:** t.kadiroglu@atauni.edu.tr**Özet**

Hemşirelikte bilme becerisinin dört yolla oluştuğu bildirilmiştir. Bunlar; hemşireliğin sanatı olan estetik bilme, hemşireliğin ahlaki olan etik bilme, hemşireliğin bilimi olan ampirik bilme ve kişisel yolla bilmedir. Estetik bilme, bireyin yaşamını anlamlandırma ve deneyimlerini nasıl keşfedeceğine odaklanan bir hemşirelik sanatıdır. Etik bilme, etik karar alma ya da ahlaki kurallar şeklinde ifade edilir. Ampirik bilme, bilim ve araştırma arasındaki ilişkiyi yansıtır. Kişisel yolla bilme, diğer bilme becerisi yollarını birleştirerek, "kendiliğin terapötik kullanımı" kavramını ortaya çıkarır. Hemşireler, estetik bilme becerisi ile yaşamsal sorunları ve insan deneyimlerini anlamalı, etik bilme becerisi ile bütün uygulamalarını etik açıdan sorgulamalı, ampirik bilme becerisi ile araştırma sonuçlarını anlamalı ve kişisel yolla bilme becerisi ile "kendiliğin terapötik kullanımı" ve "bilme sanatını" kullanabilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bilgiye erişim, bilme becerisi, hemşirelik.**Abstract**

Knowing ability in nursing has been reported to occur in four ways. These are; aesthetic knowing that it is the art of nursing; ethic knowing that is the morality of nursing; empirical knowing that is the science of nursing; and knowing with personal way. Aesthetic knowing is a nursing art that focuses on the sense of the individual's life and how his/her individual experiences will discover. Ethical knowing is expressed as making ethical decisions or moral rules. Empirical knowing reflects the relationship between science and research. Knowing with personal way reveals the concept of "self therapeutic use" by combining other knowing ways. Nurses should understand vital issues and human experiences through aesthetic knowing ability, examine his/her all applications ethically through ethic knowing ability, understand research results through empirical knowing ability, and be able to use the "self therapeutic use" and "knowing art" through knowing ability with personal way.

Keywords: Access to information, knowing ability, nursing.**Giriş**

İnsanın, her zaman ve her yerde, bilgi ile ilgili az ya da çok yoğun bir etkinlik içinde bulunmuş olduğu muhakkaktır. Bilgi ve bilme becerisi insanın tarihi kadar eskidir. Hatta bilgi ve bilme becerisi insanın en temel ve ayırt edici özelliklerinden biridir (Arslan, 2013).

Bilgi, bilen (özne: insan, hayvan, böcek, bitki) ile bilinen (nesne: olgu) arasında kurulan bir türlü bağ olarak tanımlanabilir. Bir bebeğin annesine "anne" diye ilk kez seslenmesi ve onu her görüşte aynı sözcüğü söylemesi, bebeğin o insanla kurduğu bir bağıdır. Bebek, bilinçli olduğu sürece, başka bir kadına "anne" demeyebilir (Sönmez, 2008).

Bilgi, başkalarıyla iletişim kurarak veya paylaşarak bilmenin ifade edilmesidir. Nightingale, hemşirelik uygulamaları için temel biçimsel bilginin gerekli olduğunu vurgulamıştır. Bilgi zamanla değişse de hemşirelik uygulamalarına rehberlik edecek temel değerler korunmaktadır (Chinn & Kramer, 2010).

İnsan, hem kendisi hem de başka şeyler hakkında edindiği bilgilere yeni bilgiler ekleyerek, düşünce dünyasını geliştirir (Şen, 2012). Yeni bilgilerin oluşabilmesi için bilinen şeyden ziyade bilene dikkat edilmesi gerekir. Çünkü algılayan ve kavrayan bilinen değil, bilendir (Aydın, 2003). Gilson'a göre "eğer kavram bilinene mutabik ise kavramı üreten zihin bu uygunluktan habersizdir. Zihin vasıtasıyla gerçekleşen bu basit ve doğrudan kavranışta, ne bir bilinçlilik durumu ne de bir eylemlilik vardır".

Algılama, çoğu zaman, bilişsel farkındalığın dışında gerçekleşir. Yani, bir hemşire istenci dışında bir şeyi algılıyor olsa bile bu durumda, yine bir bilme becerisi gerçekleşmiş olur. İnsanın algılama ve bilme yetisi hem ruhsal hem de bedensel özelliğinin birleşimiyle meydana gelir. Zira bir şey görüldüğünde ya da işitildiğinde bilme becerisinin oluşabilmesi için zihnin görülen ya da işitilen o şeyi iyice kavraması gerekmektedir (Gilson, 1948).

Hemşirelikte bilme becerisinin 4 yolla oluştuğunu bildirmiştir. Bunlar; hemşireliğin sanatı olan *estetik bilme*, hemşireliğin ahlakı olan *etik bilme*, hemşireliğin bilimi olan *empirik bilme* ve *kişisel yolla bilmedir* (Chinn & Kramer, 2010; Yıldırım 2013). Bu bilme becerisi yolları, birbirine bağlı kalan ve birbirini dışlamayan bir ilişki içerir. Bilme becerisi yollarının hemşirelikte tek başına kullanımının yeterli olmadığı düşünülür. Bu dört yol bakıma yansıtılırken, hemşirelikte bilme becerisinin ne kadar karmaşık olduğu fark edilmektedir (Dossey, 2008). Bu bağlamda, bu derleme makalede hemşirelikte bilme becerisi ve yollarını tanıtmak amaçlanmıştır.

Estetik Bilme

Estetik Bilme, bireyin yaşamını anlamlandırılan ve deneyimleri nasıl keşfedeceğine odaklanan bir hemşirelik sanatıdır (Chinn & Kramer, 2010; Dossey, 2008). Hemşirelik sanatı kapsamındaki estetik bilme; insan, hayat, sağlık, hastalık ve ölüm deneyimlerini ya da insanlarda meydana gelen bir durumun anlamını keşfetmek için hasta ile hemşireyi bağlayan bir kombinasyondur (Dossey, 2008). Bu kombinasyon ile hemşire gördüğü şeylerin anlamına ve görünümüne ötesine bakarak, altta yatan nedeni bulmaya çalışmaktadır. Conrad'a göre estetik bilme, "*hastanın istekte bulunmadan önce onun ne istediğini bilmek*"tir (Chinn & Kramer, 2010; Dossey, 2008).

Estetik bilme becerisi, *bilgi*, *sağduyu* ve *deneyimden* oluşur. Hemşireler estetik bilme ile hemşirelik sanatını ve zenginliklerini artırır. *Örneğin*; şiir yazmanın hemşirelerin algısal deneyimlerini ortaya çıkardığı ve zihinlerini uyandırdığı, hemşirelik uygulamalarının hassasiyetini, farkındalığını ve mesleğinin anlamını derinleştirdiği belirtilmiştir. Ayrıca hemşirelerin kişisel ve profesyonel deneyimlerini elde etme ve aktarmalarına yardım ettiği belirtilmiştir (Şekil 1) (Holmes & Gregory, 1998).



Şekil 1. Estetik Bilme Becerisinin Bileşenleri

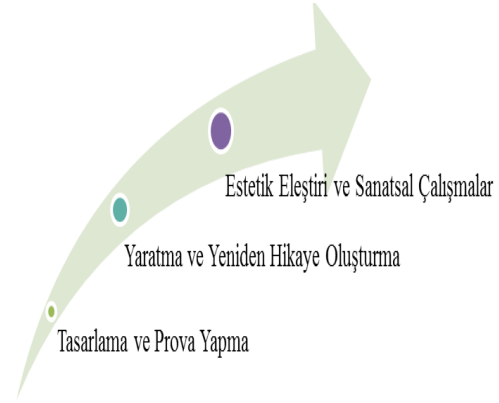
Estetik bilme becerisi 3 aşamadan oluşmaktadır:

Birinci aşama, tasarlama ve prova yapmadır. Tasarlama ve prova yapma, güçlü derecede bağlı olan, yaratıcılığı ön plana çıkaran estetik bilginin dayandığı süreçlerdir. Bu süreçler ile hemşireler kendi sanatlarını tanımlar ve sezinleme yolu ile daha önceden edindikleri bilgileri kolaylıkla kendi klinik uygulamalarıyla bütünleştirip kullanırlar (Chinn & Kramer, 2010; Yıldırım, 2013).

İkinci aşama, yaratmak ve yeniden hikâye oluşturmaktır. Hikâyeler, bilgileri analiz etmeyi, hipotezleri formüle etmeyi ve nedensel ilişkileri anlamayı sağlar. Hemşireler olayları birbirlerine anlatırken vurgu yapmak istedikleri yerleri seçer ve seçtikleri bölümlerin üzerinde daha çok dururlar. Anlattıkları hikâyenin bazı bölümlerini çıkarırken bazı

bölümlerini de hikâyeye kendileri eklerler. Eğer bu hikâyeye deneysel gözden bakılırsa, hikâyenin hiçbir değerinin olmadığı düşünülür, ancak sanatsal gözden bakılırsa, bu hikâyenin muhteşem bir anlaşılabilirliğe ve anlama sahip olduğu fark edilir (Chinn & Kramer, 2010; Yıldırım, 2013).

Üçüncü ve son aşama, estetik eleştiri ve sanatsal çalışmalardır. Estetik eleştiri, ancak estetik bilme becerisine sahip olmakla yapılır. Estetik eleştiri, hemşirelik deneyimlerinden ilham alan somut bir çalışma üzerine veya hemşirelik uygulamalarında sanat/rol üzerine odaklanmaktadır (Şekil 2) (Chinn & Kramer, 2010).



Şekil 2. Estetik Bilme Becerisinin Aşamaları

Hemşirelikte estetik bilme becerisinin sağladığı avantajlar;

- Yaşanılan durumlara ilişkin farkındalığın artması (Örneğin; hemşirenin kayıp yaşayan bir bireye, farklı ifade yollarını -şiir, hikâye, anektod yazdırarak, resim çizdirerek, heykel veya elişi yaptırarak- kullanarak duygularını ortaya çıkarması)
- Hastaların, sanatsal ifadelerle, kendilerini daha kolay ve anlaşılır ifade etmeleri
- Hastaların ölüm, ağrı ve yalnızlık gibi zor durumlara ilişkin duygularını açığa vurmaları
- Hastaların hastalıklarını yönetmelerinin ve becerilerinin fark edilmesi
- Hastalık ve sağlığın subjektif deneyimlerinin anlaşılması
- Hastalara bütüncül yaklaşılması (hastaların sadece hastalıkları, tedavileri değil, onların her şeyi ile ilgilenildiğini fark etmeleri)
- Hemşirelik bakım planının en iyi şekilde yönetilmesi
- Bakım planının derinliğinin ve etkinliğinin fark edilmesi
- Hemşirelik bilgisinin çeşitliliğinin ve karmaşıklığının anlaşılması
- Hastaların hemşirelik bakımında daha uyumlu ve istekli olmalarının ve pozitif etkilenmelerinin sağlanması

Etik Bilme

Etik karar alma ya da ahlaki kurallar şeklinde ifade edilir. Etik ya da ahlak, hemşirelik literatüründe sıklıkla karşılıklı yer değiştirilerek ya da eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Çünkü etik ve ahlak arasındaki ayrım, epistemoloji (bilginin yolları) ve ontoloji (var olanın ne olduğu) arasındaki gerilimi yansıtır (Chinn & Kramer, 2010).

Genel olarak, etik epistemoloji meseleleri ile ilgilenirken, ahlak ontolojiye odaklanmıştır. Etik, neyin doğru neyin yanlış olduğunu anlamlandırmaya çalışan bir disiplin olarak, daha çok kafa çalışmasıdır. Etiğin “kafa çalışması” ve ahlakın da “kalp çalışması” olduğu düşünülmektedir. Ahlak, iyi olduğuna inandığımız günlük yaşantımızdaki ifadeleri, kültür ve kişilikte yerleşen inançları yansıtır. Doğru, iyi ve mükemmel hakkındaki inancın günlük yaşama yansımaları; aile, arkadaşlar, din, cinsiyet ve gelişimsel evrelerden etkilenir. Bu nedenle, ahlaki davranışı oluşturan şey, geniş oranda farklılık göstermekte ve dolayısıyla doğrunun yorumlanması ve açıklanması kişiden kişiye göre farklılaşmaktadır (Chinn & Kramer, 2010).

