



DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

**SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ DERGİSİ**

ISSN: 2146-443X

**Cilt/Vol 7 - Sayı/Issue 1
Ocak/January 2017**

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
**SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ DERGİSİ**

Journal of Duzce University Health Sciences Institute

ISSN: 2146-443X

Cilt/Volume 7 - Sayı/Issue 1
Ocak/January 2017

**Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi
(DÜ Sağlık Bil Enst Derg)**

**Journal of Duzce University Health Sciences Institute
(J DU Health Sci Inst)**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Adına Sahibi
Prof. Dr. Adnan ÖZÇETİN

Baş Editör
Doç. Dr. Şengül CANGÜR

Dahili Bilim Alanlarından Sorumlu Editör
Prof. Dr. Adnan ÖZÇETİN

Temel Bilim Alanlarından Sorumlu Editör
Prof. Dr. Seyit ANKARALI

Cerrahi Bilim Alanlarından Sorumlu Editör
Doç. Dr. Davut AKDUMAN

Biyoistatistik Alanından Sorumlu Editör
Prof. Dr. Handan ANKARALI

Spor Bilimlerinden Sorumlu Editör
Prof. Dr. Recep ÖZMERDİVENLİ

Hemşirelik Bilimlerinden Sorumlu Editör
Yrd. Doç. Dr. Nuriye YILDIRIM ŞİŞMAN

Yazı-Tasarım İşlerinden Sorumlu Editörler
Doç. Dr. Serdar ÇOLAKOĞLU
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Ali SUNGUR

Editör Yardımcıları
Prof. Dr. Safinaz ATAÖĞLU
Prof. Dr. Şükrü ÖKSÜZ
Yrd. Doç. Dr. Emel ÇALIŞKAN

İletişim
sbedergi@duzce.edu.tr

Hakemli bir dergidir.
Yılda üç sayı yayımlanır.
Yayın dili Türkçe ve İngilizcedir.

Tarandığı İndeksler
Türkiye Atıf Dizini (Turkey Citation Index)
Türk Medline
Google Akademik

Editörlerden,

Değerli Okurlarımız,

Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi Dergisinin 2017 yılının ilk sayısı olan 7. cilt 1. sayısını sizlere sunabilmenin mutluluğunu yaşamaktayız. Bu sayımızda beş orijinal araştırma, üç derleme ve iki olgu sunumu olmak üzere on yazıya yer vermekteyiz. Bu sayımızın da diğer sayılarımız gibi okurlarımıza yararlı olacağını umuyoruz.

Saygılarımızla,

Ulusal Danışma Kurulu

| | | |
|-----------------------------------|---|-----------|
| Prof. Dr. Ahmet ATAÖĞLU | Psikiyatri | Düzce |
| Yrd. Doç. Dr. Ahmet Tanık EMİNLER | İç Hastalıkları | Sakarya |
| Prof. Dr. Ali ANNAKAYA | Göğüs Hastalıkları | Düzce |
| Doç. Dr. Ali Rıza ÇETİN | Restoratif Diş Tedavisi | Konya |
| Prof. Dr. Ali TEKİN | Üroloji | Düzce |
| Yrd. Doç. Dr. Ali YAVUZCAN | Kadın Hastalıkları ve Doğum | Düzce |
| Doç. Dr. Alpaslan DAYANGAÇ | Biyoloji | Kırşehir |
| Doç. Dr. Anzel BAHADIR | Biyofizik | Düzce |
| Prof. Dr. Atilla Senih MAYDA | Halk Sağlığı | Düzce |
| Doç. Dr. Ayden ÇOBAN | Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği | Aydın |
| Yrd. Doç. Dr. Ayfer AÇIKGÖZ | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği | Eskişehir |
| Doç. Dr. Ayla KEÇECİ | Hemşirelik Esasları ve Yönetimi | Düzce |
| Doç. Dr. Ayla ÜNSAL | Hemşirelik | Kırşehir |
| Yrd. Doç. Dr. Aysel KARACA | Psikiyatri Hemşireliği | Düzce |
| Prof. Dr. Aysun BARANSEL | Adli Tıp | Gaziantep |
| Prof. Dr. Ayten ERDOĞAN | Çocuk Psikiyatrisi | İstanbul |
| Yrd. Doç. Dr. Bedriye AK | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği | Bolu |
| Prof. Dr. Belgin AKIN | Halk Sağlığı Hemşireliği | Konya |
| Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY | Halk Sağlığı Hemşireliği | Samsun |
| Prof. Dr. Bora BÜKEN | Adli Tıp | Düzce |
| Doç. Dr. Bülent ÇELİK | Biyoistatistik | Ankara |
| Prof. Dr. Bülent ERGUN | Kadın Hastalıkları ve Doğum | İstanbul |
| Yrd. Doç. Dr. Cemil KAHRAMAN | Beslenme ve Diyetetik, Tıbbi Biyokimya | Düzce |
| Yrd. Doç. Dr. Çetin YILMAZ | Sosyal Hizmet | Düzce |
| Yrd. Doç. Dr. Deniz KOÇOĞLU | Halk Sağlığı Hemşireliği | Konya |
| Prof. Dr. Derya ÖZÇELİK | Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi | Sakarya |
| Doç. Dr. Dilek AYGİN | Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği | Sakarya |
| Yrd. Doç. Dr. Dilek CİNGİL | Halk Sağlığı Hemşireliği | Konya |
| Yrd. Doç. Dr. Dilek KONUK ŞENER | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği | Düzce |
| Doç. Dr. Ege GÜLEÇ BALBAY | Göğüs Hastalıkları | Düzce |
| Doç. Dr. Elif ATICI | Tıp Tarihi ve Etik | Bursa |
| Yrd. Doç. Dr. Elif DİRİMEŞE | Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği | Zonguldak |
| Prof. Dr. Elif Cihadiye ÖZTÜRK | Tıbbi Mikrobiyoloji | Düzce |
| Yrd. Doç. Dr. Emin ÖZLÜ | Dermatoloji | Düzce |
| Prof. Dr. Emine Didem EVCİ KIRAZ | Halk Sağlığı | Aydın |
| Prof. Dr. Ercan ABAY | Psikiyatri | İstanbul |
| Prof. Dr. Erhan BÜKEN | Adli Tıp | Ankara |
| Yrd. Doç. Fatma BAŞAR | Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği | Kütahya |
| Prof. Dr. Faruk YORULMAZ | Halk Sağlığı | Edirne |
| Prof. Dr. Fatih GÜLTEKİN | Tıbbi Biyokimya | İstanbul |
| Prof. Dr. Ferhan SOYUER | Fizyoterapi ve Rehabilitasyon | Kayseri |

| | | |
|--------------------------------------|---|------------|
| Yrd. Doç. Dr. Filiz SÜZER ÖZKAN | Psikiyatri Hemşireliği | Düzce |
| Prof. Dr. Gökhan GÖKTALAY | Farmakoloji | Bursa |
| Doç. Dr. Gülay RATHFISCH | Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği | İstanbul |
| Doç. Dr. Gülbin YALÇIN SEZEN | Anestezi ve Reanimasyon | Düzce |
| Doç. Dr. Güler BALCI ALPARSLAN | İç Hastalıkları Hemşireliği | Eskişehir |
| Yrd. Doç. Güleğül MERMER | Halk Sağlığı Hemşireliği | İzmir |
| Doç. Dr. Gülhan OREKİCİ TEMEL | Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim | Mersin |
| Prof. Dr. Hacer KARANISOĞLU | Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği | İstanbul |
| Yrd. Doç. Dr. Hacer SAVAŞ | Ebelik | Düzce |
| Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN | Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği | İzmir |
| Yrd. Doç. Hatice KAHYAOĞLU SÜT | Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği | Edirne |
| Prof. Dr. Hüseyin YÜCE | Tıbbi Genetik | Düzce |
| Prof. Dr. İdris ŞAHİN | Tıbbi Mikrobiyoloji | Düzce |
| Doç. Dr. İLKAY GÜNGÖR | Kadın Sağlığı ve Hastalıkları | İstanbul |
| Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI | Halk Sağlığı Hemşireliği | Samsun |
| Prof. Dr. İlknur ARSLANOĞLU | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları | Düzce |
| Prof. Dr. İlder KUŞ | Anatomi | Balıkesir |
| Prof. Dr. İstemi YÜCEL | Ortopedi ve Travmatoloji | Düzce |
| Prof. Dr. İsmet DOĞAN | Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim | Afyon |
| Doç. Dr. İsmet ÖZAYDIN | Genel Cerrahi | Düzce |
| Yrd. Doç. Dr. Kadriye ULU GÜZEL | Pedodonti | Aydın |
| Yrd. Doç. Dr. Kayıhan KARACOR | Histoloji ve Embriyoloji | Düzce |
| Prof. Dr. Kenan KOCABAY | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları | Düzce |
| Prof. Dr. Leyla KARAOĞLU | Halk Sağlığı | Zonguldak |
| Doç. Dr. Mehtap KAVURMACI | İç Hastalıkları Hemşireliği | Erzurum |
| Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği | Edirne |
| Yrd. Doç. Dr. Meltem KÖKDENER | Sosyal Hizmet | Samsun |
| Yrd. Doç. Dr. Meltem ŞİRİN GÖK | Hemşirelik Esasları | Erzurum |
| Yrd. Doç. Dr. Mertay BORAN | Göğüs Cerrahisi | Düzce |
| Prof. Dr. Meryem ÇAM | Histoloji ve Embriyoloji | Düzce |
| Doç. Dr. Muhammet KAYIKÇI | Üroloji | Düzce |
| Prof. Dr. Muhsin AKBABA | Halk Sağlığı | Adana |
| Prof. Dr. Mustafa ATASOY | Dermatoloji | Kayseri |
| Prof. Dr. Mustafa ÖZKAN | Ruh Sağlığı ve Hastalıkları | Diyarbakır |
| Yrd. Doç. Dr. Mustafa ŞENGÜL | Tıbbi Mikrobiyoloji | Pamukkale |
| Yrd. Doç. Dr. Nazende KORKMAZ YILDIZ | Ebelik | İstanbul |
| Prof. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU | Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği | Eskişehir |
| Doç. Dr. Nergis CANTÜRK | Adli Tıp | Ankara |
| Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA | Hemşirelik | Muğla |
| Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ | Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği | İstanbul |
| Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL | Halk Sağlığı Hemşireliği | İstanbul |
| Prof. Dr. Nimet OVAYOLU | İç Hastalıkları Hemşireliği | Gaziantep |

| | | |
|--|---|------------|
| Doç. Dr. Nurhan DOĞAN | Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim | Afyon |
| Prof. Dr. Nursan ÇINAR | Hemşirelik | Sakarya |
| Yrd. Doç. Dr. Okay KARACA | Kalp ve Damar Cerrahisi | Düzce |
| Prof. Dr. Orhan ÜNAL | Kadın Hastalıkları ve Doğum | Ankara |
| Prof. Dr. Osman CELBİŞ | Adli Tıp | Malatya |
| Yrd. Doç. Dr. Osman KAYAPINAR | Kardiyoloji | Düzce |
| Yrd. Doç. Dr. Ömür KARACA | Anatomi | Balıkesir |
| Prof. Dr. Öner BALBAY | Göğüs Hastalıkları | Düzce |
| Yrd. Doç. Dr. Özlem BULANTEKİN DÜZALAN | İç Hastalıkları Hemşireliği | Çankırı |
| Yrd. Doç. Dr. Özlem KARABULUTLU | Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği | Kars |
| Doç. Dr. Özlem ORSAL | Halk Sağlığı Hemşireliği | Eskişehir |
| Prof. Dr. Peri ARBAK | Göğüs Hastalıkları | Düzce |
| Yrd. Doç. Dr. Pınar SÖKÜLMEZ | Beslenme ve Diyetetik | Samsun |
| Yrd. Doç. Dr. Sevil ŞAHİN | Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği | Ankara |
| Yrd. Doç. Dr. Selda RIZALAR | Hemşirelik | İstanbul |
| Doç. Dr. Sevda ARSLAN | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği | Düzce |
| Yrd. Doç. Dr. Sezer ERER | Tıp Tarihi ve Etik | Bursa |
| Yrd. Doç. Dr. Semra ERDOĞAN | Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim | Mersin |
| Yrd. Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA | Hemşirelik | Balıkesir |
| Yrd. Doç. Dr. Seher YURT | Hemşirelik | Ankara |
| Doç. Dr. Sinan SARAÇLI | İstatistik | Afyon |
| Doç. Dr. Sema YILMAZ | Ebelik | Konya |
| Prof. Dr. Şerif DEMİR | Fizyoloji | Düzce |
| Prof. Dr. Tahsin TURUNÇ | Üroloji | Ankara |
| Doç. Dr. Teoman ATICI | Ortopedi ve Travmatoloji | Bursa |
| Prof. Dr. Tuncer ÖZEKİNCİ | Tıbbi Mikrobiyoloji | Diyarbakır |
| Yrd. Doç. Dr. Ülkü ÜŞENTİ | Sosyal Hizmet | Düzce |
| Prof. Dr. Ümran OSKAY | Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği | İstanbul |
| Doç. Dr. Vefik ARICA | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları | İstanbul |
| Yrd. Doç. Dr. Yalçın TURHAN | Ortopedi ve Travmatoloji | Düzce |
| Prof. Dr. Yasin ARİFOĞLU | Anatomi | İstanbul |
| Prof. Dr. Yavuz SANİSOĞLU | Biyoistatistik | Ankara |
| Doç. Dr. Yıldız DEĞİRMENCI | Nöroloji | Düzce |
| Doç. Dr. Yurdanur DİKMEN | Hemşirelik Esasları | Sakarya |
| Prof. Dr. Yusuf ÇELİK | Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi | İstanbul |
| Yrd. Doç. Dr. Zekeriya Okan KARADUMAN | Ortopedi ve Travmatoloji | Düzce |
| Prof. Dr. Zeki AKKUŞ | Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim | Diyarbakır |

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

ARAŞTIRMA MAKALELERİ

01-10 **Düzce'de Yaşayanların Kansere ve Kansere Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Düzeyi**
Sabri Sefa ERDEM, Muammer YILMAZ, Havva YILDIRIM, Atilla Senih MAYDA, Filiz BOLU, Ahmet Akif DURAK, Özge ŞENER

11-18 **Lise Öğrencilerinde Yeme Tutumlarının Beslenme Alışkanlıkları, Antropometrik ve Demografik Özellikleri ile İlişkisi**
Zeynep UZDİL, Aliye ÖZENOĞLU, Gökçe ÜNAL

19-23 **Hemşirelik Öğrencilerinde Tükenmişlik ve Etkileyen Faktörler**
Diler AYDIN, Berna AKAY, Seda BAYDEMİR

24-29 **Vaginal Doğum Yapan Lohusalarda Taburculuğa Hazır Olma Durumlarının Değerlendirilmesi**
Hülya TÜRKMEN, Ferda ÖZBAŞARAN

30-37 **Üniversite Öğrencilerinde Kişilik Özelliklerinin Premenstrual Şikâyetlere Etkisi**
Zeynep ÖLÇER, Nazife BAKIR, Ergül ASLAN

DERLEMELER

38-44 **Postpartum Kanamalarda Kanıta Dayalı Uygulamalar**
Yasemin HAMLACI, Hediye BEKMEZCI, Nebahat ÖZERDOĞAN

45-52 **Yoğun Bakım Hastalarında Ağız Bakımı Yönetimi: Kanıta Dayalı Uygulamalar Çerçevesinde Literatür İncelemesi**
Yurdanur DİKMEN

53-62 **Yaşlanma ve Yaşlanma Dönemiyle İlişkili Psikiyatrik Sorunlar**
Murat ASLAN, Çiçek HOCAOĞLU

OLGU SUNUMLARI

63-64 **Hipoparatiroidiye Bağlı Gelişen Hipokalsemi ile İlişkili Bir Rabdomiyoliz Olgusu**
Atilla ÖNMEZ

65-66 **Gebelik ve Sertoli Leydig Hücreli Over Tümörü: Olgu Sunumu**
Mustafa ALBAYRAK



Düzce’de Yaşayanların Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Düzeyi

Sabri Sefa ERDEM¹, Muammer YILMAZ², Havva YILDIRIM¹, Atilla Senih MAYDA¹, Filiz BOLU³, Ahmet Akif DURAK¹, Özge ŞENER¹

ÖZ

Tanımlayıcı tipte planlanan bu araştırma; katılımcıların kanser ve kanser risk faktörleri ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendirip, katılımcılara sözel bilgilendirme yapılarak halkın toplum taramalarına katılımını artırmak amacıyla Düzce İl Merkez ‘inde 383 katılımcı üzerinde uygulanmıştır. Veriler; sosyodemografik özellikler, kanser hakkında genel bilgiler, kanserin nedenleri ve kanser tanılı yakını olma durumu, kanser taramaları, erken teşhis, kanser erken teşhis tarama ve eğitim merkezi (KETEM), mamagrofi ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili toplamda yirmi altı sorudan oluşan anket formu ile araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Araştırma verileri bir istatistik paket programı ile değerlendirilmiş, kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerde Pearson Ki-kare, Fisher-Freeman-Halton ve Fisher’ exact testleri kullanılmıştır. Araştırmamıza katılanların %61.5’i kadın, %58.8’i evli iken; %47.4’ü üniversite düzeyinde eğitim almıştı. Katılımcıların %55.2’si kanserin ölümcül bir hastalık olduğunu düşünmekte, %80.9’u kanser olmaktan korkmaktadır. Ancak katılımcıların %61.3’ü kanserden korunmak için herhangi bir şey yapmamaktadır. Katılımcıların %81.4’ü daha önce kanser taraması yaptırmamış, %60.6’sı KETEM’i daha önce duymamıştır, %58’i taramalar için sağlık güvencesine gerek olmadığını bilmemektedir. Araştırmada kadınların kanser hakkında bilgi sahibi olma, kanserden korkma ve kanserden korunmak için önlem alma ile KETEM hakkında bilgi sahibi olma ve kanser taraması yaptırma durumu erkelere göre daha fazla bulunmuştur. Düzce İli’nde kanser farkındalığını arttırmak adına daha geniş çaplı çalışmalar yapılmalı. Bu konuda toplu yaşam alanlarında bilgilendirme çalışmaları yapılmalı. Düzce Merkez Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ve Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi işbirliği halinde çalışarak halkın kanser farkındalığını arttırmak için eğitimler düzenlemelidir.

Anahtar Kelimeler: Düzce; kanser; risk faktörü.

Information Level on Cancer and Cancer Risk Factors Living in Duzce

ABSTRACT

This descriptive research assessed the level of knowledge in participants about cancer and cancer risk factors and conducted on 383 participants in Duzce province. Verbal information was given in order to increase people's participation in community cancer screening .Data collected by survey which contained 26 questions about sociodemographic characteristics, general information about cancer, cancer causes and the state of being diagnosed with cancer close, cancer screening, early diagnosis, KETEM, mammography. Questionnaires were collected through face to face method by researches. The data were analyzed with a statistical software package, on the relationship between categorical variables Pearson Chi-square, Fisher-Freeman-Halton and Fisher’ Exact tests were used. 61.5% of respondents in our research were women, 58.8% of married; 47.4% of had received training at the university level. 55.2% of respondents thought that the cancer is a deadly disease, afraid of getting cancer of 80.9%. However, 61.3% of participants didn’t do anything to protect themselves from cancer, 81.4% of respondents didn’t take cancer screening before, 60.6% of had not heard KETEM before, no need to health insurance for scanning cancer wasn’t known by 58%. In this research among women;having knowledge about cancer, fearing of cancer, taking precautions to protect themselves from cancer, cancer screening and having information about KETEM rates more than males. In order to increase cancer awareness should be made more extensive studies in Duzce province. Information works in the areas of public life should be done about cancer . TSM and Duzce University Medical Faculty should organize training courses to increase the public's awareness of cancer collaboration.

Keywords: Duzce; cancer; risk factor.

¹ Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D

² Düzce Merkez Toplum Sağlığı Merkezi

³ Adıyaman Merkez Toplum Sağlığı Merkezi

Correspondence: Sabri Sefa ERDEM, erdem__ssefa@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 25.04.2016 Kabul Tarihi / Accepted: 01.12.2016

GİRİŞ

Kanser önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Kanser Raporu'na göre 2012 yılında dünyada 14 milyon yeni kanser vakası ve 8.2 milyon kanser nedeni ölüm bildirilmiştir. Projeksiyonlar 20 yıl içinde dünyada 22 milyon yeni kanser vakası ile kansere bağlı ölümlerin 13 milyon kişiye ulaşacağını göstermektedir (1). Sağlık Bakanlığı'nın 2016 verilerine göre Türkiye'de 2013 yılında yaşa standardize kanser hızı erkeklerde yüzde 267.9, kadınlarda ise yüzde 186.5'dir. Kadın ve erkek ortalama kanser insidansı ise yüzde 227.2'dir (2). Erkekler arasında 2012 yılında en çok tanı alan beş kanser türü; akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanseri, kadınlarda ise; meme, kolorektal, akciğer, serviks ve mide kanseri şeklinde sıralandı (1).

Kanser, sık görülmesi yanında mortalite ve morbiditesinin yüksek olması ve tedavi maliyeti, süresi ve yan etkileri nedeniyle günümüzün en önemli sağlık sorunlarından birisidir (3). Bu nedenle kanserden korunma öncelikli olarak ele alınması gereken bir konudur. Primer korunmada önlem alınması gereken risk faktörleri değerlendirilmelidir (4). Kanser gelişmesindeki başlıca risk faktörleri; ultraviyole ve radyasyon maruziyeti, tütün ve alkol kullanımı, iyonlaştırıcılar, aşırı kilolu olma, bazı virüs ve parazitler, kimyasallar, endüstriyel kuruluşlar ve mesleki maruziyettir (5).

Kansere neden olan bu risk faktörleri: davranışsal, biyolojik, çevresel ve genetik risk faktörleri olarak dört grupta toplanabilir (6). Kanser ölümlerinin üçte birine neden olan beş temel davranışsal risk faktörü; yüksek vücut kitle indeksi, düşük meyve ve sebze alımı, fiziksel aktivite eksikliği, tütün kullanımı ve alkol kullanımı olarak bildirilmektedir. (1). Kanser nedenleri arasında oldukça büyük öneme sahip olan; tütün kullanımı yılda yaklaşık 6 milyon kişinin ölümüne neden olarak dünyanın şimdiye kadar karşılaştığı en büyük halk sağlığı tehditlerinden birisidir (7). Türkiye'de 2014 yılı itibarıyla genç nüfusun %16.8'i, erişkin nüfusun %27.1'i hala (14.8 milyon kişi); tütün ürünü kullanmaktadır (8).

Sekonder korunma ise özellikle risk altında olan grupların taranması ile yapılır. Ülkemiz gibi orta/düşük gelirli ülkelerde sıklığı giderek artan kanser hastalıkları nedeniyle bu toplumlarda tarama programlarının uygulanması zorunlu bir hale gelmiştir. Tarama programlarının mortalite ve morbiditeyi düşürmede etkin ve maliyet etkili olduğu bilinmektedir (4).

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, ülkemizde ortaya çıkan kanser olgularının erken saptanması ve kanser ölümlerini azaltmak için, Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri'ni (KETEM) kurmuştur. Bu amaçla KETEM'lerde meme, serviks, prostat ve kolorektal kanserlerinin taramaları yapılmaktadır (9). Kanser taramalarında 2013 yılında KETEM'lerde her üç kansere karşı toplamda 500 bin kanser taraması; 2014 yılı içinde ise birinci basamakta 350 bin kadına meme kanseri, 500 bin kadına rahim ağzı kanseri taraması ile 800 bin kadın ve erkeğe de kolorektal kanser taraması yapılmıştır (9).

Erken tanının önemi toplum tarafından bilinmediği sürece erken tanı ve tarama programlarının başarılı olması

mümkün değildir. Yetişkin bireyler, kendilerini hazır hissettiklerinde ve neyi niçin öğrenmeleri gerektiğinin farkında olduklarında öğrenmeye ve öğrendiklerini uygulamaya daha açık olurlar. Kanser erken tanı ve önlenmesinde, sağlık personeli toplum tabanlı taramalarla ve etkili eğitim yöntemleri ile toplumun farkındalığını artırarak önemli bir rol oynamaktadır (11).

Gültekin M ve ark.'nın, ülkemizi temsil ettiği düşünülen, 26 ayrı ilden seçilmiş 3096 kişi üzerinde yaptığı 'Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Hakkında Türk Halkının Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi ve Araştırılması' isimli çalışmalarında; katılımcıların %89'u sigarayı bir kanser nedeni olarak belirtmelerine rağmen, kanserden korunmak için ne yapıyorsunuz sorusunu sadece %44'ü sigara içmiyorum şeklinde yanıtlamış, %52'si en ölümcül hastalık olarak kanseri işaretlemiş, halkın büyük bir çoğunluğu kanser hakkında mevcut bilgilerini televizyonlar aracılığı ile elde ettiğini; sadece %17'sine sağlık çalışanı tarafından kanser konusunda bilgi verildiği belirtilmiş, ayrıca halkın kanser konusunda yeterli ve doğru bilgilere sahip olmadığı saptanmıştır (12).

Karadağ Çaman Ö ve ark.'nın yaptığı 'Ailede Kanser Öyküsü ve Algılanan Kanser Riski, Kanserden Korunma Davranışları ile İlişkili mi?' isimli araştırmalarına göre; katılımcıların %55.4'ünün ailesinde kanser öyküsü bulunmakta, %26.8'i kansere yakalanma ihtimalinin çoğu insandan daha yüksek olduğunu düşünmektedir (13).

Açıkgöz A ve ark.'larının İzmir Bornova'da 'Kadınların Kanser Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları' isimli yaptığı bir çalışmada; kadınların alışkanlıklarının oluşturduğu yaşam tarzı ve kanser konusunda ilgili oldukları ancak kanser hastalığının belirtileri, kanser erken tanı ve taramaları konusunda yeterince bilgiye sahip olmadıkları belirlenmiştir (14).

Merdin A ve ark.'larının yaptığı toplumun kanser bilinci düzeyini ve kanser farkındalığını ölçen 321 kişilik bir anket çalışmasında ; katılımcıların %68'i en az bir tane kanser hastası yakınının olduğunu , %74'ü kanseri çaresiz bir hastalık olarak gördüğünü, %72'sinin kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olmadığını ve %88'inin hiç kanser taraması yaptırmadığı sonucuna ulaşmıştır (15).

Bu çalışmada, araştırmaya katılanların kanser ve kanser risk faktörleri ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendirmek ve katılımcılara sözel bilgilendirme yapılarak halkın toplum taramalarına katılımını artırmak amaçlanmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Tanımlayıcı tipte planlanan bu araştırma Temmuz 2015'te Düzce Merkez Toplum Sağlığı Merkezi (TSM), İstanbul Caddesi, Gaziantep Caddesi ve Krempark Alışveriş Merkezindeki 383 katılımcı üzerinde yapılmış. 24 katılımcı 18 yaşının altında olduğundan değerlendirmeye alınmamıştır. Sosyodemografik özelliklerle ilgili altı soru, kanser hakkında genel bilgiler, nedenleri ve kanser tanılı yakını olma durumuyla ilgili on soru, kanser taramaları, erken teşhis ve KETEM'le ilgili altı soru, mamagrofisi ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili dört soru içeren toplamda yirmialtı sorudan oluşan anket formu

araştırmacılar tarafından yüzyüze görüşme yoluyla katılımcılara uygulanmıştır. Anket uygulanma öncesinde ön deneme yapılmamıştır. Katılımcılara anket uygulaması sonrasında kanser, kanser risk faktörleri ve kanserden korunma yöntemleri ile KETEM ve KKMM hakkında sözel olarak bilgilendirme yapılmıştır.

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2014-89 tarih ve sayılı etik kurul izni ve Düzce Valiliği'nden de yazılı olarak araştırma izni alınmıştır.

İstatistik analiz

Araştırma verileri bir istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerden katılımcıların yaş özelliklerini ifade etmede ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri hesaplanmış; kanser hakkındaki görüşlerin cinsiyete, yaş grubuna ve eğitim durumuna göre dağılımının incelenmesinde, Pearson Ki-kare, Fisher-Freeman-Halton ve Fisher Exact testleri kullanılmıştır. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan 359 kişinin yaş ortalaması 37 ± 15 'di. Bunların en küçüğü 18; en büyüğü ise 86 yaşındaydı. Araştırmaya katılanların bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı şöyledir:

Araştırmamıza katılanların %61.5'i kadın, %58.8'i evli iken; %47.4'ü üniversite, %21.7'si lise, %17.5'i ilkököl düzeyinde eğitim almıştı. Katılımcıların %24.8'i ev hanımı, %20.3'ü memur, %20.1'i öğrenci olduğunu, %92.5'i ise sağlık güvencesi bulunduğunu belirtmiştir. %65.2'si 18-40 yaş arasındayken, %64.2'sinin kanser tanısı alan yakını bulunmakta ve %22.4'ünde bu yakını birinci derece akrabasıydı. Katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Araştırmaya katılanların kanser hakkındaki görüşlerine bakıldığında; katılımcıların %55.2'si kanseri ölümcül bir hastalık olarak tanımladı, %79.3'ü kanser hakkında bilgi sahibi olduğunu, %52.3'ü bu bilgileri radyo/tv'den, %39.9'u komşu/akrabadan, %38.1'i internetten edindiğini ifade etti. %75.6'sı halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybını, %51.7'si ise sürekli öksürük ve ses kısıklığını kanser belirtisi olarak gördüğünü belirtti. Kanser nedenleri sorulduğunda ise %78.5'i sigara, %71.2'si stres ve üzüntü, %58.4'ü alkol cevabını verdi.

Araştırmaya katılanların kanserden korunma, KETEM ve erken teşhis hakkındaki görüşlerine bakıldığında; katılımcıların %80.9'u kanser olmaktan korktuğunu buna rağmen %61.3'ü kanserden korunmak için bir şey yapmadığını belirtti. Kanserden korunan katılımcıların %79.4'ü beslenmeme dikkat ediyorum, %70.9'u sigara ve alkol kullanmıyorum cevabını verdi. Katılımcıların %81.4'ü daha önce kanser taraması yaptırmadığını, %60.6'sı KETEM'i daha önce duymadığını söyledi. KETEM'i bilen katılımcıların %84.9'u meme kanserinin; %70.6'sı rahim ağzı (serviks) kanserinin taramasının KETEM'de yapıldığını, %42'si taramalar için sağlık güvencesine gerek olmadığını biliyordu. Erken teşhisin hayat kurtardığını düşünenlerin oranı %96.9 iken kanserin erken teşhisine yönelik yöntemlerden KKMM %59.3,

meme filmi (mamografi) çektirmek %59, rahim ağzından örnek (smear) aldırarak %49.7 oranında biliyordu.

Araştırmaya katılanların toplumda sık görülen bir kanser türü olan meme kanseri taraması hakkındaki görüşleri incelendiğinde; katılımcıların %67.8'i mamografi hakkında fikir sahibiyken bunların %43.8'i 40 yaş üzeri kadınların mamografi çektirmesi gerektiğini belirtmiştir. Katılımcıların %56.4'ü KKMM yapmazken; buna gerekçe olarak %28.4'ü ihmali, %28'i sorun olmamasını, %26.3'ü bilgi yokluğunu gösterdi.

Araştırmamıza katılanların; "Kanser sizce nasıl bir hastalıktır?" sorusuna kadınların 217'si (%99.1), erkeklerin 128'ü (%92.8) "bulaşıcı değil"; kadınların 123'ü (%51.1), erkeklerin 57'si (%41.3) "tedavisi mümkün" cevabını vermiştir. Aradaki farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0.002$, $p=0.006$). Buna göre kadın ve erkeklerde kanserin bulaşıcı hastalık olmadığını bilme oranı benzerken; erkekler kanseri daha çok tedavisi olmayan hastalık olarak görmektedir

Araştırmamıza katılanlardan kanser hakkında bilgi sahibi olanların 184'ü (%84.4) kadın, 98'i (%71) erkekti ($p=0.002$). Katılımcılardan gazete/dergiden kanser hakkında bilgi sahibi olanların 50'si (%27.3) kadın, 41'i (%42.3) erkekti ($p=0.011$). Kadınların 98'i (%45), erkeklerin ise 40'ı (%29) "Kanser olmaktan korkuyor musunuz?" sorusuna "Evet" cevabını vermiştir ($p=0.036$). "Kanserden korunmak için yaptığınız bir şey var mı?" sorusuna kadınların 98'i (%45), erkeklerin 40'ı (%59) "Evet" cevabını vermiştir ($p=0.003$). Kanserden korunmak için düzenli spor yapıyorum diyenlerin 22'si (%21.8) kadın, 19'u (%47.5) erkekti ($p=0.002$). "Daha önce kanser taraması yaptırdınız mı?" sorusuna kadınların 55'i (%25.5), erkeklerin 11'i (%8) "Evet" cevabını vermiştir ($p=0.001$). Katılımcılardan "KETEM'i daha önce hiç duydunuz mu?" sorusuna kadınların 95'i (%44), erkeklerin 45'i (%32.6) "Evet" cevabını vermiştir ($p=0.033$). KETEM'i duydum cevabı veren kadınların 79'u (%89.8), erkeklerin 28'i (%73.7) meme kanserinin ($p=0.021$); kadınların 68'i (%77.3) ve erkeklerin 21'i (%55.3) serviks kanserinin ($p=0.013$); kadınların 27'si (%30.7) ve erkeklerin 21'i (%55.3) prostat kanserinin ($p=0.009$) KETEM'de tarandığını söylemiştir. Kanser hakkında bilgi sahibi olma, kanser taraması yaptıрма, meme ve serviks kanserinin KETEM'de tarandığını bilme oranı kadınlar lehine; kanserden korunmak için düzenli spor yapıyorum diyenlerin ve gazete/dergiden kanser hakkında bilgi sahibi olanların oranı erkekler lehine daha yüksek saptanmıştır.

Araştırmamıza katılanlardan "Kanserin erken teşhisine yönelik yöntemler hangileridir?" sorusuna kadınların 146'sı (%67.3), erkeklerin 65'i (%47.1) KKMM yapmak ($p < 0.001$); kadınların 143'ü (%65.9), erkeklerin 67'si (%48.6) meme filmi (mamografi) çektirmek ($p=0.001$); kadınların 132'si (%60.8), erkeklerin 45'i (%32.6) rahim ağzından örnek (smear) aldırarak ($p < 0.001$); kadınların 50'si (%23), erkeklerin 45'i (%32.6) kanda PSA bakılması ($p=0.004$); kadınların 34'ü (%15.7), erkeklerin 59'u (%42.8) bilmiyorum ($p < 0.001$) cevabını vermiştir. Cinsiyete göre araştırılan değişkenler arasındaki farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Araştırmamıza katılanlardan kanserin ölümcül bir hastalık

Tablo 1. Katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı

| Özellikler | Sayı | % |
|--|------|------|
| Cinsiyet (n=358) | | |
| Kadın | 220 | 61.5 |
| Erkek | 138 | 38.5 |
| Medeni Durum (n=359) | | |
| Evli | 211 | 58.8 |
| Bekar | 148 | 41.2 |
| Eğitim Durumu (n=359) | | |
| Okur-yazar değil | 9 | 2.5 |
| Okur-yazar | 13 | 3.6 |
| İlkokul | 63 | 17.5 |
| Ortaokul | 26 | 7.2 |
| Lise | 78 | 21.7 |
| Üniversite | 170 | 47.4 |
| Çalışma Durumu (n=359) | | |
| İşçi | 49 | 13.6 |
| Memur | 73 | 20.3 |
| Serbest meslek | 28 | 7.8 |
| Emekli | 33 | 9.2 |
| Öğrenci | 72 | 20.1 |
| Ev hanımı | 89 | 24.8 |
| İşsiz | 12 | 3.3 |
| Çiftçi | 3 | 0.8 |
| Sağlık Güvencesi (n=359) | | |
| Var | 332 | 92.5 |
| Yok | 27 | 7.5 |
| Yaş Grupları (n=359) | | |
| 18-40 | 234 | 65.2 |
| 41 ve üzeri | 125 | 34.8 |
| Kanser Tanısı Alan Yakını Varlığı (n=358) | | |
| Evet | 230 | 64.2 |
| Hayır | 128 | 35.8 |
| Tanı Alan Kişinin Yakınlık Derecesi (n=245) | | |
| Birinci derece | 55 | 22.4 |
| İkinci derece | 70 | 28.6 |
| Üçüncü derece | 120 | 49 |

olduğunu düşünenlerin 112'si (%57.1) kadın, 84'ü (%42.9) erkekti (p=0.06). Kanserinin nedeni olarak sigarayı gösterenlerin 174 (%79.5)'ü kadın, 106'sı (%76.8) erkekti (p=0.555). Fiziksel aktivite azlığını kadınların 58'i (%26.5), erkeklerin 29'u (%21) neden olarak göstermiştir (p=0.241). Aradaki farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Araştırmaya katılanların kanser hakkındaki görüşlerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Araştırmamıza katılanların; "Kanser sizce nasıl bir hastalıktır?" sorusuna 40 yaş ve altındakilerin 107'si (%46.1) "ölümcül", 139'u (%59.7) "tedavisi mümkün"; 40 yaş üstündekilerden 90'ı (%72.0) "ölümcül", 41'i (%32.8) "tedavisi mümkün" cevabını vermiştir. Aradaki farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p<0.001). Buna göre yaş ilerledikçe kanseri ölümcül ve tedavisi mümkün olmayan bir hastalık olarak görme oranı artmaktadır. "Kanserden korunmak için ne yapıyorsunuz?" sorusuna 40

yaş ve altındakilerden 14'ü (%15.1), 40 yaş üstündekilerden 13'ü (%27.1) "düzenli kanser taraması yapıyorum" cevabını vermişlerdir (p=0.08). "Daha önce kanser taraması yaptırdınız mı?" sorusuna 40 yaş ve altındakilerden 30'u (%13), 40 yaş üstündekilerden 36'sı (%28.8) "Evet" cevabını vermiştir (p<0.001). Buna göre yaş ilerledikçe kanser taraması yaptıran oranları artmaktadır.

"Sizce KETEM'de hangi kanserler taranmaktadır?" sorusuna 40 yaş ve altındakilerden 46'sı (%54.1), 40 yaş üstündekilerden 13'ü (%31.7) "kalın barsak kanseri taranır" cevabını vermişlerdir (p=0.02). Araştırmaya katılanların kanser hakkındaki görüşlerinin yaşa göre dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir.

Araştırmamıza katılanların eğitim düzeyi ortaokul ve öncesi olanlardan 78'i (%70.3), lise olanlardan 44'ü (%57.1), üniversite olanlardan 75'i (%44.4) "Kanser sizce nasıl bir hastalıktır?" sorusuna ölümcül cevabını vermiştir

Tablo 2. Araştırmaya katılanların kanser hakkındaki görüşlerinin cinsiyete göre dağılımı

| | Cinsiyet | | x ² | p |
|---|----------------|----------------|----------------|--------|
| | Kadın Sayı*(%) | Erkek Sayı*(%) | | |
| Kanser sizce nasıl bir hastalıktır? (n=358) | | | | |
| Ölümcül | 112 (51.1) | 84 (61.3) | 3.52 | 0.06 |
| Ölümcül değil | 107 (48.9) | 53 (38.7) | | |
| Bulaşıcı | 2 (0.9) | 10 (7.2) | | 0.002 |
| Bulaşıcı değil | 217 (99.1) | 128 (92.8) | | |
| Tedavisi mümkün | 123 (56.2) | 57 (41.3) | 7.47 | 0.006 |
| Tedavisi mümkün değil | 96 (43.8) | 81 (58.7) | | |
| Kanser hakkında bilgi sahibi misiniz? (n=357) | | | | |
| Evet | 184 (84.4) | 98 (71.0) | 9.2 | 0.002 |
| Hayır | 34 (15.6) | 40 (29.0) | | |
| Kanser olmaktan korkuyor musunuz? (n=355) | | | | |
| Evet | 183 (84.3) | 104 (75.4) | 4.38 | 0.036 |
| Hayır | 34 (15.7) | 34 (24.6) | | |
| Kanserden korunmak için bir şey yapıyor musunuz? (n=356) | | | | |
| Evet | 98 (45.0) | 40 (29.0) | 9.1 | 0.003 |
| Hayır | 120 (55.0) | 98 (71.0) | | |
| Kanserden korunmak için ne yapıyorsunuz? (n=141) | | | | |
| Beslenmeme dikkat ediyorum | 80 (79.2) | 32 (80) | 0.01 | 0.91 |
| Beslenmeme dikkat etmiyorum | 21 (20.8) | 8 (20) | | |
| Sigara ve alkol kullanmıyorum | 73 (72.3) | 27 (67.5) | 0.31 | 0.5 |
| Sigara ve alkol kullanıyorum | 28 (27.7) | 13 (32.5) | | |
| Düzenli spor yapıyorum | 22 (21.8) | 19 (47.5) | 9.18 | 0.002 |
| Düzenli spor yapmıyorum | 79 (78.2) | 21 (52.5) | | |
| Düzenli kanser taraması yaptırıyorum | 21 (20.8) | 6 (15) | 0.62 | 0.4 |
| Düzenli kanser taraması yapmıyorum | 80 (79.2) | 34 (85) | | |
| Daha önce kanser taraması yaptırdınız mı? (n=355) | | | | |
| Evet | 55 (25.5) | 11 (8) | 16.98 | <0.001 |
| Hayır | 161 (74.5) | 127 (92) | | |
| KETEM'i daha önce hiç duydunuz mu? (n=355) | | | | |
| Evet | 95 (44) | 45 (32.6) | 4.55 | 0.03 |
| Hayır | 121 (56) | 93 (67.4) | | |
| Sizce KETEM'de hangi kanserler taranmaktadır?* (n=126) | | | | |
| Meme kanseri taranır | 79 (89.8) | 28 (73.7) | 5.36 | 0.02 |
| Meme kanseri taranmaz | 9 (10.2) | 10 (26.3) | | |
| Rahim ağzı kanseri taranır | 68 (77.3) | 21 (55.3) | 6.19 | 0.01 |
| Rahim ağzı kanseri taranmaz | 20 (22.7) | 17 (44.7) | | |
| Kalın barsak kanseri taranır | 40 (45.5) | 19 (50) | 0.22 | 0.63 |
| Kalın barsak kanseri taranmaz | 48 (54.5) | 19 (50) | | |
| Prostat kanseri taranır | 27 (30.7) | 21 (55.3) | 6.80 | 0.009 |
| Prostat kanseri taranmaz | 61 (69.3) | 17 (44.7) | | |

(p<0.001). Aynı soruya katılımcılardan eğitim düzeyi ortaokul ve öncesi olanların 104'ü (%93.7), lise olanların 75'i (%96.2) ve üniversite olanların 167'si (%98.8) bulaşıcı olmayan bir hastalıktır cevabını vermiştir (p=0.050). Yine katılımcılardan eğitim düzeyi ortaokul ve öncesi olanların 33'ü (%29.7), lise olanların 39'u (%50.0) ve üniversite olanların 108'i (%63.9) tedavisi mümkün bir hastalıktır cevabını vermiştir (p<0.001). Araştırmamıza katılanların eğitim düzeyi ortaokul ve öncesi olanlardan 65'i (%58.6),

lise olanlardan 64'ü (%83.1), üniversite olanlardan 154'ü (%91.1) "Kanser hakkında bilgi sahibi misiniz?" sorusuna "Evet" cevabını vermiştir (p<0.001). Aradaki farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Araştırmaya göre eğitim seviyesi arttıkça kanserin tedavisinin mümkün olduğunu düşünme, bulaşıcı bir hastalık olmadığını bilme ve kanser hakkında bilgi sahibi olma oranının arttığı saptanmıştır. "Kanser hakkındaki bilgileri nereden edindiniz?" sorusuna

Tablo 3. Araştırmaya katılanların kanser hakkındaki görüşlerinin yaşa göre dağılımı

| | Yaş Grubu | | x ² | p |
|---|--------------------|-----------------|----------------|--------|
| | 40 yaş ve altı*(%) | 40 yaş üstü*(%) | | |
| Kanser sizce nasıl bir hastalıktır? (n=358) | | | | |
| Ölümcül | 107 (46.1) | 90 (72.0) | 22.00 | <0.001 |
| Ölümcül değil | 125 (53.9) | 35 (28.0) | | |
| Bulaşıcı | 7 (3.0) | 5 (4.0) | | 0.759 |
| Bulaşıcı değil | 226 (97.0) | 120 (96.0) | | |
| Tedavisi mümkün | 139 (59.7) | 41 (32.8) | 23.47 | <0.001 |
| Tedavisi mümkün değil | 94 (40.3) | 84 (67.2) | | |
| Kanser hakkında bilgi sahibi misiniz? (n=357) | | | | |
| Evet | 186 (80.2) | 97 (77.6) | 0.33 | 0.57 |
| Hayır | 46 (19.8) | 28 (22.4) | | |
| Kanser olmaktan korkuyor musunuz? (n=356) | | | | |
| Evet | 189 (81.8) | 99 (79.2) | 0.36 | 0.55 |
| Hayır | 42 (18.2) | 26 (20.8) | | |
| Kanserden korunmak için bir şey yapıyor musunuz? (n=357) | | | | |
| Evet | 91 (39.2) | 47 (37.6) | 0.09 | 0.76 |
| Hayır | 141 (60.8) | 78 (62.4) | | |
| Kanserden korunmak için ne yapıyorsunuz? (n=141) | | | | |
| Beslenmeme dikkat ediyorum | 73 (78.5) | 39 (81.3) | 0.15 | 0.70 |
| Beslenmeme dikkat etmiyorum | 20 (21.5) | 9 (18.8) | | |
| Sigara ve alkol kullanmıyorum | 67 (72.0) | 33 (68.8) | 0.17 | 0.68 |
| Sigara ve alkol kullanıyorum | 26 (28.0) | 15 (31.3) | | |
| Düzenli spor yapıyorum | 31 (33.3) | 10 (20.8) | 2.40 | 0.12 |
| Düzenli spor yapmıyorum | 62 (66.7) | 38 (79.2) | | |
| Düzenli kanser taraması yaptırıyorum | 14 (15.1) | 13 (27.1) | 2.96 | 0.08 |
| Düzenli kanser taraması yapmıyorum | 79 (84.9) | 35 (72.9) | | |
| Daha önce kanser taraması yaptırdınız mı? (n=355) | | | | |
| Evet | 30 (13.0) | 36 (28.8) | 13.28 | <0.001 |
| Hayır | 200 (87.0) | 89 (71.2) | | |
| KETEM'i daha önce hiç duydunuz mu? (n=355) | | | | |
| Evet | 94 (40.7) | 46 (37.1) | 0.44 | 0.51 |
| Hayır | 137 (59.3) | 78 (62.9) | | |
| Sizce KETEM'de hangi kanserler taranmaktadır? (n=126) | | | | |
| Meme kanseri taranır | 75 (88.2) | 32 (78.0) | 2.24 | 0.13 |
| Meme kanseri taranmaz | 10 (11.8) | 9 (22.0) | | |
| Rahim ağzı kanseri taranır | 57 (67.1) | 32 (78.0) | 1.61 | 0.20 |
| Rahim ağzı kanseri taranmaz | 28 (32.9) | 9 (22.0) | | |
| Kalın barsak kanseri taranır | 46 (54.1) | 13 (31.7) | 5.58 | 0.02 |
| Kalın barsak kanseri taranmaz | 39 (45.9) | 28 (68.3) | | |
| Prostat kanseri taranır | 35 (41.2) | 13 (31.7) | 1.05 | 0.30 |
| Prostat kanseri taranmaz | 50 (58.8) | 28 (68.3) | | |

eğitim düzeyi ortaokul ve öncesi olanlardan 35'i (%53.8), lise olanlardan 38'i (%59.4), üniversite olanlardan 74'ü (%48.7) radyo/tv cevabını vermiştir (p=0.30). Yine aynı soruya eğitim düzeyi ortaokul ve öncesi olanlardan 40'ı (%61.5'i), lise olanlardan 25'i (%39.1), üniversite olanlardan 47'si (%30.9) komşu/akraba cevabını vermiştir (p<0.001). Buna göre bilgi edinme aracı olarak eğitim seviyesi arttıkça radyo/tv gibi sosyal medya araçlarını kullanma oranı artmıştır. Eğitim düzeyi düşük olanlarda ise komşu akraba gibi yakın çevresinin bilgi edinmesinde daha etkili olduğu saptanmıştır.

“Sizce kanserin nedenleri nelerdir?” sorusuna eğitim düzeyi ortaokul ve öncesi olanların 84'ü (%75.7), lise olanların 63'ü (%81.8), üniversite olanların 134'ü (%78.8) sigara (p=0.50); eğitim düzeyi ortaokul ve öncesi olanların 53'ü (%47.7), lise olanların 47'si (%61), üniversite olanların 109'u (%64.1) alkol (p=0.2); eğitim düzeyi ortaokul ve öncesi olanların 74'ü (%66.7), lise olanların 52'si (%67.5), üniversite olanların 129'u (%75.9) stres ve üzüntü cevabını vermiştir (p=0.10). Kanser nedenleri ile eğitim durumu arasındaki farklar anlamlı saptanmamıştır. Araştırmamıza katılanlar arasında eğitim düzeyi ortaokul

ve öncesi olanların 30'u (%27), lise olanların 27'si (%35.1), üniversite olanların 81'i (%47.9) "Kanserden korunmak için yaptığımız bir şey var mı?" sorusuna "Evet" yanıtını vermiştir (p<0.001).

"Sizce KETEM'de hangi kanserler taranmaktadır?" sorusuna eğitim düzeyi ortaokul ve öncesi olanların 23'ü (%76.7), lise olanların 21'i (%87.5), üniversite olanların 63'ü (%87.5) meme kanseri cevabını vermiştir (p=0.42). Bu soruya prostat kanseri cevabını verenlerin ise; 6'sı (%20) ortaokul ve öncesi, 9'u (%37.5) lise ve 33'ü (%5.8) üniversite mezunudur (p=0.05). Araştırmaya göre eğitim seviyesi arttıkça KETEM'de hangi kanserlerin tarandığını bilme oranı da artmaktadır.

Araştırmamıza katılanlar arasında eğitim düzeyi ortaokul ve öncesi olanların 102'si (%92.7), lise olanların 74'ü (%97.4), üniversite olanların 168'i (%99.4) "Kanserin erken teşhisi hayat kurtarır mı?" sorusuna "Evet" yanıtını vermiştir (p=0.01).

"Kanserin erken teşhisine yönelik yöntemler hangileridir?" sorusuna araştırmamıza katılanlar arasında eğitim düzeyi ortaokul ve öncesi olanların 49'u (%45), lise olanların 42'si (%54.5), üniversite olanların 120'si (%70.6) "KKMM" cevabını vermiştir (p<0.001). Bu soruya eğitim düzeyi ortaokul ve öncesi olanların 47'si (%43.1), lise olanların 49'u (%63.6), üniversite olanların 114'ü (%67.1) "mamografi çektirmek" (p<0.001); eğitim düzeyi ortaokul ve öncesi olanların 37'si (%33.9), lise olanların 35'i (%45.5), üniversite olanların 105'i (%61.8) "rahim ağzından smear aldirmek" (p=0.01); eğitim düzeyi ortaokul ve öncesi olanların 9'u (%8.3), lise olanların 19'u (%24.7), üniversite olanların 67'si (%39.4) "Kanda PSA bakılması" cevabını vermiştir (p<0.001).