Etik bilme, ahlaki standartların ve davranışların değerlendirilmesi ve yargılanması için bir şablon sağlayabilir. Ancak, bu durumun tersi de doğrudur. Yani, ahlak da etik bilincin yargılanmasında bir şablon görevi yapabilir. Örneğin; bir hasta hekimi tarafından alternatif tedavi seçeneklerine yönlendirilmemiş olabilir, ancak hemşire alternatif sağlık bakım uygulamaları ile ilgili bilgi vermesi gerektiğini düşünebilir. Burada, hem hekimin hem de hemşirenin uyguladığı eylemlerin ahlaki boyutu vardır. Bireyin “doğru bilgi alma hakkına” yönelik etik ilkeler hemşirenin eylemini haklı çıkarırken, hekimin görüşünü değiştirmede kullanılabilir. Mahremiyetin korunması ile ilgili etik ilkeler ise hekimin görüşünü destekleyebilir ve sonuç olarak hemşirenin davranışını değiştirebilir (Chinn & Kramer, 2010; Dossey, 2008).

Mesleki eylemlerin oluşturulmasında yaygın olarak kullanılmakta olan dört temel bakış açısı bulunmaktadır. Bunlar; *rölativizm*, *teleoloji*, *deontoloji* ve *erdem etiği*dir (Şekil 3).



Şekil 3. Mesleki Eylemlerin Oluşmasını Etkileyen Faktörler

Rölativizm, ahlaki ve etik ikilemlerle karşılaşıldığında, nasıl davranılması gerektiği konusunda, göreceliğin olduğu bir yaklaşım biçimidir. Rölativistler için ahlak ve etik kişiden kişiye göre değişmektedir.

Teleoloji, eylemin iyiliğini belirleme ölçütü olarak, son noktalara bakar ve sonuç önemlidir. Eylemlerde doğru olan şey, insanın en çok iyiliği elde etmesidir.

Deontolojiye göre, doğru olan şey her zaman doğru olmayabilir. Bazen iyi bir eylemin kötü bir sonucu olabilir. Deontoloji, hangi kurallar iyi, hangi kurallar kötüyü sorgular.

Erdem etiği ise kişinin karakterini etik karar vermede önemli bir belirleyici olarak ortaya koyar. Ancak, etik davranış, eğer kuralların (deontoloji) ve iyilik hesaplamalarının (teleoloji) uygulanmasına indirgenirse, “kişilik” yani erdem etiği konu dışı kalabilmektedir (Chinn & Kramer, 2010).

Hemşirelerin mesleki eylemlerinde etik bilme becerisi, “Bu doğru mu?”, “Gerçek mi?” soruları ile başlar. Bu amaçlı sorgulama, hemşireler arasında bilgi paylaşımı sağlar. Eğer hemşireler, etik eylemde bulunma durumunu sorgulamazsa, etik bilme becerisi arka planda kalır. Arka planda kalan etik kararların doğruluğu ve gerçekliği ile ilgili araştırma yapıldığında, karara yönelik farklı bakış açıları ortaya çıkmaktadır (McKenna, 1997; Platin 1998).

Bir kavram olarak ele alınan etik bilme, yaşam sonu koşullar ve çelişkili politik konuları içeren önemli, kritik kararlar vermeden daha öte bir şeydir. Burada önemli olan nokta, etik bilmenin günlük yaşanan olaylarda karşılaşılabilecek ve ortaya çıkacak olmasıdır. Etik bilme, bir durumu yorumlama, ilgilenmeyi veya ihmal etmeyi, neyin söylenip neyin söylenmeyeceğini, hangi bilginin saklanıp hangisinin açığa çıkarılacağını karar vermede yansıtır. Hemşirelikte etik bilme becerisi, zorunlu yapılması gereken durumlara odaklanır (Chinn & Kramer, 2010). Etik bilme becerisinin yapısı incelendiğinde, doğal olarak ortaya çıkan sorular bulunmaktadır. Bunlar;

- Etik bilgi hangi amaçla geliştirilir?
- Uygulama ortamında etik veya ahlaki etiketlemeyi elde etmek için neler yapılır?
- Hemşireliğin etik ve ahlakını neler destekler?
- Bizi harekete geçiren etik teoriler ve etik ilkelerin amaçları neler olmalıdır?
- Bizim hangi ahlaki gelişim perspektiflerini benimsememiz gerekir?
- En büyük iyiliğin ne olduğunu nasıl anlarız? (Teleoloji bağlamında)
- Hangi kuralların iyi hangi kuralların kötü olduğunu nasıl anlarız? (Deontoloji bağlamında)
- Bizim için önemli olan hangi erdemler kazanmaya çalışmalıyız? (Erdem etiğinde)

Bu tür sorular, hemşirelerin etik bilme becerisi çabalarını ve profesyonel kimliğini temel alan değerlerle ilişkilidir. Bu değerler, hemşirelik uygulamalarında, bireylerin yansıtıcı farkındalığını ve bilinçlilik durumunu artırma anlamına gelmektedir. Etik bilme becerisinin değeri, uygulamaya katkıda bulunabilme durumuna göre değerlendirilmektedir (Chinn & Kramer, 2010).

Etik bilme becerisine değer verme ve açıklama, bu soruları cevaplamada kullanılan sistem süreçleridir. Yani hemşireler, etik davranışın doğruluğu ve gerçekliğini sorgulamakta ise değerleri ayrıntılı bir şekilde açıklıyor ve içselleştiriyor demektir (Terakye & Ocakçı, 2013).

Hemşirelikte etik bilme becerisinin, uygulamaya rehberlik etmesi gerekmektedir. İster öğrenci ya da deneyimli olsun, ister yüksek teknolojiye yoğun bakım ünitelerinde ya da kırsal bir bölgede izole bir okulda çalışan bir hemşire

olsun, sonuçlar hemşirenin etik bilgi becerisine ve ahlakına bağlıdır. Bütün hemşirelik uygulamaları etiğin konusudur (Chinn & Kramer, 2010).

Empirik Bilme

Empirik bilme, bilim ve araştırma arasındaki ilişkiyi yansıtır. Empirik bilmenin önemi ortaya çıktığı ilk günden itibaren artmıştır (Chinn & Kramer, 2010). Doğru ve geçer bilginin duyular yoluyla oluşan deneylerle kazanılabileceğini öne süren empirik bilmeye göre; insanın aklında hiçbir bilgi yoktur ve sahip olduğu tüm bilgileri deney ve gözlemlerle, duyuları aracılığı ile elde eder (Erdoğan, Nahcivan & Esin 2014). Yani, empirik bilgi elde etme süreci, araştırma sürecinin aşamaları ile aynı şeyi ifade eder (Şekil 4).



Şekil 4. Empirik Bilgi Elde Etme Süreci

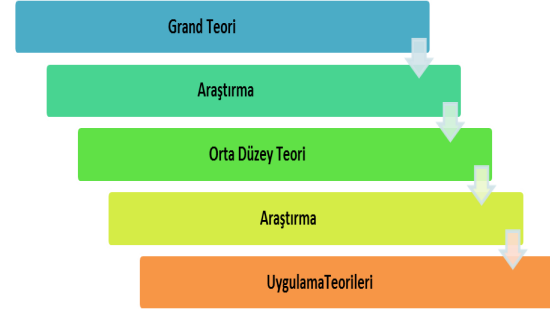
Gözlem, empirik bilgi elde etme sürecinin ilk aşamasıdır. Bir sorunun varlığı algılandığında bunu görünür hale getirmek için gözlem yapılır. Örneğin, ameliyat öncesi terleyen ve tırnaklarını yiyen bir hastanın anksiyetesinin olup olmadığına ilişkin veri toplamaya başlayan hemşire gözlem yapar. Gözlem bir veri toplama etkinliği ve tekniğidir (McKenna, 1997).

Hipotez oluşturma, araştırmaya başlamadan önce gözlemler, olayların irdelenmesi ve kaynakların incelenmesi ile araştırmanın sonucuna ilişkin tahmin oluşturur. Hipotez oluştururken, beklenen ilişkinin nedenleri hakkında inandırıcı bir veya daha çok gerekçe olması gerekir. Hipotez oluşturma, araştırmanın sınırlılıklarının saptanmasında, değişkenler arası ilişkilerin incelenmesinde, veri toplama formlarının hazırlanmasında, konuya ilişkin kaynakların ve daha önce öne sürülmüş hipotezlerin incelenmesinde yol gösterir. Hipotezler her zaman geniş zamanlı cümlelerle anlatılır. Örneğin; eldiven kullanmama enfeksiyona neden olur gibi (Chinn & Kramer, 2010).

Deney aşaması, hipotezin doğrulanmasını ifade eder. Yakın zamana kadar hemşirelik araştırmalarında metodoloji olarak kantitatif (nicel) yöntemler kullanılırken, artık araştırma probleminin geliştirilmesi için kalitatif (nitel) yöntemlerin önemi fark edilmiştir. Empirik bilme ya da araştırma alanındaki gelişmeler, her iki yöntemin birbirleriyle kaynaştırılarak (triangülasyon) kullanılmasına yönelmiştir (Erdoğan vd., 2014).

Kuram/teori, bir olguyu açıklamaya, kestirmeye ve/veya kontrol etmeye yarayan ilişkili ilkeler bütünüdür. Sosyolog Merton teoriyi 3 kategori olarak tanımlanmıştır. Bunlar grand teori, orta düzey teori ve uygulama teorileridir. Grand teoriler son derece soyut ve kapsamları geniş, orta düzey teoriler daha odaklanmış bir araştırma sonucunda elde edilmiş bir üründür. Uygulama teorileri ise daha özeldir ve istenilen sonuçlara ulaşılacak için rehberlik eder (Şekil 5) (McKenna, 1997). Örneğin, Roy'un uyum modeli grand teoridir. Roy'un uyum kuramında uyum alanları; fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık alanları olarak tanımlanmıştır. Bir araştırmanın sonucunda benlik kavramını ele almak orta düzey teoridir. Bu teori içinde benlik kavramını incelemek mümkündür ve yoğun bakım ünitelerinde benlik kavramını adaptasyon için kullanmak uygulama teorisi'dir.

Teoriler, genellikle hemşirelik uygulamalarını yansıtsa da empirik bilme hemşirelik bakımının bilimsel bir temele oturtulmasında, hemşirelik süreci için temel oluşturur. Empirik bilgiyi geliştirme sürecinde, hemşirelik hedefleri doğrultusunda teorik bilginin değerini değerlendirmek için uygulama alanında tekrarlama ve doğrulama süreçleri gerekir. Bu süreçte, araştırma metodları kullanılır ve bulgular kullanılan teorinin gelişimine katkıda bulunur. Teorinin uygulama tabanlı tekrarlanması ve doğrulanması hemşireler arasında bilimsel yeterliğin ve hemşirelik bakım kalitesinin gelişimine katkı sağlar (Chinn & Kramer, 2010; McKenna, 1997).



Şekil 5. Merton'a Göre Teori Gelişimi

Kişisel Yolla Bilme

Hemşirelik uygulamalarının özünde olan, kişilerarası süreçlerin doğası gereği, kişisel yolla bilme gerekir. Kişisel yolla bilme, direk olarak kişilerarası etkileşimlere, ilişkilere ve davranışlara işaret etmektedir. Bu kavramlar içerisinde, "*kendiliğin terapötik kullanımı*" kavramının gömülü olduğu fark edilmelidir (Chinn & Kramer, 2010).

Kritik sorulardan ortaya çıkan kişisel yolla bilme becerisi, bütüncül uygulamanın esas alındığı, kendiliğin bütünlüğünü mümkün kıldığı bir köşe taşıdır. Kişisel yolla bilme becerisi, "Yaptığım şeyi biliyor muyum?", "Bildiğim şeyi yapıyor muyum?", "Ben kimim?" ve "Kim olduğumu nasıl biliyorum?" sorularına odaklanmıştır (Chinn & Kramer, 2010; McKenna, 1997). Bu soruların her biri deneyimin çok önemli yönlerine ve kişisel yolla bilmenin gelişimine katılan süreçlere işaret eder. Bu sorgulama ile hemşire, hemşirelik (hastalık) süreci hakkında ne bildiğini ve bildiği şeyi yapıp yapmadığının farkına varabilir (Yıldırım, 2013).

"Hemşireler, kişisel bilme becerisi ile diğer bilme yollarını birleştirir ve bütünleştirir."

Hemşirenin hastayı bilmesi için kişisel varsayımları ve genellemeleri bir kenara koyması gerekir. Hasta ile hemşirenin karşılaşmasının varoluşsal açıklığını göstermek için "bilmeme" kalıbı vurgulanmıştır. Bilmeme, bir açıklık durumudur. Bilmeme, hemşireler için harika bir fırsattır. Bilmeme sanatı, hemşireye hasta olma deneyiminin gerçek manasını anlamasına olanak tanır (Munhall, 1993). Bu gerçek, manaya ulaşabilmek için; konuya yoğunlaşma, duyguları paylaşma, duygudaşlık (empati) kurma, bütünleşme, dürüst ve istekli olma özellikleri gerekmektedir. Bu noktada, hasta ve hemşirenin birbirlerinden bir şeyler öğrenebildiği bir ilişki anlatılmaktadır. Ayrıca, kişisel bilme edimi hemşirelikte diğer bilme yollarının birleştiricisi ve bütünleştiricisidir (Sarpkaya & Vural, 2014).

Sonuç ve Öneriler

Hemşireler, bu dört bilme modelini bütünleştirerek kullanmalıdır. Hemşireler, estetik bilme becerisi ile yaşamsal sorunları ve insan deneyimlerini anlamalı, etik bilme becerisi ile bütün uygulamalarını etik açıdan sorgulamalı, empirik bilme becerisi ile araştırma sonuçlarını anlamalı ve kişisel yolla bilme becerisi ile "kendiliğın terapötik kullanımını" kullanabilmelidir.

Alana Katkı

Hasta ve hemşirenin birbirlerinden bir şeyler öğrenebildiği bir ilişki vardır. Bu noktada, hemşirelikte bilme becerisi 4 yolla oluşmaktadır. Bunlar; hemşireliğin sanatı olan *estetik bilme*, hemşireliğin ahlakı olan *etik bilme*, hemşireliğin bilimi olan *empirik bilme* ve *kışisel yolla bilmedir*. Bu bilme becerisi yollarının tek başına kullanımı, hemşirelikte bilme becerisinde etkili olmaz. Bu makale hemşirelikte bilme becerisi ve yollarını tanıtmıştır.

Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdi/ayni yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

- Arslan, A. (2013). *Felsefeye Giriş*. Ankara: Adres Yayınları.
- Aydın, İ.H. (2003). *Farabi'de bilgi teorisi*. İstanbul: Ötüken.
- Chinn, P.L., & Kramer, M.K. (2010). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (7.Baskı, sy. 2-206). Mosby: St Louis.
- Dossey, A.M. (2008). Theory of integral nursing. *Advances in Nursing Science*, 31(1):52-73.
- Erdoğan, S., Nahcivan, N. & Esin, N. (2014). *Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik* (1.Baskı, sy. 6-12). İstanbul: Nobel Tıp Kitapları.
- Gilson, E. (1948). *The philosophy of st. thomas aquinas* (sy. 72). New York: Dorset Press.
- Holmes, V. & Gregory, D. (1998). Writing poetry: A way of knowing nursing. *Journal Advanced Nursing*, 28(6):1191-1194.
- McKenna, H. (1997). *Nursing Theories and Models* (sy. 40-44). New York: Taylor & Francis Group.
- Munhall, P.L. (1993). Unknowing: Toward another pattern of knowing in nursing. *Nursing Outlook*, 41(3):125-128.
- Platin N. (1998). Mesleki ve Etik Sorunlar. İçinde *LEMON Hemşirelikte Eğitim Materyali Dizisi*. DSÖ Avrupa Bölge Bürosu: Sağlık Bakanlığı -WHO Yayınları.
- Sarpkaya, D. & Vural, G. (2014). Hemşirelikte dört bilme yolunun jinekolojik muayenede kullanımı. *DEUHYO ED*, 7(2):124-127.
- Sönmez, V. (2008). *Bilim Felsefesi*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Şen, Z. (2012). *Bilim ve bilimsel araştırma ilkeleri*. İstanbul: Su Vakfı Yayınları.
- Terakye, G. & Ocağcı, F.A. (2013). *Etik Konulardan Seçmeler* (1.Baskı, sy. 3-20). İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.
- Yıldırım, A. (2013). Estetik bilme ve hemşirelik. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1):69-76.

DERLEME / REVIEW

Çocuk ve Adolesanlarda Obezite İlişkili Hipertansiyon Mekanizmaları

Obesity-Related Hypertension Mechanisms in Children and Adolescents

Gökçe YEGÜL GÜLNAR, Uzm. Dr.¹, Belde KASAP DEMİR, Prof. Dr.²

¹Çorlu Devlet Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Tekirdağ

²İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Kabul tarihi/Accepted: 30.01.2017

İletişim/Correspondence:

Belde KASAP DEMİR, İzmir Tepecik EAH, Çocuk Nefroloji Kliniği 35180, Yenışehir, İzmir

E-posta: beldekasap@gmail.com

Özet

Obezite ve hipertansiyon tüm dünyada çocuk ve adölesan yaş grubunda birbirine paralel olarak artmakta olan sağlık problemleridir. Burada, çocukluk ve adölesanlarda obezite ve hipertansiyon arasındaki ilişki gözden geçirilecek ve obezite ilişkili hipertansiyon mekanizmalarına değinilecektir.

Anahtar kelimeler: Çocuk, Adölesan, Obezite, Hipertansiyon.

Abstract

Obesity and hypertension are growing health problems in parallel to each other in children and adolescents all over the world. Here, the relationship between hypertension and obesity in children and adolescents will be reviewed and obesity-related hypertension mechanisms will be discussed.

Keywords: Children, Adolescents, Obesity, Hypertension.

Giriş

Obezite ve Hipertansiyon

Obezite, vücutta yağ dokusunun aşırı miktarda olması veya yağ miktarının vücut kütlelerine oranının artması olarak tanımlanabilir; genetik ve çevresel faktörlerin etkilediği kronik bir hastalıktır. Obezite, çocuk ve adölesanlarda giderek artmakta olan bir sağlık sorunudur (Donohoue, 2004). Dünya ülkelerine bakıldığında Kuzey ve Güney Amerika ve Batı Avrupa'da çocuk ve adölesanlarda obezite sıklığı %30 değerini aşarken; Doğu Avrupa, Rusya ve Çin'de bu oranın %15'in altında olduğu, ancak giderek artmakta olduğu görülmektedir (Janssen vd., 2005). Fazla kilonun metabolik ve kardiyovasküler sistem (KVS) üzerine olumsuz etkileri yetişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da görülmektedir. Obez çocuklardaki kan basıncı (KB) değerlerinin, erişkin dönemde görülebilecek KVS hastalık riskleri açısından önemli bir gösterge olduğu bildirilmektedir ("National Heart, Lung and Blood Institute", 2011).

Çocuklarda hipertansiyon (HT), ortalama sistolik ve/veya diyastolik KB'nin bir hafta ara ile en az üç ölçüm sonrası cinsiyet, yaş ve boya göre 95 persentil veya üzerinde olması şeklinde tanımlanmaktadır (Candan ve Çalışkan, 2005). Çocukluk çağında yaklaşık %1-5 oranında görüldüğü düşünülen HT'nin sıklığı son yıllarda hızla artış göstermektedir (Flynn vd., 2014). Hipertansiyon prevalansındaki artıştan sorumlu tutulan en önemli nedenlerden biri obezitedir. Beslenme alışkanlıklarındaki değişiklik (fazla kalorili, yağlı ve tuzlu yiyecek tüketimi), çevresel faktörler ve fiziksel aktivitedeki azalmaya bağlı olarak obezite prevalansı dünya genelinde artmakta; bu artış %16'lara varmak üzeredir (Sumboonnanonda, Chongcharoensuk ve Supavekin 2006.).

Çocuklarda obezite prevalansının artışı ile birlikte pedyatrik HT, epidemiyolojik bir sorun haline gelmektedir (Flynn vd., 2014; Sorof ve Daniels, 2002.). Hipertansiyon ve obezite için aile öyküsü ile bağımlı olarak esansiyel (primer) HT yaygınlaşmakta olup; epidemiyolojik olarak sekonder HT'den primer HT'ye kayma gözlenmektedir (Sorof, Lai, Turner, Poffenbarger ve Portman, 2004.; Sumboonnanonda vd., 2006). Esansiyel HT prevalansındaki artış ile vücut kitle indeksi (VKİ) artışı arasında anlamlı korelasyon olduğu saptanmıştır ("National high blood pressure education program working group on high blood pressure in children and adolescents", 2004)

Çocuk ve adölesanlarda obezite görülme sıklığı giderek artmaktadır.

Vücut kitle indeksi 90. persentil ve üzeri olan çocuklarda HT sıklığı 2,5-3,7 kat artmaktadır (Aghamohammadzadeh ve Heagerty, 2012; Kotsis, Stabouli, Papakatsika, Rizos ve Parati, 2010). Obez çocuklarda HT prevalansının %11-30 arasında değiştiğini bildiren çalışmalar mevcuttur (İbrahim ve Damasceno, 2012).

Obezite derecesini gösteren VKİ arttıkça ofis KB ölçümlerinde anlamlı artış saptanmaktadır. Vücut kitle indeksi değeri arttıkça, hastaların özellikle 24 saatlik sistolik ve gece sistolik KB (SKB) değerleri artmaktadır. Gece sistolik ve diyastolik yaşam içi kan basıncı (YİKBİ) ölçümleri metabolik sendromu olanlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmaktadır (Gilardini vd., 2008). Yetişkin çalışmalarında, obez olgularda ölçülen KB değerlerinin normotansif sınırlarda olsa da normal kilolulara göre daha yüksek

olduğu gösterilmiştir (Kotsis vd., 2010). Bu nedenle ofis KB ölçümleri normal olan obez olgulara da YİKBİ uygulanması önerilmektedir (Aguilar, Ostrow, De Luca ve Suarez, 2010; McCrindle, 2010). Ofis ölçümlerine göre normotansif olan obez olgulara YİKBİ uygulandığında; %32,6'sında gece SKB yüksekliği, %9,3'ünde gündüz SKB yüksekliği saptanmıştır. Obez çocuklarda insülin direnci indeksi (Homeostasis model of assesment-insülin resistance/ HOMA-IR) değerleri arttıkça gece sistolik YİKBİ değerleri artmaktadır. Bu nedenle obez olgular içinde insülin direnci olanların, KB yüksekliği ve özellikle gece KB ölçümleri açısından daha yakın izlenmesi önerilmektedir (Lurbe vd., 2008). Metabolik sendromlu hipertansif olgularda hipertansif retinopati, mikroalbüminüri sıklığı anlamlı olarak daha fazla olup, sol ventrikül kitlesinde ve myokardiyal kalınlık indeksindeki artış daha belirgindir (Mule vd., 2005).

Tüm bu nedenlerle obez çocukların HT açısından değerlendirilmesi önemlidir. Obez çocuklarda HT'ye neden olacak mekanizmalar aşağıda açıklanmaya çalışılmıştır.