Araştırmamıza katılanlar arasında eğitim düzeyi ortaokul ve öncesi olanların 60'ı (%54.5), lise olanların 45'i (%58.4), üniversite olanların 137'si (%80.6) "Mamografi hakkında herhangi bir fikriniz var mı?" sorusuna "Evet" cevabını vermiştir (p<0.001). Eğitim seviyesi arttıkça mamografi hakkında bilgi sahibi olma durumu da artmıştır. Araştırmaya katılanların kanser hakkındaki görüşlerinin eğitim durumlarına göre dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada kanserin olası belirtileri nelerdir sorusuna katılımcıların % 75.6' sını halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı, %51.7'si sürekli öksürük veya ses kısıklığı, %47.4' ü olağandışı kanamalar yanıtını vermişlerdir. Gültekin ve ark.'nın yaptığı çalışmada da halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı %53.2 oranıyla en fazla bilinen belirti olarak bildirilmiştir. Diğerleri ise; şişlik (%43.4), iyileşmeyen yaralar (%39.8), sürekli öksürük ve ses kısıklığı (%32.2) olarak sıralanmıştır (12). Şahin ve ark.'nın yaptığı başka bir çalışmada; katılımcılar halsizliğin (172 kişi=%30.6) ve ağrının (156 kişi=%27.8) genel olarak kanserin erken belirtisi olduğunu ifade etmiştir (16). Araştırmada geçen erken tanı belirtilerinin yanı sıra klinik olarak önemi olan diğer belirtiler hakkında da halkın bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada, "Kanserin nedeni nedir?" sorusuna verilen cevaplar sırasıyla; sigara (%78.5), alkol (%58.4), stres ve üzüntü (%71.2), genetik faktörler (%61.5) ve beslenme

alışkanlığı (%47.2) olarak saptanmıştır. Gültekin ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise aynı soruya %99 oranında sağlıklı beslenme, %84.0 sigara, %52.1 alkol ve ilgili şikâyetler işaretlenmiştir (12). Bayrak ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada da öğrencilerin çoğunluğu (%86.8) yaşam biçimi ve bazı alışkanlıkların kansere etkisini olduğunu belirtmiştir (17). Kılıç ve ark.'nın çalışmasında öğrencilerin %98.4'ü sigaranın zararlı olduğunu ve bunların %97.6'sını akciğer kanseriyle, %94.1'i ağız kanseriyle, %96.8'i gırtlak kanseriyle, %88.5'i mesane kanseriyle ilişkisini olduğunu bilmektedir (18). Merdin A ve ark.'larının çalışmasında kansere sebep olabilecek durumlar: Yaşam tarzı açısından; stres (%32), cep telefonu kullanılması (%19), çevre kirliliği (%16) cildin güneşe fazla maruziyeti (%15) ve obezite (%12) olarak, tüketim ürünleri açısından; sigara (%31), hormonlu gıdalar (%27), yanmış gıdalarla beslenme (%14), alkol (%16) ve kolalı içecekler (%7) olarak belirtilmiştir (15). Çalışmamızda Kılıç ve ark. ile Merdin ve ark.'nın da bulduğu gibi kanserin en önemli nedeni olarak sigara saptanmıştır. Ankara'da 16-18 yaş arasındaki öğrencilerde yapılan bir çalışmada gençlerin büyük bir kısmının günlük beslenmelerinde ayaküstü yenilen hamburger, döner, patates kızartması gibi yiyeceklerin önemli yer tuttuğu belirlenmiştir (15,18,19). Öğrenci yurdunda yapılmış olan başka bir çalışmada ise öğrencilerde "fastfood" tüketimi ve ara öğünlerde çikolata, hamur işleri ve bisküvi tüketiminin çok fazla olduğu bulunmuştur (20). Bu çalışmada kanserden korunan katılımcıların %79.4'ü beslenmeye dikkat ediyorum, %70.9'u sigara ve alkol kullanmıyorum cevabını vermiştir. Gültekin ve ark.'nın yaptığı çalışmada da kanserden korunmak için katılımcıların %62.2'si beslenmeye dikkat ediyorum, %44.2'si sigara içmiyorum, %36.3'ü güneşten korunuyorum, %32.9'u radyasyonlu ortamlardan kaçınıyorum gibi şikâyetleri işaretlemiştir (12). Çalışmamızdan ve diğer çalışmalardan edinilen bilgiye göre kanserden korunmak için daha çok beslenmeyle ilgili davranış değişikliğine gidildiği ancak kanser nedenleri arasında önemli yere sahip olan sigarayı bırakmanın daha az tercih edildiği saptanmıştır. Bu sonucun bulunmasında; sigaranın bağımlılık yapma özelliği yadsınamaz bir gerçektir. Sigarayla mücadelenin kararlılıkla sürdürülmesi gerekmektedir. Sigaranın yanı sıra diğer kanserojenler hakkında da daha fazla eğitim ve bilgilendirme çalışmaları yürütülmelidir.

Bu çalışmaya katılanların %55.2'si Gültekin M ve ark.'nın yaptığı çalışmayla benzer şekilde (%52.2, n=1613) kanseri ölümcül bir hastalık olarak tanımladı (12). Araştırmamızda katılımcıların %80.9'u kanser hastası olmaktan korkuyoruz yanıtını vermişlerdir. Karadağ Çaman ve ark.'nın yaptığı çalışmada katılımcıların %35.8'i gelecekte kansere yakalanma ihtimalinin çoğu insanla aynı olduğunu düşünürken, %26.8'i çoğu insandan daha yüksek, %18.4'ü ise daha düşük olduğunu düşünmektedir (13).

"KETEM'i daha önce hiç duydunuz mu?" sorusuna katılımcı kadınların 95'i (%44), erkeklerin 45'i (%32.6) evet cevabını vermiştir. KETEM'i duydum cevabı verenlerden kadınların 68'i (%77.3), erkeklerin 21'i (%55.3) serviks kanserinin KETEM'de tarandığını söylemiştir. Diyarbakır'da yapılan serviks kanseri ile ilgili bir çalışmada; kadınların %76.2'si erken tanı ile serviks

Tablo 4. Araştırmaya katılanların kanser hakkındaki görüşlerinin eğitim durumlarına göre dağılımı

| | Eğitim Durumu | | | χ^2 | p |
|---|-----------------------------|---------------|---------------------|----------|--------|
| | Ortaokul ve öncesi Sayı*(%) | Lise Sayı*(%) | Üniversite Sayı*(%) | | |
| Kanser sizce nasıl bir hastalıktır? (n=358) | | | | | |
| Ölümcül | 78 (70.3) | 44(57.1) | 75 (44.4) | 18.31 | <0.001 |
| Ölümcül değil | 33 (29.9) | 53(42.9) | 94 (55.6) | | |
| Bulaşıcı | 7 (6.3) | 3 (3.8) | 2 (1.2) | 5.56 | 0.050 |
| Bulaşıcı değil | 104 (93.7) | 75 (96.2) | 167 (98.8) | | |
| Tedavisi mümkün | 33 (29.7) | 39 (50.0) | 108 (63.9) | 31.30 | <0.001 |
| Tedavisi mümkün değil | 78 (70.3) | 39 (50.0) | 61 (36.1) | | |
| Kanser hakkında bilgi sahibi misiniz? (n=357) | | | | | |
| Evet | 65 (58.6) | 64 (83.1) | 154 (91.1) | 44.12 | <0.001 |
| Hayır | 46 (41.4) | 13 (16.9) | 15 (8.9) | | |
| Kanser olmaktan korkuyor musunuz? (n=356) | | | | | |
| Evet | 83 (84.3) | 66 (85.7) | 139 (82.2) | 3.46 | 0.17 |
| Hayır | 27 (24.5) | 11 (14.3) | 30 (17.8) | | |
| Kanserden korunmak için bir şey yapıyor musunuz? (n=357) | | | | | |
| Evet | 30 (27.0) | 27 (35.1) | 81 (47.9) | 12.87 | 0.002 |
| Hayır | 73 (73.0) | 50 (64.9) | 88 (52.1) | | |
| Kanserden korunmak için ne yapıyorsunuz? (n=141) | | | | | |
| Beslenmeme dikkat ediyorum | 21 (67.7) | 20 (74.1) | 71 (85.5) | 4.96 | 0.84 |
| Beslenmeme dikkat etmiyorum | 10 (32.3) | 7 (25.9) | 12 (14.5) | | |
| Sigara ve alkol kullanmıyorum | 21 (67.7) | 20 (74.1) | 59 (71.1) | 0.28 | 0.87 |
| Sigara ve alkol kullanıyorum | 10 (32.3) | 7 (25.9) | 24 (28.9) | | |
| Düzenli spor yapıyorum | 6 (19.4) | 5 (18.5) | 30 (36.1) | 4.89 | 0.09 |
| Düzenli spor yapmıyorum | 25 (80.6) | 22 (81.5) | 53 (63.9) | | |
| Düzenli kanser taraması yapıyorum | 8 (25.8) | 7 (25.9) | 12 (14.5) | 2.86 | 0.24 |
| Düzenli kanser taraması yapmıyorum | 23 (74.2) | 20 (74.1) | 71 (85.5) | | |
| Daha önce kanser taraması yaptırdınız mı? (n=355) | | | | | |
| Evet | 24 (21.6) | 15 (19.7) | 27 (16.1) | 1.44 | 0.48 |
| Hayır | 87 (78.4) | 61 (80.3) | 141 (83.9) | | |
| KETEM'i daha önce hiç duydunuz mu? (n=355) | | | | | |
| Evet | 37 (33.3) | 26 (34.2) | 77 (45.8) | 5.48 | 0.06 |
| Hayır | 74 (66.7) | 50 (65.8) | 91 (54.2) | | |
| Sizce KETEM'de hangi kanserler taranmaktadır?* (n=126) | | | | | |
| Meme kanseri taranır | 23 (76.7) | 21 (87.5) | 63 (87.5) | 2.04 | 0.425 |
| Meme kanseri taranmaz | 7 (23.3) | 3 (12.5) | 9 (12.5) | | |
| Rahim ağzı kanseri taranır | 20 (66.7) | 18 (75.0) | 51 (70.8) | 0.45 | 0.80 |
| Rahim ağzı kanseri taranmaz | 10 (33.3) | 6 (25.0) | 21 (29.2) | | |
| Kalın barsak kanseri taranır | 9 (30.0) | 8 (33.3) | 42 (58.3) | 8.99 | 0.01 |
| Kalın barsak kanseri taranmaz | 21 (70.0) | 16 (66.7) | 30 (41.7) | | |
| Prostat kanseri taranır | 6 (20.0) | 9 (37.5) | 33 (45.8) | 6.00 | 0.05 |
| Prostat kanseri taranmaz | 24 (80.0) | 15 (62.5) | 39 (54.2) | | |

kanserinden ölümün önlenilebileceğini belirtmesine rağmen sadece %12.0'si Diyarbakır'daki KETEM varlığından haberdar olduğunu ifade etmiştir (21). Çalışmamızda da benzer şekilde katılımcıların % 60.6'sı daha önce KETEM'i hiç duymamış olup KETEM'de hangi kanserlerin tarandığı sorusunu cevaplayan katılımcı sayısı (%32.8) ise oldukça düşüktür. KETEM'in tanınırlığını artırmak için ilave çalışmalar gerekmektedir.

Araştırmamızda katılımcıların 95'i (%26.7) "Kanserin erken teşhisine yönelik yöntemler hangileridir?" sorusuna kanda PSA bakılması yanıtını vermişlerdir. Çapık C ve ark.'nın yaptığı çalışmaya göre "PSA düzeyinin yüksek olmasının kesinlikle prostat kanseri olma anlamına geldiği" en çok bilinen yanlış bilgidir (deney grubunda %13.8, kontrol grubunda %9.1). Araştırmamızda "Kanser hakkında bilgi sahibi misiniz?" sorusuna "Evet" yanıtını

veren katılımcı sayısı eğitim düzeyiyle orantılı olarak anlamlı bir şekilde artmıştır ($p<0.001$). Yine Çapık C.'nin yaptığı çalışmada eğitim düzeyine göre prostat kanseri ve taramalarına yönelik bilgi düzeyi anlamlı olarak değişmekteydi ($p=0.001$) (22).

Araştırmamıza katılanların %15.6'sının kanser hakkında bilgisi yokken, bilgi sahibi olanların %52.3'ü radyo/tv'den, %39.9'u komşu/akrabadan, %38.1'i internetten bilgi edindiğini söylemiştir. Koçyiğit O ve ark.'larının yaptığı çalışmada da katılımcıların %43'ü meme kanseri hakkında bilgim yok derken, %19.8'i sağlık elemanlarından %18.8'i tv/radyodan, %10.3 kitap/dergilerden bilgi edindiğini; Gültekin M ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise bilgi kaynağı sırasıyla televizyon (%68.8), komşu-akraba (%40.1), gazete dergi (%30.6) ve sağlık personelleri (%20.6) olarak bulunmuştur (12); Merdin A ve ark.'larının yaptığı çalışmada da televizyon programları (%33) ve internet (%30) ön sırada idi (15). Yıldırım M. ve ark.'larının yaptığı bir diğer çalışmada ise bilgi kaynağı olarak sırasıyla; internet(% 39.5), basın (% 18.5) televizyon (% 17.2), sağlık çalışanları (% 16.8) ve arkadaş-akrabalar (% 8) olarak belirtilmiştir (24). Elde edilen bu sonuçlara göre halkın kanser hakkındaki genel bilgiyi daha çok tv, radyo, internet gibi kitle iletişim araçlarından edindiği görülmektedir. Bu nedenle halkı bilgilendirici faaliyetlere yazılı ve görsel basında daha fazla yer ve zaman ayrılmalıdır.

Araştırmamızda katılımcıların %27.6'sı düzenli, %16'sı bazen KKMM yaptığını belirtmiştir. Ekici ve Utku'ların kadın öğretim elemanlarıyla yaptığı araştırmada %13.4'ünün her ay düzenli KKMM yaptığı, %38.8'inin KKMM yapmadığı. %47.8'inin düzensiz aralıklarla meme kontrolünü yaptığı, %61.2'sinin en az bir kez KKMM yaptığı bulunmuştur (25). Yıldırım ve ark.'nın yaptığı çalışmada katılımcılardan doktor tarafından düzenli meme muaynesi yaptırılanların oranı %27, KKMM yapanların oranı ise %58.8 saptanmıştır (24). Yurtdışında yapılan bir çalışmada ise kadınların yarısından fazlası KKMM yaptıklarını ifade etmişler, ancak önerildiği gibi ayda bir kez KKMM uygulayan kadın oranı %15'den daha az bulunmuştur (26). Araştırmamızdan ve diğer yapılan çalışmalara bakıldığında KKMM yapma oranı oldukça düşük saptanmıştır. Kadınlarımızın bu hususta daha fazla bilgilendirilmeye ihtiyaçları vardır. Bu hususta daha çok kanser haftasında yapılan bilgilendirme çalışmaları tüm yıla yayılmalı, kanser haftasıyla sınırlı tutulmamalı, toplumun her kesimine ulaşılmaya çalışılmalıdır.

Kanserin erken teşhisine yönelik yöntemlerden mamografi çekirtmeyi bilmeyenlerin oranı %41'di, yine bu oran Gültekin M ve ark.'nın yaptığı çalışmada %44.6 olarak bulunmuştur (12). Bu sonuçlara göre mamografinin tanınırlığını ve meme kanseri taramalarına katılım oranını artırmak gerekmektedir. Bunun için halkın eğitime daha fazla çaba ve zaman ayrılmalı, her ilde gezici mamografi aracının temini için gerekli kurumlarla irtibata geçilmelidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Düzce İl merkezinde yapılan bu araştırmada 383 kişiye 'Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Düzeyi' anketi uygulanmış ve 18 yaş altında olan 24 kişi değerlendirilmeye alınmamıştır.

Katılımcıların %55.2'si kanserin ölümcül bir hastalık olduğunu düşünmekte, %80.9'u kanser olmaktan korkmaktadır. Ancak katılımcıların %61.3'ü kanserden korunmak için herhangi bir şey yapmamaktadır. Katılımcıların %81.4'ü daha önce kanser taraması yaptırmamış, %60.6'sı KETEM'i daha önce duymamıştır, %58'i taramalar için sağlık güvencesine gerek olmadığını bilmemektedir.

Araştırmada kadınların kanser hakkında bilgi sahibi olma, kanserden korkma ve kanserden korunmak için önlem alma, KETEM hakkında bilgi sahibi olma ve kanser taraması yaptırma durumu erkelere göre daha fazla bulunmuştur.

Katılımcılara anket uygulaması sonrasında kanser, kanser risk faktörleri ve kanserden korunma yöntemleri ile KETEM, KKMM hakkında sözel olarak bilgilendirme yapılmıştır.

Düzce İli'nde kanser farkındalığını arttırmak adına daha geniş çaplı çalışmalar yapılmalı. Bu konuda okul, cami, kahvehane ve alışveriş merkezi gibi toplu yaşam alanlarında bilgilendirme çalışmaları yapılmalı. TSM ve Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi işbirliği halinde çalışarak halkın kanser farkındalığını arttırmak için eğitimler düzenlemelidir. Kanser haftasıyla sınırlı tutulmamakla birlikte konuya belirli aralıklarla yerel basında da yer verilmeli, halkın bu hususta bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. who.int [Internet]. Geneva: Cancer, Fact Sheets, [Updated February 2015; Cited: 2016 November 21]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
2. Şencan İ, İnce GN. Türkiye Kanser İstatistikleri. Ankara; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2016.
3. Gürsu RU, Kesmezacar Ö, Karaçetin D, Mermut Ö, Ökten B, Güner Şİ. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Birimi: Yeni Kurulan Bir Ünitenin 18 Aylık Sonuçları. İstanbul Tıp Dergisi. 2012; 13(1): 13-8.
4. Tuncer M, Özgül N, Özen Olcayto E, Gültekin M, Erdin B. Ulusal Kanser Programı 2009-2015. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı; 2009.
5. Zhang ZF, Boffetta P, Neugut AI, Vecchia CL, Cancer Epidemiology and Public Health. In: Detels R, Gulliford M, Karim QA, Tan CC, editors. Principles of Primary and Secondary Cancer Prevention. Sixth edition. Oxford: Oxford University Press; 2015. p. 939.
6. kanser.gov.tr [Internet]. Ankara: Türkiye halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı; 2013 [Son güncelleme tarihi: 2013; Erişim tarihi: 21.11.2016]. Erişim adresi: <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-nedir/15-risk-faktorleri.html>.
7. who.int [Internet]. Geneva: Fact Sheet On Tobacco, [Updated June 2016; Cited: 2016 April 25]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
8. who.int [Internet]. Geneva: WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015. Country Profile, Turkey. [Updated June 2016; Cited: 2016 April 25]. Available

- from: http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/tur.pdf?ua=1.
9. Tuncer M, Özgül N, Olcayto E, Gültekin M, Dede İ. KETEM (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi) El Kitabı. Ankara: TC. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı; 2008.
 10. Gültekin M. Kanser Daire Başkanlığı 2014 Birim Faaliyet Raporu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı; 2015.
 11. Altınay S, Başar RP, Bal N, Özden F. Awareness of Breast Cancer and Methods of Early Diagnosis in Women Aged 50-69 Years in Regions Where Community Based Breast Cancer Screening Has Been Conducted or Not Conducted in Giresun City. *J Breast Health*. 2013; 9(3): 144-50.
 12. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Hakkında Türk Halkının Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi ve Araştırılması. *Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology*. 2011; 8(1): 57-61.
 13. Karadağ Çaman Ö, Bilir N, Özcebe H. Ailede Kanser Öyküsü ve Algılanan Kanser Riski, Kanserden Korunma Davranışları ile İlişkili mi? *Fırat Tıp Derg*. 2014; 19(2) 95-100.
 14. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların Kanser Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2011; 25(3) 145-54.
 15. Merdin A, Avcı F. Toplumsal Kanser ve Hematoloji Bilinci. *Türk Onkoloji Dergisi*. 2013; 28(4):150-3.
 16. Şahin NŞ, Üner BA, Aydın M. Aydın Merkez İlçede Kolorektal Kanser Taramasına İlişkin Bilgi, Tutum ve Engeller. *Türk Aile Hek Derg*. 2015;19 (1): 37-48.
 17. Bayrak U, Gram E, Mengeş E, Okumuş G. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıkla İlgili Alışkanlıklar ve Kanser Konusundaki Bilgi ve Tutumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2010; 24(3): 95-104
 18. Kılıç N, Ek HN. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigaraya Yönelik, Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2006; 15(2): 85-90.
 19. Sürücüoğlu MS, Çakıroğlu FP. Ankara Üniversitesi Öğrencilerinin Hızlı Hazır Yiyecek Tercihleri Üzerinde Bir Araştırma. *Toplum Bilimleri Dergisi*. 2000; 6(3): 116-21.
 20. Güleç M, Yabancı N, Göçgeldi E, Bakır B. Ankara'da İki Kız Öğrenci Yurdunda Kalan Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2008; 50(2): 102-9.
 21. Ozan YD, Ertem M. Diyarbakır'da Farklı Meslek Gruplarında Serviks Kanseri Tarama Sıklığı ve Bilgi Düzeyi; 2007. *Türk Aile Hek Derg*. 2011; 15(4): 147-52.
 22. Çapık C. The Impact of Educational Sessions Provided on Prostate Cancer, and its Screening Tests on the Knowledge Level, and Participation Behavior of the Individuals in Questionnaire Surveys. *Turkish Journal of Urology*. 2014; 40(1): 17-23.
 23. Koçyiğit O, Erel S Kismet K, Kılıçoğlu B, Sabuncuoğlu M Z, Akkuş M A. Polikliniğe Başvuran Kadınların Meme Kanseri, Meme Muayenesi ve Mamografi Hakkında Bilgi Düzeyi: İl Merkezinde Yapılan Bir Çalışma. *Nobel Med*. 2011; 7(2): 19-25
 24. Yıldırım M, Parlak C, Yıldız M, Demirci H, Çetin HO, Akgül B. Cancer Risk Factors and Factors Affecting Cancer Awareness. *Gaziantep Med J*. 2012; 18(1): 17-20.
 25. Ekici E, Utkualp N. Kadın Öğretim Elemanlarının Meme Kanseri Yönelik Davranışları. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2007; 3(3): 63-8.
 26. Fung SY. Factors Associated with Breast Self-Examination Behaviour Among Chinese Women in Hong Kong. *Patient Education and Counseling*. 1998; 33(3): 233-43.

Lise Öğrencilerinde Yeme Tutumlarının Beslenme Alışkanlıkları, Antropometrik ve Demografik Özellikleri İle İlişkisi

Zeynep UZDİL¹, Aliye ÖZENOĞLU¹, Gökçe ÜNAL¹

ÖZ

Araştırma, Samsun il merkezinde bulunan liselerde öğrenim gören kız öğrencilerde yeme tutumunun antropometrik özellikleri ve besin tüketimleriyle ilişkisinin saptanması amacıyla araştırmacılar tarafından yürütülmüştür. Rastgele seçilen 100 kız öğrenci araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Öğrencilere demografik özellikler, besin tüketim sıklığı ve Yeme Tutumu Testi'nden oluşan bir anket formu uygulanmıştır. Öğrencilerin beden kütle indeksi ortalaması 21.37 ± 3.69 kg/m² olarak bulunmuş olup, %21.00'i zayıf, %66.00'si normal, %13.00'ü ise fazla kiloludur. Yeme Tutum Testi puanı ≥ 30 olanların oranı %14 olup, yeme bozukluğu yönünden risklidir. Bu çalışmada yeme tutumu testi puanı ile beden kütle indeksi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$) ancak beden kütle indeksi artışıyla birlikte Yeme Tutum Testi puanlarının arttığı görülmüştür. Ailedeki çocuk sırası yeme tutumuyla ilişkili bulunmamıştır ($p > 0.05$) ancak daha önce doğan çocukların Yeme Tutum Testi puanının yüksek olduğu görülmüştür. Anne yaşı, eğitim düzeyi ve mesleğiyle yeme tutumu ilişkili bulunmamıştır ($p > 0.05$). Öğrencilerin günlük olarak en sık tükettikleri besinler ekmekek, beyaz peynir, siyah zeytin, sebze ve meyvedir (sırası ile %71.00, %61.10, %54.00, %45.00 ve %48.90). Ruhsal ve bedensel yönden önemli gelişmelerin yaşandığı adölesan dönemde, beslenme alışkanlığındaki hatalar adölesanın fiziksel ve ruh sağlığı yanında, okul başarısını da olumsuz yönde etkileyebilir. Bu sonuçların önlenmesinde ilköğretimden itibaren müfredata beslenme dersleri konularak besinlerin sağlık önemi, yaş ve cinsiyete göre yeterli ve dengeli beslenme ilkeleri konusunda öğrencilerin bilinçlendirilmeleri yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Yeme tutumu; adölesan; beslenme; antropometri.

The Relationship between Eating Attitudes and Eating Habits, Anthropometry and Demographic Characteristics in High School Students

ABSTRACT

The aim of the study is to determine relations between eating attitude and food consumptions in girls who were attending in high schools in Samsun city center. Randomly selected 100 students from this universe were sample of this research. A questionnaire which contains individual property, food consumption frequency and Eating Attitude Test questions were applied to students. The mean body mass index of students was 21.37 ± 3.69 kg/m² and 21% of them were lean, 66% normal and 13% overweight. 14% of students had Eating Attitude Test score ≥ 30 point, it means increased risk for eating disorder. There wasn't relation between eating attitude and body mass index ($p > 0.05$) but when body mass index values increased, Eating Attitude Test values also increased. The turn of children in her family wasn't related with eating attitude ($p > 0.05$), furthermore Eating Attitude Test scores of the first children were higher than others and weren't relations between mothers age, educational level and job with child's eating attitude ($p > 0.05$). The most frequently consumed foods every day were bread, white cheese, black olive, fruit and vegetable (71.00%, 61.10%, 54.00%, 45.00% and 48.90% respectively). Misinformation affect negatively physical and mental health and school performance in adolescents which experiencing significant development of them. Therefore, it was concluded that it would be useful to put nutrition courses to primary school curriculum and explain importance of nutrients adequate and balanced nutrition.

Keywords: Eating attitude; adolescent; nutrition; anthropometry.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10-19 yaş grubunu adölesan dönemi olarak tanımlamaktadır (1). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre Türkiye nüfusunun %17.2'si adölesan gruptadır (2). Adölesan dönemi büyüme

¹ Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Correspondence: Zeynep UZDİL, zuzdil1010@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 31.08.2015 Kabul Tarihi / Accepted: 17.10.2016

ve gelişmenin en hızlı olduğu, çocukluktan erişkinliğe geçişi kapsayan özel bir dönemdir. Bu dönem yaşam boyu beslenme alışkanlıklarının ve besin tercihlerinin şekillendiği son evredir. Sağlıklı bir yetişkinlik ve yaşlılık dönemi için çocukluk ve adölesan dönemindeki beslenme büyük önem taşır. Çocukluk döneminde fizyolojik olan beslenme davranışı, adölesan döneminde öğrenilen ve bilinçli olarak kontrol edilebilen bir davranışa dönüşür. Ani ve hızlı gelişim, enerji harcamasının artması, sosyal hayata adım atma adölesanların beslenme alışkanlığını belirlemede rol oynar (3). Adölesanların genellikle hızlı, hazır yiyecekler tüketimleri ve ev dışında tükettikleri öğün sayısı fazladır. Hızlı gelişimin en üst düzeyinde olduklarından genellikle sık aralıklarla ve bol miktarda yemeye ihtiyaç duyarlar. Enerji yoğunluğu yüksek besinler tüketebilirler ancak hızlı gelişim yavaşladığında yeme sıklığına ve miktarına daha fazla dikkat etmeleri gerekir. Bu dönemde şeker ve yağ içeriği yüksek besinler ile abur cubur gibi sağlıksız besin tüketimleri sıklıkla karşılaşılan beslenme hatalarıdır (4,5). Sağlıksız besin tüketimleri gelecekte kardiyovasküler hastalıklar, obezite, metabolik hastalıklar için risk faktörüdür (6-8). Bu dönemde bilinçlenmeye bağlı olarak sağlıksız beslenme davranışlarının yanı sıra çok su içmek, daha fazla sebze-meyve tüketmek, daha az şekerleme ve daha az yağ tüketmek gibi sağlıklı beslenme davranışları da geliştirirler (9).

Adölesan dönem fiziksel gelişim kadar bilişsel ve sosyal gelişimin de hızlı olduğu bir dönemdir. Bu dönemde dış görünüşe verilen önem daha belirgindir ve özellikle kızlarda vücut ağırlığı ve beden imajından hoşnutsuzluk sık görülür (10,11). Kızların %15'i, erkeklerin %5'inin kendilerini "biraz yağlı" veya "çok yağlı" hissettiklerinde bu durumu telafi edici yöntemlere ve sıklıkla vücut ağırlığını kontrol etmek için diyet uygulamalarına başvurdukları bildirilmiştir (9). Kusma, zayıflama ilaçları kullanımı, laksatif veya diüretik kullanma, yağ ve şeker tüketimini azaltma, aşırı egzersiz yapma, öğün atlama, aç kalma, sigaraya başlamak gibi zayıflamaya yönelik çeşitli uygulamalara başvururlar (12,13). Bu tarz sağlıksız beslenme alışkanlıkları adölesan kızlarda erkeklerle göre daha çok ve her iki cinsiyet için obez olanlarda normal kiloda olanlara göre daha çok görülmektedir (9,14). Adölesanlarda ve özellikle kızlarda ideal vücut ağırlığına kavuşma isteği ve bu amaçla yapılan hatalı diyet uygulamaları çoğu zaman sağlıksız ve tehlikeli sonuçlar doğurabilmektedir. Bu tip uygulamalar büyüme ve gelişme geriliği, kemik yoğunluğunda azalma, cinsel gelişim bozukluğu, amenore gibi hormonal bozukluklara neden olabilmektedir. Beden imajından hoşnutsuzluk, ergende sosyal ilişkilerde bozulma ve çeşitli ruhsal sorunlara neden olması yanında, buna eklenen sağlıksız diyet uygulamaları yeme bozukluğu riskini de artırmaktadır. Beden algısındaki bozukluk ve memnuniyetsizlik, vücut dismorfik bozukluğu ve yeme bozukluğu riskini de beraberinde getirmektedir (15).

Yeme davranışı; yeme tarzı, besin tercihleri, besleme ilke ve yöntemlerine ilişkin davranışsal yanıt olarak tanımlanmaktadır (16). Bu davranış, sosyal, demografik ve kültürel koşullar kadar; bireyin algısı, besinlerle ilgili

geçmiş deneyimleri ve beslenme durumundan da etkilenir (17). Yeme davranışı bozuklukları, bireyin beden algısının bozulması sonucunda yeme tutumu ve davranışında bozuklukların ortaya çıktığı bir hastalık tablosu olup, özellikle ergenler ve genç bayanların bu bozukluğa daha duyarlı oldukları bilinmektedir (16,18,19). Yeme bozukluklarında aşırı kilo ve yağlanmaya ilişkin saplantılı korku, beden imajına yönelik ilginin de yoğun olarak artmasına yol açmaktadır (16,18,19).

Özellikle ergen kızların kendilerini değerlendirme biçimi ve benlik saygısı, beden algısından önemli ölçüde etkilenmektedir. Kız ergenlerde beden imajından hoşnut olma düzeyi ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada (20), kız ergenlerin beden imajı ile benlik saygıları arasında yüksek düzeyde, negatif ve anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Kız ergenlerin beden imajından memnuniyetleri arttıkça benlik saygılarının da arttığı görülmüştür. Çeşitli çalışmalar yeme bozuklukları ile depresyon, anksiyete, düşük benlik saygısı, yaşam doyumsuzluğu ve genel iyilik hali eksikliği arasındaki ilişkiye işaret etmektedir (21,22). Ergenlerin yeme alışkanlıklarını aile içi etkileşim, düşük benlik saygısı, vücut ağırlığı ve algısı, ergenlik problemleri gibi etmenlerin etkilediği bilinmektedir (22,23).

Ergenlerde yeme bozuklukları gerek altta yatan hazırlayıcı etmenler, gerekse eşlik eden diğer bozukluklar nedeniyle ergenin fiziksel, ruhsal, sosyal sağlığını bozmakta ve okul başarısını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle çalışmamızda farklı sosyo-kültürel düzeylerdeki liselerde eğitimlerine devam eden kız öğrencilerde yeme bozukluğu yönünden riskli olanların oranlarının belirlenmesi ve yeme bozukluklarının demografik özellikleri ve beslenme alışkanlıkları ile ilişkisinin saptanması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırma Samsun'da farklı sosyoekonomik düzeylerdeki öğrencilerin eğitim gördüğü üç farklı okulda 2013-2014 eğitim öğretim yılında yapılmıştır. Bu okullara devam eden öğrencilerden rastgele örneklem seçimiyle gönüllü yüz (100) öğrenci seçilmiştir. Öğrencilere demografik özellikleri ve beslenme alışkanlıklarını sorgulayan bir anket ile birlikte Yeme Tutum Testi (YTT) uygulanmıştır. Öğrencilerin son 1 ay içerisindeki besin tüketim sıklıkları sorgulanmıştır. Besin tüketim sıklıkları kendi içerisinde gruplanmıştır buna göre; her öğün ve her gün tüketim sıklığı, her gün; haftada 1-2 ve haftada 3-4 kez tüketim sıklığı, sık tüketim; 15 günde 1 kez, ayda 1 kez ve hiç tüketmem tüketim sıklığı, seyrek tüketim olarak gruplandırılmıştır. Sık tüketim haftada birden fazla, seyrek tüketim ayda birden az besin tüketimini ifade eder. Öğrencilerin vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ölçümleri araştırmacılar tarafından alınmıştır. Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ölçümü Tanita WH2 marka boy ölçerli dijital tartı kullanılarak yapılmıştır. Vücut ağırlığı ölçümü sabah saatlerinde yapılmıştır. Boy uzunluğu ölçümü yapılırken Frankfurt düzlem sağlanmıştır. Beden kütle indeksi (BKİ), vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğu (m²) karesine bölünmesi ile hesaplanmış ve DSÖ'nün sınıflamasına göre; <18.50 kg/m² zayıf, 18.50-24.99 kg/m² normal, ≥25.00 kg/m² kilolu/şişman olarak kabul edilmiştir (24). YTT, hem

yeme bozukluğu olan hastaların, hem de yeme bozukluğu olmayan bireylerin yeme davranışındaki olası bozuklukları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Orijinal ölçek (EAT-40), Garner ve Grafinkel (25) tarafından geliştirilmiş olup Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği Savaşır ve Erol (26) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin uzun formu 40 maddeden oluşan, altı noktalı çoktan seçmeli likert tipi bir ölçektir ve ölçeğin kesme puanı 30 olarak saptanmıştır. Ölçeğin her bir maddesinden alınan puanlar toplanarak ölçeğin toplam puanı elde edilir. Toplam puan bozukluğun derecesini yansıtır.

İstatistiksel analiz: Araştırma evrenini bu okullarda eğitim gören kız öğrenciler oluşturmaktadır. Bu evrenden rastgele seçilen 100 kız öğrenci araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Çalışmanın istatistiksel analizi SPSS 21.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı testlerde kategorik veriler için sıklık analizleri, sürekli veriler için ortalama (ort), standart sapma (SS), medyan, minimum ve maksimum değerleri hesaplanmıştır. Sürekli veriler için Shapiro-Wilk normallik testi yapılmıştır. İki grup karşılaştırmalarında parametrik sürekli veriler için t testi parametrik olmayan veriler için Mann Whitney U testi; üç grup karşılaştırmalarında parametrik olmayan veriler

için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. YTT ve BKİ ilişkisine Pearson korelasyonu ile bakılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ alınmıştır.

BULGULAR

Öğrencilerin genel özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Öğrencilerin ortalama yaşı 16.70 ± 1.11 yıl, vücut ağırlığı 54.00 ± 8.73 kg, boy uzunluğu 162.00 ± 6.50 cm, BKİ 21.37 ± 3.69 kg/m^2 dir. YTT puanı ortalaması 19.86 ± 10.63 puandır. Öğrenciler ailenin ortalama 2.01 ± 1.19 ’uncu çocuğudur ve ailede ortalama 4.53 ± 1.27 kişi yaşamaktadır. Anne yaşı ortalaması ise 42.61 ± 4.66 yıldır. Öğrencilerin büyük çoğunluğu sigara (%93) ve alkol (%86) kullanmamaktadır. Öğrencilerin %9’u çeşitli hastalık nedeniyle düzenli ilaç kullanmakta iken %11’i vitamin mineral desteği kullanmaktadır.

Öğrencilerin demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 2’de verilmiştir. Buna göre YTT puanı ≥ 30 olanlar tüm öğrencilerin %14’ünü ($n=14$) oluşturmaktadır. Beden kütle indeksine göre değerlendirildiğinde öğrencilerin %21.00’i zayıf, %66.00’sı normal ağırlıkta, %13.00’ü ise fazla kiloludur. YTT puanı < 30 olanların %23.3’ü zayıf, %62.8’i normal ve %14.0’ü kiloluyken YTT puanı ≥ 30

Tablo 1. Öğrencilerin genel özellikleri

| Özellik | Ort \pm SS | Min-Maks |
|---|-------------------|----------|
| Yaş (yıl) | 16.70 \pm 1.11 | 15-20 |
| Beden Kütle İndeksi (kg/m^2) | 21.37 \pm 3.69 | 16-45 |
| Yeme Tutum Testi puanı | 19.86 \pm 10.63 | 1-55 |
| Ailenin kaçmıcı çocuğu | 2.01 \pm 1.19 | 1-8 |
| Ailedeki kişi sayısı | 4.53 \pm 1.27 | 2-9 |
| Anne yaşı (yıl) | 42.61 \pm 4.66 | 33-53 |

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

Tablo 2. Öğrencilerin demografik özelliklerine göre dağılımları

| Özellik | Sayı (n) | % |
|--|----------|-------|
| BKİ sınıflaması (n=100) | | |
| Zayıf (< 18.50 kg/m^2) | 21 | 21.00 |
| Normal (18.50 - 24.99 kg/m^2) | 66 | 66.00 |
| Kilolu (≥ 25.00 kg/m^2) | 13 | 13.00 |
| YTT puanı (n=100) | | |
| ≥ 30 | 14 | 14.00 |
| < 30 | 86 | 86.00 |
| Diyet yapma (n=50) | | |
| Son 3 ayda diyet yapan | 10 | 20.00 |
| Son 3 ayda zayıflayan | 40 | 80.00 |
| Anne eğitim durumu (n=100) | | |
| Okuryazar değil- İlkokul | 42 | 42.00 |
| Ortaokul | 22 | 22.00 |
| Lise | 23 | 23.00 |
| Üniversite | 13 | 13.00 |
| Annenin çalışma durumu (n=100) | | |
| Çalışmıyor | 73 | 73.00 |
| Çalışıyor | 27 | 27.00 |
| Baba eğitim durumu (n=100) | | |
| Okuryazar değil | 1 | 1.00 |
| İlkokul | 26 | 26.00 |
| Ortaokul | 18 | 18.00 |
| Lise | 27 | 27.00 |
| Üniversite | 28 | 28.00 |
| Baba mesleği (n=100) | | |
| Çalışmıyor | 1 | 1.00 |
| Memur | 28 | 28.00 |
| Serbest meslek | 34 | 34.00 |
| İşçi | 12 | 12.00 |
| Diğer | 25 | 25.00 |

BKİ: Beden Kütle İndeksi, YTT: Yeme Tutum Testi

olanların %7.1'i zayıf, %85.7'si normal kilolu ve %7.1'i kiloludur. Yeme tutumları yönünden değerlendirildiğinde diyet yapan öğrencilerin %80.00'i son 3 ayda ağırlık kaybetmiştir, %20.00'si diyet uygulamıştır. Öğrencilerin annelerinin çoğunluğu (%42.00) okuryazar değil veya ilkökul mezunu iken babaların çoğunluğu (%28.00) üniversite mezunudur. Annelerin %73.00'ü çalışmamakta, babaların ise %34.00'ü serbest meslek sahibidir. Öğrencilerin YTT puanlarının bazı demografik özellikleri ile ilişkisi Tablo 3'de verilmiştir. BKİ grupları ile YTT puanı arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (p=0.284). BKİ puanları ile YTT puanları arasında bir ilişki bulunmamıştır ancak pozitif yönde anlamlı olmayan bir artış vardır (r=0.108, p=0.284). Ailede yaşayan kişi sayısı arttıkça YTT puanlarının arttığı görülmüştür ancak bu ilişki

istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.405). Ailede kaçınıcı çocuk olma değişkeni, annenin yaşı, eğitim düzeyi ve çalışma durumu ile YTT puanı arasında bir ilişki bulunmamıştır (p=0.473). Öğrencilerin besin tüketim sıklıkları ve besin tüketim sıklıklarına göre YTT puanları düzeyi Tablo 4'de verilmiştir. Buna göre öğrenciler süt ürünlerinden en fazla oranda beyaz peynir ve yoğurdu (sırası ile %61.10 ve %48.90) her gün tüketirken, %41.00'i sütü seyrek (ayda birden az) tüketmektedir. Et ürünleri çoğunlukla seyrek tüketilmektedir (kırmızı et, tavuk ve balık için sırası ile %57.00, %59.80 ve %63.50). Öğrencilerin %71.00'i her gün ekmek tüketmektedir. Her gün sebze ve meyve tüketenlerin oranı sırası ile %45.00 ve %48.90'dır. Öğrencilerin %45.00'i her gün çikolata tüketmektedir.

Tablo 3. Öğrencilerde Yeme Tutum Testi puanının demografik özellikleri ile ilişkisi

| Özellik | n | % | YTT Puanı | p |
|---|----|-------|--|----------|
| | | | Ort±SS ^a / Medyan(Min-Maks) ^b | |
| BKİ (kg/m²) | | | | 0.284* |
| Zayıf (<18.50 kg/m ²) | 21 | 21.00 | 17.00(2-34) | |
| Normal (18.50-24.99 kg/m ²) | 66 | 66.00 | 19.50(1-55) | |
| Kilolu (≥25.00 kg/m ²) | 13 | 13.00 | 19.00(11-43) | |
| Ailede Yaşayan Kişi Sayısı | | | | 0.405** |
| 1-4 | 56 | 56.00 | 19.07±11.17 | |
| 5-9 | 44 | 44.00 | 20.86±9.94 | |
| Ailenin Kaçınıcı Çocuğu | | | | 0.473*** |
| 2 ve altı | 77 | 77.00 | 19.00(1-55) | |
| 3 ve üzeri | 23 | 23.00 | 18.00(5-46) | |
| Anne yaşı | | | | 0.386* |
| 30-40 yıl | 27 | 27.00 | 18.59±5.26 | |
| 40-50 yıl | 64 | 64.00 | 20.88±12.56 | |
| ≥50 yıl | 9 | 9.00 | 16.44±6.27 | |
| Anne eğitim düzeyi | | | | 0.513* |
| Okuryazar değil veya ilkökul | 42 | 42.00 | 17.00(1-48) | |
| Ortaokul | 22 | 22.00 | 18.00(5-55) | |
| Lise | 23 | 23.00 | 20.00(4-46) | |
| Üniversite | 13 | 13.00 | 19.00(7-51) | |
| Annenin çalışma durumu | | | | 0.988*** |
| Çalışmıyor | 73 | 73.00 | 18.00(1-55) | |
| Çalışıyor | 27 | 27.00 | 19.00(4-51) | |

^aParametrik veriler için verilmiştir. ^bParametrik olmayan veriler için verilmiştir. *Kruskal Wallis testi.

Bağımsız örneklem t testi, *Mann Whitney U testi, BKİ: Beden Kitle İndeksi, YTT: Yeme Tutum Testi, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min-Maks: Minimum-Maksimum

Tablo 4. Öğrencilerin besin tüketim sıklıklarının ve besin tüketim sıklıklarına göre Yeme Tutum Testi (YTT) puanlarının dağılımları

| Besinler | Besin tüketim sıklığı | | | | | | | | | | p | |
|-------------------------|-----------------------|-------|-----------------------------------|-----|-------|-----------------------------------|----|--------|-----------------------------------|-----|--------|--------------------|
| | Her gün | | | Sık | | Seyrek | | Toplam | | p | | |
| | n | % | YTT puanı Medyan (Min-Maks) | n | % | YTT puanı Medyan (Min-Maks) | n | % | YTT puanı Medyan (Min-Maks) | | | n |
| Süt | 25 | 25.00 | 19.00(5-51) | 34 | 34.00 | 15.50(1-34) | 41 | 41.00 | 20.00(5-55) | 100 | 100.00 | 0.051 ^a |
| Yoğurt ^c | 45 | 48.90 | 20.00(2-51) | 47 | 51.10 | 19.00(4-55) | | | | 92 | 100.00 | 0.860 ^b |
| Beyaz peynir | 58 | 61.10 | 20.00(2-55) | 37 | 38.90 | 14.00(1-48) | | | | 95 | 100.00 | 0.022 ^b |
| Kaşar peynir | 26 | 26.00 | 13.50(2-46) | 40 | 40.00 | 19.50(1-55) | 34 | 34.00 | 19.00(8-51) | 100 | 100.00 | 0.068 ^a |
| Kırmızı et ^d | | | | 40 | 43.00 | 15.00(2-48) | 53 | 57.00 | 20.00(4-55) | 93 | 100.00 | 0.008 ^b |
| Tavuk ^d | | | | 39 | 40.20 | 17.00(4-51) | 58 | 59.80 | 19.00(1-55) | 97 | 100.00 | 0.422 ^b |
| Balık ^d | | | | 35 | 36.50 | 17.00(1-43) | 61 | 63.50 | 19.00(2-55) | 96 | 100.00 | 0.175 ^b |
| Sebze | 45 | 45.00 | 19.00(5-51) | 45 | 45.00 | 19.00(1-55) | 10 | 10.00 | 17.50(6-46) | 100 | 100.00 | 0.944 ^a |
| Meyve ^c | 45 | 48.90 | 20.00(2-55) | 47 | 51.10 | 17.00(1-46) | | | | 92 | 100.00 | 0.277 ^b |
| Kurubaklagiller | 14 | 14.00 | 17.00(6-25) | 55 | 55.00 | 19.00(2-46) | 31 | 31.00 | 19.00(4-55) | 100 | 100.00 | 0.776 ^a |
| Ekmek | 71 | 71.00 | 19.00(1-55) | 16 | 16.00 | 18.50(6-43) | 13 | 13.00 | 24.00(10-51) | 100 | 100.00 | 0.459 ^a |
| Çikolata | 45 | 45.00 | 19.00(2-55) | 40 | 40.00 | 17.50(4-43) | 15 | 15.00 | 18.00(1-48) | 100 | 100.00 | 0.819 ^a |
| Siyah zeytin | 54 | 54.00 | 17.00(1-55) | 26 | 26.00 | 18.00(5-48) | 20 | 20.00 | 25.00(8-46) | 100 | 100.00 | 0.044 ^a |

G1-G2=0.773

G1-G3=0.023

G2-G3=0.026

^aKruskal Wallis Testi, ^bMann Whitney U testi, ^c Seyrek besin tüketimi değerlendirilmeye alınmamıştır, ^d Her gün besin tüketimi değerlendirilmeye alınmamıştır, Min-Maks: Minimum-Maksimum. Sık: Haftada birden fazla, Seyrek: Ayda birden az. G1: Her gün, G2: Sık, G3: Seyrek.

Tablo 5. Öğrencilerin besin tüketim sıklıklarına göre Beden Kütle İndeksi (BKİ) değerlerinin dağılımları

| Besinler | Besin tüketim sıklığı | | | Sık | | | Seyrek | | | Toplam | | p |
|-------------------------|-----------------------|-------|------------------------------------|-----|-------|------------------------------------|--------|-------|------------------------------------|--------|--------|--------------------|
| | Her gün | | | n | % | BKİ Değeri Medyan (Min-Maks) | n | % | BKİ Değeri Medyan (Min-Maks) | n | % | |
| | n | % | BKİ Değeri Medyan (Min-Maks) | | | | | | | | | |
| Süt | 25 | 25.00 | 21.00(17-25) | 34 | 34.00 | 21.00(16-45) | 41 | 41.00 | 21.00(16-27) | 100 | 100.00 | 0.466 ^a |
| Yoğurt ^c | 45 | 48.90 | 20.00(16-29) | 47 | 51.10 | 22.00(16-45) | | | | 92 | 100.00 | 0.085 ^b |
| Beyaz Peynir | 58 | 61.10 | 21.00(16-45) | 37 | 38.90 | 22.00(17-29) | | | | 95 | 100.00 | 0.320 ^b |
| Kaşar peynir | 26 | 26.00 | 20.50(17-27) | 40 | 40.00 | 22.00(16-29) | 34 | 34.00 | 21.00(16-45) | 100 | 100.00 | 0.282 ^a |
| Kırmızı et ^d | | | | 40 | 43.00 | 21.50(17-29) | 53 | 57.00 | 21.00(16-45) | 93 | 100.00 | 0.451 ^b |
| Tavuk ^d | | | | 39 | 40.20 | 21.00(17-45) | 58 | 59.80 | 21.00(16-29) | 97 | 100.00 | 0.660 ^b |
| Balık ^d | | | | 35 | 36.50 | 22.00(17-26) | 61 | 63.50 | 21.00(16-45) | 96 | 100.00 | 0.592 ^b |
| Sebze | 45 | 45.00 | 21.00(16-27) | 45 | 45.00 | 21.00(17-45) | 10 | 10.00 | 19.50(16-26) | 100 | 100.00 | 0.469 ^a |
| Meyve ^c | 45 | 48.90 | 21.00(16-45) | 47 | 51.10 | 21.00(16-29) | | | | 92 | 100.00 | 0.729 ^b |
| Kurubaklagiller | 14 | 14.00 | 19.00(16-26) | 55 | 55.00 | 21.00(17-45) | 31 | 31.00 | 21.00(17-29) | 100 | 100.00 | 0.088 ^a |
| Ekmek | 71 | 71.00 | 21.00(16-45) | 16 | 16.00 | 22.00(16-29) | 13 | 13.00 | 21.00(17-23) | 100 | 100.00 | 0.479 ^a |
| Çikolata | 45 | 45.00 | 21.00(17-29) | 40 | 40.00 | 22.00(16-45) | 15 | 15.00 | 20.00(16-26) | 100 | 100.00 | 0.197 ^a |
| Siyah zeytin | 54 | 54.00 | 21.00(16-45) | 26 | 26.00 | 21.00(16-29) | 20 | 20.00 | 21.00(16-27) | 100 | 100.00 | 0.996 ^a |
| Bisküvi | 21 | 21.00 | 20.00(16-29) | 55 | 55.00 | 21.00(16-45) | 24 | 24.00 | 22.00(18-26) | 100 | 100.00 | 0.037 ^a |

G1-G2=0.047

G1-G3=0.037

G2-G3=0.387

^a Kruskal Wallis Testi, ^b Mann Whitney U testi, ^c Seyrek besin tüketimi değerlendirilmeye alınmamıştır, ^d Her gün besin tüketimi değerlendirilmeye alınmamıştır, Min-Maks: Minimum-Maksimum. Sık: Haftada birden fazla, Seyrek: Ayda birden az. G1: Her gün, G2: Sık, G3: Seyrek

Süt, yoğurt, kaşar peynir, tavuk, balık, sebze, meyve, kurubaklagiller, ekmek ve çikolata tüketim sıklıkları ile YTT puanları arasında fark görülmemiştir ($p>0.05$). Beyaz peynir tüketim sıklığına göre YTT puanı farklılık göstermekte olup sık (haftada birden fazla) beyaz peynir tüketenlerin YTT puanı medyan değeri (14.00(1-48)) her gün tüketenlerin YTT medyan değerinden (20.00(2-55)) düşük bulunmuştur ($p=0.022$). Kırmızı eti sık tüketenlerin YTT puanı medyan değeri (15.00(2-48)), seyrek tüketenlerin YTT puanı medyan değerinden (20.00(4-55)) düşük bulunmuştur ($p=0.008$). Siyah zeytin tüketme sıklığı ile YTT puanı arasında fark görülmüş olup seyrek tüketenlerin YTT puanı medyan değeri (25.00(8-46)), her gün (17.00(1-55)) ve sık (18.00(5-48)) tüketenlerden yüksektir (sırası ile $p=0.023$ ve $p=0.026$).

Öğrencilerin besin tüketim sıklıklarına göre BKİ düzeylerinin dağılımı Tablo 5’de verilmiştir. Süt, yoğurt, beyaz peynir, kaşar peynir, kırmızı et, tavuk, balık, sebze, meyve, kurubaklagiller, ekmek, çikolata ve siyah zeytin tüketim sıklıkları ile BKİ arasında fark yoktur ($p>0.05$). Bisküvi tüketim sıklığı ve BKİ arasında ilişki olup her gün bisküvi tüketenlerin BKİ medyan değeri (20.00(16-29)), sık (21.00(16-45)) ve seyrek tüketenlerden (22.00(18-26)) düşüktür (sırası ile $p=0.047$ ve $p=0.037$).

TARTIŞMA

Araştırmaya katılan öğrencilerin BKİ ortalaması 21.37 ± 3.69 kg/m² saptanmış olup %21’i zayıf, %66’sı normal ağırlıkta, %13’ü ise fazla kiloludur. Aksoydan ve Çakır’ın çalışmasında adölesanların %5.6’sı zayıf, %14.7’si kilolu ve %4.1’i de şişman olarak saptanmıştır (27). Oğuz ve Bodur’un çalışmasında şişman olanlar %3.8 iken aşırı obez olanlar %17.8’ini oluşturmaktadır (28). Çalışmamızda benzer çalışmalardan farklı olarak zayıf öğrencilerin daha fazla olmasında öğrencilerin tamamının kız öğrencilerden oluşması ve beden imgesinin önemli olduğu adölesan dönemde olmalarının etkili olmuş olabileceği düşünülmüştür.

Uskun ve Şabaplı’nın lise öğrencileri üzerinde yaptığı

çalışmada YTT puanı ve BKİ ilişki bulunmuş olup ($p<0.001$) zayıf olanların puanı normal kiloda ve şişman olanlara göre yüksek bulunmuştur (29). Button ve arkadaşlarının çalışmasında da yeme tutumu ile BKİ arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (30). Ulaş ve arkadaşları da üniversite öğrencilerinde yaptıkları araştırmada YTT puanı ile BKİ’yi ilişkili bulmuşlardır (31). Bu çalışmada ise yeme tutumu ile BKİ arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0.284$). Bizim çalışmamızda her ne kadar BKİ puanları ile yeme tutumu arasında bir ilişki bulunamasa da BKİ artışıyla birlikte YTT puanlarının arttığı görülmüştür. Zayıf olan öğrencilerin YTT puanı (17.14 \pm 7.49 puan) kilolu öğrencilerin puanından (20.54 \pm 8.71 puan) daha düşük olduğu görülmüştür. YTT puanının BKİ arttıkça yükselen değerler göstermesi artan ağırlık artışı ile birlikte yeme tutumunun değiştiğini gösterir.

Çalışmamızda öğrencilerin %14’ünde olası yeme bozukluğu riski saptanmış olup bu sonuç benzer diğer çalışma bulguları ile örtüşmektedir. Erciyes Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’nda 2008 yılında 272 kişi üzerinde yapılan araştırmada da %14 olarak saptanmıştır (32). Çelikel ve ark. (2008)’nin araştırmasında kız üniversite öğrencilerinin yeme tutumu bozukluğu %12.4 olarak saptanmıştır (23). Ülkemizde yapılan bir çalışmada adölesanlarda YB’nin nokta yaygınlığı %2.33 olup bu oranın adölesan kızlarda %4.03 olduğu saptanmıştır (33). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada (AÖ ve ark, 2013), kız öğrencilerin %22’si, erkek öğrencilerin %18’i YTT’den ≥ 30 puan almışlardır (18).

Doğum sırası daha önce olan çocukların YTT puanının medyan değeri (≤ 2 . çocuk ve ≥ 3 . çocuk için sırası ile; 19.00(1-55) ve 18.00(5-46)) diğerlerine göre yüksek olduğu görülmüştür, ancak ailedeki çocuk sırasının olması durumu yeme tutumu ile ilişkili bulunmamıştır ($p=0.473$) (Tablo 3). Bu durum ilk doğan çocuklara ailenin daha çok ilgi göstermesi ve titizlenmesi sonucu yeme tutumunun ilerleyen yaşlarda olumsuz etkilenmesi şeklinde yorumlanabilir.

Taner Derman ve Başal'ın 5-6 yaş grubu çocuklarda yaptığı çalışma ailenin demokratik ve koruyucu olma gibi tutumlarının çocukta iştahsızlık davranışına yol açtığını göstermektedir (34). 13-20 yaş genç kızların YTT ile yeme tutumlarının değerlendirildiği ve annelerin eğitim gibi sosyokültürel durumlarının yeme tutumuna etkisi araştırıldığında annenin eğitiminin çocuğun yeme tutumunu etkilemediği görülmüştür (35). Çalışmamızda ise anne yaşı, eğitim düzeyi ve mesleği ile yeme tutumu ilişkili bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak çalışan annelerin çocuklarının YTT puanının medyan değeri (19.00(4-51)), çalışmayan annelerin çocuklarının YTT puanının medyan değerinden (18.00(1-55)) yüksek olduğu görülmüştür. Küçük yaştan başlayarak ailenin tutumu ve eğitimsiz annelerin beslenme bilgilerinin yetersiz olması ailelerin çocuklarına sağlıklı yeme davranışı alışkanlıkları kazandıramamaları ve çocukların yeme tutumunun olumsuz olmasına yol açmış olabilir.

Yeme bozuklukları sosyal, çevresel, psikolojik ve biyolojik etmenlerin karmaşık etkileşimi sonucunda ortaya çıkması nedeniyle biyopsikososyal bozukluklar olarak kabul edilmektedir. Nedenleri arasında psikolojik faktörler kadar (çocukluk döneminde fiziksel veya cinsel istismar öyküsü) genetik yatkınlık ve serotonin disregülasyonunun da rol oynadığı kabul edilmektedir (36-38). Diğer risk faktörleri arasında cinsiyet, ırk, prematüre doğum, doğum travması, erken çocuklukta yeme ve gastrointestinal sistem ile ilgili problemler, vücut ağırlığı ve şekline ilişkin ilgi artışı, inceliği ön plana çıkartan sosyo-kültürel özellikler, bazı meslekler (manken, balerin, kadın sporcular) genel psikiyatrik morbidite ve gen-çevre etkileşimi sayılmaktadır (36,39).

Bazı çalışmalarda toplumun zayıflıkla ilgili normlarının yeme bozukluklarının etiolojisinde önem taşıdığını belirtmektedir (40). Bozukluğun sıklığının endüstrileşen toplumlarda daha yüksek olması bu durumun toplumsal güzellik anlayışında zayıflığa aşırı değer veren yönde bir değişimi yansıttığı biçiminde açıklanmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde, yüksek sosyokültürel düzeylerdeki genç kadınlarda ve zayıflık gerektiren mesleklerle uğraşan kızlarda daha sık görülmesi toplumsal etkenlerin rolüne dikkat çekmiştir (41).

Öğrencilerin %71.00'i her gün ekmek, %45.00'i her gün çikolata ve %25.00'i her gün süt tüketmektedir. Çalışmamızda adölesanların süt ürünleri tüketim sıklığının düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Jusupoviç ve arkadaşları ilkökul ve ortaokul çocuklarının beslenme alışkanlıklarını incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, erkeklerin % 7.5'inin, kızların ise %8.4'ünün sütü hiç tüketmedikleri bildirilmiştir (42). Bu çalışmada ise süt ürünlerinden beyaz peynirin (%61.10) diğer süt ve ürünlerine kıyasla her gün daha çok tüketildiği belirlenmiştir.

Günebak'ın yaptığı bir çalışmada kız öğrencilerin %3.8'i kırmızı eti, %1.6'sı tavuk etini ve %6.3'ü ise balığı hiç tüketmemektedir (43). Çalışmamızda öğrencilerin %63.50'si et ürünlerinden balığı, %59.80'i tavuğu, %57.00'si kırmızı eti seyrek tüketmektedir. Her gün tüketilmesi önerilen bu besin grubunun adölesanlar tarafından en çok haftada 1-2 gün tüketildiği saptanmıştır.

Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi (TÖBR)'ne göre 14-18 yaş adölesan kızlar için günlük protein gereksinmesi 0.8-1.2 g/kg, demir gereksinmesi 18 mg/gün, B6 vitamini gereksinmesi 1.2 mcg/gün ve B12 vitamini gereksinmesi kızlar için 2.4 mcg/gün'dür (44). Bu araştırma sonucuna bakılarak protein, demir, B6 ve B12 vitamini yönünden zengin et grubunun tüketim sıklığının az olması çalışmamıza katılan öğrencilerin bu besin gruplarını et ürünlerinden yeterli oranda karşılamadığı sonucuna varılabilir.

Akdevelioğlu'nun yaptığı bir çalışmada öğrencilerden sebze ve meyveyi tüketenlerin oranları %4.5-23.7 arasında bulunmuştur (45). Granner ve ark. 'nın adölesanların ırk, cinsiyet ve yaşa göre meyve sebze alımlarının incelendiği çalışmada, beyaz ırka mensup adölesanların siyahlara göre daha fazla sebze-meyve tükettikleri bunda sosyal çevrelerinin ve ailelerinin çok etkin olduğu bulunmuştur (46). Çalışmamızda öğrencilerin %45.00'i sebze, %48.90'ı meyveyi her gün tüketmektedir. TÖBR'ye göre en az 5 porsiyon/gün sebze-meyve tüketilmez. Günlük 5 porsiyon tüketilmesi gereken sebze-meyve çalışmamızın verilerine göre düşük düzeylerde tüketildiği saptanmıştır.

SONUÇ

Çalışmamızda lise öğrencilerinin yeme tutumlarının antropometrik ölçümleri ve sosyodemografik özelliklerden etkilenmediği belirlenmiştir. Bununla birlikte öğrencilerin yaş ve cinslerine özgü tüketmeleri önerilen besinlerin çoğunu karşılayamadıkları görülmektedir. Özellikle çocukluk ve adölesan döneminde beslenme, fiziksel gelişimleri kadar ruh sağlığı ve okul başarısını da etkilediğinden okullarda sağlıklı beslenme konusunda yapılacak eğitimler ve uygulamalar gelecek nesillerin sağlığı bakımından faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Who.int [Internet]. [Updated: 2016 January 31; Cited: 2016 January 31]. Available from: <http://www.who.int/topics/adolescent health/en/>.
2. Hacettepe.edu.tr [Internet]. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık Ltd. Şti; Kasım 2014. [Son güncelleme ve Erişim tarihi: 31 Ocak 2016]. Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf.
3. Spear BA. Adolescent Growth and Development. Journal of the American Dietetic Association. 2002; 102(3): 23-9.
4. Zhang Z, Gillespie C, Welsh JA, Hu FB, Yang Q. Usual Intake of Added Sugars and Lipid Profiles Among the U.S. Adolescents: National Health and Nutrition Examination Survey, 2005-2010. Journal of Adolescent Health. 2015; 56(3): 352-9.
5. Soriano E, Cala VC. Comparison of dietary habits among Romanian, Moroccan and Spanish adolescents in southern Spain: Cross-cultural and gender differences. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2014; 132(2014): 10-8.
6. Fried SK, Rao SP. Sugars, hypertriglyceridemia, and cardiovascular disease. The American Journal of Clinical Nutrition. 2003; 78(4): 873-80.

7. Ruff RR, Zhen C. Estimating the effects of a calorie-based sugar-sweetened beverage tax on weight and obesity in New York City adults using dynamic loss models. *Annals of Epidemiology*. 2015; 25(5): 350-7.
8. Tappy L, Lê KA, Tran C, Paquot N. Fructose and metabolic diseases: new findings, new questions. *Nutrition*. 2010; 26(11-12): 1044-9.
9. Vander Wal JS. The relationship between body mass index and unhealthy weight control behaviors among adolescents: The role of family and peer social support. *Economics and Human Biology*. 2012; 10(4): 395-404.
10. Dumith S de C, Menezes AM, Bielemann RM, Petresco S, Silva IC, Linhares R da S, et al. Body Dissatisfaction among Adolescents: A Population-Based Study. *Ciencia & Saude Coletiva*. 2012; 17(9): 2499-505.
11. Al Sabbah H, Vereecken C, Abdeen Z, Coats E, Maes L. Associations of overweight and of weight dissatisfaction among Palestinian adolescents: findings from the national study of Palestinian schoolchildren (HBSC-WBG2004). *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2009; 22(1): 40-9.
12. Al Sabbah H, Vereecken C, Abdeen Z, Kelly C, Ojala K, Ne'meth A, et al. Weight control behaviors among overweight, normal weight and underweight adolescents in Palestine: findings from the national study of Palestinian school children (HBSC-WBG2004). *International Journal of Eating Disorder*. 2010; 43(4): 326-36.
13. Dion J, Blackburn ME, Auclair J, Laberge L, Veillette S, Gaudreault M, et al. Development and etiology of body dissatisfaction in adolescent boys and girls. *International Journal of Adolescence and Youth*. 2015; 20(2): 151-66.
14. Mellin AE, Sztainer DN, Story M, Ireland M, Resnick MD. Unhealthy Behaviors and Psychosocial Difficulties among Overweight Adolescents: The Potential Impact of Familial Factors. *Journal of Adolescent Health*. 2002; 31(2): 145-53.
15. Ruffolo JS, Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg RB. Comorbidity of Body Dysmorphic Disorder and Eating Disorders: Severity of Psychopathology and Body Image Disturbance. *International Journal of Eating Disorder*. 2006; 39(1): 11-9.
16. Goncalves JA, Moreira EAM, Trindade EB, Fiates GM. Eating disorders in childhood and adolescence. *Revista Paulista de Pediatria*. 2013; 31(1): 96-103.
17. Köster EP. Diversity in the determinants of food choice: A psychological perspective. *Food Quality and Preference*. 2009; 20(2): 70-82.
18. Özenoğlu A, Kumcağız H, Tokay A, Alakuş K, Can G, İnce G, et al. Relationships of eating attitudes with sociodemographic, psychologic and nutritional factors in university students attending first classes. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2013; 33(4): 972-80.
19. Özenoğlu A. Kadın ve Yeme Davranışı Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Nutr Diet-Special Topics*. 2015; 1(1): 73-7.
20. Oktan V, Şahin M. Kız ergenlerde beden imajı ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2010; 7(2): 543-56.
21. Erol A, Toprak G, Yazıcı F. Predicting factors of eating disorders and general psychological symptoms in female college students. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2002; 13(1): 48-57.
22. Tanrıverdi D, Savaş E, Gönüllüoğlu N, Kurdal E, Balık G. Lise Öğrencilerinin Yeme Tutumları, Yeme Davranışları ve Benlik Saygılarının İncelenmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi*. 2011; 17(1): 33-9.
23. Çelikel FC, Cumurcu BE, Koç M, Etikan İ, Yücel B. Psychologic correlates of eating attitudes in Turkish female college students. *Comprehensive Psychiatry*. 2008; 49(2): 188-94.
24. WHO expert consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *The Lancet*. 2004; 363(9403): 157-63.
25. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*. 1982; 12(4): 871-8.
26. Savaşır I, Erol N. Yeme Tutum Testi: Anoreksiya Nevroza Belirtileri İndeksi. *Psikoloji Dergisi*. 1989; 7(23): 19-25.
27. Aksoydan E, Çakır N. Adölesanların beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve vücut kitle indekslerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2011; 53(4): 264-70.
28. Bodur S, Uğuz MA. 11-15 yaş çocuklarda vücut yağ yüzdesinin beden kütle indeksi ve biyoelektriksel impedans analizi ile değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*. 2007; 17(1): 21-7.
29. Uskun E, Şabaplı A. Lise Öğrencilerinin Beden Algıları ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişki. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013; 12(5): 519-28.
30. Button EJ, Sonuga-Barke EJ, Davies J, Thompson M. A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: questionnaire findings. *British Journal of Clinical Psychology*. 1996; 35(2): 193-203.
31. Ulaş B, Uncu F, Üner S. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 2(2): 15-22.
32. Ünalın D, Öztıp DB, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B ve ark. Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2009; 16(2): 75-81.
33. Vardar E, Erzengin M. Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011; 22(4): 205-12.
34. Taner Derman M, Başal HA. Okulöncesi Çocuklarında Gözlenen Davranış Problemleri ile Ailelerinin Anne-Baba Tutumları Arasındaki İlişki. *Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2013; 2(1): 115-44.
35. Pilecki MW, Józefik B, Sałapa K. Disordered eating among mothers of Polish patients with eating disorders. *Medical Science Monitor*. 2012; 18(12): 758-64.
36. Dahlmann BH. Adolescent eating disorders:

- Definitions, Symptomatology, Epidemiology and Comorbidity. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2008; 18(1): 31-47.
37. Lyn Patrick ND. Eating disorders: A review of the literature with emphasis on medical complications and clinical nutrition. *Alternative Medicine Review*. 2002; 7(3): 184-202.
38. Avena NM, Bocarsly ME. Dysregulation of brain reward systems in eating disorders: neurochemical information from animal models of binge eating, bulimia nervosa, and anorexia nervosa. *Neuropharmacology*. 2012; 63(1): 87-96.
39. Jacobi C, Hayward C, de Zwaan M, Kraemer HC, Agras WS. Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*. 2004; 130(1): 19-65.
40. Ricciardelli LA, McCabe MP. Sociocultural and Individual Influences on Muscle Gain and Weight Loss Strategies among Adolescent Boys and Girls. *Psychology in the Schools*. 2003; 40(2): 209-24.
41. Kılıç EZ. Ruhsal Bir Hastalık Olarak Yeme Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci*. 2006; 2(7): 45-50.
42. Jusupovic F, Beslagic Z, Hadzihalilovic J, Osmic M, Dropic V. Trends in Diet and Nutritional Status in Elementary School Children in The Tuzla Canton. *Medical Archives*. 2004; 58(1): 53-6.
43. Günebak T. 14-15 Yaş Grubu Kız Çocuklarında Bazı Antropometrik Ölçümler ve Bu Ölçümleri Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.
44. Hacettepe.edu.tr [Internet]. Ankara: Mayıs 2004, [Son güncelleme tarihi ve Erişim tarihi: 31 Ocak 2016]; Erişim adresi: <http://www.bdb.hacettepe.edu.tr/torehberi.pdf>.
45. Akdevelioğlu Y, Bulduk S, Gümüş H. Yetiştirme Yurtlarında Kalan Adolesanların Beslenme ve Fiziksel Aktivite Durumlarının Vücut Kompozisyonları ile İlişkisinin Saptanması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2011; 8(1): 786-806.
46. Granner ML, Sargent RG, Calderon KS, Hussey JR, Evans AE, Watkins KW. Factors of Fruit and Vegetable Intake by Race, Gender, and Age among Young Adolescents. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 2004; 36(4): 173-80.

Hemşirelik Öğrencilerinde Tükenmişlik ve Etkileyen Faktörler

Diler AYDIN¹, Berna AKAY¹, Seda BAYDEMİR¹

ÖZ

Bu araştırma hemşirelik bölümü öğrencilerinin tükenmişlik düzeylerini ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yapıldı. Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini bir üniversitenin sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümünde öğrenim gören 355 öğrenci, örneklemini ise araştırmaya katılmaya istekli olan 288 öğrenci oluşturdu. Veri toplama aracı olarak, araştırmacılar tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formu ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanıldı. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin duygusal tükenme alt boyutu puan ortalaması 13.09 ± 6.16 ; duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalaması 4.17 ± 3.08 ; kişisel başarı alt boyutu puan ortalaması ise 10.96 ± 4.83 bulundu. Öğrencilerin cinsiyete göre duygusal tükenmişlik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.05$). Hemşirelik bölümünü isteyerek seçme durumuna göre duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.05$). Hemşirelik bölümünden memnun olmayan öğrenciler ve hemşire olarak çalışan öğrencilerin tükenmişlik alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı ($p<0.05$). Çalışma sonucunda hemşire adaylarının tükenmişlik düzeylerini düşürmeye yönelik önleyici çalışmaların yapılmasının hemşirelik hizmeti kalitesinin geliştirilmesi açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tükenmişlik; hemşirelik; öğrenci.

Burnout and Factors Affecting it in the Nursing Students

ABSTRACT

This research was conducted in order to determine the levels of burnout in nursing students, as well as the factors affecting these levels. Target population of this descriptive study consisted of 355 students studying in the nursing department of a health high school at a university while its sample consisted of 288 students who were willing to participate in the research. Personal Information Form developed by the researchers and Maslach Burnout Scale were used as data collection tools. Score averages of students studying in the health high school were determined as; 13.09 ± 6.16 in the lower dimension of emotional burnout, 4.17 ± 3.08 in the lower dimension of depersonalization and 10.96 ± 4.83 in the lower dimension of personal success. There was a statistically significant difference between the emotional burnout levels of students according to gender ($p<0.05$). There was also a statistically significant difference between their emotional burnout and personal success levels according to the state of voluntarily selecting the nursing department ($p<0.05$). Statistically significant differences were found in the lower dimensions of burnout among the students dissatisfied with the department of nursing and students working as nurses ($p<0.05$). As a result of the study, it was emphasized to conduct preventive studies for decreasing the burnout levels of nursing students for the purpose of improving the quality of nursing services.

Keywords: Burnout; nursing; student.

GİRİŞ

Kelime anlamı “gücünü yitirmiş olma, çaba göstermeme durumu, bitmişlik, güçsüzlük” olan tükenmişlik, uzun dönemde karşılanmamış, iş ile ilgili stresin ardından gelişen; zihinsel ve fiziksel enerji tükenmesini ifade etmektedir (1,2). Tükenmişlik, duyguların yoğun olarak yaşandığı uzun dönemli ilişkinin neden olduğu bir yorgunluk sendromu olarak tanımlanmakta, insan hizmetleri, eğitim ve sağlık hizmetleri gibi insan odaklı mesleklerde görev yapanların maruz kaldıkları mesleki bir zarar olarak değerlendirilmektedir (3).

İnsanlarla ilişkileri fazla olan mesleklerde daha çok görülen bir sendrom olan tükenmişlik kavramı, ilk kez 1974 yılında

¹ Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Türkiye

² Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Lisans Öğrencisi, Türkiye

Correspondence: Diler AYDIN, dileraydin@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 01.03.2016 Kabul Tarihi / Accepted: 10.11.2016

Freudenberg tarafından tanımlanmış ve günümüzde farklı iş alanları ile ilgili olarak çalışmalar yapılmıştır (2,4). Maslach ve Jackson ise tükenmişliği “profesyonel bir kişinin mesleğinin özgün anlamı ve amacından kopması, hizmet verdiği insanlar ile artık gerçekten ilgilenemiyor olması” olarak tanımlamaktadır (5,6). İngilizce’de “job burnout” ya da “staff burnout” olarak tanımlanan kavram Türkçe’de “tükenmişlik - tükeniş sendromu – mesleki tükenmişlik” kavramları ile ifade edilmektedir (6).

İnsan merkezli görev yapan sağlık çalışanları tükenmişlik sendromu açısından riskli meslek gruplarından biri olarak değerlendirilmektedir. Özellikle yoğun iş yükü, stres, duygusal destek verme zorunluluğunun bulunması, kronik hastalara bakım verme, uyku düzeninin bozulması, yetersiz hastane kaynakları, hasta yakınları ile iletişim zorluğu, ekonomik kaygılar, tutulan nöbet sayısının fazla olması sağlık personelinin üzerindeki major stresörler olarak gösterilmektedir (1,7,8-16). Günümüzdeki hızlı değişimler, ağır yaşam koşulları ve iş koşulları sağlık çalışanlarını etkilemekle birlikte tükenme ve işe bağlı gerginlik yoğun stresle ve stresin doğurduğu sorunlarla karşı karşıya bırakmaktadır (1,4). Yapılan çalışmalarda tükenmişliğin iş performansında azalmaya, fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarına, depresif duygulanıma, huzursuzluğa, konsantrasyon bozukluğuna, üretimin azalmasına, iş değişikliğine, işe devam edememeye neden olduğu belirtilmektedir (3,4,11-14).

Tükenmişlik sendromu daha çok meslek yaşantısı ve iş alanlarını etkileyen bir kavram olmasına karşın özellikle sağlıkla ilgili alanlarda çalışan öğrenciler arasında sıklıkla yaşandığına yönelik çalışmalar da yer almaktadır (3,4,7,17-21). Öğrencilik bir meslek olarak değerlendirilmemesine karşın, çeşitli akademik sorumluluklarının bulunması, sınavlardan başarılı olma, sağlıkla ilgili alanlarda çalışan öğrencilerin hastane ortamında yoğun olarak bulunmaları ve mesleki uygulama yapmaları, bakımında sorumluluk alma, kişilerarası ilişkiler gibi nedenlerle yoğun stres durumları ile karşı karşıya kalırlar. Bu uygulamalar öğrencilerin mesleki en temel aktivitelerini oluşturduğundan “iş” olarak tanımlanabilmekte ve “iş”e eşit bir anlam ifade etmekte; insan merkezli çalışan meslek gruplarında görülen tükenmişlik öğrenciler için de risk oluşturmaktadır. Bu duruma bağlı olarak da mesleğe bağlı yıpranma öğrencilik yıllarında başlayıp, artarak devam etmektedir (3,4,19,22). Tükenmişlik, sağlık alanında öğrenim görmekte olan öğrencilerin bakımından sorumlu oldukları hastaları da olumsuz etkilemekte, öğrencilerin hastaları ile iletişiminde sorunlar yaşanmasına neden olabilmektedir (4,10).

Akademik, sosyal ve mesleki gelişimler açısından önemli bir süreç olan öğrencilik yıllarında tükenmişliğin ele alınması ve incelenmesi ve tükenmişliğe neden olan risk faktörlerinin saptanması önemlidir. Bu bilgiler ışığında araştırmanın amacı hemşirelik bölümü öğrencilerinin tükenmişlik düzeylerini ve bu düzeyleri etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Hemşirelik bölümü öğrencilerinin tükenmişlik düzeylerini

ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla Şubat-Mart 2015 tarihleri arasında tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlandı.

Araştırma tanımlayıcı tipte olup, evrenini bir üniversitenin sağlık yüksekokulunda 2014-2015 eğitim öğretim yılında öğrenim gören 355 öğrenci oluşturdu. Araştırmada gönüllülük esas alınmış olup araştırmanın örneklemini ise araştırmaya katılmaya istekli ve araştırma kriterlerine uyan 288 öğrenci oluşturdu. Araştırmaya dahil edilme kriterlerinde aktif olarak klinik uygulamaya çıkan, araştırmaya katılmayı kabul eden, algılama ve işitme problemi olmayan öğrenciler oluşturdu. Hemşirelik öğrencilerinin teorik dersleri olmakla birlikte haftada 12 saat hastanede uygulama yapmaktadır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak, araştırmacılar tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formu ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu: Form cinsiyet, yaş, sınıf, anne-baba eğitim düzeyi, anne-baba çalışma durumu, ekonomik durum, mezun olduğu eğitim kurumu, bölümden memnuniyet durumu, çalışma durumu vb. tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yönelik toplam 20 sorudan oluşmaktadır.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ): Maslach (1981) tarafından geliştirilmiş ölçek Türkçe’ye Ergin (1992) tarafından çevrilmiş olup, duygusal tükenme (9 madde), duyarsızlaşma (5 madde) ve kişisel başarı hissi (8 madde) olmak üzere üç boyuttan ve 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 7’li likert tipinde ve ölçeğin puanları 0’dan 6’ya kadar değerlendirilmektedir. Duygusal tükenme; kişinin yaptığı iş nedeniyle aşırı yüklenilmesi ve tüketilmiş olma duyguları şeklinde tanımlanmaktadır. Duyarsızlaşma; kişinin bakım ve hizmet verdiklerine karşı duygudan yoksun biçimde tutum ve davranışlar içinde bulunması ile ilgili bir durum olarak tanımlanmaktadır. Kişisel başarı ise, sorunun başarı ile üstesinden gelme ve kendini yeterli bulma olarak tanımlanmaktadır. Duygusal tükenme (DT) ve Duyarsızlaşma (Du) alt ölçekleri olumsuz anlatımlardan, Kişisel başarı (KB) boyutu ise olumlu anlatımlardan oluşmaktadır. DT ve Du puanlarının artışı tükenmişliğin fazlalığını, KB puanının artışı ise tükenmişliğin azaldığını gösterir (5,7). Ölçeğin orijinalinde güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0.90, 0.79 ve 0.71; Ergin’in çalışmasında 0.82, 0.60 ve 0.80’dir. Çalışmamızda alt ölçeklerin Cronbach Alfa değerleri; DT=0.83; Du=0.62; KB=0.78 olarak bulundu.

Araştırmanın yapılabilmesi için kurumdan yazılı izin alındı. Kurum izni alındıktan sonra öğrencilere araştırma ile ilgili bilgi verildi, araştırmanın amacı açıklandı ve araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair sözel onamı alındı. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile öğrencilerin teorik derslerinin olduğu saatlerde sınıf ortamlarında veya klinik uygulamalarda öğrenciye ulaşılabildiği zamanlarda toplandı.

İstatistik Analiz

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 19.0 paket programı kullanıldı. Çalışma verilerinin tanımlayıcı

istatistikleri (ortalama, standart sapma, medyan, yüzde) hesaplandı. Veriler normal dağılım göstermediğinden grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis (homogeneous subset) ve Mann Whitney U testleri kullanıldı. İstatistiksel sonuçların anlamlılığı için yanılma düzeyi 0.05 kabul edildi.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan öğrenci hemşirelerin yaş ortalamaları 20.68 ± 2.12 olup, %74.7'sinin kız öğrenci olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan öğrencilerin %83.7'sinin ekonomik durumunun iyi olduğu, %40.3'ünün genel liseden mezun olduğu, %75.7'sinin hemşirelik bölümünü isteyerek seçtiği ve %77.1'inin bölümünden memnun olduğu bulundu (Tablo 1).

Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin duygusal tükenme alt boyutu puan ortalaması 13.09 ± 6.16 ; duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalaması 4.17 ± 3.08 ; kişisel başarı alt boyutundan aldıkları puan ortalaması ise 10.96 ± 4.83 bulundu (Tablo 2).

Öğrencilerin cinsiyete göre tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde erkek öğrencilerin duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanlarının yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmedi. Kız öğrencilerin ile duygusal tükenmişlik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p < 0.05$) (Tablo 3).

Öğrencilerin sınıf düzeylerine göre tükenmişlik alt grup puan ortalamalarına bakıldığında öğrencilerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık görülmezken; kişisel başarı alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ($p < 0.05$). Gruplar arasında gözlenen bu farkın birinci sınıfta öğrenim gören öğrencilerin kişisel başarı puan ortalamalarının yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi.

Öğrencilerin hemşirelik bölümünü isteyerek seçme durumuna göre tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı düzeyleri ile aralarında istatistiksel bir farklılık ($p < 0.05$) gözlenirken duyarsızlaşma alt boyutunda ise istatistiksel yönden bir anlamlılık saptanmadı ($p > 0.05$) (Tablo 3).

Hemşirelik bölümünden memnun olmayan öğrenciler ve hemşire olarak çalışan öğrencilerin tükenmişlik alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulundu ($p < 0.05$) (Tablo 3).

TARTIŞMA

Sağlıkla ilgili alanlarda çalışan hemşirelik öğrencilerinin çalışma alanının doğrudan insan olması nedeniyle diğer meslek guruplarına göre daha fazla düzeyde fiziksel ve ruhsal sorunlarla karşı karşıya gelebilmektedir. Bu nedenle kontrol edilemeyen düzeyde yaşanan stres bireylerde tükenmişlik sendromuna neden olabilmektedir (3,15,19). Bu nedenle daha öğrencilik döneminden itibaren yapılabilecek uygun müdahalelerde tükenmişliğe neden olan risk faktörlerini saptanması önemlidir.

Hemşirelik öğrencilerinin tükenmişlik durumları ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yaptığımız çalışmamızda ise öğrencilerin cinsiyeti ile duygusal tükenmişlik düzeyi arasında istatistiksel anlamlı bir

farklılık bulundu ($p < 0.05$). Gündüz ve arkadaşlarının (17) çalışmalarında cinsiyet ile duyarsızlaşma alt ölçeğinde erkek öğrencilerin, duygusal tükenme alt ölçeğinde ise kız öğrencilerin daha fazla tükenmişlik yaşadıkları belirlenmiştir. Kaya ve Arıöz'ün (7) hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında öğrencilerin cinsiyete göre duygusal tükenmişlik düzeyi ile aralarında anlamlı bir farklılık bulunmazken; duyarsızlaşma ve kişisel başarı düzeyleri arasında anlamlılık belirlenmiştir. Sevencan ve arkadaşlarının (4), Ertekin Pınar ve arkadaşlarının (3), Akansel ve arkadaşlarının (10) sağlık alanında çalışan öğrenciler ile yaptıkları çalışmalarında ise cinsiyet faktörünün hemşirelik öğrencilerinin tükenmişlik düzeyini etkilemediği belirlenmiştir. Çalışma sonuçları Gündüz ve arkadaşlarının (17) çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Literatürde öğrenci hemşireler ile ilgili yapılan çalışmalarda cinsiyet faktörünün olumlu ya da olumsuz etkisinin belirlendiği çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (3,4,7,10,17,18). Öğrenciler ile ilgili az sayıda çalışma olmakla birlikte çalışmalar her iki cinsiyetin de tükenmişlik sorunuyla karşılaşabileceğini göstermektedir.

Tablo 1. Öğrencilerin demografik özellikleri

| | n | % |
|--------------------------------------|------------|------------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 215 | 74.7 |
| Erkek | 73 | 25.3 |
| Sınıf Düzeyi | | |
| 1.Sınıf | 68 | 23.6 |
| 2.Sınıf | 67 | 23.3 |
| 3.Sınıf | 84 | 29.2 |
| 4.Sınıf | 69 | 24 |
| Ekonomik Durum | | |
| İyi | 39 | 13.5 |
| Orta | 241 | 83.7 |
| Kötü | 8 | 2.8 |
| Mezun Olduğu Okul | | |
| Genel Lise | 116 | 40.3 |
| Anadolu Lisesi | 105 | 36.5 |
| Sağlık Meslek Lisesi | 46 | 16 |
| Diğer | 21 | 7.3 |
| Bölümü İsteyerek Seçme Durumu | | |
| Evet | 218 | 75.7 |
| Hayır | 70 | 24.3 |
| Bölümden Memnuniyet Durumu | | |
| Evet | 222 | 77.1 |
| Hayır | 66 | 22.9 |
| Toplam | 288 | 100 |

Tablo 2. Hemşirelik öğrencilerinin tükenmişlik puan ortalamaları

| Alt Boyutlar | Ortalama \pm SS | Minimum-Maksimum |
|------------------|-------------------|------------------|
| Duygusal Tükenme | 13.09 ± 6.16 | 0-36 |
| Duyarsızlaşma | 4.17 ± 3.08 | 0-20 |
| Kişisel Başarı | 10.96 ± 4.83 | 0-32 |

SS: Standart Sapma

Tablo 3. Öğrenci hemşirelerinin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre Maslach tükenmişlik ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması

| Değişkenler | n | Duygusal Tükenme (Ortalama ± SS) | Duyarsızlaşma (Ortalama ± SS) | Kişisel Başarı (Ortalama ± SS) |
|-------------------------------|-----|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Cinsiyet | | | | |
| Kadın | 215 | 13.52 ± 6.08 | 4.06 ± 2.73 | 11.04 ± 4.73 |
| Erkek | 73 | 11.80 ± 6.26 | 4.47 ± 3.94 | 10.73 ± 5.14 |
| | | Z=-2.407 p=0.016* | Z=-0.044 p=0.965 | Z=-0.843 p=0.399 |
| Sınıf Düzeyi | | | | |
| 1.Sınıf | 68 | 12.07 ± 5.95 | 4.69 ± 3.15 | 9.45 ± 4.79 |
| 2.Sınıf | 67 | 12.41 ± 5.46 | 3.35 ± 2.69 | 11.61 ± 4.80 |
| 3.Sınıf | 84 | 13.67 ± 6.53 | 4.29 ± 3.34 | 10.77 ± 4.28 |
| 4.Sınıf | 69 | 14.02 ± 6.45 | 4.28 ± 2.94 | 12.05 ± 5.22 |
| | | KW=3.948 p=0.267 | KW=6.749 p=0.080 | KW=12.697 p=0.005* |
| Bölümü isteyerek seçme | | | | |
| Evet | 218 | 12.00 ± 5.85 | 3.98 ± 3.00 | 10.35 ± 4.57 |
| Hayır | 70 | 16.47 ± 5.92 | 4.75 ± 3.26 | 12.87 ± 5.14 |
| | | Z=-5.459 p<0.001* | Z=-1.831 p=0.067 | Z=-3.896 p<0.001* |
| Bölümden memnuniyet | | | | |
| Evet | 222 | 11.95 ± 5.52 | 3.84 ± 2.76 | 10.35 ± 4.50 |
| Hayır | 66 | 16.90 ± 6.69 | 5.27 ± 3.80 | 13.03 ± 5.33 |
| | | Z=-5.452 p<0.001* | Z=-2.490 p=0.013* | Z=-3.960 p<0.001* |
| Hemşire olarak çalışma | | | | |
| Evet | 27 | 16.92 ± 7.09 | 5.92 ± 3.98 | 9.29 ± 4.63 |
| Hayır | 261 | 12.69 ± 5.93 | 3.98 ± 2.92 | 11.13 ± 4.83 |
| | | Z=-2.850 p=0.004* | Z=-2.529 p=0.011 | Z=-2.349 p<0.001* |

SS: Standart Sapma; *p<0.05; KW: Kruskal Wallis

Kaya ve Arıöz'ün (7) çalışmalarında öğrencilerin sınıf düzeylerine göre değerlendirildiğinde 4. sınıf öğrencilerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Gündüz ve arkadaşlarının (17) çalışmalarında sınıf düzeyi arttıkça öğrencilerinin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının artış gösterdiği belirlenmiştir. Çalışmamızda ise 4. sınıf öğrencilerinin duygusal tükenme, duyarsızlaşma alt ölçeğinden aldıkları puan yüksek olmasına rağmen anlamlılık belirlenmezken; kişisel başarı alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı olarak saptanmıştır (p<0.05). Öğrencilerin sınıf düzeyi arttıkça kişisel başarı düzeylerinin düştüğü gözlemlendi (p<0.05). Bu durumun üst sınıf öğrencilerinde okulu bitirme, atama için merkezi sınavlara hazırlanma ve istihdam belirsizliği gibi faktörler nedeniyle daha fazla stres ve tükenmeyle karşılaşmalarına bağlı olarak kişisel başarılarını düşüş gösterdiği düşünülmektedir.

Bir işi isteyerek ve severek yapmak, kişinin kendisine, mesleğine ve hizmet verdiği bireylere saygı duymasını, hizmet verdikleri alanlarda kaliteli bir bakım hizmeti verebilmelerini sağlar (3,9,20). İşini severek yapan bireylerde bu duruma bağlı olarak tükenmişlik farklılık gösterebilmektedir. Kaya ve Arıöz'ün (7) çalışmalarında bölümü istemeden seçen öğrencilerin duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu ve kişisel başarı puanlarının ise daha düşük olduğu belirtilmektedir. Ertekin Pınar ve arkadaşlarının (3), Gündük ve arkadaşlarının (18), çalışmalarında hemşirelik öğrencilerinin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Sevcan ve arkadaşlarının (4) intörn öğrenciler ile yaptıkları çalışmalarında ise hiç/memnun olmayan öğrencilerin memnun/çok memnun olan öğrencilere göre duygusal

tükenme ve duyarsızlaşmanın daha fazla, kişisel başarılarının ise daha düşük olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin hemşirelik bölümünü isteyerek seçme durumuna göre tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı düzeyleri ile aralarında istatistiksel bir farklılık (p<0.05) gözlenirken duyarsızlaşma alt boyutunda ise istatistiksel yönden bir anlamlılık saptanmamıştır (p>0.05). Hemşirelik bölümünden memnun olmayan öğrencilerin tükenmişlik alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulundu (p<0.05). Çalışma sonuçları literatür ile uyumluluk göstermektedir (3,7,18).

SONUÇ

Öğrenci hemşirelerde mesleki tükenmişlik yaşanabilmektedir. Bu nedenle öğrenci hemşirelerde tükenmişlik gelişmesi erken dönemde önlenmeli, tükenmişlik durumunda sorun çözümlenmeye çalışılması gerekmektedir. Sonuç olarak; öğrenci hemşirelerin hizmet verdikleri ortam ve koşulların iyileştirilmesi, örgütsel desteğin sağlanması, öğrencilere psikolojik danışmanlık hizmetlerinin ulaştırılabilmesi, hizmet içi eğitim konularına ağırlık verilmesi, öğrenci hemşirelerde iş doyumunun artırılmasının sağlanması ve düzenlemelerin buna göre yapılması önerilmektedir. Ayrıca öğrencilerde tükenmişlik düzeyini etkileyecek diğer faktörlerin belirlenmesi amacı ile daha geniş örneklem grupları ile çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Teşekkür

Araştırmanın yapılması için izin veren üniversite yönetimine ve araştırmaya katılan üniversite öğrencilerine teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Altay B, Gönener D, Demirkıran C. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*. 2010; 15(1): 10-6.
2. Şenturan L, Karabacak BG, Alpar ŞE, Sabuncu N. Hemodiyaliz ünitelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2009; 2(2): 33-45.
3. Ertekin PŞ, Bilgiç D, Demirel G, Akyüz MB, Karatepe C, Sevim D. Sağlık alanlarında okuyan üniversite öğrencilerinin tükenmişlik ve yaşam doyumları arasındaki ilişki. *TAF Prev Med Bull*. 2015; 14(4): 284-92.
4. Sevcancan F, Uzun N, Yücel EH, Şener A, Yılmaz AE, Üner S. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem VI öğrencilerinde tükenmişlik düzeyi ve etkileyen faktörler. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 2011; 42(1): 42-8.
5. Maslach C, Jackson SE. Manuel Maslach burnout inventory. 4th ed. California: Consulting Psychological Press; 1981.
6. Kaya N, Kaya H, Ayık S, Uygur E. Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2010; 7(1): 401-19.
7. Kaya ŞD, Arıöz A. Ebe ve hemşire öğrencilerinde tükenmişlik düzeyi ve etkileyen faktörler. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2014; (31): 89-99.
8. Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Lunardi GL, Barlem ELD, da Silveira RS, Vidal DAS. Burnout syndrome among undergraduate nursing students at a public University. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(6): 934-41.
9. Öztürk S, Özgen R, Şişman H, Baysal D, Sarıakçalı N, Aslaner E ve ark. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ve sosyal desteğinin etkisi. *Cukurova Medical Journal*. 2014; 39(4): 752-64.
10. Akansel N, Çitak Tunç G, Özdemir A, Turgutlu Z. Assessment of burnout levels among working undergraduate nursing students in Turkey: Being a full time employee and student. *International Journal of Caring Sciences*. 2012; 5 (3): 328-34.
11. Gür E. Kamu, Özel ve üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerde örgütsel adalet algısı ve tükenmişlik durumları [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
12. Akyüz İ. Hemşirelerin tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin çalışma koşulları ve demografik özellikler açısından incelenmesi. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*. 2015; 3(1): 21-34.
13. Kılıç M, İpekçi NN, Dokur M, Kaya S. Kilis Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; 18(1): 1-8.
14. Altuntaş S, Seren, Baykal Ü. Yönetici hemşirelerin tükenme düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2009; 6(2): 16-21.
15. Günüşen NP, Üstün B. Türkiye'de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: literatür incelemesi. *DEUHYO ED*. 2010; 3(1): 40-51.
16. Balcı UG, Demir Ş, Kurdal Y, Koyuncu G, Deniz Y, Tereci Ö ve ark. Hemşirelerde tükenmişlik ve yorgunluk semptomları. *Tepecik Eğit. Hast. Derg*. 2013; 23(2): 83-7.
17. Gündüz B, Çapri B, Gökçakan Z. Üniversite öğrencilerinin tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2012; (19): 38-55.
18. Güdük M, Erol Ş, Yağcıbulut Ö, Uğur Z, Özvarış ŞB, Aslan D. Ankara'da bir tıp fakültesinde okuyan son sınıf öğrencilerde tükenmişlik sendromu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2005; 14(8): 169-73.
19. Da Silva RM, Goulart CT, Lopes LF, Serrano PM, Costa AL, de Azevedo Guido L. Hardy personality and burnout syndrome among nursing students in three Brazilian Universities - analytic study. *BMC Nurs*. 2014; 13(1): 9.
20. Rudman A, Gustavsson JP. Burnout during nursing education predict slower occupational preparedness and future clinical performance: a longitudinal study. *Int J Nurs Stud*. 2012; 49(8): 988-1001.
21. Naçar M, Baykan Z, Çetinkaya F. Erciyes Üniversitesi tıp fakültesi birinci ve ikinci sınıf öğrencilerinde tükenmişlik durumu ve eğitimin etkisi. *Tıp Eğitimi Dünyası Dergisi*. 2012; 35(3): 9-20.
22. Watson R, Deary I, Thompson D, Li G. A study of stress and burnout in nursing students in Hong Kong: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2008; 45(10): 1534-42.

Vaginal Doğum Yapan Lohusalarda Taburculuğa Hazır Olma Durumlarının Değerlendirilmesi

Hülya TÜRKMEN¹, Ferda ÖZBAŞARAN²

ÖZ

Bu araştırma vaginal doğum yapan lohusaların taburculuk eğitiminin sonucunda taburcu olmaya hazır olma durumlarını incelemek amacıyla yapılmış kesitsel tipte bir araştırmadır. 1 Ocak-31 Aralık 2015 tarihleri arasında Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi'nde 123 vaginal doğum yapan lohusa araştırmaya katılmıştır. Verilerin toplanmasında lohusaların özellikleri ve verilen eğitimleri içeren anket formu ve Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluk Ölçeği-Yeni Doğum Yapmış Anne Formu (HTHÖ-YDAF) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney U ve Independent Sample t testleri kullanılmıştır. Eve gitmeye hazır olan lohusaların, eve gitmeye hazır olmayan lohusalara göre HTHÖ-YDAF toplam puan ortalamaları, bilgi puan ortalamaları ve beklenen destek puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.001$). Bebeğin altını temizleme, göbek ve perine bakımı, aile planlaması ve sağlık merkezine gelmesi gereken acil durumlar konusunda eğitim verilen lohusaların toplam puan ortalamaları eğitim verilmeyen lohusalara göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Bilgi puan ortalamaları; multipar lohusaların primiparlara göre, beslenme, bebeğin gazını çıkarma ve altını temizleme, göbek, perine ve meme bakımı, aile planlaması, doğum sonrası egzersiz ve sağlık merkezine gelmesi gereken acil durumlar konusunda eğitim verilen lohusalarda eğitim verilmeyen lohusalara göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Hastanede 3 gün ve üzerinde kalan lohusaların beklenen destek puanları 2 gün ve altında kalanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Baş etme puan ortalamaları; bebeğin gazını çıkarma ve altını temizleme, perine ve meme bakımı, aile planlaması ve sağlık merkezine gelmesi gereken acil durumlar konusunda eğitim alan lohusalarda eğitim almayan lohusalara göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Sonuç olarak; Taburculuk eğitimi alan lohusaların kendilerini taburculuğa hazır hissettikleri bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Normal doğum; taburculuk eğitimi; taburculuğa hazır oluş.

Examination of Status of Readiness for Hospital Discharge among Puerperant Women Who Gave Vaginal Delivery

ABSTRACT

The current study was a cross-sectional study that investigated status of readiness for hospital discharge among puerperant women who gave vaginal delivery after receiving hospital discharge training. 123 puerperant women who gave vaginal delivery at Balıkesir Atatürk Public Hospital between the 1st of January 2015 and the 31st of December 2015 participated in the study. For data collection; a questionnaire form addressing characteristics of puerperant women and contents of the training provided and Readiness for Hospital Discharge Scale-New Mother Form (RHDS-NMF) were employed. For the assessment of the data, Mann Whitney U and Independent Sample t tests were used. Mean total score of RHDS-NMF, mean knowledge score and mean expected support score of those puerperant women who were ready to go home were significantly higher than those who were not ready to go home ($p<0.001$). Mean total score of those puerperant women who were trained about cleaning baby's genital area, umbilicus and perinea care, family planning and emergent cases for which mothers should go to health care center was higher than those puerperant women who were not trained about these subjects ($p<0.05$). Mean knowledge score of multiparous women was higher than primiparous women and mean knowledge score of those puerperant women who were trained about feeding, prevention of infant gas, cleaning baby's genital area, umbilicus, perinea and breast care, family planning, post natal exercises and emergent cases for which mothers should go to health care center was considerably higher than those not trained ($p<0.05$). Expected support score of those puerperant women who stayed at hospital for ≥ 3 days was higher than those who stayed at hospital for ≤ 2 days ($p<0.05$). Mean coping score of those who were trained about prevention of infant gas, cleaning baby's genital

¹ Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü

² İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

Correspondence: Hülya TÜRKMEN, hulyayurter@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 03.03.2016 Kabul Tarihi / Accepted: 10.11.2016

area, perinea and breast care, family planning and emergent cases for which mothers should go to health care center was considerably higher than those not trained ($p<0.05$). It was found out that puerperant women who were trained about hospital discharge felt ready for discharge.

Keywords: Normal delivery; education; readiness for hospital discharge.

GİRİŞ

Postpartum dönem, ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği kritik bir dönemdir. Anneler bebeğin bakımını ve güvenliğini sağlamak, annelik rolünü öğrenmek, bebekle iletişim kurmak, yeni sorumluluklara uyum sağlamak ve bebekle ve kendisi ile ilgili problemlerle baş etmek zorundadırlar. Bu bakımdan postpartum dönem aile için kriz ortamına neden olabilmektedir (1,2).