Obezitede Hipertansiyon Mekanizmaları

Obezite ilişkili HT'ye neden olan mekanizmalar oldukça karışıktır ve hala tam olarak aydınlatılmamıştır (Kotsis vd., 2010). Obezitenin yol açtığı bazı klinik durumlar ve çoklu mekanizmalar KB'yi arttırmaktadır (Şekil 1).

Obezite ile ilişkili HT'nin patofizyolojisinde rol oynayan mekanizmalar arasında otonomik fonksiyon bozukluğu, yüksek insülin ve leptinin düzeyleri, vasküler yapı ve fonksiyonlarda değişiklikler, böbreklerde görülen değişiklikler ve renin anjiyotensin aldosteron sistemi (RAAS)'nin aktivasyonu, diyetle artmış fruktoz alımı, ürik asit (ÜA) yüksekliği sayılabilir. Tüm bu mekanizmalar arasında en önemlisinin otonomik fonksiyon bozuklukları olduğu düşünülmektedir (Awazu, 2009; Falkner vd., 2006).

Otonomik Fonksiyonlardaki Bozukluklar:

Sempatik sinir sisteminde hiperaktivite; kalp hızı (KH) ve KB değişkenliğinde artış gibi kardiyovasküler bulgularla plazma katekolamin düzeylerinde artış gibi nörohumoral bulgulara neden olmaktadır.

Uzun dönem sempatik sistem aktivasyona bağlı olarak ortaya çıkan periferik vazokonstrüksiyon ve renal tübüler

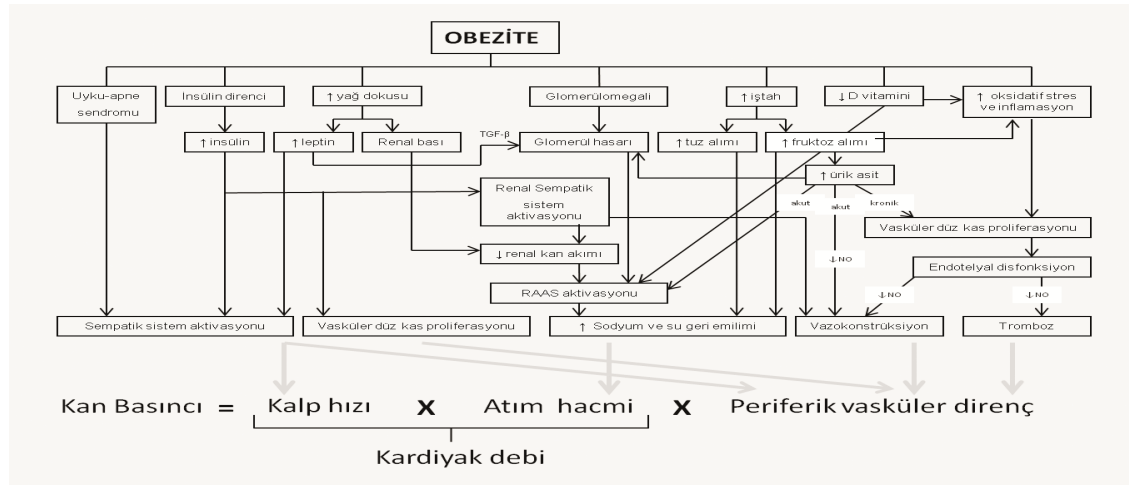
sodyum reabsorbsiyon artışı KB'de yükselmeye neden olur. Obez çocuklarda obez olmayan olgulara göre artmış KB ve KH değişkenliği gösterilmiştir (Becton, Shatat ve Flynn, 2012; Rabia vd., 2003). Bazı çalışmalarda obezitenin şiddeti ile hiperdinamik kardiyak durum arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Obez ve normal kilolu adolesan olgularda yapılan bir çalışmada normal kilolu normotansif grupta dinlenme sırasında KH'nin düşük, obez hipertansif grupta ise yüksek olduğu gözlenmiştir (Sorof, Poffenbarger, Franco, Bernard ve Portman, 2002). Obezitede gösterilen sempatik sistem aktivasyonuna eşlik eden sempatik ve parasempatik sistemlerin dengesindeki farklılıkların da otonom fonksiyon bozukluklarına neden olduğu düşünülmektedir. Parasempatik ve sempatik sistemlerin dengesindeki değişikliklerin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte; insülin, leptin gibi çeşitli hormonların etkilerine bağlı olabileceği düşünülmektedir (Rabia vd., 2003). Otonom sistem disfonksiyonun bir nedeninin de, hipotalamustaki iştah merkezi ile ilişkili olabileceği de düşünülmektedir. İştah artışı ve buna bağlı olarak fazla yemenin obezitenin temel nedeni olduğu düşünülmekte ve bu durum otonom disfonksiyonun hipotalamus kaynaklı olabileceğini desteklemektedir. (Yakıncı, Mungen ve Karabiber, 2000).

Hiperinsülinemi:

Obezite ile HT ilişkisi incelendiğinde göze çarpan en önemli hormonal patolojilerin başında insülin direnci ve hiperinsülinemi gelmektedir. Obez hipertansif hastalarda, insülinin karaciğer tarafından alınımının azalması sonucu hiperinsülinemi meydana gelir (Becton vd., 2012). Hiperinsülinemi, sempatik sinir sistem aktivasyonu ve vasküler düz kas proliferasyonu aracılığı ile total periferik direnci artırırken; renal sempatik sistem aktivasyonu ve aldosteron artışı üzerinden sodyum reabsorbsiyonunu, dolayısıyla plazma hacmini arttırmaktadır (Falkner vd., 2006; Sanad ve Gharib, 2011).

Hiperleptinemi:

Obezite ile ilişkili HT'den sorumlu diğer önemli hormonal patoloji ise hiperleptinemidir. Leptin, yağ dokudan salınan ve enerji harcanmasında düzenleyici olan bir peptiddir. Obezlerde leptin sinyalinde bir bozukluğa ya da leptin etkisine karşı oluşan dirence bağlı olarak serum leptin düzeyleri artmıştır (Becton vd., 2012; Kotsis vd., 2010). Artmış leptin seviyeleri ile bağıntılı olarak fazla kilolu ve



Şekil 1: Obezitede Hipertansiyon Mekanizmaları

obez hipertansif olgularda artmış KB ve KH seviyeleri görülmüştür. Leptin seviyesi yüksekliğinin sempatik sinir sistemi aktivasyonuna yol açtığı ve bu yolla KB yüksekliğine katkıda bulunduğu ileri sürülmektedir. Leptinin tüm bunların yanında intraglomerüler etkileri de mevcuttur. Mezangial hücrelerden tip-1 kollagen sentezini, glomerüler endotel hücrelerinden transforme edici büyüme faktörü β (TGF- β) ve tip 4 kollagen üretimini uyandır. Bu şekilde ekstraselüler matriks depolanması sonucu glomerüloskleroza ve sekonder fokal segmental glomerüloskleroza (FSGS)'a yol açabildiği bilinmektedir (Falkner vd., 2006).

Vasküler Yapı ve Fonksiyonlarda Değişiklikler:

Obezite bir çeşit vasküler ve sistemik inflamasyon durumudur (Becton vd., 2012). Bu inflamasyonun başlıca belirteçleri: insülin direnci, yüksek plazma leptin ve düşük adiponektin seviyeleri, artmış plazma glukoz ve serbest yağ asitleridir. Obezite bu etkileşimlerle endotele etki ederek proinflamatuvar ve protrombotik bir sürece yol açar ve HT gelişimine katkıda bulunur. Bazı çalışmalarda vasküler endotelial yapı değişikliklerinin HT etiolojisinde önemli rol oynadığı gösterilmiştir. (Kotsis vd., 2010). Endotel hücreleri, nitrik oksit (NO) ve endotelin gibi, damar duvarındaki düz kas hücreleri üzerinde vazodilatasyon ve vazokonstriksiyon yapan birçok lokal parakrin etkili madde salgılayarak HT patogenezinde aktif rol alır.

Normal koşullarda vasküler endotel kaynaklı NO vazodilatasyonu artırır ve endoteli inflamasyon ve trombosit agregasyonundan korur. İnsülin bağımlı fosfoinositol 3 kinaz aktivitesi endotelial NO sentetazın fosforilasyonunda ve NO üretiminde artışa yol açar. İnsülin direnci söz konusu olmadığında yemekten hemen sonra olan insülin yükselmesi ile prekapiller arteriyollerde dilatasyon olur ve dokulara besleyici madde akımı kolaylaştırılır. İnsülin direnci durumunda ise bu yol inhibe olur ve hiperinsülinemi, vazokonstriktör olan endotelin-1 seviyesini artırarak vazokonstriktör ve vazodilatör mekanizmalar arasında dengesizlik oluşturur (Kotsis vd., 2010). İnsülin direnci dışında NO biyoyararlanımını azaltan başlıca durumlar HT, obezite, dislipidemi, serbest yağ asitleri, hiperürisemidir. Nitrik oksit sentezi bu koşulların varlığında azalmakta ve bozulmaktadır. Nitrik asit sentezindeki bu değişiklik sonucunda süperoksit yolakları aktive olmakta ve kardiyometabolik bozukluklar da ortaya çıkmaktadır. Azalmış NO biyoyararlanımına bağlı olarak, NO temelli vazodilatasyonun yerini vazokonstriksiyon, inflamasyon ve aterogenez ile sonuçlanan patolojik yolaklar almaktadır. Esansiyel HT tanısı alan, obez olmayan çocuk hastalarda yapılmış bir çalışmada kontrol grubuna kıyasla hastaların nitrat düzeylerinin anlamlı olarak düşük olduğu saptanmış ve sistemik oksidatif stres varlığı kanıtlanmıştır (Levine, Punihale ve Levine, 2012).

Renal Değişiklikler:

Hipertansiyon gelişiminin en önemli nedenlerinden biri artmış sodyum reabsorpsiyonu ile birlikte volüm artışıdır. Kan basıncı arttığında, diürez artışı ile ekstraselüller sıvı ve venöz dönüşüm azalması sağlanmakta; kardiyak debinin azaltılması ile KB'nin düşmesi sağlanmaktadır. Kan basıncı düştüğü zaman ise su ve tuz tutularak KB normale getirilmeye çalışılmaktadır. Obezitenin erken dönemlerinde, glomerül hasarı ve nefron kaybı olmadan önce renal tübüler reabsorpsiyonun artması ile primer

sodyum retansiyonu görülmektedir. Artan sodyum reabsorpsiyonu natriürez yetersizliği oluşturmakta; sodyum alımı ve atılımı arasındaki denge KB artışı ile sağlanmaktadır (Aghamohammadzadeh ve Heagerty, 2012; Kotsis vd., 2010).

Obezitede artmış yağ dokusu direkt olarak böbreğe basıya yol açarak HT gelişimine katkıda bulunmaktadır. Bası ile interstisyel basınç artışı, medüller kan akımında azalma ve tübüler kompresyon sodyum emiliminde artışa yol açmaktadır (Falkner vd., 2006).

İnterstisyel hücre sayısı artışı ve lipidden zengin materyalin artışı, böbrek parankiminde hasarlanma ve böbreklerde büyümeye yol açmaktadır (Aghamohammadzadeh ve Heagerty, 2012; Kotsis vd., 2010). Primer histoloji, fibrozis ve glomerüler hyalinozis ile belirgin glomerülomegali ve FSGS şeklinde görülmektedir. Obezite ilişkili böbrek patolojilerinde %100 glomerülomegali görülmektedir. Renal sempatik aktivite artışı, RAAS aktivasyonu, renal sodyum reabsorpsiyon artışı, natriürez azalışı ve fiziksel kompresyon sonucu obez hastalarda HT ve son dönem böbrek bozukluklarına neden olabilen renal korteks ve medulla anormallikleri karşımıza çıkmaktadır (Hall, Hildebrandt ve Kuo, 2001).