Türkiye’de son yıllarda komplikasyonsuz vajinal doğum sonrasında hastanede kalış süresi giderek azalmıştır. Bu durum sağlık merkezinde anne ve yenidoğana verilecek olan bakımın azalması konusunda endişeleri arttırmaktadır (3). Annenin sağlığında herhangi bir sorun yoksa normal vaginal doğum yapan anneler 24-48 saatte, sezaryen ile doğum yapan anneler ise 24-96 saatte taburcu edilmektedir. Erken taburculuk lohusanın vaginal doğum sonrası 24 saat ve daha kısa sürede, sezaryen ile doğum sonrası ise 48 saat ve daha kısa sürede taburcu edilmesidir (4). WHO doğum sonrası dönemde en az 24 saat annelerin sağlık kuruluşunda bakım alması gerektiğini önermektedir (5). Ancak sağlık personelleri bu süre içinde lohusalara yeterince eğitim verememektedir (4). Ayrıca doğum sonrası 48 saatten daha az sürede taburcu olan yenidoğanlar annelerden daha fazla risk altındadır (6). Bu nedenle hem kendi bakımını sağlayabilmesi hem de yenidoğana gerekli olan bakımı verebilmesi için annelere taburculuk eğitiminin verilmesi ve bu eğitim sonucunda da annenin kendine güvenerek taburcu olmaya hazır olması gerekir.

American Academy of Pediatrics ve American College of Obstetricians and Gynecologists (2007) taburculuk açısından önerdiği kriterler; fizyolojik denge, öz bakım ve bebek bakımı konusunda annenin bilgisi, becerisi ve kendine güveni olması, eve ilk geçiş döneminde yardımcı olmak için destek kişilerin varlığı ve taburculuk sonrasında ebelik bakımının kullanılabilirliğidir (1). Taburculuk eğitimi anne doğum ünitesine geldiğinde başlamalıdır. Ebeler annenin bilgi düzeyini belirlemeli ve eğitim planını buna göre ayarlamalıdır. Özellikle ilk kez bebek sahibi olan anneler ve çok uzun zaman önce doğum yapan anneler kendi bakımlarında ve bebek bakımında bilgi almaya ihtiyaç duymaktadırlar. Ayrıca yanlış uygulanan sağlık alışkanlıklarının değiştirilmesi açısından verilecek eğitimin önemi büyüktür (7). Doğum sonrası ebeler tarafından verilen sağlık eğitimi konuları; loşia, emzirme, reçete edilen ilaçlar, anne ve bebek beslenmesi, ağrı durumları, tehlike işaretleri, egzersiz, perine bakımı, bebek bakımı, meme bakımı, anne ve bebek takipleri, postpartum duygusal durum, uyku ve dinlenme, cinsel aktivite ve aile planlaması olmalıdır (4,7-9). Bu eğitimlerle

taburculuk sonrasında anne ve yenidoğan sağlığında gelişebilecek olumsuz sonuçların önüne geçilebilir. Bu araştırmanın amacı, vaginal doğum yapan lohusalara verilen taburculuk eğitiminin sonucunda taburcu olmaya hazır olma durumlarını incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmamız 1 Ocak 2015- 31 Aralık 2015 tarihleri arasında kesitsel tipte yapılmıştır. Araştırmamız Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi Doğum Servisinde yürütülmüştür. Araştırmanın yapıldığı kurumdan ve araştırmaya katılan lohusalardan gerekli izinler alınmıştır. Araştırmanın evreni, 2014 yılında 3489 vaginal doğum gerçekleşmiştir. Araştırmanın örnekleme ise 1 Ocak-31 Aralık 2015 tarihinde haftanın iki günü Doğum Servisine gidilerek araştırmaya katılmayı kabul eden, komplikasyonsuz doğum deneyimi yaşayan ve anket formunu eksiksiz dolduran 123 vaginal doğum yapan lohusa alınmıştır. Verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilen, lohusaların kişilik özellikleri, obstetrik özellikleri ve sağlık personeli tarafından verilen eğitimleri içeren 25 sorudan oluşan anket formu ve Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluk Ölçeği-Yeni Doğum Yapmış Anne Formu (HTHÖ-YDAF) kullanılmıştır. HTHÖ-YDAF Weiss ve Piacentine (2006) tarafından geliştirilmiştir (10). Ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlilik güvenilirliğini ise Akın ve Şahingeri gerçekleştirmiştir (11). HTHÖ-YDAF kişisel durum, bilgi, yetenek ve beklenen destek olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan “0” ve en yüksek puan ise “220”dir. Çalışmamızın Cronbach alfa katsayısı 0.87 olarak bulunmuştur.

İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi SPSS 23 paket programında gerçekleştirilmiştir. Tüm değişkenlerin tanımlayıcı değerleri hesaplanmıştır. Grup karşılaştırmalarında Independent Sample t testi ve Mann Whitney U testi ($n<30$) kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmamıza katılan lohusaların kişisel özellikleri incelendiğinde; yaş ortalaması 25.87 ± 5.10 (Min. 17,

Tablo1. Vajinal doğum yapan lohusaların kişisel özellikleri

| Özellik | n | % |
|---------------------------|-----|------|
| Eğitim | | |
| Okuryazar değil | 2 | 1.6 |
| İlkokul mezunu | 49 | 39.8 |
| Ortaokul mezunu | 34 | 27.6 |
| Lise ve Üniversite mezunu | 38 | 40 |
| Gelir Durumu | | |
| Gelir giderden az | 35 | 28.5 |
| Gelir gidere denk | 80 | 65 |
| Gelir giderden fazla | 8 | 6.5 |
| Çalışma Durumu | | |
| Evet | 12 | 9.8 |
| Hayır | 111 | 90.2 |
| Aile Tipi | | |
| Çekirdek aile | 89 | 72.4 |
| Geniş aile | 34 | 27.6 |

Tablo 2. Vaginal doğum yapan lohusaların eve gitmeye hazır olma, primipar olma ve hastanede kalma süreleri ile hastane taburculuğuna hazır oluşluk ölçeği-yeni doğum yapmış anne formu (HTHÖ-YDAF) puan ortalamaları

| Ozellik | n | % | Kişisel durum (Ort± SD) | Bilgi (Ort± SD) | Baş Etme (Ort± SD) | Beklenen Destek (Ort± SD) | Toplam ölçek puanı (Ort± SD) |
|---------------------|-------|-------------|----------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------------|---------------------------------|
| Eve Gitmeye | | | | | | | |
| Hazır Olma | | | | | | | |
| Evet | 109 | 88.6 | 61.89±11.22 | 51.94±12.88(Med=53.00) | 24.66±5.01 | 32.20±9.11(Med=35.00) | 170.70±27.69 |
| Hayır | 14 | 11.4 | 39.28±13.61 | 43.85±12.12(Med=45.50) | 21.85±5.57 | 28.50±7.63(Med=31.50) | 133.50±29.94 |
| | | | p=0.001** | p=0.01** | p=0.05 | p=0.03** | p=0.001** |
| Parite | | | | | | | |
| 60 | 48.78 | 59.38±13.93 | 47.56±13.27 | 23.51±5.05 | 32.65±7.51 | 163.11±29.92 | |
| Primipar | 63 | 51.22 | 59.26±13.26 | 54.31±11.93 | 25.12±5.12 | 30.95±10.22 | 169.66±30.45 |
| Multipar | | | p=0.96 | p=0.004* | p=0.08 | p=0.29 | p=0.23 |
| Hastanede | | | | | | | |
| Kalma süresi | | | | | | | |
| 2 gün ve altı | 108 | 87.8 | 59.32±13.50 | 51.39±12.44 | 24.35±5.17 | 31.12±9.29(Med=34.00) | 166.19±30.52 |
| 3 gün ve üstü | 15 | 12.2 | 59.33±14.29 | 48.33±16.81 | 24.26±5.0 | 36.53±4.37(Med=40.00) | 168.46±29.12 |
| | | | p=0.98 | p=0.65 | p=0.88 | p=0.01** | p=0.96 |
| Taburculuk | | | | | | | |
| Eğitimi Alma | | | | | | | |
| Evet | 99 | 80.5 | 59.50±13.53 | 52.42±11.54 | 24.44±5.03 | 31.86±9.09 | 168.24±29.94 |
| Hayır | 24 | 19.5 | 58.58±13.83 | 45.25±16.91 | 23.91±5.64 | 31.41±8.82 | 159.16±31.06 |
| | | | p=0.79 | p=0.05 | p=0.8 | p=0.77 | p=0.19 |

*Independent Samples t test, **Mann-Whitney U testi, Ort: Ortalama, SD: Standart sapma, Med: Medyan değer

Tablo 3. Hastane taburculuğuna hazır oluşluk ölçeği-yeni doğum yapmış anne formu (HTHÖ-YDAF) alt boyut ortalamaları

| Alt Boyut | n | Ort± SD | Min. | Maks. |
|-----------------|-----|-------------|------|-------|
| Kişisel Durum | 123 | 59.32±13.54 | 18 | 80 |
| Bilgi | 123 | 51.02±13.00 | 8 | 70 |
| Baş Etme | 123 | 24.34±5.13 | 7 | 30 |
| Beklenen Destek | 123 | 31.78±9.00 | 0 | 40 |

Ort: Ortalama, SD: Standart sapma, Min: Minimum değer, Maks: Maksimum değer

Maks. 40) olup %39.8'i ilkökul mezunudur. Lohusaların %65'i gelirini giderine denk algılamakta, %9.8'i ise gelir getiren bir işte çalışmaktadır ve %72.4'ünün aile tipi çekirdek ailedir (Tablo 1).

Lohusaların obstetrik özellikleri incelendiğinde; gebelik sayısı ortalama 1.95±1.11 (Min. 1, Maks. 7), doğum sayısı ortalama 1.71±0.82 (Min. 1, Maks. 4), yaşayan çocuk sayısı ortalama 1.69±0.80 (Min. 1, Maks. 4) dir.

Çalışmamıza katılan lohusaların %88.6'sı eve gitmeye hazır olduğunu ifade etmiştir. Doğum sayısı ile eve gitmeye hazır olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0.923). Eve gitmeye hazır olduğunu ifade eden lohusaların, eve gitmeye hazır olmadığını ifade eden lohusalara göre HTHÖ-YDAF toplam puan ortalamaları (p=0.001), kişisel durum (p=0.001), bilgi puan ortalamaları (p=0.01) ve beklenen destek (p=0.03) puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Lohusaların doğum sayıları incelendiğinde; multipar lohusaların toplam ölçek puanları 163.11±29.92 iken primipar olan lohusaların toplam ölçek puanları 169.66±30.45 bulunmuştur. Doğum sayısı ile toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0.23). Multipar lohusaların bilgi puan ortalamaları 54.31±11.93 iken, primipar olan

lohusaların bilgi puan ortalamaları 47.56±13.27 dir. Multipar lohusaların bilgi puan ortalamaları, primipar lohusalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0.04). Lohusaların %87.8'i 2 gün ve daha az sürede hastanede kalırken, %12.2'si 3 gün ve üzerinde hastanede kalmıştır. Hastanede 3 gün ve üzerinde kalan lohusaların beklenen destek puanları 2 gün ve altında kalan lohusalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0.01). Çalışmamıza katılan lohusaların %19.5'i sağlık personeli tarafından taburculuk eğitimi almamıştır. Sağlık personeli tarafından taburculuk eğitimi verilen ve verilmeyen lohusaların HTHÖ-YDAF puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 2).

Tablo 3'te vaginal doğum yapan lohusaların HTHÖ-YDAF alt boyut ortalamaları verilmektedir. Kişisel durum ortalamaları 59.32±13.54, bilgi puan ortalamaları 51.02±13.00, baş etme puan ortalamaları 24.34±5.13, beklenen destek puan ortalamaları 31.78±9.00'dir (Tablo 3).

Çalışmamızda sağlık personeli tarafından taburculuk eğitimi alan ve almayan lohusaların HTHÖ-YDAF puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen verilen eğitim konuları incelendiğinde farklılıklar bulunmuştur. Lohusaların aldıkları eğitim konularına göre

Tablo 4. Sağlık personeli tarafından verilen eğitim konuları ile taburculuğa hazır oluşluk arasındaki ilişki

| Eğitim konusu | | n | % | Kişisel durum (Ort± SD) | Bilgi (Ort± SD) | Baş Etme (Ort± SD) | Beklenen Destek (Ort± SD) | Toplam ölçek puanı (Ort± SD) |
|---|-------|----|------|-------------------------|-------------------------|------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Emzirme | Evet | 93 | 75.6 | 59.37±13.9 | 52.45±11.69 | 24.43±5.08 | 31.82±9.21 | 168.08±30.75 |
| | Hayır | 30 | 24.4 | 59.16±12.57 p=0.93 | 46.6±15.84 p=0.06 | 24.06±5.36 p=0.74 | 31.63±8.49 p=0.91 | 161.46±28.55 p=0.28 |
| Anne Beslenmesi | Evet | 75 | 61 | 61.14±12.96 | 53.24±11.62 | 24.94±4.78 | 31.30±9.75 | 170.64±29.78 |
| | Hayır | 48 | 39 | 56.47±14.05 p=0.06 | 47.56±14.36 p=0.02* | 23.39±5.55 p=0.11 | 32.52±7.74 p=0.44 | 159.95±30.13 p=0.05 |
| Bebek Beslenmesi | Evet | 79 | 64.2 | 59.83±13.72 | 53.22±10.91 | 24.73±4.73 | 31.44±9.59 | 169.24±29.78 |
| | Hayır | 44 | 35.8 | 58.40±13.31 p=0.57 | 47.06±15.45 p=0.02* | 23.63±5.77 p=0.28 | 32.38±7.91 p=0.55 | 161.04±29.51 p=0.18 |
| Bebeğin Gazını Çıkarma | Evet | 74 | 60.2 | 60.06±13.71 | 53.60±11.47 | 25.28±4.31 | 31.10±9.91 | 170.06±30.39 |
| | Hayır | 49 | 39.8 | 58.20±13.32 p=0.45 | 47.12±14.27 p=0.009* | 22.91±5.94 p=0.01* | 32.79±7.41 p=0.28 | 161.04±29.51 p=0.10 |
| Bebeğin Altını Temizleme | Evet | 65 | 52.8 | 60.70±13.67 | 54.55±9.96 | 25.49±4.02 | 31.15±10.10 | 171.90±27.87 |
| | Hayır | 58 | 47.2 | 57.77±13.33 p=0.23 | 47.06±14.85 p=0.002* | 23.05±5.92 p=0.01* | 32.48±7.62 p=0.40 | 160.37±31.85 p=0.03* |
| Göbek Bakımı | Evet | 77 | 62.6 | 60.70±13.20 | 53.63±11.43 | 24.97±4.61 | 31.54±9.78 | 170.85±29.47 |
| | Hayır | 46 | 37.4 | 57.02±13.92 p=0.15 | 46.65±14.38 p=0.006* | 23.28±5.79 p=0.09 | 32.17±7.62 p=0.69 | 159.13±30.43 p=0.03* |
| Perine Bakımı | Evet | 70 | 56.9 | 60.84±13.52 | 54.17±10.94 | 25.18±4.28 | 31.95±9.32 | 172.15±28.70 |
| | Hayır | 53 | 43.1 | 57.32±13.43 p=0.15 | 46.86±14.38 p=0.003* | 23.22±5.93 p=0.04* | 32.54±8.65 p=0.80 | 158.96±30.87 p=0.01* |
| Meme Bakımı | Evet | 68 | 55.3 | 60.64±13.83 | 53.27±11.46 | 25.42±4.47 | 31.75±9.68 | 171.10±29.47 |
| | Hayır | 55 | 44.7 | 57.69±13.11 p=0.22 | 48.23±14.31 p=0.003* | 23.00±5.60 p=0.01* | 31.81±8.18 p=0.96 | 160.74±30.48 p=0.06 |
| Aile Planlaması | Evet | 57 | 46.3 | 61.03±13.61 | 55.77±9.19 | 25.87±3.80 | 31.28±9.89 | 173.96±26.73 |
| | Hayır | 66 | 53.7 | 57.84±13.40 p=0.19 | 46.92±14.41 p=0.001* | 23.01±5.76 p=0.001* | 32.21±8.22 p=0.57 | 160.00±31.78 p=0.009* |
| Doğum Sonrası Egzersiz | Evet | 40 | 32.5 | 62.02±14.38 | 55.77±9.46 | 25.40±3.90 | 30.30±11.26 | 173.50±27.78 |
| | Hayır | 83 | 67.5 | 58.02±13.00 p=0.14 | 48.73±13.88 p=0.001* | 23.83±5.58 p=0.07 | 32.49±7.66 p=0.27 | 163.08±30.96 p=0.06 |
| Sağlık merkezine gelmesi gereken acil durumlar | Evet | 58 | 47.2 | 61.67±12.97 | 55.34±10.14 | 25.65±4.70 | 30.89±10.29 | 173.56±28.08 |
| | Hayır | 65 | 52.8 | 57.23±13.79 p=0.06 | 47.16±14.09 p=0.001* | 23.16±5.25 p=0.007* | 32.56±7.67 p=0.31 | 160.13±30.91 p=0.01* |

*Independent Samples t test, Ort: Ortalama, SD: Standart sapma

bilgi puanları incelendiğinde; anne beslenmesi (p=0.02), bebek beslenmesi (p=0.02), bebeğin gazını çıkarma (p=0.009), bebeğin altını temizleme (p=0.002), göbek bakımı (p=0.006), perine bakımı (p=0.003), meme bakımı (p=0.003), aile planlaması (p=0.001), doğum sonrası egzersiz (p=0.001) ve sağlık merkezine gelmesi gereken acil durumlar (p=0.001) konusunda eğitim verilen lohusaların bilgi puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Lohusaların verilen aldıkları eğitim konularına göre baş etme puanları incelendiğinde; bebeğin gazını çıkarma (p=0.01), bebeğin altını temizleme (p=0.01), perine bakımı (p=0.04), meme bakımı (p=0.003), aile planlaması (p=0.001), ve sağlık merkezine gelmesi gereken acil durumlar (p=0.007) konusunda eğitim alan lohusaların baş etme puan ortalamaları bu konularda eğitim almayan lohusalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Lohusalara verilen eğitim konularından bebeğin altını temizleme (p=0.03), göbek bakımı (p=0.03), perine bakımı (p=0.01), aile planlaması (p=0.009) ve sağlık merkezine gelmesi gereken acil durumlar (p=0.01) konusunda eğitim verilen lohusaların toplam ölçek puanları bu konularda eğitim verilmeyen lohusalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

TARTIŞMA

Araştırmamızda lohusaların eve gitmeye hazır olma durumları sorgulandığında eve gitmeye hazır olan lohusaların toplam ölçek puan ortalamaları, bilgi puan ortalamaları ve beklenen destek puan ortalamaları eve gitmeye hazır olmayan lohusalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çalışmamızla benzer şekilde Dağ ve

ark. yaptıkları çalışmada lohusaların %74.5'i eve gitmeye hazır olduğunu, %25.5'i ise eve gitmeye hazır olmadığını ifade etmiştir. Eve gitmeye hazır olduğunu ifade eden lohusaların toplam ölçek puanları eve gitmeye hazır olmadığını ifade eden lohusalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0.05) (12). Altuntuğ ve Ege yaptıkları çalışmada doğum sonrasına yönelik eğitim verilen lohusaların %92.5'i eve gitmeye hazır olduğunu ifade etmiştir (13). Çelik ve ark. yaptıkları çalışmada lohusaların %78.3'ü kendini eve gitmeye hazır hissederken, % 21.7'si ise hazır hissetmemektedir. Eve gitmeye hazır hissedilen lohusaların toplam ölçek puanları (156.48±30.27), eve gitmeye kendini hazır hissetmeyen (106.96±28.57) lohusalara göre anlamlı düzeyde yüksektir (p<0.001) (14). Bernstein ve ark. yaptıkları çalışmada lohusaların % 48.9'u eve gitmeye hazır olmadığını bildirmişlerdir (15). Weiss ve ark. yaptıkları çalışmada postpartum 43-54. saatler arasında lohusaların % 96.3'ü eve gitmeye hazır olduğunu ifade etmiştir (16). Weiss ve Piacentine yaptıkları çalışmada eve gitmeye hazır olan lohusaların toplam ölçek puanları (176.3±22.1) ile eve gitmeye hazır olmayan lohusaların puanları (129.8±37) arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (p<0.01) (10). Akın ve Şahingeri yaptıkları çalışmada eve gitmeye hazır olan lohusaların toplam ölçek puanları (162.7±23.7) eve gitmeye hazır olmayan lohusaların toplam ölçek puanlarından (143.9±23.0) yüksektir (p<0.001) (11). Çalışmamız literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda eve gitmeye hazır olan ve olmayan lohusaların beklenen destek puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Akın ve Şahingeri

yaptıkları çalışmada eve gitmeye hazır olan lohusaların beklenen destek puan ortalamalarının (29.9±12.2) eve gitmeye hazır olmayan lohusaların puan ortalamalarından (25.0±13.6) yüksek olduğunu bildirmişlerdir (p<0.001) (11). Mermer ve ark. lohusaların doğum sonrası dönemde sosyal desteğe ihtiyaçlarının arttığını bildirmektedir. Beden sağlığını iyi olarak ifade eden lohusaların sosyal destek puanları kötü olarak hissedenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (17). İnandı ve ark. çalışmalarında kadınların %40'ının gebelik döneminde yetersiz aile desteğinden yakındıklarını bildirmektedirler (18). Weiss ve Piacentine yaptıkları çalışmada yetişkin desteği ile yaşayan lohusaların toplam ölçek puanları (176.3±22.1) ile yetişkin desteği ile yaşamayan lohusaların puanları (163.5±35.7) arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (p<0.01) (10). Doğum sonrası dönemde bebek bakımı konusunda destek alabilen lohusaların eve gitmeye hazır olma durumları beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda hastanede kalma süresi ile HTHÖ-YDAF toplam ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamıza benzer şekilde Weiss ve Piacentine yaptıkları çalışmada da hastanede kalma süresi ile toplam ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0.05) (10). Benzer şekilde Çelik ve ark. yaptıkları çalışmada hastanede kalma süresi ile toplam ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamışlardır (p>0.05) (14). Çalışmamız literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda doğum sayısı ile toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çalışmamızla benzer olarak Çelik ve ark. yaptıkları çalışmada multipar lohusaların toplam ölçek puanları (143.44±20.86) ile primipar lohusaların toplam ölçek puanları (133.94±43.75) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (14). Çalışmamızda doğum sayısı ile bilgi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0.01). Bu durum daha önce doğum deneyimini yaşayan multipar lohusaların bebek bakımı ve kendi bakımı konusunda deneyiminin olması bilgi puanlarının yüksek olma nedenini açıklayabilir.

Çalışmamızda taburculuk eğitimi alan ve almayan lohusaların HTHÖ-YDAF puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmamızın aksine Altuntuğ ve Ege yaptıkları çalışmada doğum sonrasına yönelik eğitim verilen lohusaların toplam ölçek puanları eğitim verilmeyen lohusalara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bulmuşlardır (p=0.04) (13). Weiss ve Piacentine yaptıkları çalışmada ihtiyacından fazla eğitim verilen lohusaların toplam ölçek puanları (177.3±22.4) ile ihtiyacından daha az eğitim verilen lohusaların puanları (154.8±30.1) arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (p<0.01) (10). Çalışmamızda verilen taburculuk eğitiminin konuları ile HTHÖ-YDAF puan ortalamaları karşılaştırıldığında farklılıklar bulunmuştur. Çalışmamızda doğum sonrasında egzersiz konusunda eğitim verilen ve verilmeyen lohusaların toplam ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Dağ ve ark. çalışmasında ise çalışmamızın aksine doğum sonrasında egzersiz eğitimi verilen lohusaların toplam ölçek puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (12).

Çalışmamızda sağlık merkezine gelmesi gereken acil durumlar konusunda eğitim alan lohusaların toplam ölçek puanları bu konuda eğitim almayan lohusalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Gözüm ve Kılıç yaptıkları çalışmada lohusaların %66.1'inin doğum sonrasında gelişebilecek komplikasyonlar konusunda eğitim almadığını bildirmektedirler (3). Bu durum lohusalara taburculuk öncesinde sağlık personeli tarafından yeterince eğitim verilemediğini göstermektedir. Çalışmamızla benzer olarak Dağ ve ark. yaptığı çalışmada kontrole gelme konusunda bilgi alan lohusaların toplam ölçek puanları bu konuda eğitim almayan lohusalara göre yüksek bulunmuştur (p<0.05) (12).

Lohusaların bebek bakımı konusunda bilgi puanları incelendiğinde; bebek beslenmesi, bebeğin gazını çıkarma, bebeğin altını temizleme ve göbek bakımı konusunda eğitim verilen lohusaların bilgi puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Altuntuğ ve Ege yaptıkları çalışmada bebek bakımı konusunda eğitim verilmeyen lohusaların eğitim verilen lohusalara göre bebek bakımında daha fazla güçlük çektiklerini belirlemişlerdir (p<0.01) (13). Bebek bakımı konusunda verilen taburculuk eğitimi annenin özgüvenini artırarak taburcu olma isteği arttıracak ve taburculuk sonrasındaki yaşanan güçlükleri azaltacaktır.

Çalışmamızda lohusaların kendi bakımı konusunda aldıkları eğitim konularına göre baş etme puanları incelendiğinde; perine bakımı, meme bakımı, aile planlaması ve sağlık merkezine gelmesi gereken acil durumlar konusunda eğitim alan lohusaların baş etme puan ortalamaları bu konularda eğitim almayan lohusalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Altuntuğ ve Ege yaptıkları çalışmada lohusanın kendi bakımı ve meme bakımı konusunda eğitim verilmeyen lohusaların eğitim verilen lohusalara göre kendi bakımında daha fazla güçlük çektiklerini belirlemişlerdir (p<0.01) (13). Lohusalara kendi bakımı konusunda verilen taburculuk eğitimi annenin baş etme gücünü arttıracaktır.

SONUÇ

Araştırmamızda doğum sonrası dönemde anne ve bebek bakımı konusunda eğitim alan lohusaların kendilerini taburculuğa hazır hissettikleri bulunmuştur. Sağlık personeli tarafından doğum sonrası dönemde lohusalara anne ve bebek bakımı konusunda nitelikli eğitim verilmesi lohusaların özgüvenlerinin artmasını sağlayacak, bilgi ve becerileri geliştirecek ve bir başkasına gereksinimi kalmayacaktır. Taburculuk eğitimi ile lohusalar hangi durumda hastaneye acil başvurması gerektiğini bilecek böylece anne ve bebek morbidite ve mortalitesinin önüne geçilecektir.

KAYNAKLAR

1. Weiss ME, Lokken L. Predictors and outcomes of postpartum mothers' perceptions of readiness for discharge after birth. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2009; 38(4): 406-17.
2. Güleç D, Kavlak O, Sevil Ü. Ebeveynlerin doğum sonu yaşadıkları duygusal sorunlar ve hemşirelik bakımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2014; 11(1): 54-60.

3. Gözüm S, Kiliç D. Health problems related to early discharge of Turkish women. *Midwifery*. 2005; 21(4): 371-8.
4. Karaçam Z. Normal postpartum dönemin fizyolojisi ve bakımı. Şirin A, Kavlak O, editörler. *Kadın Sağlığı. Genişletilmiş 2. Baskı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. s. 460-87.
5. World Health Organization (WHO). *Recommendations on postnatal care of the mother and newborn, a practical guide*, 2013. Geneva: WHO. ISBN 978 92 4 150664 9; 2013.
6. Cargill Y, Martel MJ. Postpartum maternal and newborn discharge. *J Obstet Gynaecol*. 2007; 29(4): 357-9.
7. Taşkın L. Doğum Sonu Dönem. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 13. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2016.
8. “Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi”. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Yayın no: 925; 2014.
9. Aslan E. Normal Lohusalık Süreci ve Bakım. Beji NK, editör. *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. s. 355-403.
10. Weiss ME, Piacentine LB. Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale. *J Nurs Meas*. 2006; 14(3): 163-80.
11. Akın B, Şahingeri M. Hastane taburculuğuna hazır oluşluk ölçeği-yeni doğum yapmış anne formu'nun Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010; 13(1): 7-14.
12. Dağ H, Dönmez S, Şen E, Şirin A. Vajinal doğum yapan kadınların hastane taburculuğuna hazır oluşluk durumu. *Gaziantep Tıp Dergisi*. 2013; 19(2): 65-70.
13. Altuntuğ K, Ege E. Sağlık eğitiminin annelerin taburculuğa hazır oluş, doğum sonu güçlük yaşama ve yaşam kalitesine etkisi. *Hemar-G*. 2013; 15 (2): 45-56
14. Çelik AS, Türkoğlu N, Pasinlioğlu T. Annelerin doğum sonu hastane taburculuğuna hazır oluşluk düzeylerini etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 2014; 3(2): 1-7.
15. Bernstein HH, Spino C, Lalama CM, Finch SA, Wasserman RC, McCormick MC. Unreadiness for postpartum discharge following healthy term pregnancy: impact on health care use and outcomes. *Academic Pediatrics*. 2013; 13(1): 27-39.
16. Weiss ME, Ryan P, Lokken L, Nelson M. Length of stay after vaginal birth: sociodemographic and readiness for discharge factors. *Birth*. 2004; 31(2): 93-101.
17. Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2010; 1(2): 71-6.
18. İnandı T, Elci OC, Ozturk A, Egri M, Polat A, Şahin TK. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International Journal of Epidemiology*. 2002; 31(6): 1201-7.



Üniversite Öğrencilerinde Kişilik Özelliklerinin Premenstrual Şikâyetlere Etkisi

Zeynep ÖLÇER¹, Nazife BAKIR², Ergül ASLAN¹

ÖZ

Premenstrual sendrom, genç kızların okul başarısını, derslere devamını, sosyal aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Adet öncesi dönem şikâyetlerle kişilik özellikleri arasında ilişki olabileceği bildirilmektedir. Bu çalışma kız öğrencilerde kişilik özelliklerinin premenstrual şikâyetlere etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Tanımlayıcı kesitsel nitelikteki çalışma İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi ve Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi'nde öğrenim gören 645 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Veriler "Kişisel Bilgi Formu", "Cervantes Kişilik Ölçeği" ve "Premenstrual Sendrom Ölçeği" ile Nisan-Haziran 2014 tarihleri arasında elde edilmiştir. Öğrencilerin %55.8'inin premenstrual sendrom yaşadığı belirlenmiştir. En fazla görülen semptomlar iştah değişimleri, şişkinlik, sinirlilik, depresif duygulanım, yorgunluk, ağrı, uyku değişimleri, depresif düşünceler ve anksiyetedir. Ailenin aylık gelir durumu Premenstrual şikâyetleri etkilememektedir. Alkol kullanımı premenstrual şikâyetleri olumsuz etkilemektedir. Dismenore yaşayan, anne ve/veya kız kardeşinde premenstrual şikâyetler görülen öğrencilerde premenstrual şikâyetler daha fazladır. Dışa/İççe Dönük Olma ile Premenstrual Sendrom Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. Nörotizm ile tutarsız olma özelliği arttıkça premenstrual şikâyetler de artmaktadır. Öğrenciler premenstrual şikâyetleri orta ve yüksek düzeyde yaşamaktadır. Hemşirelik bakımı verilirken kişilik özellikleri de göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Premenstrual sendrom; kişilik; hemşirelik.

Effect of University Students' Personality on Premenstrual Complaints

ABSTRACT

Premenstrual syndrome is an important health issue that negatively affects girls' success at school, to attend classes, social activities and the quality of life. It is reported that there could be a relationship between complaint during premenstrual period and personality traits. This study was planned to determine the effect of the personality traits of students on complaints during premenstrual period. This descriptive cross-sectional study was conducted with 645 students that studying at Istanbul University Florence Nightingale School of Nursing and Mehmet Akif Ersoy University. The data was collected with "Personal Information Form, Cervantes Personality Scale, Premenstrual Syndrome Scale" in between April-June 2014. It has been identified that 55.8% of students live premenstrual syndrome. The most common symptoms are appetite changes, bloating, irritability, depressive mood, fatigue, pain, sleep changes, depressive thoughts and anxiety. Alcohol consumption negatively affects premenstrual complaints. Premenstrual complaints are more common in the students having dysmenorrhea, mother or sister has premenstrual complaints. There was no statistically significant difference in between extraverted/introverted personality with Premenstrual Syndrome Scale scores. When unstable personality and inconsistent response increase, premenstrual complaints increase too. Students live premenstrual complaints in medium and high level. The personality characteristics should be considered while giving nursing care.

Keywords: Premenstrual syndrome; personality; nursing.

GİRİŞ

Premenstrual sendrom (PMS) / adet öncesi sendrom (AÖS) terimi, menstrual siklusun luteal fazında görülen, çoğu siklusta tekrarlayan, menstruasyonun başlamasıyla birlikte düzelen, foliküler fazda en az bir hafta süreyle görülmeyen,

¹ İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

² Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Gölhisar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Correspondence: Nazife BAKIR, nazbakir@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 22.04.2016 Kabul Tarihi / Accepted: 01.12.2016

fiziksel, duygusal ve davranışsal semptomlar olarak tanımlanmaktadır (1-13). Adolesan ve genç kızları etkileyen ve sık görülen, önemli bir halk sağlığı sorunudur (10,11,14). Sosyal ilişkileri ve günlük aktiviteleri bozacak derecede önemli davranış değişikliklerine neden olmaktadır (2,9).

Genetik faktörler, stres, psikolojik durum, hormonal dengesizlikler, bireyin yaşadığı kültür, menstruasyona ilişkin bilgi alma durumu ve tutumu premenstrual sendromda etkili olduğu düşünülmektedir (1-4,9-13). Dismenore de PMS'u etkileyen faktörlerden birisi olarak ele alınmaktadır (10). PMS belirtileri menarştan sonra başlar, yaşla birlikte artar, menopoza yaklaştıkça azalır (4,7,9,12).

PMS kendini 150 kadar farklı semptomla gösterebilmektedir (4,7,11). Huzursuzluk, gerginlik, öfkenin kontrol edilememesi, akne, yorgunluk, halsizlik, baş ağrısı, baş dönmesi, ödem, iştah artma, kilo alımı, anksiyete, irritabilite, gerginlik, nedensiz ağlama, değersizlik düşünceleri, konsantrasyonda azalma, memelerde dolgunluk ve hassasiyet, kas ve eklem ağrısı, sosyal ilişkilerden kaçınma, cinsel aktivitede azalma ve kavgaya eğilim en sık görülen belirtileridir (1-13,15). Bazı belirtiler ise epilepsi gibi ciddi sonuçlara da yol açabilmektedir (13). Premenstrual dönemdeki bu değişiklikler, ekonomik kayıplara ve kaza potansiyelinde artışa neden olması, genç kızların okul başarısını, derslere devamını, çalışma kalitesini, duygusal iyilik halini, kendine olan güvenini, günlük yaşamını, sosyal aktivitelerini, toplumsal ve aile ilişkilerini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle erken dönemde ele alınması gereken bir durumdur (5-17).

Kişilik, içsel kaynaklardan ortaya çıkan ve yaygın olarak kişinin davranışlarına hakim olan, biyolojik yapısı ve deneyim yoluyla öğrenilenleri kapsayan, kişinin algılama, öğrenme, düşünme, başa çıkma ve davranış örüntüleridir. Bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen önemli bir değişkendir. Bireyler, olaylara kişilik özellikleri doğrultusunda yanıt vermekte ve başetme yollarını ona göre belirlemektedir (18). Adet öncesi dönem şikâyetlerle kişilik özellikleri arasında ilişki olabileceği bildirilmektedir (6).

Kişilik yapıları ve PMS ilişkisinin bilinmesi premenstrual şikâyetlerle baş etmede ve bu şikâyetleri tedavi etmede yarar sağlayabilir. Bu çalışma üniversite öğrencilerinde kişilik özelliklerinin premenstrual şikâyetlere ve etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Nicel tanımlayıcı, kesitsel tipteki bu araştırma Nisan-Haziran 2014 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi ve Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Gölhisar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda yapılmıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi'nde öğrenim gören, tüm sınıflardaki 767 kız öğrenci, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Gölhisar Sağlık Hizmetleri Meslek

Yüksekokulu'nda öğrenim gören, tüm sınıflardaki 403 kız öğrenci olmak üzere toplam 1170 öğrenci, örnekleme ise araştırmaya katılmaya istekli olan ve soruları eksiksiz yanıtlayan İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi'nden 370 kız öğrenci ile Gölhisar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'ndan 275 kız öğrenci olmak üzere toplam 645 kız öğrenci oluşturmuştur.

Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri

Kız öğrencilerden tanı konulmuş herhangi bir kronik rahatsızlığı olmayan, oral kontraseptif kullanmayan, bekar kız öğrenciler araştırma kapsamına alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veriler "Kişisel Bilgi Formu", "Cervantes Kişilik Ölçeği" ve "Premenstrual Sendrom Ölçeği" ile elde edilmiştir.

Kişisel Bilgi Formu: Öğrencilerin kişisel, demografik ve adet dönemi özelliklerini sorgulayan araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen bu form 14 sorudan oluşmuştur.

Cervantes Kişilik Ölçeği (CKÖ): Evrensel kişilik özelliklerine bakıldığında kişiliğin dışa/içe dönük olma ve duygusal denge/nörotizm olmak üzere iki temel parçadan oluştuğu söylenebilir. Cervantes Kişilik Ölçeği bu iki temel kişilik özelliğini kapsayacak ve bu iki alt grubun sağlanmasını yapabilecek şekilde üç boyuttan oluşmuştur. Bunlar; dışa/içe dönük olma, duygusal denge/nörotizm ve tutarlı/tutarsız olmadır. Castelo-Branco ve arkadaşları tarafından 2008 yılında kadınların kişilik özelliklerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Bal ve Şahin tarafından 2011 yılında geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçek 20 maddeden oluşan altı likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki her bir madde 0'dan 5'e kadar puanlanmış olup verilen yanıtlara göre değerlendirme yapılmaktadır. Ölçekte her alt grupta bireyin verdiği puan arttıkça içedönük olma, duygusal dengesiz (nörotizm) olma ve tutarsız olma özelliği artmaktadır. Benzer şekilde her alt grupta bireyin verdiği puan azaldıkça dışa dönük olma, duygusal dengeli olma ve tutarlı olma özelliği artmaktadır. Ölçekteki her madde bireyin kendi deneyimleri doğrultusunda maddenin kendisini ne kadar tarif ettiğini göz önünde bulundurularak cevaplanmaktadır (18,20). Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin yapıldığı çalışmada Cronbach alfa değerlerinin dışa/içe dönük olma boyutu için 0.97; duygusal denge/nörotizm boyutu için 0.81; tutarlı/tutarsız olma boyutu için 0.71 olduğu belirlenmiştir (18). Bu çalışmada ise Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0.78, 0.70, 0.67 olarak belirlenmiştir.

Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ): Premenstrual belirtileri ölçmek ve şiddetini belirleyebilmek amacıyla 2006 yılında Gençdoğan tarafından geliştirilen 44 maddelik, beşli likert tipi ölçektir. Ölçek son üç ay içindeki belirtileri sorgulamaktadır. Ölçeğin depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik olmak üzere dokuz alt boyutu vardır. Bu alt boyutlardan alınan puanların toplamı ile PMSÖ toplam puanı elde edilmektedir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan ise 220'dir. Toplam ölçek ve alt boyutlardan alınabilecek en yüksek puanın %50'sini geçme durumuna

göre PMS'nin olup olmadığı yönünde değerlendirme yapılmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirliği 0.75 bulunmuştur (19). Bu çalışmada da ölçeğin Cronbach alfa güvenirliği 0.89 olarak bulunmuştur.

Veri Toplama Yöntemi

Veriler İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi ve Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Gölhisar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda öğrenim gören ve araştırmaya katılmaya istekli olan kız öğrencilere eğitim-öğretimi aksatmayacak şekilde araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniğiyle, sınıf ortamında 15-20 dakikada toplanmıştır.

Etik

- Araştırmada kullanılan ölçeklerin ülkemizde geçerlilik güvenirliğini yapan kişilerden izin alınmıştır.
- Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili kurumlardan gerekli izinler alınmıştır.
- Araştırmaya katılan öğrencilere araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verilip elde edilen verilerin sadece bu araştırma için kullanılacağı açıklandıktan sonra, sözlü onamları alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Örneklemin çalışmanın yapıldığı birimlerle ile sınırlı olması nedeniyle genelleme yapılamaz.

İstatistiksel Analiz

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde, Statistical Package for Social Science (SPSS) 20.0 programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı değerler hesaplanmış ve Pearson Chi-square testi, Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Ölçeklerin Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Araştırmanın anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan kız öğrencilerin yaş ortalaması 20.16 ±1.45'dir. Öğrencilerin %48.9'unun yurttan kaldığı, %67.8'inin aile gelirinin giderine denk olduğu, %85.4'ünün sigara ve %81.4'ünün de alkol kullanmadığı

saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 2'de öğrencilerin menstruasyon öyküsü özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Buna göre öğrencilerin ilk adet yaşı ortalaması 13.28±1.16, adet sıklığı ortalama 28.53±2.86 gün, adet kanama süresi ortalama 5.40±1.35 gün ve adet süresince ped değiştirme sıklığı 3.97±1.81 saat olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin %75.8'i adet hakkında ilk bilgiyi aileden aldığı, %41.7'sinin ilk adet gördüğünde korku/endişe yaşadığı, %85.4'ünün adet döneminde ağrı yaşadığı, %24.3'ünün ağrıyı giderme en sık kullandığı yöntemin ağrı kesici hap alma, %15.5'inin de evde dinlenme olduğu saptanmıştır. Ayrıca öğrencilerin %54.1'inde annesi ve/veya kız kardeşinde de adet öncesi şikâyetlerinin var olduğunu belirtilmiştir.

Öğrencilerin Cervantes Kişilik Ölçeğinden (CKÖ) aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde Dışa/İç Dönük Olma puan ortalaması 13.18±5.79, Duygusal Denge/Nörotizm puan ortalaması 18.19±6.52, Tutarlı/Tutarsız Olma puan ortalaması 12.23±5.21 olarak belirlenmiştir (Tablo 3).

Öğrencilerin PMSÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ise depresif duygulanım 18.67±7.11, anksiyete 15.15±6.45, yorgunluk 16.70±6.15, sinirlilik 14.56±5.78, depresif düşünceler 16.36±7.10, ağrı 7.82±3.16, iştah değişimleri 8.86±3.57, uyku değişimleri 7.78±3.56 ve şişkinlik alt boyutu 9.03±3.85 olarak saptanmıştır. Öğrencilerin PMSÖ alt boyutlardan alınabilecek en üst puanın %50'sini geçme durumuna göre değerlendirildiğinde; premenstrual dönemde öğrencilerin %65.3'sinde iştah değişimleri, %63.3'ünde şişkinlik, %62.0'sinde sinirlilik, %59.7'sinde depresif duygulanım, %57.8'inde yorgunluk, %53.2'sinde ağrı, %49.1'inde uyku değişimleri, %42.8'inde depresif düşünceler ve %35.5'inde anksiyete yakınmalarının görüldüğü saptanmıştır. PMSÖ'nün kesme noktasına göre premenstrual şikâyetlerin varlığına bakıldığında kız öğrencilerin %55.8'inin (PMSÖ ≥111 puan) premenstrual sendrom yaşadığı görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 5'de öğrencilerin bazı sosyo-demografik ve menstruasyon öyküsü özelliklerine göre PMS varlığı incelenmiştir. Buna göre sürekli alkol kullananların kız öğrencilerin %62.7'si ile bazen alkol kullanan kız öğrencilerin %71.0'ında (p=0.011, X²=8.977) premenstrual

Tablo 1. Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n=645)

| | Ortalama± Standart Sapma | Minimum / Maksimum |
|--|--------------------------|--------------------|
| Yaş | 20.16 ±1.45 | 18- 29 |
| | Sayı (n) | Yüzde (%) |
| Eğitim-Öğretim Süresince Yaşadığı Yer | | |
| Yurt | 315 | 48.9 |
| Aile /Akraba ile | 193 | 29.9 |
| Evde Yalnız/Arkadaşlarla | 137 | 21.2 |
| Aile Aylık Gelir Durumu | | |
| Gelir giderden az | 154 | 23.9 |
| Gelir gidere denk | 437 | 67.8 |
| Gelir giderden fazla | 54 | 8.4 |
| Sigara kullanma durumu | | |
| Hiç | 551 | 85.4 |
| Sürekli | 68 | 10.5 |
| Bazen | 26 | 4.0 |
| Alkol kullanma durumu | | |
| Hiç | 525 | 81.4 |
| Sürekli | 51 | 7.9 |
| Bazen | 69 | 10.7 |

Tablo 2. Öğrencilerin menstruasyon öyküsü özelliklerine göre dağılımı

| | Ortalama± Standart Sapma | Minimum / Maksimum |
|---|-----------------------------|-----------------------|
| İlk adet yaşı | 13.28 ±1.16 | 9-16 |
| Kaç günde bir adet gördüğü/sıklık | 28.53±2.86 | 23-38 |
| Adet kanama süresi (gün) | 5.40 ±1.35 | 3-10 |
| Ped değiştirme sıklığı (saat) | 3.97±1.81 | 1- 9 |
| | Sayı (n) | Yüzde (%) |
| Adet dönemi hakkında ilk kimden bilgi aldığı | | |
| Aile | 489 | 75.8 |
| Arkadaş | 46 | 7.1 |
| Kitap /dergi | 47 | 7.3 |
| İnternet/ Tv | 32 | 5.0 |
| Diğer | 31 | 4.8 |
| İlk adet gördüğündeki yaşadığı duygu | | |
| Sevinç/mutluluk | 113 | 17.5 |
| Korku/endişe | 269 | 41.7 |
| Üzüntü | 58 | 9.0 |
| Şaşkınlık | 205 | 31.8 |
| Adet döneminde ağrı yaşama durumu | | |
| Evet | 551 | 85.4 |
| Hayır | 94 | 14.6 |
| Ağrıyla gidermede en sık uyguladığı yöntem (n=551) | | |
| Analjezik tablet kullanıyor | 157 | 28.50 |
| Hiçbir şey yapmıyor | 106 | 19.23 |
| Karnını sıcak tutuyor | 100 | 18.14 |
| Evde dinleniyor | 71 | 12.88 |
| Analjezik enjeksiyon yapıyor | 61 | 11.07 |
| Her ay acil servise gidiyor | 20 | 3.62 |
| Egzersiz yapıyor | 19 | 3.47 |
| Bitkisel çaylar içiyor | 17 | 3.09 |
| Anne/kız kardeşinde adet öncesi şikâyet varlığı | | |
| Evet | 349 | 54.1 |
| Hayır | 296 | 45.9 |

Tablo 3. Öğrencilerin cervantes kişilik ölçeğinden (CKÖ) aldıkları puan ortalamaları (n= 645)

| CKÖ alt boyutlar | Alt Boyut Puan | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------|
| | Ortalama± Standart Sapma | Minimum / Maksimum |
| Dışa / İçte Dönük Olma | 13.18 ± 5.79 | 0-31 |
| Duygusal Denge / Nörotizm | 18.19 ± 6.52 | 0-35 |
| Tutarlı / Tutarsız Olma | 12.23 ± 5.21 | 0-30 |

Tablo 4. Öğrencilerin PMSÖ puanlarının premenstrual şikâyetlere göre dağılımı (n= 645)

| PMSÖ Alt Boyutlar | Alt Boyut Puan | | Premenstrual şikâyet varlığı % (n) |
|---------------------|-------------------------|--------------------|------------------------------------|
| | Ortalama±Standart Sapma | Minimum / Maksimum | |
| Depresif Duygulanım | 18.67 ± 7.11 | 7- 35 | 59.7 (385) |
| Anksiyete | 15.15 ± 6.45 | 7- 35 | 35.5 (229) |
| Yorgunluk | 16.70 ± 6.15 | 6- 30 | 57.8 (373) |
| Sinirlilik | 14.56 ± 5.78 | 5- 25 | 62.0 (400) |
| Depresif Düşünceler | 16.36 ± 7.10 | 7- 35 | 42.8 (276) |
| Ağrı | 7.82 ± 3.16 | 3- 15 | 53.2 (343) |
| İştah Değişimleri | 8.86 ± 3.57 | 3- 15 | 65.3 (421) |
| Uyku Değişimleri | 7.78 ± 3.56 | 3- 15 | 49.1 (317) |
| Şişkinlik | 9.03 ± 3.85 | 3- 15 | 63.3 (408) |
| PMSÖ ≤110 puan | 81.89 ± 20.18 | 44-110 | 44.2 (285) |
| PMSÖ ≥111 puan | 141.18 ± 22.88 | 111-220 | 55.8 (360) |
| PMSÖ Toplam Puan | 114.98 ± 36.60 | 44- 220 | |

şikâyetler görülmektedir. Yine adet döneminde ağrı yaşayan öğrencilerin %58.1'i (p=0.005, X²=7.846) ile anne ve/veya kız kardeşinde adet öncesi şikâyeti olduğunu söyleyen kız öğrencilerin %60.5'inde (p=0.010, X²=6.652) premenstrual şikâyetler yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 6'de öğrencilerde CKÖ ile PMSÖ arasındaki ilişkiye yer verilmiştir. Buna göre öğrencilerin Cervantes Kişilik

Ölçeği'nin Dışa/İçte Dönük Olma alt boyutu puan ortalaması ile PMSÖ aldıkları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (p=0.389). Bununla birlikte Duygusal Denge/Nörotizm ile PMSÖ toplam puanı arasında r=0.403 orta düzeyde pozitif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.001). Yine Tutarlı/Tutarsız Olma ile PMSÖ toplam puan arasında r=0.255 zayıf düzeyde pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır

($p<0.001$). CKÖ ile PMSÖ'nün alt ölçekleri arasındaki ilişkiye bakıldığında birçok alt grup arasında zayıf ilişki olduğu görülmekle birlikte sadece CKÖ'nün Duygusal Denge/Nörotizm alt boyutu ile PMSÖ'nün "Depresif Düşünceler" alt boyutu arasında $r=0.403$ orta düzeyde pozitif ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

TARTIŞMA

Üniversite öğrencilerinde kişilik özelliklerinin premenstrual şikâyetlere ve etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada öğrencilerin PMSÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında öğrencilerin PMS

belirtilerini orta ve yüksek düzeyde yaşadıkları görülmektedir. Genç kızlarla yapılan çalışmalarda PMSÖ puan ortalaması, Erbil ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada 112.27 ± 31.24 (21); Tanrıverdi ve arkadaşlarının çalışmasında ise 121.94 ± 31.27 olarak saptanmıştır (22). Yapılan çalışmaların sonuçları ile bu araştırma sonuçları paralellik göstermektedir.

Araştırmada öğrencilerin %55.8'inde PMS görüldüğü saptanmıştır. Alt ölçek boyutunda premenstrual dönemde öğrencilerin %65.3'sinde iştah değişimleri, %63.3'ünde şişkinlik, %62.0'sinde sinirlilik, %59.7'sinde depresif duygulanım, %57.8'inde yorgunluk, %53.2'sinde ağrı,

Tablo 5. Sosyo-demografik ve menstruasyon özelliklerinin premenstrual şikâyetlere etkisi

| Değişkenler | ≤110 | | PMSÖ | | ≥111 | | X ² | p |
|--|------|------|------|------|------|---|----------------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Kaldığı Yer | | | | | | | 0.821 | 0.663 |
| Yurt | 134 | 42.5 | 181 | 57.5 | | | | |
| Aile /Akraba ile | 90 | 46.6 | 103 | 53.4 | | | | |
| Evde Yalnız/Arkadaşlarla | 61 | 44.5 | 76 | 55.5 | | | | |
| Aile Gelir Durumu | | | | | | | 4.864 | 0.088 |
| Gelir giderden az | 58 | 37.7 | 96 | 62.3 | | | | |
| Gelir gidere denk | 198 | 45.3 | 239 | 54.7 | | | | |
| Gelir giderden fazla | 29 | 53.7 | 25 | 46.3 | | | | |
| Sigara Kullanım Durumu | | | | | | | 3.543 | 0.170 |
| Hiç | 249 | 45.2 | 302 | 54.8 | | | | |
| Sürekli | 23 | 33.8 | 45 | 66.2 | | | | |
| Bazen | 13 | 50.0 | 13 | 50.0 | | | | |
| Alkol Kullanım Durumu | | | | | | | 8.977 | 0.011 |
| Hiç | 246 | 46.9 | 279 | 53.1 | | | | |
| Sürekli | 19 | 37.3 | 32 | 62.7 | | | | |
| Bazen | 20 | 29.0 | 49 | 71.0 | | | | |
| Adet hakkında ilk kimden bilgi aldı | | | | | | | 5.338 | 0.254 |
| Aile | 209 | 42.7 | 280 | 57.3 | | | | |
| Arkadaş | 24 | 51.1 | 23 | 48.9 | | | | |
| Kitap /dergi | 26 | 55.3 | 21 | 44.7 | | | | |
| İnternet/ Tv | 11 | 34.4 | 21 | 65.6 | | | | |
| Diğer | 15 | 50.0 | 15 | 50.0 | | | | |
| İlk adet gördüğünde yaşadığımız duygu | | | | | | | 6.728 | 0.081 |
| Sevinç/mutluluk | 46 | 40.7 | 67 | 59.3 | | | | |
| Korku/endişe | 117 | 43.5 | 152 | 56.5 | | | | |
| Üzüntü | 19 | 32.8 | 39 | 67.2 | | | | |
| Şaşkınlık | 103 | 50.2 | 102 | 49.8 | | | | |
| Adet döneminde ağrı yaşama durumu | | | | | | | 7.846 | 0.005 |
| Evet | 231 | 41.9 | 320 | 58.1 | | | | |
| Hayır | 54 | 57.4 | 40 | 42.6 | | | | |
| Anne ve/veya kız kardeşte adet öncesi şikâyet varlığı | | | | | | | 6.652 | 0.010 |
| Evet | 138 | 39.5 | 211 | 60.5 | | | | |
| Hayır | 147 | 49.7 | 149 | 50.3 | | | | |

Pearson Chi-Square

Tablo 6. Öğrencilerin kişilik özellikleri ile premenstrual şikâyetler arasındaki ilişki

| Cervantes Kişilik Ölçeği'nin Alt boyutları | Dışa/İçe Dönük Olma | | Duygusal Denge/Nörotizm | | Tutarlı/Tutarsız Olma | |
|--|---------------------|-------|-------------------------|--------|-----------------------|--------|
| | r | p | r | p | r | p |
| PMSÖ Alt Boyutlar | | | | | | |
| Depresif Duygulanım | 0.052 | 0.191 | 0.358** | <0.001 | 0.222** | <0.001 |
| Anksiyete | 0.094* | 0.017 | 0.357** | <0.001 | 0.210** | <0.001 |
| Yorgunluk | 0.024 | 0.549 | 0.335** | <0.001 | 0.217** | <0.001 |
| Sinirlilik | 0.025 | 0.531 | 0.329** | <0.001 | 0.197** | <0.001 |
| Depresif Düşünceler | 0.085* | 0.032 | 0.401** | <0.001 | 0.233** | <0.001 |
| Ağrı | -0.041 | 0.300 | 0.279** | <0.001 | 0.176** | <0.001 |
| İştah Değişimleri | -0.048 | 0.224 | 0.132** | <0.001 | 0.153** | <0.001 |
| Uyku Değişimleri | 0.016 | 0.682 | 0.256** | <0.001 | 0.131** | <0.001 |
| Şişkinlik | -0.097* | 0.014 | 0.217** | <0.001 | 0.182** | <0.001 |
| PMSÖ toplam | 0.034 | 0.389 | 0.403** | <0.001 | 0.255** | <0.001 |

Spearmankorelasyon, * $p<0.05$, ** $p<0.001$

%49.1’inde uyku değişimleri, %42.8’inde depresif düşünceler ve %35.5’inde anksiyete yakınmalarının görüldüğü saptanmıştır. Wong, Khoo çalışmasında katılımcıların %83.6’sının premenstrual dönemde bir veya daha fazla somatik ve duygusal semptom gösterdiğini belirlemiş, sinirlilik, gerginlik, duygusal dalgalanmalar en yaygın üç semptom olarak belirlenmiştir. Ayrıca PMS’nin sınıfta konsantrasyon azlığı, performansta düşme, sosyal faaliyetlerde kısıtlama gibi etkileri olduğu görülmüştür (23). Nijerya’daki 200 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %85.5’inin PMS’yi yaşadığı ve en yaygın belirtilerin alt karın ağrısı, yüzde şişkinlik/sivilce, memelerde hassasiyet/ağrı, depresyon/gerilim olduğu bulunmuştur (24). Yapılan çalışmalarda görülen belirtilerin sıralamasında değişiklik olmakla birlikte PMS’nin genç kız ve kadınların sağlığını olumsuz yönde etkilediği görülmektedir (25-27). Bu araştırma bulguları ile literatür bilgileri paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda aile aylık gelirinin öğrencilerde PMS varlığını etkilemediği saptanmıştır. Arıöz, Ege’nin (8) yaptığı çalışmada aylık gelir ile premenstrual şikâyetler arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmamıştır. Çalışmanın sonuçları bu araştırmayı destekler nitelikte olmakla birlikte araştırma bulgularıyla çelişen çalışmalar da bulunmaktadır. Erbil ve arkadaşlarının (28) evli kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada gelir durumu yetersiz olanların kadınların PMS düzeylerinin daha fazla olduğunu yine Chayachinda ve arkadaşları (29); Deuster ve arkadaşları (30), düşük gelirli kadınlarda premenstrual şikâyetlerin daha fazla olduğunu saptamışlardır. Silva ve arkadaşları (31) ise sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kadınların premenstrual semptomları daha şiddetli yaşadıklarını belirlemiştir. Bu sonuçlar PMS’nin gelir düzeyi farklı gruplardaki kadınlarda benzer şekilde yaşandığını göstermektedir. Bu durum PMS’yi önlemeye yönelik eğitimlerde gelir düzeyi farklılıklarına bakılmaksızın tüm kadınların ele alınması gerektiğini düşündürmektedir.

Araştırmada dismenore yaşayan öğrencilerde PMS’nin dismenore yaşamayan öğrencilerden daha fazla olduğu saptanmıştır. Literatürde bu araştırma bulgularıyla benzerlik gösteren çalışmaların (27,32,33) yanı sıra dismenore ile PMS arasında ilişki bulunmayan çalışmalarda (34,35) görülmektedir.

Araştırmamızda anne ve/veya kız kardeşte premenstrual şikâyetin var olduğunu söyleyen öğrencilerin, anne ve/veya kız kardeşte premenstrual şikâyetin olmadığını ifade eden öğrencilere göre daha fazla premenstrual şikâyet yaşadığı saptanmıştır. Sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada annede ya da kız kardeşinde premenstrual şikâyetleri olan kişilerde PMS yüksek oranda saptanmıştır (32). Konu üzerinde yapılan birçok araştırmada da bu çalışma sonucuyla benzerlik göstermektedir (36-38).

Araştırmamızda sigara ve alkol kullanımının PMS üzerine etkisini incelediğimizde; sigara kullanımı, PMS varlığını etkilememekle birlikte, alkol kullananlarda PMS’nin alkol kullanmayanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Hirokawa (39), Japon adolesanlar üzerine yaptığı çalışmasında sigara kullananlarda, sigara kullanmayanlara göre premenstrual dönemdeki ağrı, konsantrasyon, davranış değişimleri, otonom reaksiyonlar, sıvı retansiyonu, negatif

duygulanım problemlerinin daha fazla olduğunu ve yine alkol kullananlarda premenstrual dönemdeki konsantrasyon, davranış değişimleri, otonom reaksiyonlar, sıvı retansiyonu, negatif duygulanım problemlerinin alkol kullanmayanlara göre daha fazla olduğunu saptamıştır. Johnson ve arkadaşları (40), erken yaşlarda alkole başlamış ve uzun süre alkol kullanımının PMS ve Premenstrual disforik bozukluk (PMDB) riskini artırabileceğini saptamışlardır. Cohen ve arkadaşları (41), PMDB olan kadınlarda sigara kullanımının PMDB olmayan kadınlardan daha fazla olduğunu saptamışlardır. Deuster ve arkadaşları (42) ise 5 yıl ve üzeri süredir sigara kullananlarda PMS prevelansının 5 yıldan daha az süredir sigara kullananlara göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Araştırma sonuçları sigara-alkol kullanımının PMS üzerindeki olumsuz etkisini göstermektedir.

Bazı kişilik özellikleri PMS ile ilişkili şikâyetlere yoğun tepkiler verilmesine sebep olabilmektedir (43). Gaion, Vieira (43) çalışmalarında PMS’li kadınların içe dönük kişilik yapısına sahip olduğunu bulgulamıştır. Ancak premenstrual şikâyetler ile kişilik özellikleri arasında ilişkinin incelendiği bu çalışmada, dışa/içe dönük kişilik özelliğine sahip olma ile premenstrual şikâyetler arasında ilişki saptanmamıştır. Konu ile ilgili daha fazla çalışma yapılarak bu durumun belirlenmesine ihtiyaç vardır.

Sassoon ve arkadaşları (44) ciddi PMS’si olan kadınlarda kişilik bozukluklarının daha fazla görüldüğünü, bu kadınlarda anksiyete bozukluklarının yaygın olduğunu belirlemiştir. Gaion, Vieira (43) PMS’li kadınların içe dönük kişilik yapısına sahip olduğu, PMS olmayan kadınların daha baskın karakterli ve ısrarcı kişilik özelliğine sahip olduğunu belirlemiştir. Adewuya ve arkadaşları (27) yaptıkları çalışmada nörotiklik ile premenstrual semptomlar arasında ilişki olduğunu bulgulamıştır. Telek ve arkadaşları (45) ise yenilik arayan, işbirlikçi, kendini yöneten kişiliğe sahip kadınların PMS semptomlarının daha fazla olduğunu bulmuş ancak kişilikle PMS’ler arasında ilişki bulamamıştır. Öztürk Can ve arkadaşlarının (46) yaptığı çalışmada sürekli öfkeli olan, öfkesini içte veya dışta yaşayan yapıya sahip olan kadınlarda premenstrual şikâyetlerin öfkesini kontrol edebilen kadınlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Bancroft ve arkadaşlarının (47) yaptığı çalışmada perimenstrual şikâyetlerden duygu durum semptomları ile nörotik kişilik özelliği arasında ilişki olduğunu saptamıştır. Bu araştırmada da duygusal dengesiz (nörotik) olma ve tutarsız olma kişilik özelliği arttıkça premenstrual şikâyetlerin de arttığı saptanmıştır. Bulguların daha önce yapılan çalışmalarla benzerlik gösterdiği söylenebilir. Hemşirelerin PMS ile ilgili girişimlerde bulunurken kişilik özelliklerini de göz önünde bulundurması gerekmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonucunda öğrencilerin premenstrual sendrom belirtilerini orta ve yüksek düzeyde yaşadıkları, alkol kullananlarda, anne ve/veya kız kardeşinde premenstrual şikâyetler görülen öğrencilerde premenstrual şikâyetlerin daha fazla görüldüğü belirlendi. Ayrıca kişilik özellikleri açısından “duygusal dengesiz (nörotik) olma”

ve “tutarsız olma” kişilik özelliği olanlarda premenstrual şikâyetlerin de arttığı saptanmıştır. “Dışa/içe dönük kişilik özelliğine sahip olmanın premenstrual şikâyetleri etkilemediği gözlemlendi. Bunun yanı sıra PMS ile ilgili hemşirelik bakımı verirken kişilik özelliklerinin de göz önünde bulundurulması ve konu ile ilgili farklı kültürlerde daha fazla çalışma yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Arslan EÖ, Dökmeci F. Premenstrual sendrom ve tedavisinde son görüşler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 1999; 52(4): 237-41.
2. Karadağ F. Adet öncesi disforik bozukluk. Psikiyatri Dünyası. 2001; 5(1): 11-4.
3. Silva CML, Gigante DP, Carret MLV, Fassa AG. Population study of premenstrual syndrome. Rev Saude Publica. 2006; 40(1): 1-9.
4. Doğan S, Doğan N, Can H, Alaşehirlioğlu HV. Birinci basamakta premenstrüel sendroma yaklaşım. Smyrna Tıp Dergisi. 2012; 2(1): 90-3.
5. Daşkan Z, Saruhan A. Çalışan hemşirelerde menstruel yakınmaların incelenmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2014; 23(1): 1-7.
6. Doruk A, Erdem M, Gülsün M, Uzun Ö, Perdeci Z. Adet öncesi disforik bozuklukta mizaç ve karakter özellikleri. Pamukkale Tıp Dergisi. 2009; 2(2): 68-75.
7. Adıgüzel H, Taşkın EO, Danacı AE. Manisa ilinde premenstrüel sendrom belirti örüntüsü ve belirti yaygınlığının araştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007; 18(3): 215-22.
8. Arıöz A, Ege E. Premenstrüel sendrom sorunu olan üniversite öğrencilerinde, semptomların kontrolü ve yaşam kalitesinin artırılmasında eğitimin etkinliği. Genel Tıp Dergisi. 2013; 23(3): 63-9.
9. Kırca N, Ergin F, Adana F, Arslantaş H. Hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2012; 13(1): 19-25.
10. Kısa S, Zeyneloğlu S, Güler N. Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 1(4): 284-97.
11. Kıvrak AO, Taşgın Ö. Beden eğitimi ve spor yüksekokulunda öğrenim gören kız öğrencilerin premenstrüel sendrom düzeyleri. Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi. 2010; 15: 110-9.
12. Türkçapar AF, Türkçapar MH. Premenstruel sendrom ve premenstruel disforik bozuklukta tanı ve tedavi: bir gözden geçirme. Klinik Psikiyatri. 2011; 14(4): 241-53.
13. Özdel K, Kervancıoğlu A, Taymur İ, Efe C, Türkçapar AF, Güriz SO ve ark. Aybaşı öncesi belirtileri tarama gereği: DSM-5 aybaşı öncesi disfori bozukluğunu taramada kullanışlı bir gereç. Journal of Clinical and Analytical Medicine. 2015; 6(5): 581-5.
14. Shiferaw MT, Wubshet M, Tegabu D. Menstrual problems and associated factors among students of Bahir Dar University, Amhara National Regional State, Ethiopia: A cross-sectional survey. Pan African Medical Journal. 2014; 17: 246.
15. Choi D, Lee DY, Leher P, Lee IS, Kim SH, Dennerstein L. The impact of premenstrual symptoms on activities of daily life in Korean women. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2010; 31(1): 10-5.
16. Sahin S, Özdemir K, Unsal A. Evaluation of premenstrual syndrome and quality of life in university students. J Pak Med Assoc. 2014; 64(8): 915-22.
17. Cheng SH, Sun ZJ, Lee IH, Shih CC, Chen KC, Lin SH, et al. Perception of premenstrual syndrome and attitude of evaluations of work performance among incoming university female students. Biomed J. 2015; 38(2): 167-72.
18. Bal MD, Şahin NH. Cervantes Kişilik Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2011; 8(1): 39-45.
19. Gençdoğan B. Premenstrual sendrom için yeni bir ölçek. Türkiye'de Psikiyatri. 2006; 8(2): 82-7.
20. Castelo-Branco C, Palacios S, Ferrer-Barriendos J, Parrilla JJ, Manubens M, Alberich X, et al. Understanding how personality factors may influence quality of life: development and validation of the cervantes personality scale. Menopause. 2008; 15(5): 914-18.
21. Erbil N, Karaca A, Kırış T. Investigation of premenstrual syndrome and contributing factors among university students. Turk J Med Sci. 2010; 40(4): 565-73.
22. Tanrıverdi G, Selçuk E, Okanlı A. Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom prevalansı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010; 13(1): 52-7.
23. Wong LP, Khoo EM. Menstrual-related attitudes and symptoms among multi-racial Asian adolescent females. Int J Behav Med. 2011; 18(3): 246-53.
24. Antai AB, Udezi AW, Ekanem EE, Okon UJ, Umoiyoho AU. Premenstrual Syndrome: Prevalence in Students of the University of Calabar, Nigeria, African Journal of Biomedical Research. 2004; 7(2): 45-50.
25. Eke AC, Akabuike JC, Maduekwe K. Predictors of premenstrual syndrome among nigerian university students. Journal of Gynecology and Obstetrics. 2010; 112(1): 63-71.
26. Houston AM, Abraham A, Huang Z, D'Angelo LJ. Knowledge, Attitudes, and consequences of menstrual health in urban adolescent females. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2006; 19(4): 271-5.
27. Adewuya AO, Loto OM, Adewumi TA. Pattern and correlates of premenstrual symptomatology amongst Nigerian University students. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2009; 30(2): 127-32.
28. Erbil N, Bölükbaşı N, Tolan S, Uysal F. Evli kadınlarda premenstrual sendrom görülme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2011; 8(1): 428-38.
29. Chayachinda C, Rattanachaiyanont M, Phattharayuttawat S, Kooptiwoot S. Premenstrual syndrome in Thai nurses. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2008; 29(3): 199-205.
30. Deuster PA, Adera T, South-Paul J. Biological, social,

- and behavioral factor associated with premenstrual syndrome. *Arch. Fam. Med.* 1999; 8(2): 122-8.
31. Silva CML, Gigante DP, Carret ML, Fasa AG. Population Study of Premenstrual Syndrome. *Rev Saude Public.* 2006; 40(1): 47-56.
32. Demir B, Yıldız Algül L, Güvendağ Güven ES. Sağlık çalışanlarında premenstrüel sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. *Türkiye Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi.* 2006; 3(4): 262-70.
33. Yamamoto K, Okazaki A, Sakamoto Y, Funatsu M. The Relationship between Premenstrual Symptoms, Menstrual Pain, Irregular Menstrual Cycles and Psychosocial Stress among Japanese College Students. *Journal of Physiological Anthropology.* 2009; 28(3): 129-36.
34. Rupani NP, Lema VM. Premenstrual tension among nurses in Nairobi, Kenya. *East Afr. Med. J.* 1993; 70(5): 310-3.
35. Freeman EW, Rickels K, Sondheimer SJ. Premenstrual symptoms and dysmenorrhea in relation to emotional distress factors in adolescents. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 1993; 14(1): 41-50.
36. Karavuş M, Cebeci D, Bakırcı M, Hayran O. Üniversite öğrencilerinde premenstrüel sendrom. *T. Klin. Tıp Bilimleri.* 1997; 17(3): 184-90.
37. Poyrazoğlu S, Günay O, Öztürk A. Kayseri il merkezinde yaşayan 15-49 yaş arası kadınlarda premenstruel sendrom prevalansı ve etkileyen faktörler. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Sağlıkta Eşitsizlikler; 18-22 Ekim 2010; İzmir; 2010. s. 140.
38. Shirmohammadi M, Arbadi M, Taghizadeh Z, Haghanni H. Premenstrual syndrome and psychiatric comorbidities. *Iran J Psychiatry.* 2009; 4(1): 62-6.
39. Hirokawa K. Premenstrual symptoms in young Japanese women: agency, communion and lifestyle habits. *Sex Roles.* 2011; 65(1): 56-68.
40. Johnson ERB, Hankinson SE, Willet WC, Johnson SR, Manson JE. Adiposity and the development of premenstrual syndrome. *Journal of Women's Health.* 2010; 19(11): 1955-62.
41. Cohen LS, Soares CN, Otto MW, Sweeney BH, Liberman RF, Harlow BL. Prevalence and predictors of premenstrual dysphoric disorder in older premenopausal women the harvard study of moods and cycles. *J. Affective Disorder.* 2002; 70(2): 125-32.
42. Deuster PA, Adera T, South-Paul J. Biological, social, and behavioral factor associated with premenstrual syndrome. *Arch. Fam. Med.* 1999; 8(2): 122-8.
43. Gaion PA, Vieira LF. Influence of personality on premenstrual syndrome in athletes. *Span J Psychol.* 2011; 14(1): 336-43.
44. Sassoon SA, Colrain IM, Baker FC. Personality disorders in women with severe premenstrual syndrome. *Arch Womens Ment Health.* 2011; 14(3): 257-64.
45. Telek T, Gonda X, Lazary J, Benko A, Pap D, Vargha A, et al. The possible protective role of personality dimensions against premenstrual syndrome. *Psychiatry Res.* 2010; 179(1): 81-5.
46. Öztürk Can H, Baykal Akmeşe Z, Durmuş B. Sınıf öğretmenlerinde premenstruel sendrom görülme durumu ile sürekli öfke ve öfke tarzları arasındaki ilişki. *NWSA- Life Sciences.* 2015; 10(1):1-13.
47. Bancroft J, Williamson L, Warner P, Rennie D, Smith SK. Perimenstrual complaints in women complaining of PMS, menorrhagia and dysmenorrhea: Toward a dismantling of the premenstrual syndrome. *Psychosom Med.* 1993; 55(2): 133-5.

Postpartum Kanamalarda Kanıta Dayalı Uygulamalar

Yasemin HAMLACI¹, Hediye BEKMEZCİ², Nebahat ÖZERDOĞAN¹

ÖZ

Dünyada anne ölümlerinin dörtte biri postpartum kanamalar nedeniyle meydana gelmektedir. Postpartum kanamanın önlenmesine yönelik girişimlerin uygulanması, erken tanınması ve tedavisinin sağlanmasıyla morbidite ve mortalite oranları önemli ölçüde azaltılabilir. Postpartum kanamaların önlenmesi ve tedavisinin sağlanması postpartum dönemde verilen bakımın kalitesinin artırılması, bunun için de klinikte kanıta dayalı uygulamaların kullanılması ile mümkündür. Bu dönemde; uterotoniklerin uygulanması, kontrollü kord traksiyonu yapılması, uterus masajı, plasentaya ve uterusu yönelik girişimler ve sağlık protokollerinin kullanılması kanamanın önlenmesi ve tedavisi için kullanılan başlıca yöntemlerdir. Bu derlemede, Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı kanıt düzeylerine göre, postpartum kanamaların önlenmesi ve tedavisine yönelik kullanılan kanıta dayalı uygulamalar ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Postpartum kanama; kanıta dayalı uygulamalar; ebe; hemşire.

Evidence-Based Practices in Postpartum Hemorrhage

ABSTRACT

One quarter of the maternal deaths in the world occur due to postpartum haemorrhage. The implementation of the attempts for the prevention of the postpartum haemorrhage with the early diagnosis and the provision of treatment can decrease significantly the morbidity and mortality rates. The prevention of the postpartum haemorrhage and the provision of the treatment are possible by the improvement of the care given during the postpartum period and by the use of evidence-based clinical practice. During this period; implementing uterotonics, making controlled cord traction, uterine massage, procedures for the placenta and uterine and the use of medical protocols are the primary methods used for prevention and treatment of haemorrhage. In this review the evidence-based practices intending the prevention and treatment of the postpartum haemorrhage were discussed according to the level of evidence published by the World Health Organization.

Keywords: Postpartum haemorrhage; evidence-based practices; midwife; nurse.

GİRİŞ

Dünyanın yedi harikasından biri olan Tac Mahal'in yapılış hikayesi trajik bir olayla başlamıştır. Ondördüncü doğumunu yapan İmparatoriçe Mümtaz, doğumunu yaptıktan sonra gelişen kanama nedeniyle 1630'da hayatını kaybetmiştir. Eşine olan derin sevgi ve bağlılık nedeniyle Şah Cihan 2 yıl yas tutmuş ve büyük anıt mezar olan Tac Mahal'i yaptırmıştır. Bu olayın üzerinden yaklaşık 400 yıl geçmesine rağmen günümüzde hala doğumla ilgili ölümlerin büyük bir kısmında postpartum kanama (PPK) önemli rol oynamaktadır (1).

1990-2015 yılları arasında anne ölüm oranlarında (AÖÖ) %44'lük bir düşüş olmasına rağmen; günümüzde hala her gün yaklaşık 830 kadın, gebelik veya doğuma bağlı önlenebilir nedenlerden dolayı hayatını kaybetmektedir. Bu ölümlerin %99'u gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir (2). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014 yılında yayınladığı sistematik analiz raporunda; anne ölümlerinin büyük bir kısmının (%27.1) kanama nedeniyle olduğu belirtilmektedir. Obstetrik kanamalar; antenatal, intrapartum ve postpartum dönemde görülmekle birlikte, 2/3'ünden fazlasını postpartum kanamalar oluşturmaktadır (3).

¹ Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Eskişehir

² KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Konya

Correspondence: Yasemin HAMLACI, yaseminhamlaci@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 28.01.2016 Kabul Tarihi / Accepted: 03.10.2016

Sağlık Bakanlığı verilerine göre (2014), ülkemizdeki AÖÖ'ü 100.000 canlı doğumda 15,2'dir. PPK, doğrudan anne ölüm nedenleri arasında %21'lik oranla ilk sırada yer almaktadır. PPK nedenleri arasında uterus atonisi ve plasenta retansiyonu temel nedenler olarak ön plana çıkmaktadır (4).

Anne ölüm nedenlerinin başında gelen PPK'nın önlenmesi ve tedavisine yönelik güncel uygulamaların, sağlık personeli tarafından bilinmesi ve etkin olarak kullanılması kanama nedeni anne ölümlerinin önlenmesinde çok önemlidir. Bu derlemede, PPK'nın önlenmesi ve tedavisine yönelik Dünya Sağlık Örgütü'nün en son önerdiği kanıt temelli güncel uygulamalar incelenmiştir. Bu bağlamda Pubmed, Google Scholar arama motorundan ve YÖK Ulusal Tez Merkezinden konu ile ilgili 2005-2015 yılları arasında yapılan araştırmalar taranmıştır. Bu çalışmayla, sağlık profesyonellerinin PPK'nın önlenmesi ve tedavisine yönelik güncel kanıt dayalı uygulamalar konusunda bilgilendirilmeleri ve uygulamalarını geliştirmeleri hedeflenmiştir.

Postpartum Kanama

Normal doğumu takiben 500 ml ve sezaryen doğumu takiben 1000 ml'yi aşan kan kaybı olarak tanımlanan PPK, erken ve geç olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Erken PPK ilk 24 saat içinde, geç PPK ise doğumu takiben ilk 24 saatten sonra 6-12 hafta içinde gerçekleşen kanamalardır. Doğumdaki tahmini kan kayıpları genellikle yanlış belirlenmekte olup, mevcut kanama miktarından daha az miktarlar raporlanmaktadır (5). Hematokrit düzeyinde %10'luk azalma diğer bir postpartum kanama tanımı olsa da, hemoglobin ve hematokrit düzeylerinin tespiti hastanın mevcut hematolojik durumunu yansıtmayabilmektedir. Klinik olarak hemodinamik instabiliteye neden olan hipotansiyon, baş dönmesi, solukluk, oligüri gibi bulguların eşlik ettiği kanamaların da PPK olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Genellikle total kan hacminin %10 ve üzeri kaybedildiğinde hemodinamik instabilite bulguları ortaya çıkmaktadır (6).

Postpartum Kanama Nedenleri

PPK'lar birincil ve ikincil olarak iki grupta incelenebilmektedir. Birincil PPK'lar; uterus atonisi, plasenta retansiyonu, genital lezyonlar veya travma ve koagülasyon bozukluğu nedenlerinden biri veya daha fazlası nedeniyle olmaktadır. Bu nedenler, ingilizcede akılda tutmak için 4T kuralı; tonus, tissue (doku), trauma, thrombin olarak kodlanmaktadır. Bu nedenler içinde uterus atonisi PPK'ların %75-90'ından tek başına sorumludur (7,8). İkincil PPK'ların nedenleri ise; uterus infeksiyonu, plasenta retansiyonu ve plasenta yatağının anormal involüsyonudur.

Postpartum Kanamanın Önlenmesi

PPK'ların büyük kısmı daha önceden bilinen bir riski olmayan lohusalarda meydana gelmektedir. Diğer bir deyişle risk tarama programlarının genel anne ölümü oranları üzerine çok az etkisi vardır (9). Bu yüzden, PPK'ya bağlı anne ölümlerini en aza indirmek için, her lohusayı kanama potansiyeli olan bir kadın olarak kabul etmek ve kanamayı tedavi etmekten çok önlemeye yönelik girişimleri uygulamak yararlı olacaktır.

Kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli

sorumlulukları olan sağlık profesyonellerinin, özellikle postpartum dönemde verdikleri sağlık hizmetinin niteliği oldukça önemlidir. Bu dönemde sunulan sağlık uygulamaları kanıt dayalı, etkili ve gereksinimlere uygun olmalı, bunun için kadın bir bütün olarak ele alınmalıdır. Kanıt dayalı uygulama yaklaşımları son yıllarda oldukça artmıştır. Bakım maliyetinde artış, sağlık bakımındaki tutarsızlıklar, geleneksel bakım yaklaşımları, hastaların hatalı uygulama konusundaki kaygıları, hastaların bilgi taleplerindeki artış ve sağlık profesyonellerinin kendine olan güvenlerinin azalması bu artışın başlıca sebeplerindedir (10). Yapılan uygulamaların kanıt dayalı olması ile bakım kalitesi ve sonuçlarının iyileştirilebilmesi, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratılması ayrıca bakımın standardize edilmesi ve hasta memnuniyetinin artırılması mümkün olacaktır. Sağlık profesyonellerinin kanıt dayalı uygulamaları doğru değerlendirip uygulayabilmeleri, kanıtların kalitesinin ne anlama geldiğini bilmelerine bağlıdır.

Kanıtların Kalitesi

Kanıtların kalitesi US Preventive Services Task Force (Amerika Birleşik Devletleri Koruyucu Hekimlik Hizmetleri) tarafından 4 grupta değerlendirilmiştir.

İyi: Popülasyonu temsil eden yeterli bir örneklem üzerinde iyi bir yöntemle yapılan ve yürütülen, girişimin sağlık sonuçları üzerine etkisini doğrudan değerlendiren çalışmalardan gelen tutarlı bulguları içeren kanıtlardır. Daha fazla çalışmanın yapılması, girişimin etkisinin tahmininde değişiklik oluşturmaz ya da değişiklik oluşma ihtimali çok düşüktür.

Orta: Girişimin sağlık sonuçlarına etkisini belirlemede yeterli kanıtlar bulunmaktadır. Ancak çalışmaların sayısı, kalitesi, tutarlılığı, rutin uygulamaya genelleştirilebilmesi ve etkinin doğrudan değerlendirilmemiş olması nedeniyle kanıtların gücü sınırlıdır. Daha fazla çalışmanın yapılması, girişimin etkisinin güveni üzerinde önemli bir katkı sağlayabilir.

Zayıf: Çalışmaların sayısının veya gücünün sınırlı olması, yöntemlerinde önemli kusurlar bulunması, kanıt zincirinde önemli eksiklikler olması ve önemli sağlık sonuçları konusunda yetersiz bilgi vermeleri nedeniyle, girişimin sağlık sonuçlarına etkisini belirlemede yeterli kanıtlar bulunmamaktadır. Daha fazla çalışmanın yapılması girişimin etkisinin güveni üzerinde çok önemli bir katkı yaratabilir ve girişimin etkisinin tahmininde değişiklik oluşturabilir.

Çok zayıf: Girişimin etkisinin tahmini çok belirsizdir (11).

PPK'NIN ÖNLENMESİNDE KANITA DAYALI UYGULAMALAR

World Health Organization (WHO), The International Confederation of Midwives (ICM) ve The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) tarafından 2012 yılında araştırma sonuçları ve uzman görüşleri dikkate alınarak hazırlanan rehberler, PPK'nın önlenmesine yönelik en güncel kanıt dayalı uygulamaları içermektedir. Bu bilgiler ışığında PPK'nın önlenmesine yönelik kanıt dayalı uygulamalar şu şekildedir (12,13).

Uterotoniklerin Kullanılması

PPK'yi önlemek için uterotoniklerin rutin kullanımı

maternal mortaliteyi %40 kadar azaltabilir. Uterotonik ajanlar; oksitosin, ergometrin, meterjin, misoprostol (PGE1) ve diğer prostaglandinler PGE2, 15-metil-PGF2 (PGF2)'dir. Özellikle oksitosin, uterus atonisinin önlenmesi ve tedavisinde ayrıca tonüsün devamının sağlanmasında ilk seçenek olarak görülmektedir. Klasik olarak doğumu takiben, İ.M 10 IU oksitosin uygulanması önerilmektedir. Ergot türevleri ve prostaglandinler (E1, F2a ve E2) ise seçenek olarak ikinci ve üçüncü sırada gelmektedir (6,14). Dünya Sağlık Örgütü'nün PPK'ların önlenmesine ilişkin uterotonik ilaç kullanımına yönelik önerileri Tablo 1'de verilmiştir (13).

The American College of Obstetrician and Gynecologists (ACOG)'un yayınlamış olduğu, PPK'nın yönetimi ve önlenmesinde 4 ulusal kılavuzun karşılaştırdığı çalışmada; ACOG, Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZOG), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) ve The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) kılavuzları incelenmiştir. Bu kılavuzların hepsinde vajinal doğumlarda oksitosin kullanılması PPK'nın önlenmesi konusunda öncelikli olarak önerilmektedir (15).

2007 yılında yayınlanmış olan bir Cochrane analiz çalışmasına göre doğumun 3. evresinde rutin ergometrin-

oksitosin ile sadece oksitosin kullanımı karşılaştırıldığında, 500-1000 ml arası kan kaybı olanlarda kombine kullanımın daha avantajlı olduğu ve yan etkilerinin daha az olduğu belirtilmiştir (16). Prostaglandin E1 analogu olan Misoprostol, uterus kontraksiyonlarını indükleyebilme yeteneği, düşük maliyetli, oda sıcaklığında saklanabilir ve uygulamasının kolay olması nedeniyle bir alternatif olarak görülmüştür. 2012 yılında yayınlanan bir uzman görüşü çalışmasına göre, PPK'nın önlenmesi için 600 µg oral ve PPK tedavisi için 800 µg dilaltı misoprostol kullanımını destekleyen kanıtlar ortaya konulmuştur (17). 2012'de yapılan Cochrane çalışmasında ise PPK'nın önlenmesi ve tedavisinde misoprostol kullanımı için yeterli düzeyde randomize ya da yarı randomize çalışma olmadığı belirtilmiştir. Yararlarının ve risklerinin belirlenmesi için iyi tasarlanmış randomize çalışmalara ihtiyaç olduğu ifade edilmiştir (18).

Kontrollü Kord Traksiyonu

Günümüzde kabul edilen ortak görüş, umbilikal kord traksiyonunun uterin kontraksiyon sırasında yapılması ve bu arada uterin inversiyonu önlemek için de traksiyonla eş zamanlı olarak Brandt Andrews manevrası ile uterusu abdominal olarak ters yönde kuvvet uygulayarak uterusun kontrol edilmesidir (6). Kontrollü yapılmayan kord traksiyonlarının PPK nedeni olabileceği düşünülmektedir.

Tablo 1. Doğumda uterotoniklerinin kullanılmasının kanıt düzeyi

| ÖNERİ | KANIT DÜZEYİ |
|---|---|
| • PPK'nın önlenmesi için doğumun üçüncü evresinde uterotoniklerin kullanımı tüm doğumlar için tavsiye edilir. | Orta kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri |
| • PPK'nın önlenmesi için uterotonik ilaç olarak Oksitosin (10 IU, IV/IM) kullanımı önerilir. | Orta kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri |
| • Oksitosin kullanılmadığı durumlarda, diğer enjektabl uterotonik ilaçlar (eğer uygunsa ergometrin/metilergometrin ya da oksitosin ve ergometrin'in uygun kombinasyonu) ya da oral misoprostol (600 µg) tavsiye edilir. | Orta kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri |
| • Yetkili doğum görevlilerinin olmadığı ve oksitosin kullanılmadığı durumlarda, PPK'nın önlenmesi için diğer toplum sağlığı çalışanları tarafından misoprostol (600 µg PO) uygulaması/yönetimi tavsiye edilir. | Orta kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri |
| • Sezaryende PPK'nın önlenmesi için Oksitosin (IV ya da IM) uterotonik ilaç olarak önerilir. | Orta kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri |
| • PPK'nın tedavisi için uterotonik ilaç olarak intravenöz oksitosinin tek kullanılması önerilir. | Orta kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri |
| • İntravenöz oksitosine ulaşamaz ya da kanama oksitosine cevap vermezse, intravenöz ergometrin kullanımı, oksitosin-ergometrin uygun dozu ya da prostaglandin (dilaltı misoprostol 800 µg içeren) önerilir. | Düşük kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri |
| • PPK'lı kadınlarda başlangıçta intravenöz sıvı tedavisi için kolloidlerin kullanımı olarak İzotonik kristaloid kullanımmın tercih edilmesi önerilir. | Düşük kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri |
| • Oksitosin ve diğer uterotonikler kanamayı durdurmada başarısız ya da kanamanın kısmen travmaya bağlı olduğu düşünülüyorsa, PPK'nın tedavisinde traneksamik asit kullanımı önerilir. | Orta kalitede kanıtlara dayalı zayıf öneri |

World Health Organization (WHO). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO); 2012.

Dünya Sağlık Örgütü'nün PPK'ların önlenmesine ilişkin kontrollü kord traksiyonu konusundaki önerileri Tablo 2'de verilmiştir (13).

Gülmezoğlu ve arkadaşlarının 2012 yılında yayınlamış oldukları randomize kontrollü çalışmada ise KKT'nun PPK'nın önlenmesinde çok az etkisinin olduğu belirlenmiştir. Özellikle hastane dışında gerçekleşen doğumlarda kanamayı önlemek için oksitosin kullanımının önemli olduğunun üzerinde durulmuştur (19). Deneux-Tharaux ve arkadaşlarının (2013) yapmış oldukları çalışmada da KKT'nun PPK'nın azaltılmasında ve diğer postpartum kan kaybı değerlerinde önemli bir etkisinin olmadığı, ayrıca PPK'nın önlenmesi için rutin olarak KKT yapmanın önerilmesi için kanıtların yetersiz olduğu belirtilmiştir (20). Son yayınlanan Cochrane analizinde, KKT'nun tecrübeli sağlık çalışanlarının olduğu durumlarda yapılmasına yönelik kanıtların olduğu ve bu durumda uygulanması gerektiği belirtilmektedir. Aynı çalışmada uterotoniklerin yokluğunda, KKT uygulama konusunda araştırma boşluklarının olduğu belirtilmiştir (21).

Uterus Masajı

ICM ve FIGO Kasım 2003'te yayınladıkları ortak protokole doğumun üçüncü evresinin aktif yönetiminin yapıtaşlarını belirlemişlerdir. Bunlar uterotonik ajanın kullanılması, KKT ve plasenta doğduktan sonra yapılan uterus masajıdır. Uterus masajı uygulama aşamaları

aşağıdaki şekilde önerilmiştir;

- Uterusun mutlak kasılması sağlanana kadar fundusa masajı yapılmalıdır.
- Uterus kasıldıktan sonra her 15 dakikada bir tekrar değerlendirilmeli ve gerekiyorsa uterus masajına ilk 2 saat boyunca devam edilmelidir.
- Uterus masajı bırakıldığında uterusun yumuşamadığından ve kıvamını koruduğundan emin olunmalıdır.
- Yukarıdaki tüm işlemler hakkında hastaya ve ailesine bilgi verip, aynı zamanda güven duymaları sağlanmalıdır (22,23).

Dünya Sağlık Örgütü'nün PPK'ların önlenmesine ilişkin uterus masajına yönelik önerileri Tablo 3'te verilmiştir (13). Parreira ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptıkları çalışmada, PPK'nın önlenmesinde doğumun 3. evresinin aktif yönetiminin önemli olduğu ve bu yönetimin oksitosin uygulaması, umbilikal kordun klemplenmesinin ertelenmesi, KKT ve uterus masajını içerdiği belirtilmiştir (24). 2013 yılında yapılan Cochrane analizine göre; incelenen çalışmaların sınırlılıkları nedeniyle, sürekli uterus masajının etkilerini belirlemek için daha fazla sayıda örneklemli çalışmalara ihtiyaç olduğu belirtilmiştir. Çalışmaların hepsi oksitosin uygulamasıyla karşılaştırılmış ve uzman görüşü; oksitosinin ulaşamadığı yerlerde uterus masajının denenebileceği yönünde olmuştur (25).

Tablo 2. Kontrollü kord traksiyonu kanıt düzeyi

| ÖNERİ | KANIT DÜZEYİ |
|---|---|
| • Tecrübeli sağlık personelinin olduğu durumlarda, bakım veren kişi ve loğusa için doğumun 3. evresinin kısılması önemliyse veya bu sürede olabilecek kan kaybının miktarında azalma isteniyorsa, Kontrollü Kord Traksiyonu (KKT) vajinal doğumlar için önerilir. | Yüksek kalitede kanıtlara dayalı zayıf öneri |
| • Tecrübeli doğum görevlilerinin olmadığı durumlarda KKT önerilmez. | Orta kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri |
| • Sezaryenlerde plasentanın çıkarılması için KKT metodu önerilir. | Orta kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri |
| • Plasenta spontan olarak ayrılmazsa, kontrollü kord traksiyonu ile IV/IM oksitosin (10 IU)'nin kombine kullanımı tavsiye edilir. | Çok düşük kalitede kanıtlara dayalı zayıf öneri |

World Health Organization (WHO). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO); 2012.

Tablo 3. Uterus masajının kanıt düzeyi

| ÖNERİ | KANIT DÜZEYİ |
|--|---|
| • Sürekli uterus masajı, profilaktik oksitosin almış kadınlarda PPK'nın önlenmesi için bir müdahale olarak tavsiye edilmez. | Düşük kalitede kanıtlara dayalı zayıf öneri |
| • Uterus atonisinin erken tanınması için postpartum uterin tonusun değerlendirilmesi tüm kadınlar için tavsiye edilir (doğumdan sonraki ilk 2 saat 15 dakikada bir). | Çok düşük kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri |
| • PPK'nın tedavisi için uterus masajı önerilir. | Çok düşük kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri |

World Health Organization (WHO). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO); 2012.

Plasentaya Yönelik Girişimler

Özellikle plasenta retansiyonundan kaynaklanan PPK'larda, ilaç tedavisi ve plasentanın elle çıkarılması birçok araştırma sonucunda önerilmiştir. Bununla birlikte, kanamanın bulunmaması halinde plasentanın elle çıkarılması işleminin ne zaman yapılması gerektiği hakkında Avrupa düzeyinde herhangi bir uzlaşma sağlanamamıştır. Doğumdan 20 dakika sonra girişimi uygulayanlar olduğu gibi, doğum sonrası 1 saatten daha uzun süre bekleyenler de bulunmaktadır. Literatürde yeterli kanıtların bulunmaması nedeniyle daha fazla araştırma yapılmasının gerektiği belirtilmektedir (26). Dünya Sağlık Örgütü'nün PPK'ların önlenmesine ilişkin plasentaya yönelik girişim önerileri Tablo 4'te verilmiştir (13).

Sağlık Protokollerinin Kullanımı

Doğum sonu bakım veren her merkezde doğum sonu kanamayı yönetmede belirli protokollere ihtiyaç duyulmaktadır. Ayadi ve arkadaşlarının 2013 yılında yayınladıkları uzman görüşü yayınında; PPK yönetiminde, obstetrik aciller için hazırlanmış standardize edilmiş sağlık protokolleri ve checklist yaklaşımının birlikte kullanımıyla, PPK'nın kanıta dayalı yönetiminin uygun ve zamanında yapılmasının sağlanabildiği belirtilmektedir (27). Dünya Sağlık Örgütü'nün PPK'ların önlenmesine ilişkin sağlık protokollerinin kullanımı ile ilgili önerileri Tablo 5'te verilmiştir (13).

Uterusa Yönelik Girişimler

PPK'nın önlenmesi için uterusu balon tampon

uygulanması, uterin arter embolizasyonu, bimanuel uterin kompresyonu, eksternal aortik kompresyon, non-pnömatik anti şok giysi kullanımı ve uterin packing uterusu yönelik yapılan girişimlerdenidir. Bu girişimler genelde uterotoniklerin olmadığı zamanlarda ya da uterotoniklere rağmen kanamanın devam ettiği durumlarda kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün PPK'ların önlenmesine ilişkin uterusu yönelik girişim önerileri Tablo 6'da verilmiştir (13).

Tindell ve arkadaşlarının 2013 yılında yayınladıkları sistematik derlemede; uterin balon tamponun etkili bir tedavi yöntemi olduğu belirtilmiştir. Ancak daha fazla çalışma yapılarak, başarılı olmasının önündeki engellerin belirlenmesi gerektiği belirtilmektedir (28). 2014 yılında yayınlanmış bir Cochrane kılavuzuna göre uterus kompresyonunun etkinliğine yönelik daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu belirlenmiştir (29).

SONUÇ

Literatür incelendiğinde PPK'nın önlenmesi ve tedavisinde DSÖ'nün önerdiği uterotoniklerin kullanılmasına, kontrollü kord traksiyonuna, uterus masajına, plasentaya yönelik girişimlere, sağlık protokollerinin kullanımına ve uterusu yönelik girişimlere ilişkin kanıta dayalı uygulamalar bulunmaktadır. Maternal mortalite nedeni olarak ilk sırada yer alan doğum sonu kanamanın risk faktörleri, önlenmesi ve tedavisine yönelik kanıta dayalı girişimler sağlık profesyonelleri tarafından bilinmeli,

Tablo 4. Plasentaya yönelik girişimlerin kanıt düzeyi

| ÖNERİ | KANIT DÜZEYİ |
|--|---|
| • Plasenta retansiyonunun yönetiminde ergometrin kullanımı; plasentanın çıkmasının gecikebildiği tetanik uterus kontraksiyonlara neden olabildiğinden tavsiye edilmez. | Çok düşük kalitede kanıtlara dayalı zayıf öneri |
| • Plasenta retansiyonunun yönetiminde prostaglandin E2α (dinoprostion veya sulpreston) kullanımı tavsiye edilmez. | Çok düşük kalitede kanıtlara dayalı zayıf öneri |
| • Manuel plasentanın çıkarılması durumunda, tek doz antibiyotik kullanımı (ampisilin ya da birinci jenerasyon sefalosporin) önerilir. | Çok düşük kalitede kanıtlara dayalı zayıf öneri |

World Health Organization (WHO). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO); 2012.

Tablo 5. Sağlık Protokollerinin Kullanımının Kanıt Düzeyi

| ÖNERİ | KANIT DÜZEYİ |
|---|---|
| • PPK'nın tedavisi ve önlenmesinde sağlık kurumu tarafından düzenlenen resmi bir protokolün kullanılması önerilir. | Orta kalitede kanıtlara dayalı zayıf öneri |
| • Kadımların daha iyi bakım alabilmeleri için resmi protokollerin kullanımı sağlık kuruluşu için tavsiye edilir. | Çok düşük kalitede kanıtlara dayalı zayıf öneri |
| • Hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim programları için PPK tedavisinde simülasyonların kullanımı tavsiye edilir. | Çok düşük kalitede kanıtlara dayalı zayıf öneri |
| • PPK kanamanın önlenmesinde doğum sonrası uterotoniklerin kullanımının izlenmesi, programın değerlendirmesinde sonuç göstergesi olduğundan tavsiye edilir. | Çok düşük kalitede kanıtlara dayalı zayıf öneri |

World Health Organization (WHO). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO); 2012.