Renin-Angiotensin-Aldosteron Sistemi'nin Aktivasyonu:

Renin-Angiotensin-Aldosteron Sistemi, tübüllerden sodyum geri alımında rol oynamaktadır. Obezite ilişkili HT'de başlıca rolü RAAS ve sempatik sinir sisteminin oynadığına inanılmaktadır (Falkner vd., 2006). Birçok çalışmada obezitede plazma renin aktivitesi, plazma anjiotensinojen aktivitesi, anjiotensin II ve aldosteron değerlerinde artış olduğu gösterilmiştir. Angiotensin II'nin böbreği etkileyerek KB'yi yükselttiği bilinse de SSS üzerinden de etkili olabildiği düşünülmektedir (Hall vd., 2001). Obezitedeki volüm ve tuz retansiyonuna rağmen RAAS aktivasyonundan sorumlu birçok faktör vardır. Böbrek etrafında ve renal medulladaki yağ birikimi nedeni ile intrarenal fiziksel güçler değişmekte, azalmış kan akımına yanıt olarak da renin sekresyonu artmaktadır (Becton vd., 2012). Bu değişiklikler obez olgularda sodyum geri alımını arttırmakta ve HT gelişmektedir.

Diyetteki Fruktoz Miktarı:

Fruktozun iştah arttırıcı etkileri konusunda farklı çalışmalar yapılmıştır. Yüksek miktarda fruktoz içeren mısır şuruplarının kullanıma girmesinin obezite epidemisine katkıda bulunduğu düşünülmektedir (Bantle, 2009; Bray, Nielsen ve Popkin, 2004). Yüksek fruktoz içeren diyetlerin hiperinsülinemi, insülin direnci, hipertrigliseridemi ve HT ile ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Günlük fruktoz tüketiminin 74 gramı geçmesi halinde adolesan ve erişkinlerde KB'de artış görülmektedir (Brown, Dulloo, Yepuri ve Montani, 2008). Yine adolesanlarda artan yüksek fruktoz içerikli mısır şurubu alımı ile SKB artışı ve ilişkili kardiyovasküler problemler arasında anlamlı ilişki gösterilmiştir (Khoury ve Mitsnefes, 2009). Fruktozun ÜA'yı artırarak, NO biyoyararlanımını azaltarak, oksidatif stresi arttırarak ve antioksidatif savunma mekanizmalarını azaltarak HT'ye neden olduğu düşünülmektedir (Teff vd., 2004). Sonuç olarak fruktozun obezite ilişkili HT'de önemli bir yeri olduğu görülmektedir.

Ürik Asit Yüksekliği:

Ürik asitin HT yapıcı etkisinin, insanlar ve hayvanlar üzerinde yapılan çeşitli çalışmalar sonucu, iki evrede olduğu gösterilmektedir. Geri dönüşlü olabilen erken evre, genellikle prehipertansif veya yeni HT tanısı alan hastalarda görülür. Ürik asit düzeyindeki artış, renin düzeyinde yükselme ve plazma NO düzeyinde düşme, hafif tübulointerstisyel zedelenme ve inflamasyon oluşumu yoluyla geri dönüşü olabilen sodyuma dirençli HT'ye neden olmaktadır. Bu evrede görülen HT, ÜA düşürücü ilaçlar veya RAAS blokajı ile tedavi edilebilir (Feig, Madero, Jalal, Sanchez-Lozada ve Johnson, 2013; Yanik ve Feig, 2013). Ancak serum ÜA yüksekliğinin devam etmesi durumunda, URAT1 kanalı ile vasküler düz kas hücrelerine giren ÜA, nükleer transkripsiyon faktörü, siklooksijenaz-2 (COX-2), trombosit kaynaklı büyüme faktörü (PDGF) ve bazı inflamatuvar proteinlerin salınımını artırarak (CRP, monosit kemoatraktan protein-1) böbrekte afferent arteriyollerde düz kas proliferasyonu ile sonuçlanan kalıcı değişikliklere neden olur ve geç evrede sodyuma duyarlı HT gelişir (Kanellis vd., 2003; Price vd., 2006). Bu evrede gelişmiş olan kalıcı değişiklikler serum ÜA düzeyi düşürülse bile düzeltilemez (Feig vd., 2013; Yanik ve Feig, 2013).

Serum ÜA düzeyinde artış HT, metabolik sendrom, koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalıklar ve böbrek hastalıkları ile ilişkilidir (Feig, Kang ve Johnson, 2008). Çocukluk çağında da yüksek ÜA düzeyleri obezite, metabolik sendrom ve HT ile ilişkili bulunmuştur. Ürik asit yüksekliği ile birlikte HT riskinde yaklaşık 1,6-2 kat artış bildirilmiştir. Hipertansif çocuk hastalarda yapılmış bir çalışmada, serum ÜA düzeylerinin böbrek fonksiyonundan bağımsız olarak SKB ve diyastolik KB (DKB) ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ürik asit düzeyindeki her 1 mg/dl artışın, SKB'de 14 mmHg, DKB'de 7 mmHg artış yaptığı belirtilmiştir (Feig vd., 2008). 1999-2006 yılları arasında Ulusal Sağlık ve Beslenmenin İncelemesi Tarama Çalışması (National Health and Nutrition Examination Survey/ NHANES)'nin yaptığı 12-17 yaş arası 6036 adolesan çalışmasında, ÜA <5,5 mg/dl olan bireyler ile >5,5 mg/dl olanlar karşılaştırıldığında HT oranı 2 kat fazla bulunmuştur (Loeffler, Navas-Acien, Brady, Miller ve Fadrowski, 2012). Allopurinol ve probenidisin gibi ÜA düşürücü ilaçların, hipertansif ve hiperürisemik çocuklarda yeni tedavi seçenekleri olarak kullanımı, yan etkileri nedeniyle kısıtlıdır. Hem anjiyotensin reseptör blokajı hem de hafif ürikozürik etkisi olan losartanın bu hasta grubunun tedavisinde kullanılması önerilmektedir (Feig vd., 2013; Yanik ve Feig, 2013). Ancak çocuklarda HT tedavisinde tek başına ÜA düşürücü ilaçların kullanımı henüz önerilmemektedir. Hiperinsülinemi gibi metabolik durumlar sodyum ve ürat emilimini artırarak ÜA yüksekliğine neden olmaktadır. Çocukluk çağında artan obezite insidansı da bu riskte artışa yol açmaktadır (Feig ve Johnson, 2007).

Bahsi geçen mekanizmalarla obezitenin HT'ye neden olduğu bilinmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Çocuk ve adolesanlarda obezitenin neden olduğu HT'de altta yatan nedenler çoklu ve karmaşıktır. Bu derlemede ilgili mekanizmalar ele alınmış ve şematik olarak gösterilmeye çalışılmıştır. Çocukluk çağında sıklıkla giderek artan obezitenin engellenmesinin, bahsi geçen

mekanizmalar üzerinden HT'yi de engelleyeceği açıktır. Bu nedenle çocuk ve adolesanların aldıkları besinlerin kalori, tuz ve fruktoz açısından kısıtlı tutulması, günlük fizik aktivitelerinin artırılması ile obez olmaları engelleneceği gibi hipertansif ve erişkin çağda kardiyovasküler problemleri bireyler olma riskleri de azalacaktır.

Bu mekanizmaların bilinmesi obezite kaynaklı HT'nin tanı ve tedavisine katkı sağlamaktadır.

Alana Katkı

Obezite ilişkili HT'nin oluşumunda rol alan etkenlerin bilinmesi yoluyla, bu hastalıkların çocuk ve adolesan yaş gruplarında tedavilerine yaklaşım kolaylığı sağlamaktadır. Bu derlemede, konuda biriken güncel veriler gözden geçirilmiş, tamamı şematik ve görsel olarak tek bir şekilde sunulmaya çalışılmıştır.

Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

- Aghamohammadzadeh, R., & Heagerty, A. M. (2012). Obesity-related hypertension: epidemiology, pathophysiology, treatments, and the contribution of perivascular adipose tissue. *Annals of Medicine*, 44, 74-84.
- Aguilar, A., Ostrow, V., De Luca, F., & Suarez, E. (2010). Elevated ambulatory blood pressure in a multi-ethnic population of obese children and adolescents. *Journal of Pediatrics*, 156(6), 930-935.
- Awazu, M. (Eds.). (2009). Hypertension. Pediatric Nephrology (6th. ed.), Berlin Heidelberg, Springer Verlag.
- Bantle, J. P. (2009). Dietary fructose and metabolic syndrome and diabetes. *Journal of Nutrition*, 139(6), 1263-1268.
- Becton, L. J., Shatat, I. F., & Flynn, J.T. (2012). Hypertension and obesity: Epidemiology, mechanisms and clinical approach. *Indian Journal of Pediatrics*, 79(8), 1056-1061.
- Bray, G. A., Nielsen, S. J., & Popkin, B. M. (2004). Consumption of high-fructose corn syrup in beverages may play a role in the epidemic of obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 79,537;80(4),1090.
- Brown, C. M., Dulloo, A. G., Yepuri, G., & Montani, J. P. (2008). Fructose ingestion acutely elevates blood pressure in healthy young humans. *American Journal of Physiology Regulatory, Integrative & Comparative*, 294(3), 730-737.
- Candan, C., & Çalışkan, S. (2005). Çocukluk çağında hipertansiyona yaklaşım: Derleme. *Türk Pediatri Arşivi*, 40, 15-22.
- Donohoue, P. A. (2004). Obesity. Nelson Textbook of Pediatrics (17, 173-77) Philadelphia: Saunders.
- Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents; National Heart, Lung and Blood Institute. Expert panel on integrated guidelines for cardiovascular health and risk reduction in children and adolescents: summary report. *Pediatrics*, 2011 128 Suppl 5, 213-256.
- Falkner, B., Gidding, S. S., Ramirez-Garnica, G., Wiltrout, S. A., West, D., Rappaport, E. B., et al. (2006). The relationship of body mass index and blood pressure in primary care pediatric patients. *Journal of Pediatrics*, 148, 195-200.
- Feig, D. I., & Johnson, R. J. (2007). The role of uric acid in pediatric hypertension. *Journal of Renal Nutrition*, 17(1), 79-83
- Feig, D. I., Kang, D. H., & Johnson, R. J. (2008). Uric acid and cardiovascular risk. *New England Journal of Medicine*, 359(17), 1811-1821.
- Feig, D. I., Madero, M., Jalal, D. I., Sanchez-Lozada, L. G., & Johnson, R. J., (2013). Uric acid and the origins of hypertension. *Journal of Pediatrics*, 162(5), 896-902.