Tablo 6. Uterusa yönelik girişimlerin kanıt düzeyleri

| ÖNERİ | KANIT DÜZEYİ |
|--|---|
| • Uterotoniklerin kullanılması ile kadın tedaviye cevap vermezse ya da uterotoniklere ulaşılamazsa, uterin atoni kaynaklı PPK'nın tedavisinde intrauterin balon tampon kullanımı tavsiye edilir. | Çok düşük kalitede kanıtlara dayalı zayıf öneri |
| • Diğer önlemler başarısız olmuş ve gerekli kaynaklara ulaşılabiliyor ise, uterin atoni kaynaklı PPK'nın tedavisi için uterin arter embolizasyonunun kullanımı tavsiye edilir. | Çok düşük kalitede kanıtlara dayalı zayıf öneri |
| • Kanama uterotiklerin kullanımı ve diğer mevcut koruyucu girişimlere (ör. uterin masaj, balon tampon) rağmen durmazsa, cerrahi girişimin kullanımı tavsiye edilir. | Çok düşük kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri |
| • Vajinal doğum sonrası uterin atoni kaynaklı PPK'nın tedavisi için uygun bakım mevcut olana kadar geçici önlem olarak bimanuel uterus kompresyonu kullanımı tavsiye edilir. | Çok düşük kalitede kanıtlara dayalı zayıf öneri |
| • Doğum sonu uterin atoni kaynaklı PPK'nın tedavisi için, uygun bakım mevcut olana kadar geçici önlem olarak eksternal aortik kompresyon kullanımı tavsiye edilir. | Çok düşük kalitede kanıtlara dayalı zayıf öneri |
| • Uygun bakım mevcut olana kadar geçici önlem olarak non-pnömatik anti-şok giysiler kullanılması tavsiye edilir. | Düşük kalitede kanıtlara dayalı zayıf öneri |
| • Doğum sonu uterin atoni kaynaklı PPK'nın tedavisi için "uterin packing" kullanımı tavsiye edilir. | Çok düşük kalitede kanıtlara dayalı zayıf öneri |

World Health Organization (WHO). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO); 2012.

gerektiğinde uygulanabilmelidir. Girişimlerin kanıta dayalı ve güncel olması verilen hizmetin kalitesini, uygulamaların başarı şansını artırarak kadın sağlığını yükseltecektir. Türkiye'de Anne Dostu Hastane Projesi kapsamında doğumda kanıt temelli uygulamaların yaygınlaşması öngörülmektedir. Sağlık protokollerinin oluşturulmasına yönelik önerilerin kanıt düzeyi zayıf olmakla birlikte, PPK'nın önlenmesi ve tedavisine yönelik kurumlara özgü yazılı protokollerinin bulunmasının ve bu protokollerdeki uygulamaların kanıta dayalı olmasının da kanama nedenli ölümlerin azaltılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Kadayıfçı O, Büyükkurt S. Doğum Sonu Kanamada Bugün: Tac Mahal'in Gölgesinde Yaşarken. Demir C, çeviri editörü. Doğum Sonu Kanama. Ankara: Matus Basımevi; 2010. s. 2-10.
- who.int [Internet]. Maternal mortality. Switzerland, Geneva: World Health Organization (WHO). 2015. [Cited: 02.12.2015]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>
- Say L, Chou D, Gemmill A, Tuncalp O, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014; 2(6): e323-33.
- saglik.gov.tr [Internet]. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Türkiye, Ankara: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü; 2014. [Erişim Tarihi: 02.12.2015]. Erişim adresi: <https://saglik.gov.tr/TR/dosya/1-101702/h/yilliktr.pdf>
- Jansen AJ, van Rhenen DJ, Steegers EA, Duvekot JJ. Postpartum hemorrhage and transfusion of blood and blood components. Obstetrical & Gynecological Survey. 2005; 60(10): 663-71.
- Özalp E. Postpartum Kanamanın Önlenmesinde Prostaglandin E2 (Dinoproston) ve Oksitosin Etkilerinin Karşılaştırılması [Uzmanlık Tezi]. Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008.
- Demir SC. Tanımlamalar ve Sınıflandırma. Demir SC, Büyükkurt S, çeviri editörleri. Doğum Sonu Kanama. Ankara: Matus Basımevi; 2010. s. 11-5.
- Kominiarek MA, Kilpatrick SJ. Postpartum hemorrhage: a recurring pregnancy complication. Semin Perinatol. 2007; 31(3): 159-66.
- Büyükkurt S. Hindistan'da doğum sonu kanamayla mücadele: gelişim gösterme. Demir SC, Büyükkurt S, çeviri editörleri. Doğum Sonu Kanama. Ankara: Matus Basımevi; 2010. s. 404-10.
- Er Güneri S. Postpartum erken dönem kanıta dayalı uygulamalar. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015; 4(3): 482-96.
- Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management. American journal of obstetrics and gynecology. 2008; 199(5): 445-54.
- FIGO Guidelines, Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee. Management of the second stage of labor. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2012; 119(2): 111-6.
- World Health Organization (WHO). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Switzerland, Geneva: World Health Organization (WHO); 2012.
- Günaydın B, Tuna AT. Sezaryenlerde Oksitosin Uygulaması İçin Güncel Bilgiler ve Kanıtlar Bize Ne Öneriyor? Turk J Anaesth Reanim. 2015; 43(2): 113-5.
- Dahlke JD, Mendez-Figueroa H, Maggio L, Hauspurg AK, Sperling JD, Chauhan SP, et al. Prevention and management of postpartum hemorrhage: a comparison

- of 4 national guidelines. *Am J Obstet Gynecol.* 2015; 213(1): 76.e1-10.
16. McDonald S, Abbott JM, Higgins SP. Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004; (1): CD000201.
 17. Sheldon WR, Blum J, Durocher J, Winikoff B. Misoprostol for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage. *Expert Opin Investig Drugs.* 2012; 21(2): 235-50.
 18. Oladapo OT, Fawole B, Blum J, Abalos E. Advance misoprostol distribution for preventing and treating postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; (2): CD009336.
 19. Gülmezoglu AM, Lumbiganon P, Landoulsi S, Widmer M, Abdel-Aleem H, Festin M, et al. Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet.* 2012; 379(9827): 1721-7.
 20. Deneux-Tharoux C, Sentilhes L, Maillard F, Closset E, Vardon D, Lepercq J, et al. Effect of routine controlled cord traction as part of the active management of the third stage of labour on postpartum haemorrhage: multicentre randomised controlled trial (TRACOR). *BMJ.* 2013; 346: f1541. doi: 10.1136/bmj.f1541.
 21. Hofmeyr GJ, Mshweshwe NT, Gulmezoglu AM. Controlled cord traction for the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015; (1): CD008020.
 22. Lalonde A, Daviss B-A, Acosta A, Herschderfer K. Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO initiative 2004–2006. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2006; 94(3): 243-53.
 23. Özgünen FT. Doğumun Üçüncü Evresinin Aktif Yönetimi. Demir SC, Büyükkurt S, çeviri editörleri. *Doğum Sonu Kanama.* Ankara: Matus Basımevi; 2010. s. 91-106.
 24. de Castro Parreira MV, Gomes NC. Preventing postpartum haemorrhage: active management of the third stage of labour. *J Clin Nurs.* 2013; 22(23-24): 3372-87.
 25. Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 1(7): CD006431. doi: 10.1002/14651858.CD006431.pub3.
 26. Özgünen FT. Doğum Sonu Kanamanın Önlenmesi ve Bakımı Hakkında Avrupa Mutabakatı. Demir SC, Büyükkurt S, çeviri editörleri. *Doğum Sonu Kanama.* Ankara: Matus Basımevi; 2010. s. 102-3.
 27. Ayadi AME, Robinson N, Geller S, Miller S. Advances in the treatment of postpartum hemorrhage. *Expert Rev Obstet Gynecol.* 2013; 8(6): 525-37.
 28. Tindell K, Garfinkel R, Abu-Haydar E, Ahn R, Burke TF, Conn K, et al. Uterine balloon tamponade for the treatment of postpartum haemorrhage in resource-poor settings: a systematic review. *BJOG.* 2013; 120(1): 5-14.
 29. Mousa HA, Blum J, Abou El Senoun G, Shakur H, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; (2): CD003249.

Yoğun Bakım Hastalarında Ağız Bakımı Yönetimi: Kanıt Dayalı Uygulamalar Çerçevesinde Literatür İncelemesi

Yurdanur DİKMEN¹

ÖZ

Yoğun bakım hastalarında tedavi için kullanılan ilaçlar, endotrakeal tüp nedeniyle ağzın sürekli olarak açık kalması, ağız yoluyla sıvı ve besin alınmaması, endotrakeal tüpün varlığı ve tespit için kullanılan flasterler, ağız ile çevresindeki doku bütünlüğünün bozulmasına neden olur. Bu durum da periodontal hastalıklar, ağız kokusu, ağız kuruluğu, dudak çatlakları ve stomatitis gibi birçok ağız sorunlarının gelişmesine neden olur. Bu nedenle yoğun bakım ünitelerinde hastaların ağız mukozasında meydana gelen değişiklikler ve ağız bakımı yetersizliği nedeniyle gelişebilecek ağız sorunları ve ventilatörle ilişkili pnömoni (VIP) önlemede yeterli ağız bakımının sağlanması ve sürdürülmesi son derece önemlidir. Bu derlemede, yoğun bakım hastalarında ağız bakımının önemi, ağız mukoza sağlığının korunması ile sürdürülmesinde dikkat edilmesi gereken noktalar ve ağız bakımı uygulamalarında kanıt temelli yaklaşımlar gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ağız bakımı; yoğun bakım; literatür incelemesi; kanıt dayalı uygulamalar; hemşirelik.

Oral Care Management in Intensive care Patient: Literature Review within The Framework Evidence Based Practices

ABSTRACT

The drugs used for the treatment of intensive ill patients, permanently opened mouth due to the endotracheal tube, not to take fluid and food from oral way, plaster used to presence of the endotracheal tube and detection lead to development of many oral health problems such as deterioration of the integrity of the tissue around the mouth and so that periodontal diseases, halitosis, dry mouth, lip cracks and stomatitis. Therefore, to provide adequate oral care and maintain it in the prevention of changes in the oral mucosa of patients in intensive care units, mouth problems which may develop due to lack of oral care and ventilator-associated pneumonia are extremely important (VAP). In this compilation, it was reviewed that the importance of oral care in intensive care patients, the points to be considered in protection and maintaining the oral mucosal health and evidence-based approaches in oral care practices.

Keywords: Oral care; critical care; literature review; evidence-based practices, nursing.

GİRİŞ

Yoğun bakım ünitelerinde uygulanan bazı tedaviler, hastanın sıvı alımının olmaması, tedavi ve bakım için kullanılan materyaller oral mukoz membranda değişikliklere neden olmaktadır. Bu nedenle yoğun bakımlarda tedavi gören bireylerde, ağız mukoza bütünlüğünün sürdürülmesi oldukça önemlidir (1-3). Ayrıca, yoğun bakım ünitelerinde özellikle mekanik ventilatöre bağlı hastalarda endotrakeal tüp nedeniyle solunum yollarına bakterilerin girişi kolaylaşmakta, öksürme refleksinin ve mukosiliar aktivitenin bozulmasına ve sekresyon artışına neden olmaktadır. Bu durumda ağız mukozasında normal florayı oluşturan gram pozitif bakterilerin yerini, gram negatif bakteriler alarak, ağız florasında değişikliklere ve dişlerde plak oluşumuna neden olmaktadır. Ağız florasındaki değişiklik mekanik ventilatöre bağlı hastalarda ventilatörle ilişkili pnömoni (VIP) gelişme riskini de artırmaktadır (4). VIP gelişiminin önlenmesine yönelik çözümler önerilerinden biri, özellikle ventilatör desteği alan hastalara iyi bir ağız bakımının uygulanmasıdır (5). Bu nedenle ağız mukozasının sağlığının korunması ve sürdürülmesinde; oral değerlendirme, uygun araç-gereç ve solüsyon seçimi, uygun sıklıkta ve uygun yöntemle standart bir ağız bakımı yapılması önemlidir. Yoğun bakım hastalarında, ağız sağlığının sürdürülmesi için ağız bakım yönetimi etkili hasta bakım standardını yükselten bir uygulamadır.

Bu doğrultuda, bu makalede yoğun bakım hastalarında ağız bakımının önemi, ağız mukoza sağlığının korunması ve sürdürülmesinde dikkat edilmesi gereken noktalar ile ağız bakımı uygulamalarında kanıt temelli yaklaşımların gözden geçirilmesi amaçlanmaktadır.

¹ Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

Correspondence: Yurdanur DİKMEN, nurdem35@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 06.04.2016 Kabul Tarihi / Accepted: 06.10.2016

YETERSİZ AĞIZ BAKIMINA BAĞLI OLUŞABİLECEK SORUNLAR

Hemşirelerin özellikle ağız yoluyla beslenemeyen, sıvı kısıtlaması olan, nazogastrik sonda uygulanan, ağızdan solunum yapan, oksijen tedavisi alan, ağız ve çene ameliyatı geçiren, radyasyon tedavisi, kemoterapi uygulanan, terminal dönemde, komada ve mekanik ventilatöre bağlı hastalarda ağız mukozasının bütünlüğünü sürdürmeye yönelik yeterli ağız bakımını sağlaması gerekir. Yoğun bakım hastalarında ağız sorunlarına neden olabilecek risk faktörleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (1-4,6):

- Tedavi için kullanılan bazı ilaçların yan etkisi
- Yetersiz ağız bakımı
- Sistemik dehidratasyon
- Mekanik ventilasyon uygulaması
- Sürekli yüksek konsantrasyonda verilen oksijen tedavisi
- Stomatit ve gingivitise neden olabilen anemi varlığı
- Stres ve taşipne sonucu ağız içi mukozada kuruluk
- Sempatik uyarımda artış nedeniyle tükürük salgısında azalma
- Endotrakeal tüp nedeniyle ağzın sürekli olarak açık kalması
- Endotrakeal tüpün mukozadabasıya neden olması
- Endotrakeal tüpün varlığı ve tespit için kullanılan flasterler
- Ağız yoluyla sıvı alımının olmaması veya yetersiz olması

Yoğun bakımlarda oluşabilecek bu risk faktörlerine bağlı olarak hastalarda birçok sorun gelişebilir.

Xerostomia (Ağız Kuruluğu): Tedavi için kullanılan ilaçların yan etkisi (antidepresanlar, antihistaminikler, narkotikler, antikolinerjikler, antihipertansifler, diüretikler, antikonvüzyonlar), endotrakeal tüp nedeniyle ağzın sürekli olarak açık kalması, ağız yoluyla sıvı veya besin alınmaması, disfajive sürekli oksijen tedavisi (özellikle yüksek konsantrasyonda) yoğun bakım hastalarında ağız kuruluşuna neden olan faktörlerdir (1,2,7).

Halitosis (Ağız Kokusu): Yoğun bakımda özellikle mekanik ventilatöre bağlı hastalarda yetersiz ağız hijyeni ve ağız kuruluşu, ağız kokusuna neden olabilir (1,6).

Stomatitis: Yoğun bakımlarda mekanik ventilatöre bağlı hastalarda, endotrakeal tüpün varlığı ve tespit için kullanılan flasterler, ağız ve çevresinde doku bütünlüğünün bozulmasına neden olabilir (8).

Periodontal Hastalıklar: Özellikle mekanik ventilatöre bağlı olan ve endotrakeal tüpü bulunan hastalarda ağız kuruluşu sonucu tükürük miktarının azalması ve pH değerinin düşerek aside kayması; ağız içi enfeksiyonlara ve periodontal hastalıklara neden olabilmektedir(6).

Ventilatör İlişkili Pnömoni (VIP): VIP, entü-basyon sırasında pnömonisi olmayan, mekanik ventilasyon uygulanan hasta-da entübasyondan 48 saat ve sonrasında gelişen, mortalite oranı en yüksek nozokomiyal enfeksiyondur (9). Yapılan çalışmalara göre VIP, yoğun bakımlarda nozokomiyal enfeksiyonlardan ölüm nedenleri arasında birinci sırayı almakta, mortalite oranları %33-50 arasında değişmektedir. Son yıllarda yoğun bakım hastalarında yapılan çalışma sonuçlarına göre, VIP gelişimi morbiditeyi, bakım maliyetini ve hastanede yatış süresini

artıran önemli bir sorun olarak gündeme gelmektedir (5,10).

YOĞUN BAKIMDA AĞIZ BAKIMI YÖNETİMİ

Yoğun bakım ünitelerine yatıştan kısa bir süre sonra oral floranın değiştiği ve bakterilerin üremeye başladığı belirtilmektedir (1). Bununla birlikte günlük olarak oral kavitenin (diş, diş etleri, dil, mukoz membran ve dudaklar) değerlendirilmesi gereklidir. Ağız bakımı yönetiminde; oral değerlendirme, uygun araç gereç ve solüsyon seçimi, uygun sıklıkta ve uygun yöntemle standart bir ağız bakımı uygulanması önemlidir (6).

Oral Değerlendirme

Etkili bir ağız bakımı iyi bir tanılama ile gerçekleşir. Ağız için değerlendirilmesi, tedavinin etkinliği ve komplikasyonların şiddeti açısından da sağlık ekibine önemli bilgiler sağlar. Ağız mukozasının günlük gözlenmesi, enfeksiyonların erken dönemde fark edilmesi ve bakımın sıklığına karar verilmesi açısından oldukça önemlidir. Oral değerlendirme, hemşirenin sorumluluğundadır ve değerlendirme sıklığı hastanın ihtiyacına göre değişebilir. Kapsamlı bir tanılama yaparken ağzın normal özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır (4).

Değerlendirme Araçları

Yoğun bakım ünitelerinde kullanılmak üzere standardize edilmiş ölçüklerin olmaması oral değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır (11). Ağız değerlendirmesi için kesin bir altın standart olmamakla birlikte, bazı araçlar geliştirilmiştir (12). Ağız değerlendirmesi için geliştirilen araçlardan kliniklerde yaygın olarak Eilers (1988) tarafından geliştirilen "Eilers Oral Değerlendirme Rehberi" kullanılmaktadır. Bu rehber sekiz bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler; ses, yutma, dudaklar, mukoz membranlar, dil, diş eti, dişler ve tükürüktür. Bunun yanında, yoğun bakımlarda entübe hastaların ağız değerlendirilmesinde kullanılmak üzere geliştirilmiş özel bir değerlendirme aracı bulunmamaktadır. Bu nedenle yoğun bakım hastalarında da Eilers tarafından geliştirilen ağız değerlendirme rehberinin kullanılması önerilmektedir. Ancak entübe hastalarda ses ve yutma değerlendirilemediği için bu özellikler hariç tutularak değerlendirme yapılmaktadır (2,4,6,12,13). Bu ölçüm aracının yanında literatürde ağız değerlendirme aracı olarak "Beck Ağız Boşluğu Değerlendirme Rehberi" ve "Jenkins Ağız Değerlendirme Aracı"nın da kullanılabileceği belirtilmektedir (14,15). Yoğun bakım kliniklerinde hemşirelerin, ağız mukozasının kapsamlı değerlendirilmesinde tanılama aracı olarak bu rehberlerden yararlanması önerilmektedir (14).

Ağız Bakımında Uygun Araç Gereç Seçimi

Ağız bakımının uygun malzemeler ile yapılması dental plağı azaltmaktadır. Bu nedenle, hastaların ağız bakım gereksinimleri karşılanmadan önce ağız bakımında kullanılacak ağız bakım ürünlerinin değerlendirilmesi ve hasta için en uygun aracın seçilmesi gerekir (6,16). Literatüre göre, uygun ve etkili bir ağız bakım ürününün özellikleri şöyle sıralanabilir (17).

- Yumuşak ve nontravmatik olmalıdır.

- Endotrakeal tüp etrafında kolayca hareket edebilmelidir.
- Sekresyonları almak için emici olmalıdır.
- Lezyonları iyileştirmek için E vitamini katkı ve su bazlı ağız bakım nemlendiricisi olmalıdır.
- Orofarengeal sekresyonları aspire etmek için derin emici bir katateri olmalıdır.
- Enfeksiyon kontrol ve bakıma özgü ağız sakşın bağlantısı olmalıdır.

Ağız bakımında kullanılabilir başlıca ürünler; diş fırçası, abeslang (dil basacağı), sakşınli diş fırçası, süngerli çubuk (swap), sakşınli süngerli çubuktur (4). Yapılan çalışmalarda yumuşak diş fırçası ile yapılan ağız bakımının, süngerler ile yapılan ağız bakımına oranla ağız içerisinde oluşan mikroorganizmaları önemli derecede azalttığı bildirilmektedir (11,18). Yoğun bakım kliniklerinde, hastaların ağız bakımında yaygın olarak süngerli çubuklar

Tablo 1. Ağız bakımında kullanılan solüsyonların karşılaştırılması

| Solüsyonlar | Etkileri ve Araştırma Sonuçları | Kontrendikasyonları |
|---|--|---|
| Serum Fizyolojik | <ul style="list-style-type: none"> • Güvenli, etkili ve ekonomiktir. Ağız mukozasına zarar vermez (22). • Serum fizyolojik ile ağız bakımına ilişkin yapılan çalışmalar sınırlı olmakla birlikte; yapılan bir çalışmada serum fizyolojik, hidrojen peroksit göre ağız bakımında daha etkili bulunmuştur (23). | <p>Kontrendikasyonlarına yönelik çalışma sonucu bulunmamaktadır, bu nedenle ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.</p> |
| Hidrojen Peroksit | <ul style="list-style-type: none"> • Antibakteriyel etkilidir. Etkili temizlemeyi ve ağız içindeki plakları çıkarmaya yardım eder (22). • Hidrojen peroksitin, oral mukoza bütünlüğü olan hastalarda kullanılması önerilmemektedir (21). • Hidrojen peroksitli solüsyonlar, mekanik ventilatöre bağlı hastalarda mukozal kurumaya, iritasyona ve yüzeysel yanıklara neden olabileceği için önerilmemektedir (6, 20). • Kullanımı için kanıt düzeyi yüksek ileri çalışmalara gereksinim vardır. | <ul style="list-style-type: none"> • Granülasyon dokusu üzerine uygulamaktan kaçınmak gerekir. • Normal florayı bozması nedeniyle mantar enfeksiyonlarının gelişimine neden olur. • Oral mukozada kuruluk ve yanmaya neden olur. • Tadı hoş değildir. • Ağızda yanma, ağrı, bulantı ve yüzeysel yanıklara neden olur (24). |
| Sodyum Bikarbonat | <ul style="list-style-type: none"> • Debridmanı sağlar (22). • Sodyum bikarbonat ağız içerisinde mukus birikiminin azalmasını, oral PH'yı arttırarak asidiyirik bakteri üremesini önler ve kolonizasyonu azaltır (25). • Yapılan bir çalışmada, VIP'i önlemeye yönelik sodyum bikarbonat ve %0.2 klorheksidin karşılaştırılmış ve birbirlerine üstünlükleri olmadığı bildirilmiştir (26). • Yapılan çalışmalarda VIP'yi önlemeye yönelik olarak klorheksidinsolüsyonu ile diş fırçalama uygulamasının birbirlerine üstünlükleri kanıtlanamamıştır (27-29). • Klinik uygulamalarda sık kullanılan sodyum bikarbonat ile ilgili çocuk yoğun bakım ünitelerinde yapılmış çalışmalar yetersiz olup, kanıt düzeyi yüksek randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır. | <ul style="list-style-type: none"> • Tahrişe neden olabilir. • Bakterilerin üremesini sağlayabilir. • Tadı hoş değildir. • Oral mukozada yanıklara neden olabilir. • Palyatif bakım kullanımında kanıtlar yetersizdir (22). |
| Klorheksidin | <ul style="list-style-type: none"> • Geniş spektrumlu ve antimikrobiyal etkilidir (22). • Etkili bir antiplak özelliği vardır ve oral mukozitin oluşmasını önler (22). • Mekanik ventilatöre bağlı bireylerin ağız bakımında klorheksidin %0.2 ve %0.12'lik formu kullanılmaktadır (6, 20). • Erişkin hastalarda yapılan çalışmalarda % 0.12'lik solüsyonundan 5 ml 2/gün olacak şekilde ağız bakımının VIP'i azalttığı bildirilmektedir (30). • Halm ve Armola (2009)'nın yaptığı çalışmada klorheksidin VIP oluşumunu engellediği bildirilmiştir. • Ancak Sebastian ve arkadaşları (2012)'nin çocuk hastalarda %1 klorheksidine karşı plasebo solüsyon kullanarak yaptıkları çalışmada VIP gelişimi açısından bir fark olmadığı bulunmuştur. | <ul style="list-style-type: none"> • Uzun süreli kullanımda dişlerde renk değişikliği yapabilir. • Oral mukozanın soyulmasına neden olabilir. • Diş etlerinde kanamaya neden olabilir. • Tadı hoş değildir. • Oral mukozada yanma ve batmalara neden olabilir (22). |
| Hazır Ağız Çalkalama Solüsyonları (Ticari Solüsyonlar) | <ul style="list-style-type: none"> • Reçetesizdir bu nedenle kolaylıkla ulaşılabilir (22). | <ul style="list-style-type: none"> • Mukozal kurumaya, iritasyona ve yüzeysel yanıklara neden olduğundan alkol-limon ve gliserin içerikli solüsyonlar kullanılmamalıdır (22). |

ve abeslang kullanılmaktadır (6). Ancak yapılan çalışmalar, diş fırçası ile verilen ağız bakımının, süngerli çubuklarla verilen ağız bakımından daha etkili olduğunu ortaya koymuştur. Özveren (2010) tarafından yapılan deneysel bir çalışmada, mekanik ventilatöre bağlı hastalarda ağız sağlığının korunması ve sürdürülmesinde en etkili ağız bakımı aracının sakşınli diş fırçası olduğu belirlenmiştir. Yine yapılan diğer çalışmalarda da, sakşınli diş fırçasının mekanik ventilatöre bağlı hastalarda VIP gelişimini önlemede de etkin bir araç olduğu belirtilmektedir (18,19). Bunun yanında literatürde kesin kanıtlar olmamakla birlikte, süngerli çubukla ağız bakımı verilirken sünger kısmının hastalar tarafından ısırılarak kopabileceği, ağızda kalabileceği ve bu nedenle hastanın güvenliğini tehdit edebileceği bildirilmektedir (20).

Ağız Bakımında Kullanılan Solüsyonlar

Ağız bakımında kullanılan solüsyonlar tercih edilirken mukozayı irrite etmemesi, kurutmaması ve plakları uzaklaştırması gibi özellikleri açısından değerlendirilmelidir. Bununla birlikte ağız içinde var olan sorunların etkeninin belirlenmesi de kullanılacak solüsyonun seçiminde önemlidir (4). Uygun şekilde yapılan ağız bakımının ağız sağlığını olumlu şekilde etkilediği bilinmekle birlikte, araştırma sonuçları incelendiğinde ağız bakımında kullanılan solüsyonlar ile ilgili tartışmalar halen devam etmektedir (21). Aşağıdaki tabloda ağız bakımında kullanılan solüsyonların etkileri ile yan etkileri ve kanıt düzeyi yetersiz olmakla birlikte solüsyonlarla ilgili yapılan bazı çalışma sonuçları verilmiştir.

Ağız Bakım Sıklığı

Ağız bakımının sıklığına ilişkin literatürde kesin bir kanıt bulunmamakla birlikte (10), ağız bakım sıklığı ile ilgili farklı bilgiler yer almaktadır. Ancak hastanın durumuna göre her 4- 6 saatte bir ve gereksinim duyulduğunda ağız bakımı verilmesi önerilmektedir. Berry ve arkadaşları (2011) yaptıkları çalışmalarında, ağız bakım sıklığının hastanın durumuna göre değişmekle birlikte, günde en az iki defa (diş fırçalama, ağız bakımı) yapılması gerektiğini bildirmişlerdir. Bununla birlikte yoğun bakımlarda hastaların ağız bakım sıklığını belirlemede, ağız mukozasının günlük olarak değerlendirilmesi önemlidir. Bu

nedenle ağız bakım sıklığının belirlenmesinde, ağız mukozasının günlük olarak değerlendirilmesiyle elde edilen veriler hemşirelere yol gösterici olacaktır.

AĞIZ BAKIMINDA KANITA DAYALI UYGULAMALAR

Kanıt dayalı uygulamalar; bakım verilen alanlardaki uygun kaynakları, hasta tercihlerini, klinik uzman görüşü ve bilimsel araştırmalardan elde edilen kanıtları, hastalara en iyi bakım hizmetini vermek için bir araya getirme olarak tanımlanmaktadır (32). Kanıt dayalı hemşirelikte ise, hemşire hastaların bakımı hakkında karar verirken, araştırma sonuçları ile kanıtlanmış bilgileri dikkatli, özenli, açık ve mantıklı bir şekilde, hastaların tercihlerini de dikkate alarak kullanması söz konusudur. Böylece, bakımın kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirmek, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak, bakımı standardize etmek ve hasta memnuniyetini artırmak mümkün olmaktadır (33). Kanıt temelli uygulamalar, kanıt düzeyi ve gücüne göre aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir (34).

Kanıt Düzeyleri- SIGN Kriterleri

| |
|--|
| 1a. Sistematik Derleme ve Randomize Kontrol Çalışmalarının Metaanalizi (A) |
| 1b. En az bir adet Randomize Kontrollü çalışma (A) |
| 2a. En az bir adet Randomize olmayan kontrollü çalışma (B) |
| 2b. İyi dizayn edilmiş yarı deneysel çalışmalar (B) |
| 3. İyi planlanmış deneysel olmayan çalışmalar (Tanımlayıcı, Kıyaslama, korelasyon, vaka-kontrol, kohort, izlem) (C) |
| 4. Uzman komite raporları, Saygın otoritelerin görüşleri (D) Rehberi geliştiren grubun görüşü (İyi Uygulama Noktası, Uzlaşma) |

(Scottish Intercollegiate Guidelines Network)

İlgili literatür taranarak ağız bakımı konusunda ulaşılabilen bazı çalışma sonuçları derlenerek, kanıt temelli uygulamalar ve kanıt düzeyleri Tablo 2’de özetlenmiştir. Araştırma sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde, ağız bakımı yönetiminde; oral değerlendirme, diş fırçalama, ağız temizleme araçları ile birbirine üstünlüğü olan herhangi bir ağız bakım solüsyonunu destekleyen yeterli

Tablo 2. Ağız bakımında kanıt dayalı uygulamalar

| KANIT TEMELLİ UYGULAMALAR | KANIT DÜZEYİ | ARAŞTIRMALAR |
|---|----------------|--|
| Etkili yapılan ağız bakımı VIP’i önler. | Kanıt C | Bingham ve ark., 2010 Koeman ve ark., 2006 Houston, 2002 |
| Ağız bakımı protokollerinin etkili ve uygun kullanımı ağız bakım kalitesini artırır. | Kanıt D | Cason ve ark., 2007 |
| Yoğun bakım hastalarında oral kavitenin değerlendirilmesi diş, dişeti, dil, mukoz membran ve dudakları içermelidir. | Kanıt D | Garcia ve ark., 2009 |
| Yumuşak diş fırçası kullanımı yiyecek kalıntıları ve plakları uzaklaştırarak mikrobik kolonizasyonu azaltır. | Kanıt C | Needleman, 2011 |
| Yoğun bakım hastalarında ağız bakımında musluk suyu kullanılmamalıdır. | Kanıt C | Muscarella ve ark., 2004 Anaisse ve ark., 2002 |
| Ağız bakımı uygulamalarında diş fırçası günde en az iki kez kullanılmalıdır. | Otorite Görüşü | Garcia ve ark., 2009 |
| Diş fırçalamanın süresi ağız tüm alanlarına ulaşan bir diş fırçası ile en az 3-4 dakika olmalıdır. | Otorite Görüşü | Peterson ve ark., 2006 |

Tablo 3. Ağız bakımı uygulamalarına ilişkin kanıt düzeyi yüksek sistematik inceleme ve meta analiz sonuçları

| Desen | Yazar/Yazarlar | Sonuç |
|-----------------------------------|--|--|
| Sistematik derleme ve meta analiz | Chan ve ark., 2007 <i>(1994-2006 yılları arasında 11 randomize kontrollü çalışma değerlendirilmiştir)</i> | Mekanik ventilasyondaki hastalarda ağız bakım uygulamalarında solüsyonun kullanımı VIP insidansını azaltmaktadır. |
| Meta analiz | Berolde ve Andrade, 2008 <i>(1998-2007 yılları arasında İngilizce İspanyolca ve Portekizce dillerinde yayınlanan randomize kontrollü sekiz çalışma değerlendirilmiştir)</i> | Ağız bakımında klorheksidin kullanımı orofarenkadaki kolonizasyonu %87.5, VIP insidansını ise %50 oranında azaltmaktadır. |
| Sistematik derleme ve meta analiz | Zamaro, 2011 <i>(1990-2010 yılları arasında 14 randomize kontrollü çalışma değerlendirilmiştir)</i> | Ağız bakım uygulamasında klorheksidin kullanımı, VIP oluşmasını azaltan bir faktördür. Ancak tek başına diş fırçalama uygulaması VIP oluşmasını azaltmamaktadır. |
| Meta analiz | Balamurugan ve ark., 2012 <i>(1990-2011 yılları arasında dokuz randomize kontrollü çalışma değerlendirilmiştir)</i> | Klorheksidin solüsyonu maliyet etkili bir solüsyon olarak kullanılabilir ve bu solüsyon mekanik ventilasyondaki hastalarda VIP oluşmasını engellemede güvenlidir. |
| Sistematik derleme ve meta analiz | Klompas ve ark., 2014 <i>(1996-2012 yılları arasında 16 randomize kontrollü çalışma değerlendirilmiştir)</i> | Klorheksidin ile rutin yapılan ağız bakımı kalp cerrahisi uygulanan hastalarda VIP oluşumunu engeller ancak non-kardiyak cerrahi hastalarında VIP riskini azaltmada etkili değildir. |

Tablo 4. Kanıta dayalı bir rehber örneği

| ÖNERİLER | | |
|----------|---|--------------------------------|
| Öneri No | Öneri İfadesi | Önerinin Kanıt Derecesi |
| 1 | Etkili bir ağız bakımının sağlanması, sağlık bakımı ile ilişkili pnömoninin azaltılmasında önemlidir. | C |
| 2 | Yapılandırılmış ağız bakım protokolünün kullanılması, etkili şekilde ağız bakımının değerlendirilmesini ve hastanın uyumunu arttırabilir. | D |
| 3 | Yoğun bakım hastalarında standardize edilmiş yöntemler kullanılarak oral mukozanın sistematik olarak değerlendirilmesi, ağız bakımının planlanması ve değerlendirilmesinde önemlidir. Oral değerlendirme; dişler, dişeti, dil, mukoz membranlar ve dudakların durumu ile orofarengeal tüp gibi ağız bakımını engelleyen araçların durumunu içermelidir. | D |
| 4 | Yumuşak diş fırçasının kullanımı debris çıkarabilir ve daha sonra oluşabilecek plakları ve mikroorganizmaların kolonizasyonunu azaltabilir. | C |
| 5 | Ağız temizleme materyalleri (süngerli çubuk, dil basacağı) dişleri fırçalamanın kontra endike olduğu durumlarda (trombositopeni durumlarda diş etlerinde kanama gibi) kullanılmalıdır. | İyi Uygulama Noktası (uzlaşma) |
| 6 | Ağız bakımında birbirine üstünlüğü olan herhangi bir ağız bakım solüsyonunu destekleyen bir kanıt yoktur. Kardiyak cerrahi hastalarında %0.12 klorheksidin glukonat kullanımı istisnadır. | A |
| 7 | Yoğun bakım hastalarında ağız bakımında musluk suyu kullanılmamalıdır. | C |
| 8 | Yoğun bakımda subglottik aspirasyon uygulaması ventilatör ilişkili pnömoni riskini azaltmada önerilir ve bu girişim, ağız bakımının rutin bir parçası yapılmalıdır. | A |
| 9 | Yoğun bakımda ağız bakımının ne sıklıkla yapılacağına ilişkin herhangi bir kanıt yoktur, bununla birlikte günde en az bir kez diş fırçalama önerilir. | İyi Uygulama Noktası (uzlaşma) |
| 10 | Nitelikli çalışmalarla desteklenen güçlü kanıtlar olmamasına karşın, fırçalamanın süresi ağız tüm alanlarına ulaşan bir diş fırçası ile en az 3-4 dakika olmalıdır. | İyi Uygulama Noktası (uzlaşma) |
| 11 | Diş fırçası gibi ağız hijyenini sağlayan araçları içeren optimal yöntemlere ilişkin güçlü bir kanıt yoktur. Bununla birlikte, ağız bakımında kullanılan araçların (diş fırçası) bakım alan hastaya ait kişisel materyal olması gerekir. | İyi Uygulama Noktası (uzlaşma) |

http://www.gardinerlibrary.com/media/lectures/clinical_leadership/oral_care/oral_care.pdf-2014

kanıtlar olmamakla birlikte bu solüsyonların kullanılması gerektiği belirtilmektedir. Kanıtla dayalı uygulama rehberlerinde, ağız yönetiminde yer alan bu uygulamaların herhangi birisinin direk olarak oral sorunları önlediği veya tedavi ettiğine ilişkin yeterli kanıt olmamasına rağmen bakımın temel bir parçası olduğu vurgulanmakta ve oral mukoza bütünlüğünde bozulma riski olan tüm hastalara, tedavileri devam ettiği sürece etkili ağız bakım uygulamalarının yapılması tavsiye edilmektedir (Kanıt D-uzman görüşü) (43). Bununla birlikte 2005 yılında yeniden gözden geçirilen rehberlerde, düzenli olarak değiştirilen yumuşak bir diş fırçasıyla ağız bakımının sağlanması önerilmektedir (Kanıt düzeyi D). Yeterli kanıt olmasa da, ağız bakımı mukoza bütünlüğünü ve fonksiyonunu sürdürmek ve diş komplikasyonları riskini azaltmak için klinisyenler tarafından son derece önemli olarak kabul edilmektedir (44).

Literatürde yoğun bakım ünitelerinde özellikle mekanik ventilasyondaki hastalarda ağız bakım uygulamaları ile ilgili randomize kontrollü çalışma sonuçları değerlendirilerek yapılan sistematik inceleme ve meta analiz sonuçları bulunmaktadır. Ulaşılabilen bu sistematik derleme ve meta analiz sonuçları Tablo 3'de verilmiştir. Ağız bakım uygulamalarına yönelik bazı merkezler tarafından kanıt derecelerini içeren önerilerden oluşturulan rehberler hazırlanmıştır. Aşağıda, İngiltere'de Hunter Yerel Sağlık Merkezi (2014) tarafından yoğun bakımda ağız bakım uygulamaları ile ilgili araştırma sonuçları doğrultusunda oluşturulmuş önerileri içeren, kanıtla dayalı bir rehber örneği verilmiştir (Tablo 4).

SONUÇ

Yoğun bakım ünitelerinde ağız mukoza bütünlüğünün sürdürülmesi; periodontal hastalıklar, ağız kokusu, ağız kuruluğu, dudak çatlakları ve stomatit gibi çeşitli ağız sorunlarının gelişimini önlemek açısından son derece önemlidir. Ayrıca etkili yapılan ağız bakımı, VIP'i önlemede de önemli bir hemşirelik uygulamalarından biridir. Ağız bakımının değerlendirilmesinde altın bir standart mevcut değildir. Ağız bakımı uygulamalarının sıklığı, uygun solüsyon ve materyal kullanımında birbirine üstünlüğünü destekleyen yeterli kanıtlar yoktur. Bu nedenle yoğun bakımlarda etkili ağız bakım uygulamaları için ağız bakım materyalleri, solüsyonları ve sıklığı hakkında daha çok sayıda kanıt düzeyi yüksek randomize kontrollü araştırma sonuçlarına ihtiyaç vardır. Aynı zamanda ağız bakımı uygulamalarında hemşireler tarafından kullanılacak etkin ve zaman yönetimine uygun bakım rehberleri geliştirilmesi ve uygulamada kullanılması olumlu hasta sonuçları açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Abidia Randa F. Oral care in the intensive care unit: a review. *J Contemp Dent Pract.* 2007; 8(1): 76-82.
2. McNeill, Helen E. Biting back at poor oral hygiene. *Intensive and Critical Care Nursing.* 2000; 16(6): 367-72.
3. Woodrow P, Elliott J, Beldon P. Assessment and care of tissue viability, and mouth hand eye hygiene needs. In:

- Mallett J, Albarran J, Richardson A, editors. *Critical Care Manual of Clinical Procedures and Competencies.* John Wiley-Sons; 2013. p. 382-415
4. Atar NY. Hijyen Gereksinimi. Çelik S, editör. *Erişkin Yoğun Bakım Hastalarında Temel Sorunlar ve Temel Hemşirelik Bakımı.* İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2011. s. 134-8.
5. Palloş AÖ, Şendir M. Nöroşirürji Yoğun Bakım Ünitelerinde Bir Hasta Güvenliği Konusu Olarak Ağız Bakımı. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 2011; 20(3): 233-8.
6. Özveren H. Mekanik Ventilatöre Bağlı Hastalarda Ağız Bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi.* 2010; 17(2): 92-9.
7. Ünsal A. Hijyen Uygulamaları. Atabek T, Karadağ AA, editörler. *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı.* 2. Baskı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2013. s. 441-81.
8. Çelik S. Mekanik Ventilasyonda Hasta Bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi.* 2010; 10(1-2): 9-25.
9. Sungur G, Taşçı S. Ventilatörle İlişkili Pnömoniye Önlemeye Yönelik Hemşirelik Uygulamalar. *Türkiye Klinikleri J Nurs.* 2010; 2(2): 131-6.
10. Atay S, Karabacak Ü. Oral care in patients on mechanical ventilation in intensive care unit: literature review. *Int J Res Med Sci.* 2014; 2(3): 822-9.
11. Garcia R, Jendresky L, Colbert L, Bailey A, Zaman M, Majumder M. Reducing ventilator associated pneumonia through advanced oral dental care: a 48-month study. *Am J Crit Care.* 2009; 18(6): 523-32.
12. Ames NJ, Sulima P, Yates JM, McCullagh L, Gollins SL, Soeken K, et al. Effects of Systematic Oral Care in Critically Ill Patients: A Multicenter Study. *American Journal of Critical Care.* 2011; 20(5): 103-14.
13. Eilers J, Berger A, Petersen M. Development, Testing and Application of the Oral Assessment Guide. *Oncology Nursing Forum.* 1988; 15(3): 325-30.
14. Beck S. Impact of a systematic oral care protocol on stomatitis after chemotherapy. *Cancer Nurs.* 1979; 2(3): 185-99.
15. Jenkins DA. Oral care in the ICU: an important nursing role. *Nursing Standard.* 1989; 4(7): 24-8.
16. Yıldız M. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Ağız Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
17. Schleder B, Stott K, Lylod R. The Effect of a Comprehensive Oral Care Protocol on Patients at Risk for Ventilator-Associated Pneumonia. *Advocate Health Care.* 2002; 4(1): 27-30.
18. Fields LB. Oral care intervention to reduce incidence of ventilator associated pneumonia the neurologic intensive care unit. *J Neurosci Nurs.* 2008; 40(5): 291-8.
19. Pearson L, Hutton JA. Controlled Trial To Compare The Ability of Foam Swabs and Toothbrushes To Remove Dental Plaque. *Journal of Advanced Nursing.* 2002; 39(5): 480-9.
20. Berry A, Davidson P. Beyond C. Oral Hygiene as a Critical Nursing Activity in the Intensive Care Unit. *Intensive and Critical Care Nursing.* 2006; 22(6): 318-

- 28.
21. Çavuşoğlu H. Oral mukozit yönetiminde kanıta dayalı hemşirelik. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 2007; 27(3): 398-406.
22. Miller M, Kearney N. Oral Care for Patients with Cancer: A Review of the literature. *Cancer Nurs.* 2001; 24(4): 241-54.
23. Wohlschlaeger A. Prevention and treatment of mucositis: A guide for nurses. *J Pediatr Oncol Nurs.* 2004; 21(5): 281-7.
24. O'Reilly M. Oral care of the critically ill: A review of the literature and guidelines for practice. *Aust Crit Care.* 2003; 16(3): 101-10.
25. Dodd MJ, Dibble SL, Miaskowski C, MacPhail L, Greenspan D, Paul SM, et al. Randomized clinical trial of the effectiveness of 3 commonly used mouthwashes to treat chemotherapy-induced mucositis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000; 90(1): 39-47.
26. Berry AM, Davidson PM, Masters J, Rolls K, Ollerton R. Effects of three approaches to standardized oral hygiene to reduce bacterial colonization and ventilator associated pneumonia in mechanically ventilated patients: A randomised control trial. *Int J Nurs Stud.* 2011; 48(6): 681-8.
27. Sebastian MR, Lodha R, Kapil A, Kabra SK. Oral mucosal decontamination with chlorhexidine for the prevention of ventilator-associated pneumonia in children-A randomized, controlled trial. *Pediatr Crit Care Med.* 2012; 13(5): e305-10.
28. Jacomo AD, Carmona F, Matsuno AK, Manso PH, Carlotti AP. Effect of oral hygiene with 0.12% chlorhexidine gluconate on the incidence of nosocomial pneumonia in children undergoing cardiac surgery. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2011; 32(6): 591-6.
29. Kusahara DM, Peterlini MA, Pedreira ML. Oral care with 0.12% chlorhexidine for the prevention of ventilator-associated pneumonia in critically ill children: Randomised, controlled and double blind trial. *Int J Nurs Stud.* 2012; 49(11): 1354-63.
30. Munro CL, Grap MJ, Jones DJ, McClish DK, Sessler CN. Chlorhexidine, tooth brushing, and preventing ventilator-associated pneumonia in critically ill adults. *Am J Crit Care.* 2009; 18(5): 428-37.
31. Halm MA, Armola R. Effect of oral care on bacterial colonization and ventilator-associated pneumonia. *Am J Crit Care.* 2009; 18(3): 275-8.
32. Yılmaz M. Hemşirelik Bakım Hizmetinin Kalitesini Geliştirme Yolu Olarak Kanıta Dayalı Uygulama. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2005; 9(1): 41-8.
33. Yurtsever S, Altıok M. Kanıta Dayalı Uygulamalar ve Hemşirelik. *F.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2006; 20(2): 159-66.
34. Scottish Intercollegiate Guidelines Network [Cited: 1 September 2014]. Available from: <http://www.sign.ac.uk>.
35. Bingham M, Ashley J, De Jong M, Swift C. Implementing a unit-level intervention to reduce the probability of ventilator-associated pneumonia. *Nursing Research.* 2010; 59(1): 40-7.
36. Koeman M, Van der ven AJ, Hak E, Joore HC, Kaasjager K, de Smet AG, et al. Oral decontamination with chlorhexidine reduces the incidence of ventilator-associated pneumonia. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine.* 2006; 173(12): 1348-55.
37. Houston S, Houglund P, Anderson JJ, LaRocco M, Kennedy V, Gentry LO. Effectiveness of 0.12% chlorhexidine gluconate oral rinse in reducing prevalence of nosocomial pneumonia in patients undergoing heart surgery. *American Journal of Critical Care.* 2002; 11(6): 567-70.
38. Cason CL, Tyner T, Saunders S, Broome L. Nurses' implementation of guidelines for ventilator-associated pneumonia from the Centers for Disease Control and Prevention. *American Journal of Critical Care.* 2007; 16(1): 28-37.
39. Needleman IG, Hirsch NP, Leemans M, Moles DR, Wilson M, Ready DR, et al. Randomized controlled trial of tooth brushing to reduce ventilator-associated pneumonia pathogens and dental plaque in a critical care unit. *Journal of Clinical Periodontology.* 2011; 38(3): 246-52.
40. Muscarella LF. Contribution of tap water and environmental surfaces to nosocomial transmission of antibiotic-resistant *Pseudomonas aeruginosa*. *Infection Control.* 2004; 25(04): 342-5.
41. Anaissie EJ, Penzak SR, Dignani MC. The hospital water supply as a source of nosocomial infections: a plea for action. *Archives of Internal Medicine.* 2002; 162(13): 1483-92.
42. Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st century implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. *Community Dentistry and Oral Epidemiology.* 2009; 2(37): 1-8.
43. Rubenstein EB, Peterson DE, Schubert M, Keefe D, McGuire D, Epstein J, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis. *Cancer.* 2004; 100(S9): 2026-46.
44. McGuire DB, Correa MEP, Johnson J, Wienandts P. The role of the basic oral care and good clinical practice principles in the management of oral mucositis. *Support Care Cancer.* 2006; 14(6): 541-47
45. Chan EY, Ruest A, Meade MO, Cook DJ. Oral decontamination for prevention of pneumonia in mechanically ventilated adults: systematic review and meta-analysis. *Br Med J.* 2007; 334(7599): 889.
46. Beraldo CC, Andrade D. Oral hygiene with chlorhexidine in preventing pneumonia associated with mechanical ventilation. *J Bras Pneumol.* 2008; 34(9): 707-14
47. Zamora F. Effectiveness of oral care in the prevention of ventilator-associated pneumonia. Systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *Enferm Clin.* 2011; 21(6): 308-19
48. Balamurugan E, Kanimozhi A, Kumari G. Effectiveness of oral care in the prevention of ventilator-associated pneumonia. Systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *British*

- Journal of Practitioners. 2012; 5(1): 512-6.
49. Klompas M, Speck K, Howell MD, Greene LR, Berenholtz SM. Reappraisal of Routine Oral Care with Chlorhexidine Gluconate for Patients Receiving Mechanical Ventilation Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Intern Med. 2014; 174(5): 751-61.
50. gardinerlibrary.com [Internet]. New York. [Cited: 2014 September 1]. Available from: www.gardinerlibrary.com/media/lectures/clinical_leadership/oral_care/oral_care.pdf-2014.

Yaşlanma ve Yaşlanma Dönemiyle İlişkili Psikiyatrik Sorunlar

Murat ASLAN¹, Çiçek HOCAOĞLU²

ÖZ

Yaşlılık, engellenmesi mümkün olmayan biyolojik, kronolojik ve sosyal yönleri olan bir süreçtir. İnsan ömrünün uzaması ve bunun sonucu olarak yaşlı nüfusun artması nedeniyle yaşlılık günümüzde daha da önem kazanmıştır. Bu derlemenin amacı, yaşlanma nedenleri ve yaşlanma ile ilgili psikiyatrik sorunları ele almaktır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık dönemi; yaşlanma teorileri; psikiyatrik sorunlar.

Aging and Psychiatric Problems Associated with Aging Period

ABSTRACT

Elderly is a biological, chronological and social process that cannot be avoided. Since the human life is getting longer and the elderly population increase, elderly is getting more important. The purpose of this review is to address causes of aging and aging-related psychiatric problems.

Keywords: Aging period; aging theory; psychiatric problems.

GİRİŞ

Yaşlanma; organizmanın hücre, doku ve sistemler düzeyinde zamanla ortaya çıkan, geri dönüşü olmayan, fonksiyonel ve yapısal değişikliklerin tümünü kapsayan fizyolojik bir süreçtir (1-5). Yaşlanma süreci doğumla birlikte başlar ve her çeşit organizma doğumundan ölümüne kadar çok sayıda değişikliğe uğrayarak yaşlanır. Yaşlanma sabit bir süreç değildir ve bireyler arasında farklılıklar gösterir. Bu sürecin son bölümü ise yaşlılık olarak isimlendirilmektedir. Yaşlılığın başlangıcı toplumdan topluma ve hatta aynı toplum içinde yıllar içinde, cinsiyet, eğitim düzeyi, ekonomik koşullar, fizyolojik ve psikolojik yaşa göre de kişisel farklılıklar gösterir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1998'de yaşlılıkla ilgili olarak yayınladığı sağlık raporuna göre yaşlılık; özürüllüklerin artması ve başkalarına daha çok bağımlı olma şeklinde tanımlanmış ve yaşlılık sınırı 65 yaş olarak belirlenmiştir. Demografik açıdan yaşlılık şu şekilde sınıflandırılmaktadır (6,7).

- **Genç (Erken) Yaşlılık:** 65-74 yaş arası kapsar. Bu dönem sıklıkla emeklilik sonrası dönemdir.
- **Orta Yaşlılık:** 75-84 yaş arası kapsar. Bu dönemde sıklıkla işlevsel kayıplar görülmeye başlanır, ancak kişi çoğunlukla tek başına yaşamını sürdürebilir.
- **İleri Yaşlılık:** 85 yaş ve üzerini kapsar. Bu dönemde kişiler, ailelerinin veya özel bakım veren kurumların yardımı ihtiyacı duyarlar.

Yaşlanma süreci birçok faktöre bağlı olarak, aşağıdaki başlıklar şeklinde tanımlanabilir:

- **Kronolojik Yaşlanma:** Bireyin doğumundan itibaren geçen yaşını tanımlar. Takvim yaşı büyük olanlar, küçük olanlara göre daha yaşlı sayılırlar.
- **Biyolojik Yaşlanma:** Zigotun oluşumuyla başlayıp yaşla birlikte bireyin geçirdiği fizyolojik, anatomik ve morfolojik değişimlerdir.
- **Patolojik Yaşlanma:** Normal biyolojik yaşlanma süreci ile etkileşen olaylara ve hastalıklara bağlı yaşlanmadır.
- **Psikolojik Yaşlanma:** Bireylerin yaşlılık döneminde geçirdikleri davranış, uyum ve mental fonksiyonlarındaki değişimleri kapsar.
- **Sosyal Yaşlanma:** Bireylerin, toplumun sosyal yapısı içindeki rollerinin, konumlarının ve sosyal ilişkilerinin yaşlanmasıyla birlikte değişmesiyle oluşur.
- **Ekonomik Yaşlanma:** Yaşlılık döneminde özellikle emekliliğin etkisiyle azalan gelir düzeyinin bireyin yaşam şeklinde ve koşullarında meydana getirdiği değişikliklerdir (8,9).

¹ Psikiyatri Kliniği, Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi

² Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize.

Correspondence: Murat ASLAN, drmurataslan48@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 16.08.2016 Kabul Tarihi / Accepted: 14.11.2016

Yaşlanma İle İlgili Teoriler

Biyolojik yaşlanmayı tek başına tam olarak açıklayabilen bir teori mevcut değildir. Bu durum, yaşlılık sürecinin birçok nedenle ortaya çıkmasından kaynaklanmaktadır. Bu süreçte etkili olan mekanizmalar arasında en önemlileri, oksidatif hasarlar, hücre bölünme limiti, anormal yapıdaki proteinler, yaşam boyu geçirilen hastalıklar mitokondriyal ve somatik mutasyonlardır. Biyolojik yaşlanma sürecini açıklayabilmek için 100'den fazla teori geliştirilmiştir fakat bunların pek çoğu artık geçerliliğini yitirmiştir. Güncel yaşlanma teorilerinin büyük çoğunluğu ise genetikle ilgilidir (10). Bu nedenle biyolojik yaşlanma teorileri kapsamında genel olarak genetik yaşlanma ve diğer teoriler arasından öne çıkan yaşlanma teorileri anlatılacaktır.

a. İmmünolojik Yaşlanma Teorisi

İnsanların doğum esnasında bağışıklık sistemleri yeterince gelişmemiştir. Vücutta zaman içinde karşılaşılan patojenlere karşı oluşturulan antikorlar ve yapılan aşılarla hastalıklara karşı bağışıklık artar. Bağışıklık sisteminin bu gelişimi insanda yetişkinlik döneminde zirveye ulaşır. İlerleyen yıllarda bağışıklık sistemi gerilemeye, etkinliğini kaybetmeye başlar. Bu teori temel olarak yaşlılığın, bağışıklık sisteminin gerilemesi sonucunda vücudun kendini yaralanmalar, hastalıklar, mutasyonlar ya da patojen mikroorganizmalara karşı koruyamamasıyla ortaya çıktığını savunur (12,13).

b. Otoimmün Teorisi

Bu teori immünolojik yaşlanma teorisinin bir bakıma tersi sayılabilir. Vücudun kendi hücrelerini tanımayıp bu hücrelere reaksiyon vermesini engelleyen self tolerans mekanizmasının çalışması için immün sistemin ve onun hücresel bileşenlerinin normal şekilde çalışması gereklidir. Otoimmün yaşlanma teorisine göre, yaşlanma bağışıklık sistemindeki gerilemeye bağlı olarak vücudun dış etkilere karşı kendini savunamamasından değil, bağışıklık sisteminin vücudun kendi hücrelerini tanıyamaz hale gelmesi ve sonrasında kendi hücrelerini yok etmeye başlamasının sonucudur (12).

c. Serbest Radikaller Teorisi

1956 yılında Denham Harman tarafından ortaya atılmıştır (14). Bu teoriye göre normal yaşlanma, aerobik metabolizma sırasında oluşan serbest radikallerin dokularda birikmesi sonucu oluşan hasarlar nedeniyle olmaktadır. Serbest radikaller, kimyasal yapılarında elektron bulundurmaları nedeniyle oldukça aktif maddelerdir. Oluşan oksidatif hasarın ne kadarının normal yaşlanmanın kaçınılmaz bir fizyolojik sonucu olduğu, ne kadarının da patolojik bir yaşlanma olarak kabul edileceğini belirlemek oldukça zordur. Mitokondrideki fizyolojik oksidatif fosforilasyonda O₂, H₂O'ya indirgenirken yaşa bağlı olarak özellikle mitokondriyal DNA (mtDNA), protein ve lipidlerde hasar meydana getiren süperoksit anyonları (O₂⁻), hidrojen peroksit (H₂O₂) ve hidroksil radikali OH⁻ gibi serbest radikaller meydana gelir. Bunlar organizmalar tarafından hücre içinde mitokondriyal solunum zincirinde ya da hücre dışında, özellikle de fagositler tarafından oluşturulur (14,15).

Oksidasyon sonucu oluşan tüm serbest radikalleri detoksifiye eden süperoksitdismutaz gibi endojen savunma ve onarım mekanizmaları vardır. Yaşam boyunca bu sistemler birbiriyle denge halindedirler. Yaşlanmayla birlikte bu denge oksidatif zedelenme yönünde bozulmaya başlar. Serbest O₂ radikalleri hücreye girdiklerinde yüksek kimyasal aktiflikleri sayesinde, hücre proteinlerine ve DNA'ya kolayca bağlanabilirler. Bunun sonucunda da bu yapılarda bozulmalar meydana getirirler. Bu teoriye göre yaşlanma, hücre proteinlerinde ve genetik yapılarda meydana gelen bu bozulmaların sonucudur (16).

d. Genetik Yaşlanma Teorileri

Tüm canlıların kendilerine özgü yaşam süreleri vardır ve canlıların yaşlanmaları bir genetik plan dahilindedir. Yapılan araştırmalarda canlıların ortalama yaşam sürelerinin kalıtsal geçiş gösterdiği saptanmıştır. Canlıların yaşlanma sürecini genetik açılayan pek çok teori geliştirilmiştir. Ancak bunların her biri esas olarak, genetik yapıdaki ve bunun kontrolünde olan hücresel olaylardaki çeşitli değişimleri, biyolojik yaşlanmaya sebep göstermektedir. Örneğin; 'Somatik Mutasyon Teorisi' DNA'da oluşan mutasyonların ya da kopma, kısalma gibi diğer hasarların yaşlanmaya neden olduğunu söylerken; 'Hata Teorisi' ise RNA ve bundan sentezlenen enzim ve proteinlerdeki birikim hatalarını yaşlanmanın nedeni olarak açıklamaktadır (17-19). 'Programlı Yaşlanma' teorisine göre ise, DNA'da bulunan ve biyolojik özellikleri belirleyen genlerin yanında, aynı zamanda biyolojik olarak yaşlanma sürecini başlatan genler de bulunmaktadır. Dış faktörlerden de etkilenmekle birlikte, canlının ne zaman yaşlanma sürecine gireceğini ve bu sürecin nasıl işleyeceğini temelde bu genler belirler (17-19).Günümüze dek yapılmış olan araştırmalar normal yaşlanma, erken yaşlanma belirtileri, Alzheimer hastalığı, diyabet, kalp yetersizliği, optik sinir dejenerasyonu, bazı ilerleyici kas hastalığı ve kanser türlerinin yaşlanma ile sıklıkları artan hastalıkların mutasyona uğramış DNA içeren disfonksiyonel mitokondrielerin varlığı ile ilgili olduğunu ortaya koymuştur (17,20-23). Yaşlanma süreci ve genetik nedenler arasındaki ilişkisinin biraz daha iyi anlaşılabilmesi için genetik hastalıkların incelenmesi faydalı olacaktır. Hutchinson – Gilford Progeria, Werner ve Cockayne sendromları gibi bazı genetik hastalıklar, insanlarda normal yaşlanma sürecinde görülen belirtilerin aynalarına neden olurlar. Ancak sadece birkaç gendeki hatalı kodlamının aktive olmasıyla ortaya çıkan bu erken yaşlanma sendromları, aslında yaşlanmanın temel nedenini göstermektedir. Bu sendromların ortak yönü, bireylerin ergenlik ve yetişkinlik dönemine ulaşmadan, bebeklik dönemi sonrası doğrudan yaşlılık dönemine geçmeleridir. Serbest O₂ radikalleri, hücresel yıpranmalar ve geçirilen hastalıklar gibi yaşlanmaya neden olan diğer faktörlere normalden çok daha kısa süre maruz kalan bu bireylerin hızlı bir şekilde yaşlanmaları, yaşlanma sürecinde genetik faktörlerin, diğerlerinden çok daha etkili olduğunu düşündürmektedir (10,24).

Yaşlanmanın Biyolojik Etkileri ve Yeti Yitimi

Yaşlanmayla birlikte insanların biyolojik yapılarında

değişiklikler olur. Kalp, damar ve endokrin bezlerinde birtakım değişimler, beyinde nöron sayısında azalma, kas-iskelet, dolaşım, sindirim sistemi ve diğer sistemlerde fonksiyonel yetersizlikler, üreme yeteneğinin kaybolması, duyu organlarındaki fonksiyonel kayıplar ve genel vücut direncinde azalma görülür. Yaşlanmayla birlikte meydana gelebilen yeti yitimi tüm dünyada ve ülkemizde birey, aile ve toplumu ciddi bir şekilde etkilemekte, sosyal ve ekonomik açıdan yüksek maliyetlere neden olmaktadır. Temel fiziksel, ruhsal ve mental fonksiyonlardaki gerilemelerin bir sonucu olan yeti yitiminin ortaya çıkmasında bu fonksiyonların her biri ayrı önem taşımaktadır. Mobilite, hareket etme yeteneğiyle ilişkili bir kavramdır ve fiziksel fonksiyonların önemli bir bileşenidir. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda, yaşlılarda en fazla zorluk yaşanan günlük yaşam aktivitelerinin yürüme, ev dışına çıkma, merdiven çıkma, alışveriş yapma ve ulaşım gibi mobilite yetisine bağlı aktiviteler olduğu bildirilmiştir (25,26).

Yapılan birçok çalışmada, çok sayıda yaşlıda yaşın ilerlemesiyle birlikte mobilitede bir düşüş yaşandığı, bu düşüşün bir sonucu olarak daha ileri düzeyde ve tüm alanlarda yeti yitimi gelişme olasılığında artış izlenmiştir. Mobilite değerlendirilmesinin yeti yitiminin prelinik evresindeki yaşlıların tespit edilmesinde önemli olduğu gözlenmiştir (27,28). Bu dönemde yaşlılara yönelik yapılan tıbbi ve sosyal girişimlerin yeti yitimi prevalansını azalttığı görülmüştür. Ülkemizde yapılan bir çalışmada yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, tek başına yaşama, medeni durum, sabit aylık gelir, postürel hipotansiyon, kronik hastalıkların varlığı ve sayısı, ilaç kullanımı ve kullanılan ilaç sayısı, antihipertansifler, kalp yetmezliği, hipertansiyon osteoartrit-romatoid artrit ve işitme bozukluğu, mobilitede yeti yitimi ile ilişkili iken yaşlıya bakım verenin olması, sağlık güvencesi, dispne, bronşit, kronik eklem ve sırt ağrısı, diyabet, görme bozukluğu ve diüretik ilaç kullanımının ilişkili olmadığı saptanmıştır (27). Ayrıca, mobilitede yeti yitimi olan yaşlıların artmış oranda fiziksel ve sosyal yeti yitimi yaşadıkları tespit edilmiştir. Sürekli kullanılan bazı ilaçlar, kronik obsrükatif akciğer hastalığı, artrit, diyabet ve periferik damar hastalıkları yaşlılarda cinsel istek ve aktivitede azalmaya neden olurlar. Çeşitli hastalıklar sonucu gerçekleştirilen mastektomi ve histerektomi gibi cinsel organlara yönelik yapılan operasyonlar sonucunda kadında, artık çirkin bir görünüme sahip olduğu, cinsel cazibesini kaybettiğine yönelik düşünceler gelişebilir. Bu düşünceler de hastanın kendisini değersiz hissetmesini, güven duygusunun azalmasına sebep olabilir (29). Yaşlanma sürecinde organ sistemlerinde ortaya çıkan belirtiler, yaşlanmanın biyolojik mekanizmalarına göre daha iyi açıklanabilmiştir. Bunun sebebi, yaşlanma belirtilerinin 'gözle görülebilir' ve takip edilebilir olmasıdır. Genel olarak biyolojik yaşlanma belirtileri, tüm vücut sistemlerinde yıpranma ve gerileme olarak gözlenir. Yaş ilerledikçe kronik hastalıkların görülme sıklığı artmaya başlar. Örneğin, ülkemizde 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun % 90'ında bir, %35'inde iki, %23'ünde üç, %15'inde dört ve dörtten daha fazla kronik sağlık sorunu bulunmaktadır. Türkiye genelinde hastaneye yatış oranı %17.3 civarında iken, yaşlılarda bu oran kronik hastalıkların da varlığıyla

birlikte %31'e çıkmaktadır (30). Yaşlılıkta bilişsel işlevlerde genel olarak bir kayıp olmakla birlikte bu kayıp herkeste aynı düzeyde değildir. Hatta her bireyde farklı bilişsel işlevler farklı oranlarda etkilenirler. Yaşlanmayla birlikte dikkat, algılama ve problem çözme yeteneğinde azalma, bellekte kayıt ve hatırlama işlevlerinde, bilgiyi hızlı işleme, yürütücü işlevler, görsel-uzamsal beceri, öğrenme ve düşünme hızında yavaşlama görülür. Özellikle yürütücü işlevler, yapılacak işlerin öncelik sırasına göre belirlenmesi ve bunların belli bir sıra dahilinde yapılmasından sorumludurlar ve bireyin bağımsız bir şekilde hayatını devam ettirebilmesinde etkilidirler. Doğuştan itibaren var olan beyin dokusu ve sinaps yoğunluğu eğitim ve öğrenime bağlı olarak artar ve bilişsel rezerv oluşur. Bu yapıda genetik faktörler önemli bir yer tutmakla birlikte yüksek zihinsel yetenekler, gelişmiş baş etme mekanizmaları, akademik başarı ve sağlıklı yaşam gibi birçok faktör yer almaktadır. Gelişmiş bir bilişsel rezervin bilişsel işlevlerdeki kayıpta koruyucu rol aldığı düşünülmektedir (31). Buna karşın yaşlanmayla birlikte bireyin yaşam tecrübesinde, kelime dağarcığında ve entelektüel birikiminde artış gözlenir.

Yaşlanmanın Psikolojik Etkileri

Geçen yüzyılda gerçekleşen tıbbi ilerlemeler ve yaşam koşullarındaki gelişmeler sonucunda daha fazla sayıda insan ileri yaşlara ulaşmaya başladı. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar sonucunda yaşlılarda ruhsal bozukluklar, erişkin yaş gruplarıyla karşılaştırıldığında daha az sıklıkta gözlenmiştir. Yaşlılarda psikiyatrik hastalıkların erişkinlerden daha farklı klinik bulgular vermesi, başta demans ve depresyon gibi hastalıkların klinik belirtilerin yaşlılığın doğal seyrinde 'normal' olarak algılanması ve özellikle yaşlı popülasyonu da kapsayan epidemiyolojik çalışmaların yetersizliği yaşlı hastalarda tanı koymayı güçleştiren faktörlerdir. Ayrıca, psikiyatrik hastalıkların tanısında kullanılan Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders (DSM) ve International Classification of Diseases (ICD) tanı ölçütleri yetişkin hastalar dikkate alınarak hazırlanmıştır. Yaşlıların klinik belirtileri DSM ve ICD tanı ölçütleri ile uyumlayabilir ve bu ölçütlerin yaşlılarda uygulanmaya çalışılması var olandan daha düşük oranlarda psikiyatrik bozukluk tanısı konulmasına neden olabilir. Majör depresyon, anksiyete bozuklukları, madde bağımlılıkları ve psikotik bozukluklar gibi yaygın hastalıkların daha genç yaş gruplarına oranla yaşlılarda daha az olduğu izlenmiştir (32). Bir çalışmada fiziksel rahatsızlıkları olan yaşlılar arasında olumsuz duygulardan çok olumlu duyguların var olduğu gözlemlenmiş, hatta ilerlemiş yaşın ve hastalığın bu insanların bakış açılarında olumsuzluğa yol açması gerekmediği görüşü daha çok destek bulmuştur. Hayatının son dönemine geldiğini bilen ve ölümün daha çok farkında olan yaşlı bireylerin, duygusal olarak anlamlı ilişkilerini korumak için daha büyük bir motivasyonları olduğu görülmüştür. Araştırmacılar bu verileri açıklamak için yaşlılığın olumsuz duygusal durumlara ket vurma becerilerini artırdığını ve olumlu duygusal durumları koruduğunu öne süren bir emosyonel kontrol modeli önermişlerdir (33).

İlk kişilik gelişimi teorisyenlerine göre gelişme, çocukluğun ya da ergenliğin son bulmasıyla tamamlanıyordu. Kişiliğin gelişiminin hayat boyunca devam ettiğini öne süren gelişim teorisyenlerinden biri Erik Erikson'dur (29). Erikson, yaşlılığı hayatın daha önceki evrelerinde kazanılmış olan benlik özelliklerinin iyice olgunlaşıp birbiri ile bütünleştiği bir süreç olarak tanımlamıştır. Ona göre bu dönemde yaşamın acı tatlı tüm yönleri olduğu gibi kabul edilmiş, benimsenmiştir. Böylece kişinin huzura ve bilgeliğe ulaşması mümkün olur. Geçmişe yönelik pişmanlıklar, keşkeler yoktur. Yaşamın kalan kısmında ise geleceğe yönelik korku ve endişe gözlenmez. Kaçınılmaz sonuç olan ölüm, yaşamın doğal bir parçası olarak görülüp huzur içinde beklenir. Böylece kişide benlik bütünlüğü sağlanmış olur. Erikson, yaşamın bu son evresindeki krizi bütünlük ya da umutsuzluk olarak isimlendirdi. Eğer benlik bütünlüğü sağlanamamışsa, geçmişin kötü yaşandığı duygusu, hayatı tekrar yaşama özlemi görülür. Sonuçta da yaşlıda umutsuzluk ve ölüm korkusu gelişir (34). Erikson'un teorisini destekleyen bir çalışmada, yaşam evrelerinin farklı yaşlardaki bireyler olsa da, art arda bir sıra izlediğini ve bu evrelerin etnik ve sosyoekonomik farklılıklara rağmen bütün toplumlarda geçerli olduğu gösterilmiştir (31). Erikson yaşamın her evresindeki gelişimsel ödevlere ve aşamalara odaklanırken, bazı teorisyenler de bireyin kişilik özelliklerini ve bu özelliklerin yaşam sürecini nasıl belirlediğini tanımlamaya çalışmışlardır. Bireyleri çocukluğundan itibaren başlayıp tüm yaşamı boyunca izleyen uzun süreli çalışmalarda beş temel kişilik özelliğinin değişmediğini bulunmuştur. Bunlar dışa dönüklük, nevrozizm, uyumluluk, deneyime açıklık ve bilinçlilik. Bazı çalışmalara göre, bireyler en yaşlı gruplara doğru ilerlerken dışa dönüklüklerinde hafif bir azalma, uyumluluklarında hafif bir artma görülmüştü. Bu sonuçlar, kişiliğin yaşlandıkça katılaştığını savunan teorilerle ters düşmektedir (31).

Kişilik gelişimiyle ilgili önemli bir teori de Carl Gustav Jung'a aittir. Jung'a göre birey yaşamına bir bütün halinde başlar. Yaşam boyunca, kişiliği oluşturan her bir sistem diğerlerinden farklılaşmaya ve kendi içinde ayrılaşmaya uğrar. Bu gelişim sürecini bireyleşim olarak adlandırmıştır. Bireyleşme kişide doğuştan itibaren var olan bir olgudur. Dış uyaranlar olmaksızın da gelişmesi mümkün olmakla birlikte sağlıklı bir şekilde gelişebilmesi için eğitime ve sosyal yaşama ihtiyacı vardır. Eğitimle birlikte kişiliğin her bir parçasının bireyleşmesi sağlanmaya çalışılır. Örneğin; çocuğun gelişim aşamasında hayvansal içgüdülerine göre hareket etmek istemesi ebeveynleri tarafından cezalandırılır. Böylece bu istekler kişiliğin bilinçdışı kısmına bastırılmış olur. Orada varlığını ilkel ve bireyleşmemiş şekilde devam ettirir. Bazı dönemlerde bu baskı aşılır ve kişi kendinden beklenmeyen çok farklı alışılmadık eylemlerde bulunabilir (35).

Yaşlılık Dönemi Sorun Alanları

Yaşlılık döneminde emeklilik, kuşaklar arası değer çatışmaları, kronik hastalıklar, eş, akraba ve arkadaşların ölümü sonucu kişiler arası ilişkilerde değişim, yalnızlık ve umutsuzluk gibi belli başlı alanlarda sorunlar baş gösterir. Bu alanlardaki sorunlarla yaşlı bireyin nasıl baş edeceği ve

bu değişen koşullara nasıl uyum sağlayacağı konularında araştırmacılar tarafından teoriler geliştirilmiştir. Bu teorilerden en çok kabul görenlerden birisi George Vaillant tarafından ortaya atılmıştır. Vaillant erkek deneklerden oluşan bir grubu 25 yıl süreyle izlemiş ve yaşamlarındaki kriz durumlarını ve bu durumlara verdikleri tepkileri incelemiştir. Çalışmasının sonucunda hayata uyum sağlamada en çok başarılı olan bireyler mizah gibi olgun savunma yöntemini kullananlar, en az başarılı olanlar da yansıtma ve entelektüelleştirme gibi olgunlaşmamış ve nörotik savunma yöntemlerini kullananlar olmuştur. Ayrıca, yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerin daha fazla olgunlaşmış savunma düzeneklerini kullandıklarını ve sonuçta sorunlarla daha kolay başa çıktıklarını belirtmiştir. Kaliteli bir yaşam için belli bir amaç doğrultusunda yaşama, aile ve diğer bireylerle yakın ilişkiler kurma ve kendini olumlu kabul etmenin gerektiğini savunmuştur (31). Günümüz toplumlarında yaşlanma ile birlikte gelen en önemli rol kayıplarından bir tanesi de emekliliktir. Emekliliğe verilen anlam topluma ve kişiye göre değişkenlik gösterir. Ortalama yaşam süresinin artmasıyla birlikte emeklilik yaşıyla ölüm arasındaki süre önemli miktarda artmıştır. Emeklilik bir taraftan hayatın alışılmış yaşam sürekliliğini ve ritmini bozarken diğer taraftan kişinin sosyal kimliğinin ve ilişkilerinin değişikliğe uğramasına sebep olur. Emekli olan yaşlıların birçoğu ekonomik yönden üretken bireyler olma, otorite ve saygınlık gibi birçok toplumsal rollerini kaybetmektedirler. Sosyal kimliklerini yalnızca mesleği ile eşdeğer tutan, rekabetçi, yüksek derecede başarı beklentisi olan, mesleği dışında ailesi ve sosyal ilgi alanları kısıtlı olan ya da mesleki kariyerini istediği şekilde sonlandıramayan bireylerde emeklilik olumsuz bir olgu, hatta felaket olarak algılanır. Ailenin geçimini sağlayan ve çocuk yetiştiren bireyler olma gibi roller zamanla kaybedilmekte, ilerleyen dönemlerde yaşanan ebeveyn çocukları tarafından geçimi ve bakımı sağlanan birey haline gelebilmektedir. Bu role soyunan çocuklarla yaşlıların rollerinin kesişmesinden ve beklentilerin çakışmasından dolayı yeni rol dağılımıyla ilgili birçok çatışma yaşanabilir (29,36). Mesleki kariyerini başarıyla sonlandırmış, geniş ilgi alanları olan, sosyal konumu, eğitimi yüksek olan ve toplumsal bütünleşmesini sağlayan bireylerde emekliliğe bakış olumludur ve bu döneme daha kolay uyum sağlarlar. Göreceli olarak pasif bir yaşama geçilen bu dönemde yaşlı bireyin mutlu ve huzurlu bir yaşam sürebilmesi ve sosyal çevreye uyum sağlayabilmesi adına onu aktifleştirecek yeni uğraş alanları ve sosyal roller bulunmalıdır. Kişi sahip olduğu rolleri ilerleyen yaşa göre uyarlayabildiği ölçüde yaşamdan zevk alır. Yaşlı birey aile ve dostluk ilişkilerine yoğunlaşıp onlarla daha fazla zaman geçirip hayatının bu yeni dönemine adapte olabilir. Bu dönemde 'Büyükanne' ya da 'büyükbaba' olma bu anlamda özellikle ülkemizde kazanılmış önemli bir rol olarak değerlendirilebilir. Böylece yaşlılar bebeklerin ve çocukların yetiştirilmesinde aktif rol oynayabilmekte, üretken bireyler olma özelliklerini devam ettirebilmektedirler. Nesiller arasındaki iletişimin devamı ve yaşlıların çocuklarıyla birlikte yaşayabilme olasılıkları da artmaktadır. Emekliliğin kadın ve erkek cinsiyetler üzerine de farklı etkileri vardır.

Kadınların sosyal toplumda genellikle mesleki rolleriyle birlikte evde annelik ve ev kadınlığı rolü vardır. Eğer mesleğini sadece ekonomik bir kazanç kapısı ve sosyal ilişki kurmak için bir araç olarak görüyorsa ve asıl rolünün annelik ve ev kadınlığı olduğunu düşünüyorsa emekliliği olumlu karşılar. Bu dönemde kadınlar anne, baba ve çocuk gibi düşey ilişkilerine eş ve kardeş gibi yatay ilişkilerinden daha fazla önem vermeye başlarlar. Geniş ailenin içinde daha etkin rol almaya başlayabilirler (29,37). Yaşlılığı kabullenme bireyler arasında değişiklik gösterir. Yaşlılık bireyin geçmişini daha sıklıkla sorguladığı ve geleceğini de yeniden düzenlediği bir dönemdir. Kişi geçmişinde kendisine huzur veren bir hayat yaşamışsa, amaçlarına ve ideallerine ulaşabilmişse yaşlılığı daha kolay kabullenir, üretkenlik döneminde yapamadığı etkinliklere katılabilir. Leonardo da Vinci'nin de söylediği gibi 'İyi yaşanmış hayat çok uzundur, geçmek bilmez' (38). Emeklilikle birlikte kişi, birçok sorumluluğundan kurtulmuş olarak yeni ve daha özgür bir hayata başlayabilir. Seyahat etmek, gazete ve kitap okumak, farklı sosyal ve sanatsal etkinliklere katılmak, düzenli egzersiz ve yürüyüş yapmak, zamanla genişlemiş olan ailesine ve arkadaşlarına vakit ayırmak gibi yaşamını zenginleştiren aktivitelerde bulunabilir.

Yaşlılık dönemindeki en önemli sorunlardan birisi de eş kaybıdır. Demografik bulgulara göre; yaşlı kadınların %51'i ve yaşlı erkeklerin %14'ü hayatlarında en az bir kez eşlerini kaybetmektedirler (31). Bu dönemde emeklilik ve kronik hastalıklar gibi nedenlerle sosyal bir geri çekilme yaşanır ve aile ve eş ilişkileri önem kazanır. Yıllar boyunca birlikte yaşanan eşle birbirine bağlanma, kenetlenme ve iç içe geçmiş roller mevcuttur. Eşin ölümüyle birlikte diğer eşin dengesi bozulabilir. Eşin ölüm nedeni, hastalık süreci ve geçmiş hayatlarındaki olumsuz ilişkiler ölen eşe karşı ikilemli (ambivalan) duyguların beslenmesine neden olabilir. Kişi bir taraftan eşinin kaybına alışmakta zorlanırken diğer taraftan içten içe eşi tarafından terk edildiği için öfke duyulabilir.

Eş kaybı kadın ve erkekler üzerinde farklı etkilere sahiptir. Kadınlar eş kaybı sonrası tek başına veya çocuklarıyla birlikte yaşamaya daha kolay adapte olurlar. Erkekler de ise eş kaybı daha büyük bir yıkım oluşturur. Özellikle yaşlı erkeklerin eşlerinden aldıkları duygusal destek daha fazladır. Bu desteğin kaybı sonucu erkekler, yalnız veya çocuklarıyla yaşamaya kadınlar kadar kolay adapte olamazlar. Bu yüzden eş kaybı sonrası yeniden evlenme oranları erkeklerde kadınlara göre yaklaşık 5 kat fazladır. Normal şartlar altında eşini kaybeden bireyin ortalama bir yıl sonra olağan hayatına geri dönmesi beklenir. Ancak, eşyle aşırı bağımlı ilişkisi ve ikilemli duyguları olan bireylerde depresif belirtiler, anksiyete, alkol ve sigara kullanımında artış, daha sık hastalanma ve hekime başvurma ve intihar düşüncelerinde artış gözlenebilir (9,39).

Eş kaybı, emeklilik, ekonomik kayıplar, ailevi ve toplumsal çevrenin sınırlı olması, kişisel ilişkilerin ve ilgi alanlarının kısıtlı olması gibi birçok sebep yaşlı bireyin yalnız kalmasına neden olabilir. Modern yaşamın bir sonucu olarak gelişen yalnızlık, bireyin mevcut sosyal ilişkileri ile olmasını istediği, beklediği sosyal ilişkiler arasındaki farklılığı algılaması sonucu oluşan bir kavram olarak

tanımlanabilir. Hayatta ulaşacak belirli hedefleri, geleceğe yönelik planları olmayan ve yaşamlarından hoşnut olmayan yaşlılar yalnızlıktan daha çok şikâyet ederler. Yeni toplumsal roller ve ilgi alanları oluşturulduğunda bu yakınmalar ortadan kalkar. Ancak, bu ilgi alanlarındaki aktiviteler belirli bir ritim içerisinde gerçekleştirilemezse can sıkıntısı ve yalnızlık tekrar ortaya çıkabilir.

Yalnızlıkla bağımlı olma arasında bir ilişki söz konusudur. Yaşamı boyunca başkalarına bağımlı ve edilgen olarak yaşamış bireyler yaşlanıp sosyal ilişkileri ve bilişsel fonksiyonları azalınca yalnızlık hissi artmaya başlar. Bu bireyler mutlu olma adına sürekli aileleri ve arkadaşlarıyla vakit geçirmek, onlar tarafından korunmak isterler. Bu bağımlılığın azaltılabilmesi için bilişsel fonksiyonlarının mümkün olan en iyi oranda korunması gerekir.

Yaşlılık dönemindeki sorunlardan birisi de umutsuzluktur. Umutsuzluk bir amaca ulaşmaya çalışırken olumsuz beklentiler ve çözümsüzlük duyguları şeklinde tanımlanabilir. Umutsuzluk Beck'in bilişsel kuramının temelini oluşturur. Bu kurama göre umutsuzluk; kişilerin problemlerini hiçbir şekilde çözemeyeceklerini, başarısızlığa karşı tahammüllerinin olmadığı, gerçek bir sebebi olmamasına rağmen olaylara olumsuz anlam yüklemeleri ve hedeflerine ulaşmak için herhangi bir girişimde bulunmamalarına rağmen bundan olumsuz sonuç beklemeleridir. Umutsuzlukla birlikte çaresizlik, değersizlik, kararsızlık, harekete geçememe, suçluluk duyguları ve intihar düşüncesi gibi duygular da görülebilir (40). Beck'e göre kişinin umutsuzluğunu gerçeği yansıtmayan düşünceler ve bilişsel çarpıtmalar artırmaktadır.

Erikson'un kişilik gelişimi teorisine göre ise yaşlılar ölüme yaklaştıkça hayatlarını tekrar gözden geçirirler. Geçmiş günlerin iyi yaşanmadığı duygusu, yapılan davranışlardan pişmanlık hissi ve hayatı yeni baştan yaşama isteği gelişirse yaşlıda benlik bütünlüğü kavramı gelişmez. Sonuçta ölüm korkusu ve umutsuzluk duyguları gelişir. Yapılan araştırmalar sonucunda bireylerin yaşı ilerledikçe umutsuzluklarının arttığı gözlenmiştir. Ayrıca, toplumdaki sosyal statü ve rolleri, ekonomik koşulları, eş, aile ve akraba desteği daha yüksek olan bireylerin daha az umutsuz oldukları gözlenmiştir. Kronik hastalıkları olan, yeti yitimine uğrayan, sosyal güvencesi olmayan, yalnızlık hisseden, dul ya da hiç evlenmemiş olan bireylerinse daha fazla umutsuzluğa kapıldıkları gözlenmiştir (41,42). Eğitim düzeyi daha yüksek olan bireyler, düşük ya da hiç eğitim alamamış bireylerle karşılaştırıldıklarında, yaşlılık döneminde karşılaştıkları sorunlarla daha iyi mücadele ettikleri ve değişen durumlara daha kolay uyum sağlayabildikleri için daha az umutsuzluk duygusuna kapıldıkları görülmüştür (43).

Yaşlılık Dönemi Ruhsal Bozuklukları

İnsan hayatının uzaması ile birlikte hem fiziksel hastalıkların hem de bazı psikiyatrik bozuklukların görülme oranı artmaktadır. Yaşlı hastalarda psikiyatrik hastalıklar sık görülmekle birlikte erişkinlere kıyasla daha düşük oranlarda izlenmektedirler. Bu durumun birçok nedeni vardır. Yaşlıların yaşam kalitesindeki ve işlevselliğindeki azalmaya bağlı olarak bir ruhsal bozukluğun tanı ölçütlerini

tam olarak karşılamayabilir. Yaşlılar ruhsal belirtilerini özellikle inkar edebilir veya daha az oranda hekime ifade edebilirler. Ayrıca, bu bireylerin sahip oldukları kronik hastalıklar ve kullandıkları ilaçlar ruhsal belirtileri maskeleyebilir. Yaşlı hasta grubuyla çalışan hekimlerin erişkin hastalarla karşılaştırıldığında psikiyatrik muayene esnasında daha aktif rol almaları, aileden hasta hakkında daha çok bilgi edinmeleri ve var olan diğer kronik hastalıklarla birlikte hastanın bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi gerekir (44,45). Mevcut tanı yöntemleri kullanılarak yapılan değerlendirmelere göre yaşlılarda majör depresif bozukluk tanılı hastalara daha az oranda rastlanılmaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalarda yaşlılarda majör depresyon oranı %1-4 arasında değişmektedir (46,47). Ciddi tıbbi sorunları olan, bellek, yönetsel işlevler ve bilgi işleme gibi bilişsel işlevlerinde bozulma olan hastalarda tanı koymada zorluk yaşanır. Buna karşın distimik bozukluk, kronik minör depresyon ve eşik altı depresyon, yetişkinlerle karşılaştırıldığında yaşlı hastalarda daha yüksek oranda görülmekte olup bu oran %35'lere kadar çıkabilmektedir (48). Depresyon için risk etmenleri arasında kadın cinsiyet, travmatik yaşam olayları, kronik hastalıklarının varlığı, yetersiz aile ve sosyal destek, uyku bozukluğu, alkol madde kötüye kullanımı, geç başlangıçlı depresyon, tek başına ve bakım evlerinde yaşamak yer almaktadır (46,47,49,50). Tedavi edilmeyen kronik depresyonunu olan yaşlıların depresyonu olmayanlara oranla yaklaşık olarak iki kat daha fazla kansere yakalandıkları (51), majör ya da minör depresyonu olan yaşlı bireylerin kardiyak nedenlere bağlı ölüm sıklığının sağlıklı bireylere göre yaklaşık 1.5-2.5 kat artış gösterdiği tespit edilmiştir (52). Yaşlılarda depresyonun ayırıcı tanısında dikkate alınması gerekli hastalıklardan birisi de demanstır. Demans yaşlılarda en sık görülen nöropsikiyatrik bozukluklardan birisidir. Alzheimer hastalığı ise, nörodejeneratif hastalıklar arasında en sık görülen hastalıktır ve demansların %50-75'ini oluşturur (44). Tüm dünyadaki yıllık insidansı yaklaşık 4.6 milyondur. Ülkemizde ise yaklaşık olarak 400 bine yakın Alzheimer hastası olduğu tahmin edilmektedir (53). Yaşın ilerlemesi hastalığın en önemli risk faktörüdür. Hastalığın genç yaşlılarda görülme oranı yaklaşık %1, orta yaşlılarda görülme oranı %10 iken ileri yaşlılık döneminde ise bu oran %50'lere kadar çıkabilmektedir (53). Alzheimer hastalığının yaşlanmaya bağlı olarak gelişen kognitif azalmadan, hafif kognitif bozulmadan ve diğer demanslardan ayırımının yapılması gereklidir. Çünkü normal yaşlanmada da kişinin yaşadığı zamanı, yeri ve belli başlı olayları içeren epizodik bellek performansında azalma görülür. Hafif bilişsel bozulma Alzheimer hastalığının prelinik dönemi olarak kabul edilebilir. Demansa ilerleme oranı genel nüfusa göre yaklaşık 10 kat daha fazladır (54). Çoğu yaşlıda öznel bellek yakınmaları görülmekle birlikte bazı hastalarda birçok beyin alanında hafif şekilde bozulmalar mevcuttur. Bu hastalar günlük yaşam aktivitelerini normal şekilde devam ettirirler ve klinik açıdan demans belirtileri gözlenmez. Ancak, depresyonun veya anksiyete bozukluklarının birlikte görüldüğü hastalarda klinik seyrin daha kötü olduğu belirtilmiştir (55). Anksiyete bozuklukları yaşlılarda erişkinlere göre daha az

sıklıkta görülmesine rağmen, yaygınlığı sık olan psikiyatrik hastalıklar arasında yer alır. Yaşlıların yaşam kalitelerini azaltmasına, yeti yitimini arttırmasına ve sağlık kurumlarına başvuru sayısını arttırmasına rağmen, hekimler tarafından yeterince tanınmayan alanlardan birisidir (56). Yaşlılar üzerinde yapılan çalışmalarda toplumda yaygınlığı %1.2-15 arasında, hastaneye başvuranlar arasında ise %1-28 arasında değişmektedir (57-59). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise toplumda anksiyete bozuklukları %17.1 oranında görüldüğü bildirilmiştir (60). Ayrıca, tanı ölçütlerini tam olarak karşılamayan eşik altı anksiyete bozuklukları da sıktır. Eş zamanlı olarak depresyonun da eşlik etmesiyle 'karışık anksiyete-depresyon' olarak isimlendirilen bir durum oluşur ve tedavi edilmezse klinik seyri kötüdür (61).

Yaşın ilerlemesiyle birlikte anksiyete bozukluklarında azalma olduğu gözlenmiştir. Amerika'da yapılan bir araştırmada bir yıllık yaygınlık oranı genç yaşlılarda %8 iken, 75 yaş ve üstü grupta ise %5.6 olarak tespit edilmiştir (62). Yaşlılıkta görülen anksiyete bozukluklarını çoğunlukla çocukluk ve genç erişkinlik dönemleri arasında başlayan ve yaşam boyu devam eden hastalıklar oluşturur. Agorafobi haricindeki anksiyete bozukluklarının yaşlılık döneminde ilk kez görülmesi az rastlanılan bir durumdur ve bir çalışmada %1'den daha az oranda görüldüğü bildirilmiştir (63). Böyle bir durumla karşılaşıldığında depresyon, demans gibi ruhsal hastalıklar, kronik seyirli hastalıklar, ilaç ve madde kullanımları araştırılmalıdır.

Yapılan çalışmalarda anksiyete bozukluklarını oluşturan hastalıkların yaşlılarda görülme oranları arasında farklılıklar gözlenmiştir. Buna göre en sık görülen anksiyete bozuklukları özgül fobiler ve yaygın anksiyete bozukluğu, en az görülenlerse panik bozukluk ile obsesif kompulsif bozukluktur (64). Bu dönemde oluşan yeti yitimi sonucunda agorafobi gelişebilir ve bireyde sosyal geri çekilme ile sonuçlanabilir. Yaşlılarda erişkinlere kıyasla sıklıkla yükseklik ve uçma fobileri görülürken, gençlerde enjeksiyon ve örümcek fobileri daha sıktır. Hayvan fobisi ise yaşlanmayla birlikte azalmaktadır. Yaygın anksiyete bozukluğu açısından bakıldığında ise, yaşlılarda gençlere göre daha fazla sağlıkla ilgili korku ve endişe görülmüştür. Erişkinlerde olduğu gibi yaşlılarda da sıklıkla görülen hastalık gruplarından birisi de psikotik bozukluklardır. Yaşlılık döneminde görülen şizofreni sıklığı toplum çalışmalarında %0.1 ile %0.5 arasında iken bakım evlerinde bu oran %10'a ulaşmaktadır. Şüpheli ve paranoid davranışlar dikkate alındığında ise bu oran %17'ye çıkmaktadır. Yaşlılarda en çok görülen sanrılar kötülük görme ve somatik sanrılardır. Kadınlarda görülme oranı erkeklerden 2-10 kat daha fazla ve daha geç başlangıçlıdır (65). Yaşlılıkta görülen psikotik bozukluklar daha önceden var olan bir hastalığın devamı ya da tekrarlama şeklinde olabileceği gibi ilk kez de ortaya çıkmış olabilir. İlk kez hastalık belirtilerinin görülmesi durumunda öncelikle organik etkenler araştırılmalıdır. Ayırıcı tanıda demans, inme, beyin tümörü ve Parkinson gibi santral sinir sistemini etkileyen hastalıklarla birlikte diğer organik hastalıklar, ilaçlar, deliryum, depresyon ve bipolar bozukluk gibi psikiyatrik hastalıklar düşünülmelidir (66). Özellikle, yoğun bakım ünitelerinde, cerrahi ve acil servislerde

psikotik belirtilerin gözlemlendiği yaşlı hastalar aksi ispatlanana dek deliryum olarak kabul edilmelidirler.

Geropsikiyatri ünitesinde yapılan bir çalışmada bu kuruma başvuran hastaların %10'unda geç başlangıçlı psikotik belirtiler tespit edilmiş ve bu belirtilerin %40'ı demansa ikincil olarak gelişmiştir. Alzheimer tipi demans tanılı hastaların birinci yılda ilk kez görülen psikotik belirti prevalansı %20 iken bu oran 3. yılda %50'ye çıkmaktadır (67). Alzheimer hastalığı birlikte seyreden psikozlarda daha fazla bilişsel yıkım, tedaviye direnç ve ilaç yan etkisi görülür. Psikotik bozuklukların önemli bir kısmını oluşturan şizofreni başlangıç yaşına göre bir grup araştırmacı tarafından 3'e ayrılmıştır. Bu ayrıma göre 40 yaş öncesi ortaya çıkan hastalığa erken başlangıçlı şizofreni (EBS), 40 yaşından sonra ilk kez görülen hastalığa geç başlangıçlı şizofreni (GBŞ) ve 60 yaşından sonra başlayan hastalığa da çok geç başlangıçlı şizofreni benzeri psikoz (ÇGBŞBP) olarak isimlendirilmiştir (68). Bu grupların birbirine benzer yönleri olmakla birlikte farklılıkları da bulunmaktadır. EBS, sanrı ve varsanı gibi psikotik belirtilerin görülmesi, negatif ve depresif belirtilerin şiddeti, ailede şizofreni öyküsü olması, kristalize hafıza ve çalışan bellek fonksiyonlarındaki kayıplar ve hastalığın kronik seyretmesi açısından GBŞ'ye benzer. GBŞ'de pozitif belirtiler ve genel hastalık seyri EBS'ye göre daha hafiftir. Ayrıca, görme, dokunma ve koku ile ilgili varsanılar ve suçlayıcı tipte işitsel varsanılar daha siktir (69). ÇGBŞBP hastaları, eğitim düzeyi, kadın cinsiyet ve evlilik oranlarının yüksek olması, serebral ventriküllerin daha fazla genişlemiş olması, belirgin serebra latrofi, daha iyi premorbid öykü, artmış bilişsel yetersizlik ve daha iyi antipsikotik ilaç ile tedavi oranları ile EBS hastalarından ayrılırlar. Ayrıca, bazı araştırmacılar tarafından EBS ve GBŞ nörogelişimsel hastalıklar olarak değerlendirilirken ÇGBŞBP nörodejeneratif hastalık olarak değerlendirilmektedir (70).

Önümüzdeki 20 yıllık dönem sonrasında dünyada şizofrenili yaşlı hasta sayısının iki kat artış göstererek 500 binle 1 milyon arasında bir sayıya ulaşması beklenmektedir (68). Diğer psikiyatrik hastalık gruplarıyla karşılaştırıldıklarında bu gruptaki bireylerin yıllık sağlık giderleri ve bakım yükleri açısından en yüksek grup oldukları görülmüştür. Buna rağmen bu alandaki çalışmalar genel şizofreni alanındaki çalışmaların çok az bir oranını oluşturmaktadır.

Yaşın ilerlemesiyle birlikte mani prevalansının azaldığı görülmüştür (65). Bu alandaki yapılan çalışmalar sonucunda yaşlılarda akut mani sıklığının erişkinlerin oluşturduğu genel toplumdan düşük olduğu gözlenmiş olup yaklaşık %1 olarak tespit edilmiştir (71). Bakım evlerinde kalanlarda ise bu oran %10 kadardır (72). Geç başlangıçlı maniler düşük oranda birincil olarak görülürken, sıklıkla başka bir nedene ikincil olarak görülürler. Bu nedenle yaşlı hastada mani ile karşılaşıldığında kafa travması, santral sinir sistemi enfeksiyonları ve tümörleri, inme, epilepsi, multipl skleroz, Alzheimer ve vasküler demans gibi nörolojik hastalıklarla hipertiroidizm, B12 vitamin eksikliği, levadopa, kortikosteroidler, bronkodilatörler ve dekonjestanlar gibi ilaçların kullanımı araştırılmalıdır. Klinik açıdan incelendiğinde ise yaşlı hastalarda

duygudurum bozukluğu, sıklıkla manik ve depresif belirtiler birlikte görülür. Tipik olarak öfori, yükselmiş ve taşkın duygudurum daha az görülürken bilinç bulanıklığı, perseküsyon sanrıları, disfori ve dikkat dağınıklığı daha sık görülür. Geç başlangıçlı manide premorbid psikososyal işlevsellik daha yüksekken erken başlangıçlı hastalarda aile öyküsü daha siktir (71,72).

Yaşlılık döneminde sıkça rastlanılan sorunlardan birisi de uyku bozukluklarıdır. Bu dönemde yaşlanmaya bağlı olarak gelişen fizyolojik uyku değişiklikleri, bozulmuş uyku hijyeni, özgül uyku bozuklukları, uykuya ilişkili solunum bozuklukları, bazı kronik hastalıklar ve ilaç kullanımları uyku bozukluklarına neden olabilir. Yaşlıların yaklaşık %40'ından fazlasının uyku ile ilgili sorunlar yaşadığı, %12-25'inin ise sürekli uykusuzluk çektikleri bildirilmiştir (73). Yaşlı bireyler gençlere oranla yatakta daha uzun süre geçirmelerine karşın daha az uyumaktadırlar. Özellikle yavaş dalga uykusu olarak adlandırılan non-REM uykusunun 3. ve 4. evreleri 60'lı yaşlara gelindiğinde neredeyse kaybolur. Yavaş dalga uykusu erkeklerde kadınlara göre daha erken yaşta kaybolur. Buna karşın yüzeysel uyku olarak adlandırılan non-REM uykusunun 1. ve 2. evrelerinde artış gözlenir (74). Bu durum çevresel uyaranların da etkisiyle uykudan daha kolay uyanmalarına ve uykunun bölünmesine neden olur. Gece boyunca geçirilen kalitesiz bir uyku döneminden sonra gün içinde daha fazla yorgunluk, uyuklama ve kısa süreli uyku dönemleri gözlenebilir. Ayrıca, yaşın ilerlemesiyle birlikte gece daha erken uyuma ve sabah daha erken uyanma eğilimi görülür. Uyumaya yakın dönemde beslenme, egzersiz, alkol, çay, kahve gibi uyarıcı maddelerin aşırı kullanımı ile ses ve ışık gibi uygunsuz yatak odası ortamları kötü uyku hijyenine neden olabilir. Uyku apnesi ve horlama yaşın ilerlemesiyle birlikte artan özgül uyku bozukluklarındandır. Uyku apnesi bireylerde gün içinde sürekli uyku haline sebep olmakta, geceleri uyurken tekrarlayan nefes kesilmesine bağlı olarak sürekli uyanmaya sebep olmaktadır. Yaşın ilerlemesiyle birlikte sıklıkla erkeklerde ve horlama ile birlikte artmaktadır. Ayrıca, sedatif ilaçlar ve alkol kullanımı ile birlikte uyku apnesinin şiddeti artabilmektedir (75).

Uyku bozukluğuna neden olan bir diğer grup da genel tıbbi duruma bağlı gelişen bozukluklardır. İyi tedavi edilememiş konjestif kalp yetmezlikleri uyku esnasında ortopne ve sık uyanmalara sebep olabilir. Aynı şekilde nokturnal diürez, çeşitli ağrı belirtileri ve gastroözofajiyal reflüye bağlı hava yolu irritasyonları uykunun sürdürülmesini zorlaştırabilir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlar uyku apnesi ve REM dönemiyle ilişkili solunum güçlükleriyle karşılaşabilirler. Parkinson hastalığındaki uyku bozukluğu genellikle noktüri, ağrı ve uykuda dönme zorlukları şeklinde görülebilir. Alzheimer hastalığı olan olgularda ise, geceleri hareket etme ve deliryum belirtileri gözlenebilir. Hastalarda uyku esnasında uyanıklık sıklığının ve süresinin arttığı, yavaş dalgalı uykunun ve hastalığın ilerleyen dönemlerinde REM uykusunun azaldığı bildirilmiştir (76).

Psikiyatrik hastalıkların pek çoğunda uyku bozuklukları, sıklıkla da uykusuzluk bir belirti olarak görülebilir. Depresif, hipomanik ve manik dönemler ilk başlangıç

belirtisi olarak ortaya çıkabilir. Özellikle yaşlılarda distimi, minör depresyon ve siklotimi de sık görülen bir belirtidir. Depresyon hastalarının yaklaşık %70'i uykusuzluktan ve dinlendirici olmayan uykudan yakınırırlar. Ayrıca, uykusuzluk unipolar depresif hastaların seyrinde hastalığın nüksetmesi ve tekrar kötüleşmesinin ilk işareti olarak kabul edilebilir. Anksiyete bozukluğu olan pek çok hastada da uykusuzluk görülebilir. Özellikle travma sonrası stres bozukluğu hastaları uyumaktan kaçınabilirler veya kabus görebilirler. Şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olan hastalarda uyku bozukluğu yaygın bir şekilde görülür ve akut bir alevlenme yaşandığında sıklıkla ciddiyetinde artış gözlenir (77).

Sonuç olarak; günümüzde ortalama yaşın artmasına paralel olarak yaşlı nüfus giderek çoğalmakta, yaşlanma ile birlikte fiziksel değişiklikler ve tıbbi, psikiyatrik sorunlar da artmaktadır. Başka bir deyişle; yaşlılık çağında psikiyatrik ve bedensel hastalıkların sıklıkla birlikteliği, bu dönemin taşıdığı sosyal zorluklar, yaşlının fiziksel kapasite kayıpları birçok sorun alanında olduğu gibi, yaşlıda ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların tanı ve tedavi sürecinde de multidisipliner yaklaşımı gerekli kılmaktadır. Bu nedenle yaşlı bireylerde psikiyatrik sorunlar konusunda tüm sağlık profesyonellerinin duyarlı olması yaşlı nüfustaki psikiyatrik morbiditenin önlenmesinde önemlidir.