- Flynn, J. T., Daniels, S. R., Hayman, L. L., Maahs, D. M., McCrindle, B. W., Johnson, R. J., et al. (2014). Ambulatory blood pressure monitoring in children and adolescents: A scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*, 63(5),1116-1135.
- França, D. S., Souza, A. L., Almeida, K. R., Dolabella, S. S., Martinelli, C., & Coelho, M. M. (2001). B vitamins induce an antinociceptive effect in the acetic acid and formaldehyde models of nociception in mice. *European Journal of Pharmacology*, 421,157-164.
- Gilardini, L., Parati, G., Sartorio, A., Mazzilli, G., Pontiggia, B., Invitti, C., et al. (2008). Sympathoadrenergic and metabolic factors are involved in ambulatory blood pressure rise in childhood obesity. *Journal of Human Hypertension*, 22(2), 75-82.
- Hall, J. E., Hildebrandt, D. A., & Kuo, J. (2001). Obesity hypertension: Role of leptin and sympathetic nervous system. *American Journal of Hypertension*, 14(6 Pt 2), 103-115.
- İbrahim, M. M., & Damasceno, A. (2012). Hypertension in developing countries. *Lancet*, 380(9841), 611-619.
- Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., Boyce, W. F., Vereecken, C., Mulvihill, C., Roberts, C. et al. (2005). Health behaviour in school-aged children obesity working group. Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obesity Review Journal*, 6(2),123-132.
- Kanellis, J., Watanabe, S., Li, J. H., Kang, D. H., Li, P., Nakagawa, T., et al. (2003). Uric acid stimulates monocyte chemoattractant protein-1 production in vascular smooth muscle cells via mitogen-activated protein kinase and cyclooxygenase-2. *Hypertension*, 41, 1287-1293.
- Khoury, P. R., & Mitsnefes, M. (2009). Age-specific reference intervals for indexed left ventricular mass in children. *Journal of American Society of Echocardiography*, 22, 709-714.
- Kotsis, V., Stabouli, S., Papakatsika, S., Rizos, Z., & Parati, G. (2010). Mechanisms of obesity-induced hypertension. *Hypertension Research*, 33(5), 386-393.
- Levine, A. B., Punihaole, D., & Levine, T. B. (2012). Characterization of the role of nitric oxide and its clinical applications. *Cardiology*, 122(1), 55-68.
- Loeffler, L. F., Navas-Acien, A., Brady, T. M., Miller, E. R., & Fadrowski, J. J. (2012). Uric acid level and elevated blood pressure in US adolescents: National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2006. *Hypertension*, 59(4), 811-817.
- Lurbe, E., Torro, I., Aguilar, F., Alvarez, J., Alcon, J., Pascual, J. M. et al. (2008) Added impact of obesity and insulin resistance in nocturnal blood pressure elevation in children and adolescents. *Hypertension*, 51(3), 635-641.
- McCrindle, B. W. (2010). Assessment and management of hypertension in children and adolescents. *Nature Reviews Cardiology*, 7(3), 155-163.
- Mule, G., Nardi, E., Cottone, S., Cusimano, P., Volpe, V., & Piazza, G., et al. (2005) Influence of metabolic syndrome on hypertension-related target organ damage. *Journal of Internal Medicine*, 257(6), 503-513.
- National high blood pressure education program working group on high blood pressure in children and adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics*, 2004 114, 555-576.
- Price, K., Sautin, Y., Long, D., Zhang, L., Miyazaki, H., Mu, W., et al. (2006). Human vascular smooth muscle cells express a urate transporter. *Journal of American Society Nephrology*, 17, 1791-1795.
- Rabia, F., Silke, B., Conterno, A., Grosso, T., De Vito, B., Rabbone, I., et al. (2003). Assessment of cardiac autonomic modulation during adolescent obesity. *Obesity Research*, 11, 541-548.
- Sanad, M., & Gharib, A. (2011). Evaluation of microalbuminuria in obese children and its relation to metabolic syndrome. *Pediatric Nephrology*, 3, 1931-1939.
- Sorof, J., & Daniels, S. (2002). Obesity hypertension in children. *Hypertension*, 40, 441-447.
- Sorof, J.M., Lai, D., Turner J., Poffenbarger, T., & Portman, R. J. (2004). Overweight, ethnicity, and the prevalence of hypertension in school-aged children. *Pediatrics*, 113, 475-482.
- Sorof, J. M., Poffenbarger, T., Franco, K., Bernard, L., & Portman R. J. (2002). Isolated systolic hypertension, obesity, and hyperkinetic hemodynamic states in children. *Journal of Pediatrics*, 140, 660-666.
- Sumboonnanonda, A., Chongcharoensuk, C., & Supavekin, S. (2006). Persistent hypertension in Thai children: Etiologies and outcome. *Journal of The Medical Association of Thailand*, 89 (2), 28-32.
- Teff, K. L., Elliott, S. S., Tschop, M., Kieffer, T. J., Rader, D., Heiman, M., et al. (2004). Dietary fructose reduces circulating insulin and leptin, attenuates postprandial suppression of ghrelin, and increases triglycerides. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89(6), 2963-2972.
- Yakinci, C., Mungen, B., & Karabiber, H. (2000). Autonomic nervous system functions in obese children. *Brain & Development*, 22, 151-153.
- Yanik, M., & Feig, D.I. (2013) Serum urate: A biomarker or treatment target in pediatric hypertension?. *Current Opinion in Cardiology*, 28(4), 433-438.

OLGU SUNUMU / CASE REPORT

Hemiplejik Bir Hastada Heterotopik Ossifikasyon: Olgu Sunumu

Heterotopic Ossification in a Patient with Hemiplegia: Case Report

Senem Şaş, Uzm.Dr.,¹ Asuman Kilitci Uzm.Dr.,²¹Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Kırşehir, Türkiye²Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, Kırşehir, Türkiye

Kabul tarihi/Accepted: 10.02.2017

İletişim/Correspondence:

Senem ŞAŞ, Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Kervansaray Mah. 2019 sok. No.1 Kırşehir, Türkiye

E-posta: senemsas@gmail.com.

Özet

Heterotopik ossifikasyon, normalde olmaması gereken dokuda yeni kemik oluşumu ile karakterize klinik bir durumdur. Heterotopik ossifikasyon, omurilik yaralanmaları, travma ve artroplasti operasyonlarından sonra oldukça sık, ancak hemipleji sonrası nadir görülmektedir. Bu olgu sunumunda intraserebral hemoraji sonrası sağ kalçada heterotopik ossifikasyon gelişen bir erkek hasta güncel literatür eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Hemipleji, Heterotopik ossifikasyon, Rehabilitasyon.**Abstract**

Heterotopic ossification is a clinic condition characterized by formation of a new bone in tissues that do not ossify under normal situation. Heterotopic ossification is frequently observed after spinal cord injury, trauma and arthroplastic operation, however, it is rare in patients with hemiplegia. In this case report, a male patient who developed heterotopic ossification in his right hip following intraserebral hemorrhagic stroke was presented under the current literature.

Keywords: Hemiplegia, Heterotopic ossification, Rehabilitation.**Giriş**

Heterotopik ossifikasyon (HO), normalde olmaması gereken dokuda yeni kemik oluşumu ile karakterize klinik bir durumdur. HO ilk kez 1918 yılında I. Dünya Savaşı sırasında Dejerine ve Ceillier tarafından, "paraosteoartropati" olarak tanımlandı (Pittenger, 1991). Daha sonra HO nörojenik ossifikasyon, ektopik ossifikasyon, miyozitis ossifikans olarak da adlandırılmıştır. HO hemiplejik ekstremitelerde nadir olarak (%0.5-1.2) görülmektedir (Varghese, Williams, Desmet & Redford, 1991). Bunlar, nörojenik, travmatik ve miyozitis ossifikans olarak üç gruba ayrılabilir. Nörojenik HO; travmatik beyin yaralanması, omurilik yaralanması ve serebrovasküler hadiselerde sık görülürken travmatik HO; femur, asetabulum kırıkları ve artroplasti operasyonlarından sonra meydana gelmektedir (Pittenger, 1991; Aygün & Çelik, 2000). Son olarak, miyozitis ossifikans progresiva ise otozomal dominant olarak geçen kalıtsal bir hastalıktır (Pittenger, 1991; Demir, Karahan, Aydın & Köseoğlu, 2001).

HO eklem çevresinde yumuşak dokuda oluşan patolojik kemik dokusu olarak tanımlanmıştır. HO, travma, fibrodispazi ossifikans progressiva, progresif osseöz heteroplazi ve Albright herediter osteodistrofi gibi genetik mutasyonların sonucu oluşabilir. Daha yaygın genetik olmayan nedenleri yüksek etkili yaralanma ve kalça artroplastisi gibi nedenlerdir. Epidemiyolojik çalışmalar, HO'un travmayı takiben kırıklarda %12-25 oranında, travmatik omurilik yaralanmaları sonrası %60 oranında görüldüğünü göstermektedir (Convente, Wang, Pignolo, Kaplan & Shore, 2015).

Hemiplejik hastalarda HO gelişimi ile ilgili az sayıda yayın bulunmaktadır. HO'nun çeşitli nedenleri vardır. Bu yazıda, 59 yaşında intraserebral hemoraji sonrası heterotopik ossifikasyon gelişen bir erkek hasta sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

59 yaşında erkek hasta, 3 ay önce geçirilmiş hemorajik serebrovasküler olay sonucu gelişen sağ hemipleji nedeni ile Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon servisine rehabilitasyon amacı ile yatırıldı. Hastanın rehabilitasyon merkezine yatmadan önce 45-50 gün yoğun bakım ünitesinde Nöroşirurji tarafından takip edildiği ve bu süre boyunca ve taburculuk sırasında rehabilitasyon programı almadığı öğrenildi. Hasta destekle oturabiliyordu, ayakta denge ve ambulasyonu yoktu. Ayrıca, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı idi. Sağ üst ekstremitede Brunnstrom (BS) evre 1, sağ el BS evre 1, alt ekstremitede BS evre 2 idi. Modifiye Ashworth skalasına göre kalça addüktörlerinde ve gastroknemius kasında 1. derece spastisite tespit edildi (Dewald, 1987; Bohannon & Smith, 1987). Hastanın Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümünden aldığı puan 115/126 olarak hesaplandı (Küçükdeveci, Yavuzer, Elhan, Sonel & Tennant, 2001). Hastanın sağ ekstremitesinde derin tendon refleksleri hiperaktif, patolojik refleksler (Babinski & Hofmann) pozitif bulundu. Yüzeysel ve derin duyu azalmış olarak değerlendirildi. Yapılan eklem muayenesinde ısı artışına ve şişliğine rastlanmadı. Sağ kalça hareketleri ileri düzeyde ağırlı ve limitliydi. Sağda FABER (Fleksiyon, abduksiyon, eksternal rotasyon) testi pozitifti. Klinik gonyometre ile değerlendirilen eklem hareket açıklığı sağ

kalça fleksiyonu için 30°, abduksiyonu için 15°, bulundu. Serum alkalen fosfataz düzeyi (ALP) 264 IU/L (30-120), kalsiyum düzeyi 9.4 mg/dL (8.8-10.6), fosfat düzeyi 5.4 mg/dL (2.5-4.5) olarak ölçüldü.

Eritrosit sedimentasyon hızı 67 mm/saat, CRP 1.6 (0-0.5) ve normal değer in üstünde idi. İdrar kültürü ve tam idrar tetkikinde (TİT) herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Hastanın takiplerinde sağ kalçadaki ağrısının devam etmesi üzerine ön-arka pelvis radyografisi çekildi ve sağ kalça eklemi çevresinde kalsifiye HO gözlemlendi (Şekil 1).



Şekil 1. Olgunun pelvis grafisi

Çekilen ön-arka pelvis radyografisinde kalça eklemine osteopeni tespit edilmesi üzerine kemik mineral yoğunluğu (KMY) ölçüldü. KMY'de L1-L4 T skoru-2.4 femur boynu T skoru -0.8 olarak tespit edilmesi üzerine hastaya alendronat 70 mg/hafta, 1200 mg kalsiyum ve 880 IU D3 vitamini başlandı. Hastaya 150 mg/gün indometazin başlandı. Sağ kalça eklemine yönelik eklem hareket açıklığı egzersizlerine ve nörolojik rehabilitasyona yönelik egzersizlere devam edildi. İndometazin tedavisine başlandıktan iki hafta sonra hastanın sağ kalçasındaki ağrı azaldı. Sağ kalçanın fleksiyonu goniometrik olarak 60°, abduksiyonu 30° olarak saptandı. Hasta desteksiz oturma ve paralel barda KAFO (diz-ayak bileği-ayak ortezi) ile ayakta durma dengesi kazandı. Takiplerinde yürüteç ile ambule hale gelen hasta ev egzersiz programı ile iki aylık rehabilitasyon programının ardından taburcu edildi. Taburculuktan üç ay sonraki kontrolde sağ üst ekstremitte BS evre 2, el BS evre 2, alt ekstremitte BS evre 4 idi. Ayrıca, tek bastonla kısa mesafelerde ambule olduğu gözlemlendi. Kalça ağrısının kalmadığı öğrenildi. Olgudan bu yayın için bilgilendirilmiş olur alındı.

Tartışma

Heterotopik ossifikasyon eklem çevresinde yumuşak dokuda oluşan patolojik kemik dokusu olarak tanımlanmıştır. HO, travma, fibrodispazi ossifikans progressiva, progresif osseöz heteroplazi ve Albright herediter osteodistrofi gibi genetik mutasyonların sonucu oluşabilir. Daha yaygın genetik olmayan nedenleri yüksek etkili yaralanma ve kalça artroplastisi gibi nedenlerdir. HO paralizili ekstremitelerde ve hasarlı nörolojik seviyenin altında tek veya çift taraflı olarak meydana gelebilir (Varghese, Williams, Desmet & Redford, 1991; Subbarao & Garrison, 1999; Goodman, Merkel & Perlmutter, 1997). HO'nun sıklıkla (%89) spastik ekstremitelerde nörolojik seviye ile

ilişkili olarak arttığı bildirilmiştir (Garland, Blum & Waters, 1980). Olgumuzda hemiparetik ekstremitelerde uzun süreli immobilizasyon ve spastisite ile ilişkili olarak HO oluştuğu düşünüldü.

Heterotopik ossifikasyonun lokal metabolik, vasküler, genetik ve biyokimyasal faktörler ile henüz belirlenmemiş sistemik faktörler arasındaki etkileşime bağlı olarak indüklenen mezenkimal hücrelerin metaplazik bir cevabından kaynaklanabileceği öne sürülmektedir (Jensen, Halar, Little & Brook, 1987). HO'da hem doğal hem de akiz immunité rol oynamaktadır. C3a ve C5a kompleman faktörlerinde osteoklast formasyonunu düzenlediği ve osteoblastların IL-1 β ve kompleman C3 ve C5'in eksikliğinin kallus formasyonu ve kırık tamirinde yeni kemik oluşumunu bozmasıyla osteoblastlar da inflamatuvar yanıtta katkıda bulunurlar. Makrofaj ve mast hücrelerin blokajı da HO volümünü azaltabilir. Proinflamatuvar sitokinlerin ve kemokinlerin non genetik HO'da arttığı gösterilmiştir. IL-6, IL-10, IL-13 seviyesinin blast yaralanmalı HO'da arttığı gösterilmiştir. Interferon-gamma (IFN- γ) da artmıştır. In vitro çalışmalar, T hücre ve human mezenkimal stromal hücrelerin (hMSC) kültürü bir grup sitokin (TNF- α , TGF- β , IFN- γ ve IL-17) hMSC'leri indükleyerek farklılaştığı ve mineralizasyon geliştiğini göstermiştir (Convente, Wang, Pignolo, Kaplan & Shore, 2015). Heterotopik kemik formasyonu genellikle cerrahi ve nörolojik hasar sonrası iki haftada başlamakta, 2 ile 3 ay arasında tamamlanmaktadır. Ancak daha sonraki dönemlerde de oluşabilir (Hajek, 1987).

HO başlangıç bulgusu spesifik değildir. Etkilenen tarafta şişlik, ısı artışı, kızarıklık, ağrı ve eklem hareketlerinde kısıtlılık en erken görülen bulgulardır. HO'un en sık semptomu ağrıdır (Garland, 1991). Ayırıcı tanıda enfeksiyon, derin ven trombozu, septik artritis, hemartroz, kırık, osteomyelit ve erken dönem bası yaraları düşünülmalıdır (Snoecx, De Muynck & Van Laere, 1995). Klinik semptom ve bulgular ortaya çıkmadan önce laboratuvar ve radyolojik inceleme tanıya faydalı olabilir. Yaralanmadan yaklaşık iki hafta sonra serum kalsiyum düzeyinde geçici bir düşmeyi takiben serum ALP seviyesinde akut bir yükselme gözlemlenebilir (Pittenger, 1991; Varghese, Williams, Desmet, & Redford, 1991; Garland & Orwin, 1989).

HO direkt grafi, ile iki hafta sonra görünür hale gelmektedir (Varghese, Williams, Desmet, Redford, 1991). Olgumuzda da tanı direkt grafi ile konmuştur. Ancak, HO'un erken tanısında, takibinde ve kemik maturasyonunun değerlendirilmesinde üç fazlı kemik sintigrafisi çok değerlidir (Subbarao & Garrison, 1999; Goodman, Merkel, Perlmutter et al, 1997; Snoecx, De Muynck & Van Laere, 1995). Olgumuzda ALP yüksekliği ve direkt grafi bulguları HO tanısını desteklemiştir.

HO, oluşumunun önlenmesi için nörolojik bozukluğu olan hastalarda eklem hareket açıklığı korunmalı, bası yarası oluşumu önlenmeye çalışılmalıdır. HO, tedavisi palyatifdir. Eklem hareket açıklık egzersizleri, ilaç tedavisi [etidronat, steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar (SOAİİ)], radyasyon tedavisi ve matür kemik dokunun cerrahi eksizyonunu içerir (Keleş, Ordu, Aydın & Akyüz, 2002).

Heterotopik ossifikasyonda güncel tedavi immun sistemi hedef almaktadır. Monosit ve makrofaj blokajı sonrası HO'un volumünün azaldığı ve HO gelişimini önlemede yardımcı olduğu gösterilmiştir. Mast hücre degranülasyonunu

inhibe eden cromoloy'nin hayvan modelinde HO'un kemik formasyonunu azalttığı gösterilmiştir. Başka bir tedavi ajanı olarak c-kit tyrozine kinaz inhibitörü imatinib hayvan modelinde HO'u azalttığı gösterilmiştir. TNF- α , interleokinin ailesi ve diğer proinflamatuvar faktörleri içine alan biyolojik tedaviler HO tedavisinde yararlı olabilir; ancak olası yan etkiler nedeniyle bu tedaviden kaçınılmaktadır (Convente, Wang, Pignolo, Kaplan & Shore, 2015).

Paralitik ekstremitede güç uygulanarak yapılan pasif hareketlerin hayvan çalışmalarında hem HO oluşumuna hem de heterotopik kemikte çözülmeye yol açtığı gösterilmiştir (Izumi, 1983; Daud, Sett, Burr & Silver, 1993). Bununla birlikte, Daud ve ark. paralizisi ekstremitede yapılan kontrollü ve optimum pasif hareketlerin HO gelişme riskini azalttığını göstermişlerdir ve eklem hareket açıklık egzersizlerinin kontrollü yapılması gerektiği sonucuna varılmışlardır (Daud, Sett, Burr & Silver, 1993). Bu kapsamda, bizim vakamızda da rehabilitasyon süreci boyunca kontrollü pasif eklem hareketleri uygulanmıştır.

HO'nun erken dönem tedavisinde ve profilaksisinde bifosfanat tedavisinin özellikle de etidronat'ın faydalı olduğu gösterilmiştir. Bifosfanat tedavisinin kemik mineralizasyonunu önlemediği ancak geciktirdiği bildirilmiştir (Thomas & Amatuts, 1985). HO oluşumunda osteojenik özellik gösteren mezenkimal hücreler osteoid matriksi oluşturmakta, sonrasında kristal depolanması ve matriks mineralizasyonu başlamaktadır (Thomas & Amatuts, 1985). Profilaksi için etkinliği ve güvenliği araştırılmış ilaç indometazindir. İndometazin inflamasyonu ve mezenkimal hücre proliferasyonunu inhibe eder (Pittenger, 1991; Kjaersgaard-Andersen & Schmidt, 1991). HO maturasyonu tamamladıktan sonra cerrahi eksizyon uygulanabilir. Olgumuzda Alendronat 70 mg/hafta ve indometazin 150 mg/gün başlandı. Rehabilitasyon süreci ile desteklenen olgumuzun tedavi ve takip sürecinde komplikasyon yaşanmadı ve hedeflenen fonksiyonel sonuca ulaşıldı.

Sonuç

Nörolojik hastalıkta etkilenen ekstremitede eklem ağrısı varlığında HO düşünülmelidir. Medikal tedavi ve uygun rehabilitasyon yaklaşımları HO tedavisinde önem arz etmektedir. Erken tanı uygun tedavi prosedürlerinin seçimi için önemlidir.

Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdi/ayni yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Teşekkür

Bu yazıda verdiği destekten ötürü Yrd. Doç. Dr. Hatice Sinem Şaş'a teşekkür ederiz.

Kaynaklar

- Aygün, İ., & Çelik, C.(2000). Spinal Kord yaralanmalı Hastalarda Heterotopik Ossifikasyon. *Fiziksel Tıp*, 3, 91-94.
- Bohannon, RW. & Smith, MB. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Phys Ther*, 67, 206-207.
- Convente, MR., Wang, H., Pignolo, RJ., Kaplan, FS. & Shore, EM. (2015). The immunological contribution to heterotopic ossification disorders. *Curr Osteoporos Rep*, 13, 116-124.

- Daud, O., Sett, P., Burr, RG. & Silver, JR. (1993). The relationship of heterotopic ossification to passive movements in paraplegic patients. *Disabil Rehabil*, 15, 114-8.
- Demir, S.Ö., Karahan, G., Aydın, G., & Köseoğlu, F. (2001). Fibrodisplazi (Miyozitis) Ossifikans Progresiva: İki olgu sunumu. *Romatizma*, 6, 164-168.
- Dewald JP. (1987). Sensorimotor neurophysiology and the basic of neurofacilitation therapeutic techniques. *Stroke Rehabilitation*. Baltimore: Williams&Wilkins.
- Garland, D., Blum, C. & Waters, RL. (1980). Periarticular heterotopic ossification in head injured adults. Incidence and localisation. *J Bone Joint Surg Am*, 62, 1143-1146.
- Garland, DE & Orwin, JF. (1989). Resection of heterotopic ossification in patients with spinal cord injuries. *Clin Orthop Rel Res*, 242, 169-176.
- Garland, DE. (1991). A clinical perspective on common forms of acquired heterotopic ossification. *Clin Orthop Relat Res*, 263, 13-29.
- Goodman, TA., Merkel, PA., Perlmutter, G. et al. (1997). Heterotopic ossification in the setting of neuromuscular blockade. *Arthritis Rheum*, 40, 1619-1627.
- Hajek, VE. (1987). Heterotopic ossification in hemiplegia following stroke. *Arch Phys Med Rehabil*, 68, 313-314.
- Izumi, K. (1983). Study of ectopic bone formation in experimental spinal cord injured rabbits. *Paraplegia*, 21, 351-363.
- Jensen, LL., Halar, E., Little, JW. & Brooke MM. (1987). Neurogenic heterotopic ossification. *Am J Phys Med*, 66, 351-363.
- Keleş, İ., Ordu, NK., Aydın, G. & Akyüz, M. (2002). İnme sonrası gelişen heterotopik ossifikasyon: iki olgu sunumu ve literatür incelemesi. *Romatol Tib Rehab*, 13, 51-55.
- Kjaersgaard-Andersen, P. & Schmidt, SA.(1991). Total hip arthroplasty. The role of antiinflammatory medications in the prevention of heterotopic ossification. *Clin Orthop Relat Res*, 263, 78-86.
- Küçükdeveci, AA., Yavuzer, G., Elhan, AH., Sonel, B. & Tennant A. (2001). Adaptation of the functional independence measure for use in Turkey. *Clin Rehab*, 15, 311-319.
- Pittenger, D.E. (1991). Heterotopic ossification. *Orthop Rev*, 20, 33-39
- Snoecx, M., De Muynck, M. & Van Laere, M. (1995). Association between muscle trauma and heterotopic ossification in spinal cord injured patients: reflections on their causal relationship and diagnostic value of ultrasonography. *Paraplegia*, 33, 464-468.
- Subbarao, JV. & Garrison, SJ. (1999). Heterotopic ossification: Diagnosis and management, current concept and controversies. *J Spinal Cord Med*, 22, 273-283.
- Thomas, BJ. & Amatuts, HC. (1985). Results of the administration of diphosphonate for the prevention of heterotopic ossification after total hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am*, 67, 400-403.
- Varghese, G., Williams, K., Desmet, A., & Redford, JB. (1991). Non articular complication of heterotopic ossification: a clinical review. *Arch Phys Med Rehabil*, 72, 1009-1013.

İKÇÜ'LÜ SAĞLIK NEFERLERİ KEP ATTI

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, ÜÇÜNCÜ DÖNEM
MEZUNLARINI SAĞLIK SEKTÖRÜNE COŞKUyla UĞURLADI

Dört yıllık emeğin sonunda diploma almaya hak kazanan 330 genç sağlıkçı, sevinçlerini aileleri ile paylaştı. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Bumin Nuri Dünder'in ev sahipliğinde düzenlenen törene, Rektör Prof. Dr. Galip Akhan, Rektör Yardımcısı Prof. Dr. Turan Gökçe, Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Mehmet Tokaç, Diş Hekimliği Fakültesi Dekanı Prof. Dr. İrfan



Karadede, Eczacılık Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Tijen Kaya Temiz, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Ertuğrul Deliktaş, İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticisi Doç. Dr. Hurşit Apa, İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Dr. Zehra Gençel Efe ile çok sayıda akademisyen ve konuk katıldı. Mezunlara seslenen Rektör Prof. Dr. Akhan, İKÇÜ hemşirelik programında bu yıl üçüncü mezuniyet heyecanını yaşarken, KHK ile İKÇÜ'ye geçiş yapan Fizyoterapi ve Sosyal Hizmetler Bölümlerinde ilk mezunların verildiğini ifade etti.



“MEZUNLARIMIZ ÖVGÜyle ANILIYOR”

İKÇÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi'nden mezun olmanın sektörde artık bir tercih sebebi haline geldiğini kaydeden Prof. Dr. Akhan, “Geçtiğimiz yıllara göz attığımızda, 300'e yakın mezun verdiğimiz hemşirelik bölümümüzde yarımından fazla gencimiz kamuda çalışmaya başladı. Bizler, tüm mezunlarımızın çalıştıkları kurumlardan gelen olumlu yansımalarla mutlu oluyoruz. İKÇÜ mezunu olmak artık tercih sebebi haline geldi. Bu başarıda imzası olan her biri ulusal ve uluslararası anlamda alanlarında en iyi olan öğretim üyesi ve öğretim elemanı arkadaşlarıma ve tüm fakülte çalışanlarına teşekkürlerimi iletiyorum” dedi.

“ALİNERİNİZİN PARASAL KARŞILIĞI YOK”

Sağlık hizmetinin parasal değeri olmadığını vurgulayan Prof. Dr. Akhan, meslek sevgisinin her şeyden önce geldiğini belirtti. Prof. Dr. Akhan, “İnsanı sevmeden bu mesleği yapmanız mümkün değil. Her hasta; sırf insan olduğu için, insanlık onuru için saygıyı gerektirir. Hastalarınızla aranızda, mesleğinizden başka bir şey koymayın. Önyargısız ve tüm insanlara karşı eşit mesafede durun. Din, dil, ırk, siyasi görüş ayrılığı gibi unsurlar sizi görevinizi yapmaktan alıkoymasın.” diye konuştu.

“EN MODERN SİMÜLASYON MERKEZİ İKÇÜ'DE AÇILACAK”

Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Bumin Nuri Dünder, sağlık ordusunun vazgeçilmez öğeleri hemşire, fizyoterapist ve sosyal hizmet uzmanı 330 genci sektöre kazandırmanın mutluluğunu paylaştıklarını vurguladı. Prof. Dr. Dünder; eğitim gücüne güç katacak ve İzmir'de tek olacak Türkiye'nin en modern simülasyon merkezlerinden birinin, yakında İKÇÜ bünyesinde açılacağını müjdesini de verdi.



“GÜLER YÜZLÜ OLUN”

Gençlere önemli tavsiyelerde de bulunan Dekan Prof. Dr. Dündar, “Çalışma hayatınızda fedakarlık, empati, hasta haklarına saygı, güler yüz, dürüstlük, liyakat, mükemmeliyetçilik, ekip ruhu ana prensipleriniz olsun. Asla ve asla aklınızı ve vicdanınızı kimseye esir etmeyin. Bu vesile ile tarihimize adını altın harflerle yazdıran, kahramanca hizmet veren, gazilik ve şehitlik mertebesine ulaşan sağlık çalışanlarımız başta olmak üzere tüm gazi ve şehitlerimizi rahmetle anıyorum.” diye konuştu.



BAŞARILI MEZUNLARA ÖDÜL

Mezuniyet kütüğüne ismini çakan fakülte birincisi Hemşirelik bölümü öğrencisi Gülay Karatay da yaptığı konuşmada; eğitim açısından dolu dolu geçen dört yılın ardından mezun olmanın haklı gururunu paylaştıklarını söyledi. Karatay ile fakülte ikincisi Gökşen Polat ve fakülte üçüncüsü Emire Tüfekçi'ye Türk Hemşireler Derneği ile Acil Hemşireleri Derneği adına hediye takdiminde bulunan Dekan Yardımcısı Hemşirelik Bölüm Başkanı Doç. Dr. Yasemin Tokem ayrıca İzmir Kâtip Çelebi, Ege ve Dokuz Eylül Üniversiteleri'nin Hemşirelik bölümlerinin katılımıyla gerçekleştirilen “Hemşire Öğrenciler Yarışıyor” Bilgi Yarışmasında birinci olan Cüneyt Şen, Merve Günbaş, Gülşah Uzundağ, Yusuf Gazel Aynacı ve Bahar Elvan'dan oluşan İKÇÜ takımına ödül ve madalyalarını vererek tebrik etti.

KEPLER ATILDI

Eğitmen İsmail Kasap ve Çağlar Nakışlı yönetimindeki İzmir Dans Akademisi Kültür ve Sanat Topluluğunun sergilediği zeybek gösterisi beğeni toplarken; salonu dolduran İKÇÜ Ailesi, Fizyoterapi ve Rehberlik Bölümü mezunlarından oluşan müzik grubunun seslendirdiği şarkılarla coştı. Genç sağlıkçılar hep bir ağızdan meslek andını içip kep atarak, İKÇÜ'LÜ birer sağlık neferi olarak camiaya ilk adımlarını attı.



İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

HEMŞİRE ÖĞRENCİLER YARIŞIYOR



Hemşirelik haftası nedeniyle düzenlenen üniversiteler arası bilgi yarışmasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğrencileri birinci oldu. Öğrencilerimizi tebrik ediyor, başarılarının devamını diliyoruz.



**İZMİR
PEDIATRİ .org**

Çocuk Sağlığında İzmir'in Sesi



twitter @izmirpediatri

ULUSLARARASI SAĞLIKLI BESLENME KONGRESİ

GASTROİNTESTİNAL HASTALIKLAR



İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Ege Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümleri ve Türkiye Diyetisyenler Derneği İzmir Temsilciliği olarak, hastalara hastalıklarıyla daha iyi baş etme becerisi kazandırmak, yaşam kalitesini yükseltmek, gastrointestinal hastalıklarda diyetisyenlerin ve sağlık profesyonellerinin tedavi edici rollerini arttırmak hedefleriyle, İzmir'in Beslenme ve Diyetetik alanındaki ilk kapsamlı programını hazırlamış bulunmaktayız.

"Uluslararası Sağlıklı Beslenme Kongresi: Gastrointestinal Hastalıklar" gastrointestinal hastalıklar, tıbbi beslenme tedavileri, gastrointestinal sağlık ile ilgili güncel ve yeni konuları tartışırken; gastrointestinal sistem üzerine stresin etkisinden sirkadiyen ritmin gücüne, konstipasyon ve laktöz intoleransı gibi sık görülen sorunlardan bariatrik cerrahiye, klasik tedavi yöntemlerinden fekal transplantasyon gibi yeni yaklaşımlara, bebeklikten yaşlılığa diyetle geçen uzun yaşamda mikrobiyotadan vitaminlerin rollerine kapsamlı bir bakış açısı sunacak şekilde hazırlandı.

Sizleri "Uluslararası Sağlıklı Beslenme Kongresi: Gastrointestinal Hastalıklar"da, Ege'nin incisi, kendisiyle barışık ve sıcak insanların sıcak şehri olan İzmir'de ağırlamaktan dolayı mutluluk duyacağız.

AYRINTILI BİLGİ İÇİN: <http://healthynutr2017.com/>

SAĞLIKLI BÜYÜYEN ÇOCUK SEMPOZYUMU-3

(ÇEVRE VE ÇOCUK SAĞLIĞI)

7-8 ARALIK 2017



SEKRETERYA

Doç. Dr. Pınar Gençpınar
Başasistan Uzm. Dr. Kayı Eliaçık

İLETİŞİM

e-mail: izmirpediatri@gmail.com

[İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ MERKEZİ KONFERANS SALONU] – Balatçık/Çiğli / İZMİR

www.izmirpediatri.org/sempozyum



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

www.buyuyencocuk.org

Organizasyon **sinajans**

bilgi@sinajans.com.tr

Tel: 0 [232] 433 55 00

İKÇÜSBFD

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DERGİSİ
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ UNIVERSITY FACULTY OF HEALTH SCIENCES JOURNAL

EDİTÖRDEN

Bumin Nuri DÜNDAR

ARAŞTIRMALAR

Bronkopnömoni Nedeniyle Hastaneye Yatan Çocukların Annelerinin Öz-yeterliliklerinin İncelenmesi

Investigation of the Mother's Self-Efficacy of the Hospitalized Children Due to Bronchopneumonia
Naciye CANTİLAV, Eda ABUT, Esra ARDAHAN, Beste ÖZGÜVEN ÖZTORNACI, Hatice YILDIRIM SARI

1-5

Kronik Nörolojik Hastalıklı Çocuk Sahibi Olan Annelerin Ruhsal Belirti Düzeylerinin ve Baş Edebilme Becerilerinin İncelenmesi

The Investigation of Psychological Symptom Levels and Coping Styles of Mothers Who Have a Child with Chronic Neurologic Disease
Pınar ARICAN, Hilal YALÇIN, Şenay DEMİR, Meltem ÜNLÜ, Özge BEZGİN, Dilek ÇAVUŞOĞLU,
Pınar GENÇPINAR, Nihal OLGAÇ DÜNDAR

7-11

Evde Yaşayan Genç Yaşlıların İlaç Yönetimi, Ev İçi Düzenlemeleri, Egzersiz Alışkanlıkları ve Yaşam Kalitesi ile Düşme Risk Düzeylerinin Belirlenmesi: Pilot Çalışma

Determination of Fall Risk Levels by Drug Management, Household Regulations, Exercise Habits and Quality of Life in Young Community-Dwelling Seniors: Pilot Study
Seçil GÜLHAN GÜNER, Nesrin NURAL, Arzu ERDEN

13-19

Hemşirelerin Çalışma Ortamı Yaşam Kaliteleri ve Etik Duyarlılıkları

Quality of Work Life and Ethical Sensitivity of Nurses
Sevban ARSLAN, Seçil TAYLAN, Ebru GÖZÜYEŞİL

21-26

DERLEMELER

İrritabl Barsak Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesi

Quality of Life in Patient with Irritable Bowel Syndrome
Serap PARLAR KILIÇ, Nimet OVAYOLU, Mehmet KORUK

27-32

Hemşirelikte Bilme Becerisi

Knowing Ability in Nursing
Türkan KADİROĞLU, Fatma Güdücü TÜFEKÇİ

33-37

Çocuk ve Adölesanlarda Obezite İlişkili Hipertansiyon

Mekanizmaları
Obesity-Related Hypertension Mechanisms in Children and Adolescents
Gökçe YEGÜL GÜLNAR, Belde KASAP DEMİR

39-43

OLGU SUNUMU

Hemiplejik Bir Hastada Heterotopik Ossifikasyon: Olgu Sunumu

Heterotopic Ossification in a Patient with Hemiplegia: Case Report
Senem ŞAŞ, Asuman KİLİTÇİ

45-47

ISSN 2458-9799



9 772458 979900