KAYNAKLAR

- Saddock BJ, Saddock VA. Klinik Psikiyatri. Aydın H, Bozkurt A, çeviri editörleri. Klinik Psikiyatri. 8. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2007. s. 3595-602.
- Blazer DG, Hybels CF, Hays JC. Demography and Epidemiology of Psychiatric Disorders in Late Life. In: Blazer DG, Steffens DC, Busse EW, editors. Textbook of Geriatric Psychiatry. 3th ed. Washington DC: The American Psychiatric Publishing; 2004. p. 27-9.
- Edelstein B, Kalish KD, Drozdick LW. Assessment of Depression and Bereavement in Older Adults. In: Lichtenberg PA, editor. Handbook of Assessment in Clinical Gerontology. New York: Wiley; 1999. p.11.
- Apfeldorf WJ, Alexopoulos GS. Late-Life Mood Disorders. In: Hazzard WR, Blass JP, Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, editors. Principles of Geriatric Medicine & Gerontology. 5th ed. USA: Mc Graw Hill; 2003. p. 1451-2.
- Turaman C. Yaşlı sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta planlanması. Türk Geriatri Dergisi. 2001; 4(1): 22-7.
- Arıoğlu S. Geriatri ve Gerontoloji. Ankara: MN Medikal & Nobel; 2006.
- Kutsal YG. Temel Geriatri. İstanbul: Güneş Tıp Kitapevleri; 2007.
- Bozcuk N, Demirsoy A. Yaşlanmanın Biyolojisi. Kutsal YG, Çakmakçı M, Ünal S, editörler. Geriatri. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1997. s. 23-7.
- Erdil F, Çelik SŞ, Baybuğa MS. Yaşlılık ve Hemşirelik Hizmetleri, Yaşlılık Gerçeği. Ankara: Gebam; 2004.
- Oğuz MT. Yaşlılarda görülen biyolojik ve sosyal değişimler [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Antropoloji Anabilim Dalı Fizik Antropoloji Bilim Dalı; 2007.
- Güler Ç. Toplum Sağlığı Sorunu Olarak Yaşlılık. Kutsal YG, Çakmakçı M, Ünal S, editörler. Geriatri. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1997. s. 50-60.
- Baştürk B, Boyacıoğlu S. İmmün yaşlanma. Türk Geriatri Dergisi. 2004; 7(3): 159-61.
- Pawelec G. Immunosenescence and vaccination. Immunity & Ageing. 2005; 24(2): 2-16.
- Karabulut H, Gülay MŞ. Serbest radikaller. MAKÜ Sağ Bil Enst Derg. 2016; 4(1): 50-9.
- Shinde A, Ganu J, Naik P. Effect of free radicals & antioxidants on oxidative stress: a review. J Dental Allied Sciences. 2012; 1(2): 63-6.
- Sohal RS, Mockett RJ, Orr WC. Mechanisms of aging: an appraisal of the oxidative stress hypothesis. Free Radic Biol Med. 2002; 33(5): 575-86.
- Öksüzokyar MM, Eryiğit SÇ, Öğüt DK, Erdoğan MB, Sökmen ÜN, Öğüt S. Biyolojik yaşlanma nedenleri ve etkileri. MAKÜ Sağ Bil Enst Derg. 2016; 4(1): 34-41.
- Müftüoğlu M. DNA tamiri ve erken yaşlanma sendromları. Turk J Biochem. 2003; 28(1): 20-4.
- Arı N, Işık AC, Karasu Ç. Yaşlanma ve ileri glikozillenme son ürünleri. Türkiye Klinikleri J Cosm Dermatol-Special Topics. 2008; 1(2): 9-15.
- Şekeroğlu ZA. Oksidatif mitokondrial hasar ve yaşlanmadaki önemi. Türk Bilimsel Derlemeler Dergisi. 2009; 2(2):69-74.
- Jazwinski SM. Aging and longevity genes. Acta Biochimica Polonica. 2000; 47(3): 269-79.
- Bhaskar SM, Janine HS, Bennett VH. Mitochondrial DNA repair and aging. Mutat Res. 2002; 509(3): 127-51.
- Burçak G, Andican G. Oksidatif DNA hasarı ve yaşlanma. Cerrahpaşa Tıp Dergisi. 2004; 35(1): 159-69.
- Gülbahar Ö. Protein oksidasyonunun mekanizması, önemi ve yaşlılıkla ilişkisi. Turk J Geriatr. 2007;10(4): 43-8.
- Kerem M, Meriç A, Kırdı N, Cavlak U. Ev ortamında ve huzurevinde yaşayan yaşlıların değişik yönlere değerlendirilmesi. Geriatri. 2001; 4(21): 106-12.
- Kılıç Z. Yalnız ya da aile bireyleri ile yaşamlarını sürdüren 65 yaş ve üstü bireylerin günlük yaşamlarında karşılaştıkları sorunlar ve çözüm önerileri [Bilim Uzmanlığı Tezi] Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2000.
- Akın B, Emiroğlu ON. Evde yaşayan yaşlılarda mobilitede yeti yitimi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi.2003; 6(2): 59-67.
- Yiğitbaş Ç, Deveci ES. Halk sağlığı açısından yaşlılarda yeti yitimi. Bakırköy Tıp Dergisi. 2016; 12(4): 57-63.
- Karay A. Normal yaşlılığın ruhsal zorlukları. Güncel Psikiyatri. 2012; 2(1): 281-93.
- Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları; 2003.
- Saddock BJ, Saddock VA. Kaplan & Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th edition. Publisher: Wolters Kluwer; 2009. p. 3981-3.
- Wieland D, Ferrucci L. Multidimensional geriatric assessment: Back to the future. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2008; 63(7): 272-4.

33. Barlow MA, Liu SY, Wrosch C. Chronic illness and loneliness in older adulthood: The role of self-protective control strategies. *Health Psychol.* 2015; 34(8): 870-9.
34. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001.
35. Loza J. Carl Gustav Jung, the myth of a man. *Vertex.* 2012; 23(103): 212-7.
36. Jacoby R, Oppenheimer C. *Psychiatry in the Elderly.* 3th ed. Oxford: Oxford University Press; 2002.
37. Er D. Psikososyal açıdan yaşlılık. *Fırat Sağlık Hizmetleri Derg.* 2009; 4(11): 131-44.
38. Güvenç B. İnsanbilim açısından yaş ve yaşlılık. 8. Ulusal Geropsikiyatri Sempozyumu; 13-16 Ekim 2011; İstanbul. 2011. s. 9-13.
39. Tecer Ö. Geropsikiyatri polikliniği takibinde olan 60 yaş ve üzerindeki kişilerde birinci derecede akraba kayıpları ve psikiyatrik morbidite [Uzmanlık tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı; 2007.
40. Bozkurt N. Depresyonda bilişsel-davranışçı yaklaşımlar: Beck'in Bilişsel Modeli. *Ege Eğitim Dergisi.* 2003; 3(2): 59-64.
41. Özben Ş. Yaşlılarda umutsuzluk. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi.* 2008; 23(7): 136-51.
42. Bailey TC, Sneyder CR. Satisfaction with life hope: a look at age and marital status. *The Psychological Record.* 2007; 57(2): 233-40.
43. Aydın İ, İşleyen S. Huzurevinde kalan yaşlıların geleceğe yönelik beklentilerinin umutsuzluk düzeylerine etkisi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2004; 7(3): 19-25.
44. Amuk T, Oğuzhanoğlu NK, Oğuzhanoğlu A. Huzurevindeki yaşlılarda demans yaygınlığı, ilişkili risk etkenleri ve eşlik eden psikiyatrik tanılar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2009; 10(4): 301-9.
45. Anderson NH, Woodburn K. Old-Age Psychiatry. In: EC Johnstone, DC Owens, SM Lawrie, AM McIntosh, M Sharpe, editors. *Companion to Psychiatric Studies.* 8th ed. Edinburg: Elsevier; 2010. p. 635-92.
46. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 2006; 113(5): 372-87.
47. Helmer C, Montagnier D, Pérès K. Descriptive epidemiology and risk factors of depression in the elderly. *Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2004; 2(1): 7-12.
48. Polyakova M, Sonnabend N, Sander C, Mergl R, Schroeter ML, Schroeder J. Prevalence of minor depression in elderly persons with and without mild cognitive impairment: a systematic review. *J Affect Disord.* 2014; 152(54): 28-38.
49. Forlani C, Morri M, Ferrari B, Dalmonte E, Menchetti M, De Ronchi D. Prevalence and gender differences in late-life depression: a population-based study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2014; 22(4): 370-80.
50. Nakulan A, Sumesh TP, Kumar S, Rejani PP, Shaji KS. Prevalence and risk factors for depression among community resident older people in Kerala. *Indian J Psychiatry.* 2015; 57(3): 262-6.
51. Penninx BW, Guralnik JM, Pahor M, Ferrucci L, Cerhan JR, Wallace RB, et al. Chronically depressed mood and cancer risk in older persons. *J Natl Cancer Inst.* 1998; 90(1): 1888-93.
52. Penninx BW, Beekman AT, Honig A, Deeg DJ, Schoevers RA, Van Eijk JT, et al. Depression and cardiac mortality: results from a community-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry.* 2001; 58(4): 221-7.
53. Yilmaz A, Turan E, Gundogar D. Predictors of burnout in the family caregivers of Alzheimer's disease: evidence from Turkey. *Australas J Ageing.* 2009; 28(1): 16-21.
54. Ardekani BA, Bermudez E, Mubeen AM, Bachman AH. Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. Prediction of incipient Alzheimer's Disease Dementia in patients with mild cognitive impairment. *J Alzheimers Dis.* 2016; 20(2): 234-43.
55. Mirza SS, Ikram MA, Bos D, Mihaescu R, Hofman A, Tiemeier H. Mild cognitive impairment and risk of depression and anxiety: A population-based study. *Alzheimers Dement.* 2016; 9(3): 1552-60.
56. Cankurtaran EŞ. Yaşlılarda anksiyete bozuklukları: ayırıcı tanı ve tedavi. *Psikiyatride Güncel.* 2012; 2(7): 313-26.
57. Schuurmans J, van Balkom A. Late-life anxiety disorders: a review. *Curr Psychiatry Rep.* 2011; 13(4): 267-73.
58. Bryant C, Jackson H, Ames D. The prevalence of anxiety in older adults: methodological issues and a review of the literature. *J Affect Disord.* 2008; 109(2): 233-50.
59. Byers AL, Yaffe K, Covinsky KE, Friedman MB, Bruce ML. High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2010; 67(8): 489-96.
60. Kirmizioglu Y, Dogan O, Kugu N, Akyuz G. Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009; 24(3): 1026-33.
61. Cassidy EL, Lauderdale S, Sheikh JI. Mixed anxiety and depression in older adults: clinical characteristics and management. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2005; 18(2): 83-8.
62. Gum AM, King-Kallimanis B, Kohn R. Prevalence of mood, anxiety, and substance-abuse disorders for older Americans in the national comorbidity survey replication. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2009; 17(9): 769-81.
63. Kesler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Life time prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arc Gen Psychiatry.* 2005; 62(6): 595-606.
64. Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze EJ, Stanley MA, Craske MG. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depress Anxiety.* 2010; 27(2):190-211.
65. Kulaksızoğlu IB. Yaşlılık psikiyatrisi. *Güncel Klinik Psikiyatri.* 2008; 2(1): 527-40.
66. Girard C, Simard M. Elderly patients with very late-onset schizophrenia-like psychosis and early-onset

- schizophrenia: Cross-sectional and retrospective clinical findings. *O J Psych.* 2012; 2(4): 305-16.
67. Howard R, Rabins PV, Seman MV, Jeste DV. The international late-onset schizophrenia group late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. *Am J Psychiatry.* 2000; 157(4): 172-8.
68. Iglewicz A, Meeks TW, Jeste DV. New wine in old bottle: late life psychosis. *Psychiatr Clin North Am.* 2011; 34(2): 295-318.
69. Özmen HA, İnanç L, Altıntaş M, Çıtak S. Çok geç başlangıçlı şizofreni benzeri psikoz olgusu. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.* 2012; 22(2): 190-3.
70. Lagodka A, Robert P. Is late-onset schizophrenia related to neurodegenerative processes? A review of literature. *Encephale.* 2009; 35(4): 386-93.
71. Valiengo Lda C, Stella F, Forlenza OV. Mood disorders in the elderly: prevalence, functional impact, and management challenges. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016; 24(12): 2105-14.
72. Sajatovic M, Strejilevich SA, Gildengers AG. A report on older-age bipolar disorder from the International Society for Bipolar Disorders Task Force. *Bipolar Disord.* 2015; 17(7): 689-704.
73. Mahlberg R. Sleep Disturbances in the elderly. *Dtsch Med Wochenschr.* 2016; 141(16): 1138-40.
74. Şahin L, Aşçıoğlu M. Uyku ve uykunun düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2013; 22(1): 93-8.
75. Göktaş K, Özkan İ. Yaşlılarda uyku bozuklukları. *Turkish Journal of Geriatrics.* 2006; 9(4): 226-33.
76. Busche MA, Kekuš M, Förstl H. Connections between sleep and Alzheimer's disease: Insomnia, amnesia and amyloid. . Prevalence of mood, anxiety, and substance-abuse disorders for older Americans in the national comorbidity survey replication. *Nervenarzt.* 2016; 13(1): 37-44.
77. Ulke C, Sander C, Jawinski P, Mauche N, Huang J, Spada J, et al. Sleep disturbances and upregulation of brain arousal during daytime in depressed versus non-depressed elderly subjects. *World J Biol Psychiatry.* 2016; 23(5): 1-8.

Hipoparatiroidiye Bağlı Gelişen Hipokalsemi İle İlişkili Bir Rabdomiyoliz Olgusu

Attila ÖNMEZ¹

Öz

Rabdomiyoliz, çizgili iskelet kasının nekrozu ile dolaşıma kas içi bileşenlerin geçtiği bir sendromdur. 75 yaşında kadın hasta acil servisimize halsizlik, konuşma bozukluğu, bilinç bulanıklığı ve kas güçsüzlüğü şikâyetleri ile başvurdu. Chvostek ve Trousseau bulguları pozitif. Tetkiklerinde; kreatinin: 1,6mg/dL, ürik asit, potasyum: 4,9 mEq/L, kalsiyum: 4,2 mg/dL, fosfor: 6,9 mg/dL, parathormon: 3,1 IU/L, kreatinin kinaz: 2596 IU/L aspartat aminotransferaz: 54 IU/L, alanin aminotransferaz: 35 IU/L, olduğu görüldü. Bu yazıda, hipoparatiroidiye bağlı gelişen hipokalsemi ile ilişkili rabdomiyoliz olgusu sunumu amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Rabdomiyoliz; hipokalsemi; hipoparatiroidi.

Rhabdomyolysis in a Patient with Hypocalcemia related to Hypoparathyroidism

ABSTRACT

Rhabdomyolysis is a syndrome characterized by muscle necrosis and the release of intracellular muscle constituents into the circulation. A 75-year-old woman admitted to emergency departments with weakness, paraphrasia, mental fog, muscle weakness, Positive Chvostek sign and Trousseau sign in her physical examination Laboratory examination revealed the following results: creatinine: 1.6 mg/dL, uric acid: 8.4mg/dL, potassium: 4.9 mEq/L, calcium: 4.2 mg/dL, phosphorus: 6.9 mg/dL, parathormon: 3.1 IU/L, creatinine kinase: 2596 IU/L, aspartate aminotransferase: 54 IU/L, alanin aminotransferase: 35 IU/L. In this article, we aimed to present a rare case of rhabdomyolysis associated with hypocalcemia due to hypoparathyroidism.

Keywords: Rhabdomyolysis; hypocalcemia; hypoparathyroidism.

GİRİŞ

Tiroid veya Paratiroid cerrahisi sonrası gelişen hipoparatiroidi, bu hastaların %20'sinde gelişebilmektedir. Fakat bu durum genellikle geçicidir ve günler haftalar sonrasında normale dönmesi beklenir. Postoperatif hipoparatiroidi yalnızca %0,8 ile %3 vakada kalıcı olabilmektedir (1,2). Bu tür hastalar ömür boyu kalsiyum replasmanı kullanmak zorundadırlar, ihmal edildiği takdirde ise ciddi hipokalsemi atakları görülebilmektedir. Hipoparatiroidi, nöromuskuler ve nöropsikiyatrik semptomlar ile karşımıza gelir ki bunlar; parastezi, uyuşukluk, kramp, anksiyete, tetani, stridor, distoni ve psikoz olabilir. Hipokalseminin iki önemli bulgusu Chvostek ve Trousseau bulgusudur. Çizgili kasın erimesi olarak adlandırabileceğimiz Rabdomiyoliz ise temelde, kasın enerji üretimi ile tüketimi arasındaki bir dengesizlik sonucunda ortaya çıkan, fiziksel nedenlere bağlı olarak gelişebileceği gibi elektrolit bozuklukları gibi fiziksel olmayan nedenlere bağlı olarak gelişebilen böbrek yetmezliğine yol açabilen bir durumdur. Aşağıda tiroid cerrahisi sonrası kalıcı olarak gelişen hipokalsemiye bağlı rabdomiyoliz olgusu sunulmuştur.

VAKA SUNUMU

75 yaşında kadın hasta acil servisimize halsizlik, konuşma bozukluğu, bilinç bulanıklığı, kas güçsüzlüğü şikâyetleri ile başvurdu. Acilde bakılan tetkiklerinde; Kreatinin:1,6 mg/dL (0,3-1,4), ürik asit: 8,4mg/dL (2,4-5,7), potasyum: 4,9 mEq/L (3,2-5), kalsiyum: 4,2 mg/dL (8,8-10,2), fosfor: 6,9 mg/dL (2,8-4,5), kreatinin kinaz: 2596 IU/L (0-170), aspartat aminotransferaz 54 IU/L (10-38), alanin aminotransferaz 35 IU/L (10-41), PTH: 3,1 (10-69) olduğu görüldü. Özgeçmişinde 10 yıl önce total tiroidektomi operasyonu geçirdiği, operasyon sonrasında kalsiyum replasman tedavisi başlandığı fakat hastanın 1 yıldır bu tedaviyi düzenli almadığı öğrenildi. Hasta konfüze ve dezoryanteydi. Chvostek ve

¹ Yenikent Devlet Hastanesi, Sakarya

Correspondence: Attila ÖNMEZ, attilaonmez@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 07.09.2016 Kabul Tarihi / Accepted: 16.09.2016

Trousseau bulgusu pozitif. Kliniğimize yatırılarak kalsiyum replasmanı ve hidrasyonu sağlanan hastanın kalsiyum değeri normal sınırlara çıkarıldı. Hastanın kas enzimleri ve laboratuvar değerleri yatışının 5.gününde normal değerlerindedi. Kliniği dramatik şekilde düzelen hasta kalsiyum ve d vitamini preparatı ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Tiroid cerrahisi sonrası gelişen hipoparatiroidi, postoperatif hipokalsemi nedenleri arasında sık olarak görülür. Genelde bu hastalarda gelişen hipokalsemi asemptomatik olup birçoğunda kalsiyum ve d vitamini tedavisi gerektirmez (3), tiroidektomi geçiren hastaların çok az bir kısmında tedavi gerektirecek semptomatik ciddi hipokalsemi görülmektedir (4). Rabdomiyoliz ise travmatik ve non-travmatik olarak ikiye ayrılır. Non-travmatik rabdomiyoliz nedenleri arasında alkol, ilaç, toksin, infeksiyonlar, inflamatuvar miyopatiler, bazı herediter glikojen, lipid depo hastalıkları, endokrin nedenler ve elektrolit bozuklukları vardır. Elektrolit bozuklarından hipokalsemiye bağlı rabdomiyoliz ise çok nadir olarak bildirilmiştir (5). Rabdomiyolize bağlı akut böbrek yetmezliği (ABY) miyoliz sonucu açığa çıkan heme pigmentinin glomerullere direkt toksik etkisi, tubul obstrüksiyonu ve vazokonstriksiyona bağlı olduğu düşünülmektedir %15 ile %50 arasında rapor edilmiştir (6). ABY'nin oligürik fazında hasara uğrayan kas dokusunda kalsiyum çökmesine bağlı olarak %80-100 olguda hipokalsemi görülür (7). Rabdomiyolizin bir sonucu olan bu tür durumlarda parathormon düzeyi yüksektir. Acile Hipokalsemi semptomları ile gelen hastamızın hipokalsemisi, hipoparatiroidemisi, kas enzim yüksekliği ve hafif kreatinin yüksekliği (kreatinin:1,6 mg/dL) saptanmıştır. Hastanın kreatinin yüksekliğinin rabdomiyolize bağlı olduğu düşünüldü vakamızda; hipokalsemi, rabdomiyolizin bir sonucu değil nedeni olduğu sonucuna varıldı. Hastamızın uygun hidrasyonu ve kalsiyum replasmanı ile laboratuvar değerleri ve kliniği dramatik bir şekilde düzeldiği görüldü.

Sonuç olarak, hipoparatiroidemiye bağlı olarak gelişebilen hipokalsemi rabdomiyolize neden olabilmektedir. Kas enzim yüksekliği hipokalsemiye bağlı kas membran geçişinin artışına bağlı olduğu düşünülmektedir. Klinisyen, kas enzim yüksekliği ile gelen bir hastanın ayırıcı tanısında hipokalsemiyi de aklında tutmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Hundahl SA, Cady B, Cunningham MP, Mazzaferri E, McKee RF, Rosai J, et al. Initial results from a prospective cohort study of 5583 cases of thyroid carcinoma treated in the United States during 1996. U.S. and German Thyroid Cancer Study Group. An American College of Surgeons Commission on Cancer Patient Care Evaluation study. *Cancer*. 2000; 89(1): 202-17.
2. Rafferty MA, Goldstein DP, Rotstein L, Asa SL, Panzarella T, Gullane P, et al. Completion thyroidectomy versus total thyroidectomy: is there a difference in complication rates? An analysis of 350 patients. *J Am Coll Surg*. 2007; 205(4): 602-7.

3. Sturniolo G, Lo Schiavo MG, Tonante A, D'Alia C, Bonanno L. Hypocalcemia and hypoparathyroidism after total thyroidectomy: a clinical biological study and surgical considerations. *Int J Surg Invest*. 2000; 2(2): 99-105.
4. Prendiville S, Burman KD, Wartofsky L. Evaluation and treatment of post-thyroidectomy hypocalcemia. *Endocrinologist*. 1998; 8(1): 34-40.
5. Akmal M. Rhabdomyolysis in a patient with hypocalcemia due to hypoparathyroidism. *Am J Nephrol*. 1993; 13(1): 61-3.
6. Melli G, Chaudhry V, Cornblath DR Rhabdomyolysis: an evaluation of 475 hospitalized patients *Medicine (Baltimore)*. 2005; 84(6): 377.
7. Chugh KS, Nath LV, Ubroy HS, S. Singhal, PC. Pareek, SK Sarkar. Acute renal failure due to non-traumatic rhabdomyolysis. *Postgrad Med J*. 1979; 55(644): 386-92.

Gebelik ve Sertoli Leydig Hücreli Over Tümörü: Olgu Sunumu

Mustafa ALBAYRAK¹

ÖZ

Gebelikte adneksiyel kitleye rastlanma oranları ultrasonografinin yaygın kullanımına bağlı %8'e yükselmiş olmasına rağmen bunların yalnızca %5'i maligndir. Gebelikte malign over tümörü görülme sıklığı hakkında kesin rakamlar mevcut değildir. En son derlemelerde 20000 doğumda 1 insidans oranı bildirilmiştir. Overin seks-kord stromal tümörlerine gebelik süresince rastlanma oranı çok düşük olup en sık granuloza hücreli tümöre rastlanmaktadır. Bu hastalarda tedavi, gebe olmayan hastalarda olduğu gibi salpingoofektomi ve cerrahi evreleme şeklindedir. Seçilmiş olgularda total abdominal histerektomi ve bilateral salpingoofektomi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sertoli-leydig hücreli tümör; gebelik; Doppler ultrason; cerrahi evreleme.

Pregnancy and Sertoli-Leydig Cell Tumor of the Ovary: A Case Report

ABSTRACT

Adnexal mass in pregnancy rates of occurrence of widespread use of ultrasonography increased to 8%, although only 5% of their malignant. The incidence of malignant ovarian tumors in pregnancy about the exact figures is not available but in the most recent reviews, it is reported as 1 in 20,000 births. Although ovarian sex-cord stromal tumors during pregnancy are seen very rare, the most common type is granulosa-cell tumor among ovarian sex-cord stromal tumors. Recommended treatment which is the same in non-pregnant and pregnant patients group, is salpingoophorectomy and surgical staging. Total abdominal hysterectomy and bilateral salpingoofektomi in selected cases is required.

Keywords: Sertoli-leydig cell tumor; pregnancy; Doppler ultrasound; surgical staging.

GİRİŞ

Sertoli leydig hücreli over tümörü, seks kord stromal tümörlerin %5-10'unu, tüm over tümörlerinin ise %0.2- 0.5'ini oluşturmaktadır; gebelikte ise çok nadirdir. Ortalama görülme yaşı 25 olup hastaların üçte birinde virilizasyon ve %10'unda androjen fazlalığı bulguları gözlenmesine karşın asemptomatik de olabilmektedir. Hastaların yarısı ise kliniğe kitle semptomları ile başvurur. Makroskopik olarak büyük çaplara ulaşan kitlelerin %97'sinde evre 1'de tanı konulmaktadır (1). Evre 1 hastalarda ise 5 ve 10 yıllık sağ kalım oranları ise %92 olarak hesaplanmıştır (2). İyi, orta, az diferansiye ve heterolog eleman içeren grupları olan tümörün malign tiplerinde prognoz evreye ve tümörün diferansiyasyon derecesine bağlıdır. Az diferansiye formları küçük bir kısmını kapsamaktadır ve malignite potansiyelleri yüksektir (3). Sunulan olguda gebeliğin 3. trimesterinde adneksiyel kistleye rastlanması üzerine hastanın doğumu sezaryen ile gerçekleştirilmiş olup postoperatif nihai patoloji sonucuya hastanın tedavisi düzenlenmiştir.

OLGU SUNUMU

28 yaşında G3 P2 A0 Y2 olan hasta 40 hafta 1 gün gebe iken 1 haftadır devam eden karın ağrısı şikâyetiyle dış merkeze başvurdu. Yapılan ultrasonografi muayenesinde sağ adneksiyel alanda kitle saptanması üzerine kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde virilizasyon mevcuttu. Tarafımızdan yapılan ultrasonografi muayenesinde sağ adneksiyel alanda 18x17 cm boyutunda, solid alanlar içeren, Doppler incelemesinde düşük arteriyel rezistans ve yüksek akım hızına sahip kitle saptanan hasta, malign over tümörü düşünülerek göbek altı medyan insizyon yapılarak sezaryene alındı. Baş geliş, 9-10 apgar skorlu, 3850 g, erkek bebek doğurtuldu. Sağ adneksiyel alandaki 20 cm'lik solid, karaciğer ve omentun yüzeyine yapışık, spontan rüptüre olmuş kitle nedeni ile sağ salpingo-oofektomi ve infraholik omentektomi yapıldı. Frozen sonucunun fibrom olarak rapor edilmesi sonrasında operasyon sonlandırıldı. Postoperatif patoloji sonucunda sağ salpingo-oofektomi materyali fibrosarkom olarak rapor edilen hastanın klinik bulgularının patoloji sonucu ile uyumlu olmaması ve piyesi değerlendiren patoloji ekibinin jinekopatoloji ihtisası olmaması üzerine ikincil

¹ Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Correspondence: Mustafa ALBAYRAK, mstf.albayrak@hotmail.com

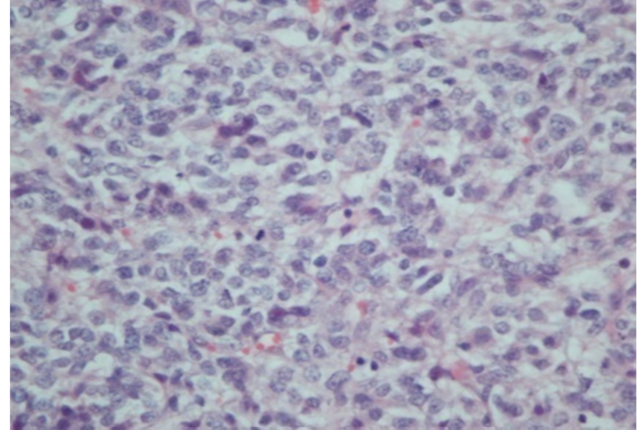
Geliş Tarihi / Received: 26.08.2016 Kabul Tarihi / Accepted: 28.09.2016

değerlendirme için hastanın örnekleri dış merkezde tekrar değerlendirilmek gönderildi. Dış merkezde yapılan inceleme sonucu; %80-90'ı az diferansiye, %10'u intermediate diferansiye sertoli leydig hücreli tümör şeklinde rapor edildi.

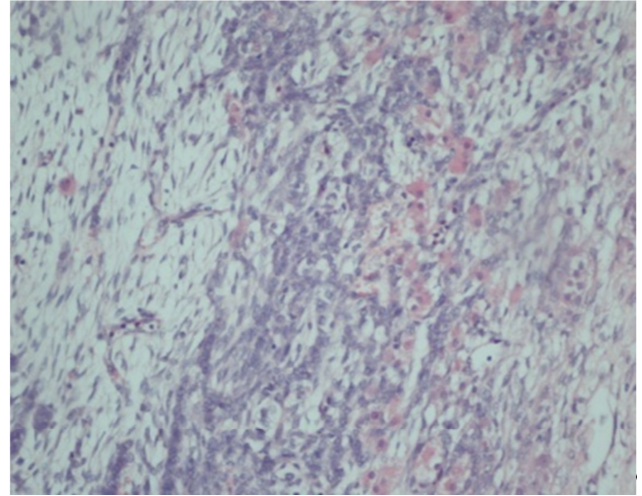
Olgu onkoloji konseyinde değerlendirildi. Evre 1 c, az diferansiye (grade 3) tümöre sahip olan olgu fertilesinide tamamladığı için; hasta için total abdominal histerektomi, sol salpingo-ooferektomi, pelvik ve paraaortik lenfadenektomi ile total omentektomi planlarak gerçekleştirildi. İkinci operasyon sonrasında patoloji sonucu; kronik servisit, proliferatif faz endometrium, kistik foliküller içeren over ve tuba, sağ ve sol pelvik 24 adet reaksiyonel lenf nodları, sağ ve sol paraaortik 17 adet reaksiyonel lenf nodları ve omentum yağ dokusu şeklinde belirtildi. Sonucu ile Tıbbi Onkoloji Kliniği tarafından değerlendirilen ve evre 1c, az diferansiye sertoli leydig hücreli tümör tanısı kesinleşen olguya adjuvan BEP kemoterapi protokolu planlandı ve uygulandı. Kemoterapi tedavisi sonrası kür sağlanan hastanın kontrolleri Tıbbi Onkoloji Kliniği'nde sürdürülmektedir.

TARTIŞMA

Gebelikte malign over tümörlerine dair veri kısıtlıdır. Bu konudaki en geniş çalışma 1984 yılında Young ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (4). Çalışma 17'si granuloza hücreli, 13'ü sertoli leydig hücreli ve 6'sı sınıflandırılmayan sex-kord stromal tümörden oluşmuş; bunlardan 11'i karın ağrısı, 5'i şok tablosu, 2'si virilizasyon, 1'i vajinal kanama şikâyeti ile başvurmuştur. Üç asemptomatik gebeye ele gelen abdominal kitle nedeni ile, 1'ine rutin ultrason muayenesi, 13 hastaya ise sezaryen esnasında tanı konulmuştur. Gebelikte tanı konulan habis over tümörleri, çoğunlukla Evre 1 hastalıktan oluşmaktadır. 1995 yılında Ayoubi ve arkadaşları tarafından yayınlanan seri ise 6 gebelik ve eş zamanlı over kanseri vakasını içermekteydi (5). Diğer pek çok vaka serisinde olduğu gibi tüm hastalarına erken evrede tanı konulmuştu. Tedavi yönetiminde gebeliğin yaşının ve kanserin evresinin dikkate alınması gerektiğini belirtip ailenin de tercihini dikkate alarak evre 1a g1 hariç gebeliğin ilk 6 ayında acil cerrahi girişimin, gebeliğin son 3 ayında ise fetal maturasyon gelişene kadar konservatif yaklaşımın esas olduğunu belirttiler. Yakın zamanlı en fazla vakayı içeren Blake ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da olgumuzda olduğu gibi en baskın şikâyet karın ağrısı (%45.7) olup tıpkı vakamızda olduğu gibi hastaların büyük kısmının (%60.9) full termde doğumu gerçekleştirilmiştir (6). Blake ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %54.3'ünde konservatif cerrahi uygulanırken kliniğimizde hastanın fertilitate beklentisi olmaması nedeniyle hastada sezaryen sonrası nihai patoloji sonucu ışığında total abdominal histerektomi, sol salpingo-ooferektomi ve pelvik paraaortik lenfadenektomi tercih edilmiştir. Sonuç olarak, gebelik ultrasonografik muayenelerinde sadece fetüse odaklanılmaması, adneksiyel alanların da incelemeye dahil edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Bu şekilde, gebeliğe eşlik eden over kanserlerinin erken evrede saptanmasının mümkün olabileceğini düşünmekteyiz.



Şekil 1. Sertoli Leydig hücreli tümöre ait az diferansiye alanlar



Şekil 2. Sertoli Leydig hücreli tümöre ait intermediate diferansiye alanlar

KAYNAKLAR

1. Young RH, Scully RE. Ovarian Sertoli-Leydig cell tumors. A clinicopathological analysis of 207 cases. *Am J Surg Pathol.* 1985; 9(8): 543-69.
2. Zaloudek C, Norris HJ. Sertoli-Leydig tumors of the ovary. A clinicopathologic study of 64 intermediate and poorly differentiated neoplasms. *Am J Surg Pathol.* 1984; 8(6): 405-18.
3. Sarwar S, Siddiqui N, Ather S, Hannan A, Ali Syed A, Zafar W. Outcomes among patients with sex cord stromal tumour of ovary: experience from Pakistan. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2014; 26(3): 389-92.
4. Young RH, Dudley AG, Scully RE. Granulosa cell, Sertoli-Leydig cell, and unclassified sex cord-stromal tumors associated with pregnancy: a clinicopathological analysis of thirty-six cases. *Gynecol Oncol.* 1984; 18(2): 181-205.
5. Ayoubi J, Elqhaoui A, Ko Kivok-Yun P, Fournie A, Monrozies X, Rme JM. Ovarian cancer and pregnancy. *Rev Fr Gynecol Obstet.* 1995; 90(7): 335-41.
6. Blake EA, Carter CM, Kashani BN, Kodama M, Mabuchi S, Yoshino K, et al. Feto-maternal outcomes of pregnancy complicated by ovarian sex cord stromal tumor: a systematic review of literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014; 175: 1-7.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ DERGİSİ YAZIM KURALLARI

1. GENEL BİLGİLER

Dergilerin, uluslararası standartları göz önüne alarak, bir makalenin hazırlanması sırasında uyulması gereken ilkeleri belirlemeleri ve değerlendirmeye alacakları makalelerde bu kurallara uygunluğu kontrol etmeleri, bilimsel yayıncılık standartlarımızın yükseltilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle gönderilecek yazılar Uluslararası Medikal Dergisi Editörleri Konseyi (ICMJE), Dünya Tıbbi Editörler Birliği (WAME) ve Yayın Etik Kuralları (COPE) kriterlerine uygun olarak hazırlanmalıdır.

Değerlendirme sisteminin başlangıcında tüm yazarlar için yazarlar tarafından imzalanmış dergi Telif Hakkı Devir Formunun sisteme yüklenmesi istenir.

Bilimsel dergilere gönderilecek bir makalenin hazırlığı sırasında uyulması gereken, uluslararası tip dergilerinin de kabul ettiği ve uyguladığı standartlar şu şekilde olmalıdır:

- Yayımlanmak için gönderilen çalışmaların daha önce başka bir yerde yayımlanmamış veya yayımlanmak üzere gönderilmemiş olması gerekir.
- Eğer makalede daha önce yayımlanmış; alıntı yazı, tablo, resim vs. mevcut ise makale yazarı, yayın hakkı sahibi ve yazarlarından yazılı izin almak ve bunu makalede belirtmek zorunda olmalıdır. Bu konudaki hukuki sorumluluk yazarlara aittir.
- Bilimsel toplantılarda sunulan yazılar, belirtilmesi koşuluyla, değerlendirmeye alınır.
- Türkçe makalelerde Türk Dil Kurumu'nun Türkçe sözlüğü veya <http://www.tdk.org.tr> adresi ayrıca Türk Tıbbi Derneklerinin kendi branşlarına ait terimler sözlüğü esas alınmalıdır.
- Örnekleme genişliğinin nasıl belirlendiği, örneklemenin nasıl yapıldığı ve veri analizinde hangi biyoistatistiksel yöntem ve prensiplerin kullanıldığı "GEREÇ VE YÖNTEMLER" bölümünün sonunda "İstatistiksel Analiz" alt başlığı altında verilmelidir.

Tüm yazılar benzerlik veya intihal açısından titizlikle kontrol edilir.

2. BİLİMSEL SORUMLULUK

Gönderilen makalede tüm yazarların akademik-bilimsel olarak doğrudan katkısı olmalıdır.

Dergi ile iletişim görevini yapan yazar, tüm yazarlar adına yazının son halinin sorumluluğunu taşır.

3. ETİK SORUMLULUK

"İnsan" ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygunluk ilkesi aranmalıdır. Bu tip çalışmaların varlığında yazarlardan, makalenin GEREÇ VE YÖNTEMLER bölümünde bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, kurumlarının etik kurullarından ve çalışmaya katılmış insanlardan "Bilgilendirilmiş olur" (informed consent) aldıklarını belirtmeleri gerekmektedir.

Çalışmada "Hayvan" ögesi kullanılmış ise yazarlardan, makalenin GEREÇ VE YÖNTEMLER bölümünde Guide for the Care and Use of Laboratory Animals prensipleri doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve kurumlarının etik kurullarından onay aldıklarını belirtmelidirler.

Olgu sunularında hastanın kimliğinin ortaya çıkmasına bakılmaksızın hastalardan "Bilgilendirilmiş olur" (informed consent) alınmalıdır.

Eğer makalede direkt-indirekt ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma... ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar), editöre sunum sayfasında belirtmelidirler.

Makalede "Etik Kurul Onayı" alınması gerekli ise; yazarlar etik kurul izni-onayı aldıklarını "Gereç ve Yöntemler" bölümünde beyan etmelidir.

4. YAYIN/TELİF HAKKI

Yayımlanmak üzere kabul edilen yazıların her türlü yayın/telif hakları dergimize aittir. Yazılardaki düşünce ve öneriler tümüyle yazarların sorumluluğundadır.

Her makale için yazarlar, "Telif Hakkı Devir Formu"nu doldurup, makale ile birlikte dergiye göndermelidirler.

5. YAZI ÇEŞİTLERİ

Derginin yayın dili Türkçe ve İngilizcedir.

Dergilere yayımlanmak üzere gönderilecek yazı çeşitleri aşağıdaki kategorilerde olmalı ve belirtilen yapılarla hazırlanmalıdır.

a) Orijinal Araştırma: Prospektif, retrospektif ve her türlü deneysel çalışmalardır.

- Yapısı:**
- Öz (Ortalama 200-250 kelime, Türkçe ve İngilizce)
 - Giriş
 - Gereç ve Yöntemler
 - Bulgular
 - Tartışma
 - Sonuç
 - Teşekkür
 - Kaynaklar

b) Derleme: Doğrudan veya davet edilen yazarlar tarafından hazırlanmalıdır. Tıbbi özellik gösteren her türlü konu için son tip literatürünü de içine alacak şekilde hazırlanabilir. Yazarın o konu ile ilgili basılmış yayınlarının olması özellikle tercih nedeni olmalıdır.

- Yapısı:**
- Öz (Ortalama 200-250 kelime, Türkçe ve İngilizce)
 - Konu ile ilgili başlıklar
 - Kaynaklar

c) Olgu Sunumu: Nadir görülen, tanı ve tedavide farklılık gösteren makalelerdir. Yeterli sayıda fotoğraflarla ve şemalarla desteklenmiş olmalıdır.

- Yapısı:**
- Öz (Ortalama 100-150 kelime, Türkçe ve İngilizce)
 - Giriş
 - Olgu Sunumu
 - Tartışma
 - Kaynaklar

d) Editöryel Yorum/Tartışma: Yayımlanan orijinal araştırma makalelerinin, araştırmanın yazarları dışında konunun uzmanı tarafından değerlendirilmesidir. İlgili makalenin sonunda yayımlanmalıdır.

e) Editöre Mektup: Son bir yıl içinde dergide yayımlanan makaleler ile ilgili okuyucuların değişik görüş, tecrübe ve sorularını içeren en fazla 500 kelimedenden oluşan yazılardır.

- Yapısı:**
- Başlık ve öz bölümleri yoktur.
 - Kaynak sayısı 5 ile sınırlıdır.
 - Sayı ve tarih verilerek hangi makaleye ithaf olunduğu belirtilmeli ve sonunda yazarın ismi, kurumu ve adresi bulunmalıdır. Mektuba cevap, editör veya makalenin yazar(lar)ı tarafından, yine dergide yayımlanarak verilir.

f) Bilimsel Mektup: Genel tıbbi konularda okuyucuyu bilgilendiren, basılmış bilimsel makalelere de atıfta bulunarak o konuyu tartışan makalelerdir.

- Yapısı:**
- Öz (Ortalama 100-150 kelime, Türkçe ve İngilizce)
 - Konu ile ilgili başlıklar
 - Kaynaklar

g) Cerrahi Teknik: Ameliyat tekniklerinin ayrıntılı işlendiği makalelerdir.

- Yapısı:**
- Öz (Ortalama 100-150 kelime, Türkçe ve İngilizce)
 - Cerrahi Teknik
 - Kaynaklar

h) Ayırıcı Tanı: Güncel değeri olan olgu sunumlarıdır. Benzer hastalıklarla ilgili yorumu içermektedir.

- Yapısı:**
- Öz (Ortalama 100-150 kelime, Türkçe ve İngilizce)
 - Konu ile ilgili başlıklar
 - Kaynaklar (3-5 arası)

i) Orijinal Görseller: Literatürde nadir gözlenen açıklamalı tıbbi resim ve fotoğraflardır.

- Yapısı:**
- Konu ile ilgili 300 kelime metin ve orijinal resimler
 - Kaynaklar

j) Tanınız Nedir?: Nadir görülen, tanı ve tedavide farklılık gösteren hastalıklar hakkında soru-cevap şeklinde hazırlanmış yazılardır.

- Yapısı:**
- Konu ile ilgili başlıklar
 - Kaynaklar (3-5 arası)

k) Tıbbi Kitap Değerlendirmeleri: Güncel değeri olan ulusal veya uluslararası kabul görmüş kitapların değerlendirmeleridir.

l) Soru Cevaplar: Tıbbi konularda bilimsel eğitici-öğreticiliği olan soru ve cevap şeklinde oluşturulan yazılardır.

6. YAZIM KURALLARI

Dergiye yayımlanması için gönderilen makalelerde aşağıdaki biçimsel esaslara uygunluk aranmalıdır.

YAZININ HAZIRLANMASI:

1. Yazılar Microsoft Word® belgesi olarak hazırlanmalıdır.
2. Yazılar **1,5 aralıklı, 12 punto ve sola hizalanmış** olarak, "Times New Roman" karakteri kullanılarak yazılmalıdır. Sayfa kenarlarında 2,5 cm boşluk bırakılmalıdır ve sayfa numaraları her sayfanın sağ üst köşesine yerleştirilmelidir.
3. Editöre sunum sayfasında gönderilen makalenin kategorisi, daha önce başka bir dergiye gönderilmemiş olduğu, varsa çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi ve kuruluşlar ve bu kuruluşların yazarlarla olan ilişkileri belirtilmelidir.
4. Kapak sayfası; yazının başlığını (Türkçe-İngilizce), yazarların adlarını, akademik unvanlarını, çalıştıkları kurum(ları), yazışmaların yapılacağı yazarın adresini, açık adresini, telefon ve faks numaralarını ve e-posta adresini, yanı sıra 40 karakteri geçmeyen bir kısa başlık içermelidir. Yazı daha önce bilimsel bir toplantıda sunulmuş ise toplantı adı, tarihi ve yeri belirtilerek yazılmalıdır.
5. Türkçe özgün araştırma makaleleri İngilizce öz içermelidir. Öz, 250 kelimeyi aşmamalıdır. Özde kısaltma kullanılmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER:

Yayımlanmış bir makaleye, araştırmacıların ulaşabilmesini sağlayan en önemli unsurlardan biri anahtar kelimelerdir. Anahtar kelimenin makale konusuna uygun, yeterli sayıda, standartlaşmış bir terminoloji ile belirtilmesi, makalenin atıf almasında ve bilime katkısının oluşmasında büyük önem taşımaktadır.

1. En az 2 adet olacak şekilde, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır.
2. Kelimeler birbirlerinden noktalı virgül (;) ile ayrılmalıdır.
3. İngilizce anahtar kelimeler "Medical Subject Headings (MESH)"e uygun olarak verilmelidir. Anahtar kelime seçimi için, izleyen bağlantı tıklanarak açılan sayfada, ilgili konuya ait uygun kelime girilerek anahtar kelimelere ulaşılabilir (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>).
4. Türkçe anahtar kelimeler "TR Dizin Anahtar Terimler Listesi" ve "Türkiye Bilim Terimleri (TBT)"ne uygun olarak verilmelidir (<http://www.bilimterimleri.com>).

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ DERGİSİ YAZIM KURALLARI

Medical Subject Headings (MeSH) Nedir?

Uluslararası başlıca makale tarama dizinleri ve veri tabanlarında, makalelerin sınıflandırılması için kullanılmakta olan, tıbbi-biyolojik terminolojiye standart getirmeyi amaçlayan ve sürekli güncellenen, İngilizce makalelerin anahtar kelimelerinin seçilebileceği, geniş bir tıbbi-biyolojik terimler dizinidir.

Türkiye Bilim Terimleri (TBT) Nedir?

Ulusal düzeyde tıbbi-biyolojik terminolojiye standart getirmeyi amaçlayan, şimdilik 186.000 tıbbi-biyolojik terim içeren ve sürekli güncellenen, Türkçe makalelerin anahtar kelimelerinin seçilebileceği tıbbi-biyolojik terimler dizinidir.

Anahtar Kelimeler Neden MeSH ya da TBT Arasından Seçilmelidir?

MeSH ve TBT terimleri, ana başlıklar ve alt başlıklardan oluşan, birbiri ile ilişkilendirilmiş hiyerarşik bir yapı ile kodlanmışlardır. Böylece tek bir terim ile yapılan aramada, ana başlıklar yanında terim ilişkilendirildiği tüm alt başlıklar da otomatik olarak aramaya dâhil edilir. Aynı terim, birden çok terminoloji ile tanımlanmış olduğundan, araştırmacının az veriyle, kolay ve hızlı bir şekilde mümkün olduğunca çok makaleye ulaşabilmesini sağlar.

KISALTMALAR:

Kelimenin ilk geçtiği yerde parantez içinde verilmeli ve tüm metin boyunca o kısaltma kullanılmaktadır. Uluslararası kullanılan kısaltmalar için "Bilimsel Yazım Kuralları" (Scientific style and format: the CBE manual for authors, editors, and publishers) kaynağına başvurulabilir.

ŞEKİL, RESİM, TABLO VE GRAFİKLER:

- Şekil, resim, tablo ve grafiklerin metin içinde geçtiği yerler ilgili cümlelerin sonunda belirtilmelidir. Şekil, resim, tablo ve grafiklerin açıklamaları makale sonuna eklenmelidir.
- Resimler/fotoğraflar renkli, ayrıntıları görülecek derecede kontrast ve net olmalıdır. Net baskı elde edilebilmesi için şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer .tif, .png, .jpg veya .gif dosyası olarak (piksel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm eninde ve 300 dpi çözünürlükte taranarak) dergiye ayrıca iletilmelidir.
- Kullanılan kısaltmalar şekil, resim, tablo ve grafiklerin altındaki açıklamada belirtilmelidir.
- Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak şekil, resim, tablo ve grafik açıklamasında belirtilmelidir.
- Tablo başlıkları tablo üstünde, şekil ve grafik başlıkları şekil ve grafiğin altında, ilk harfleri büyük olacak şekilde yazılmalıdır (Tablo 1. ve Şekil 1.).

TEŞEKKÜR:

Makalelerde, eğer çıkar çatışması/çakışması, finansal destek, bağış ve diğer bütün editöryel (İngilizce/Türkçe değerlendirme) ve/veya teknik yardım varsa, metnin sonunda belirtilmelidir.

KAYNAKLAR:

Dergilerin atf sayılarının sağlıklı olarak tespit edilebilmesi, kaynakların düzgün yazılmasıyla doğrudan ilişkilidir. Düzgün bir kaynak yazılımında, makaleye ulaşılabilirliği sağlayacak bilgiler tam ve doğru olarak yer almalıdır. Her derginin, kaynak yazım kuralları için uluslararası düzeyde bir standart oluşturarak, makalelerinde bu standartları uygulaması, bu açıdan önemlidir.

Kaynakların metin içindeki gösteriminde Vancouver stili kullanılmalıdır.

Metin içinde kaynaklar kullanım sırasına göre numaralandırılarak cümle sonunda parantez içinde verilmelidir.

Örnek:

- ...olduğu gösterilmiştir (1,2,7-9).
- Smith ve arkadaşları (4)...
- Smith ve ark. (4)...

Kaynaklar dizini, metin içinde kaynakların verildiği sıraya göre oluşturulmalıdır.

Yazıda kullanılan referansların kolay yönetimi için EndNote® ya da benzeri bir program kullanılabilir. Ancak yazı dergiye gönderilmeden önce kaynak listesi düz metin haline getirilmiş olmalıdır.

Genel geçerliliği olan bir kaynak yazımında:

Makalede bulunan yazar sayısı 6 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, 7 veya daha fazla ise ilk 6 isim yazılıp "et al" (Türkçe makaleler için "ve ark.") eklenmelidir.

Kişisel deneyimler ve basılmamış yayınlar kaynak olarak gösterilmemelidir.

DOI tek kabul edilebilir on-line referans olmalıdır.

Kaynak bir Dergi ise;

Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i. Makale ismi. Dergi ismi. Yıl; Cilt(Sayı): Sayfa numaraları.

a) Basılı dergi veya internet ortamında bulunan e-dergilerdeki makaleler için;

Örnek:

- Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. Brain Res. 2002; 935(1-2): 40-6.
- Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [Cited: 2002 Aug 12]; 102(6): [about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>.

b) Yazarı mevcut olmayan makaleler için;

Örnek:

- 21st century heart solution may have a sting in the tail. BMJ. 2002; 325(7357): 184.

Kaynak bir Kitap ise;

Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i. Kitap ismi. Kaçınıcı baskı olduğu (ilk baskı değilse). Şehir: Yayınevi; Yıl.

Örnek:

- Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

a) Yazar ve editörün aynı olduğu kitaplar için;

Örnek:

- Dionne RA, Phero JC, Becker DE, editors. Management of pain and anxiety in the dental office. Philadelphia: WB Saunders; 2002.

Not: Türkçe kaynaklarda "editors", "editörler" olarak ifade edilmelidir.

b) Kitabın bir bölümü için;

Örnek:

- Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Not: "In" ifadesi sadece İngilizce kitaplar için kullanılır. Türkçe kaynaklarda "p" ve "editor(s)" sırasıyla "s" ve "editör(ler)" olarak ifade edilmelidir.

Kaynak bir Ansiklopedi veya Sözlük ise;

Ansiklopedi veya sözlük ismi. Kaçınıcı baskı olduğu. Şehir: Basımevi; Yıl. Bölüm; Sayfa numaraları.

Örnek:

- Dorland's illustrated medical dictionary. 29th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000. Filamin; p. 675.

Not: Türkçe kaynaklarda "ed" ve "p" sırasıyla "baskı" ve "s" olarak ifade edilmelidir.

Kaynak bir Tez ise;

Yazarın soyadı ve isminin başharfi. Tez ismi [tez türü]. Şehir: Üniversite veya Kurum ismi; Yıl.

Örnek:

- Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [PhD dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

Kaynak Konferans/Kongre/Sempozyum Bildirisi ise;

Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i. Bildiri ismi. Editörün(lerin) soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, editör(ler). Konferans/Kongre/ Sempozyum ismi; Yıl; Şehir. Yayın yeri: Yayınevi; Yıl. Sayfa numaraları.

a) Bir kitapta yayınlanmış Konferans/Kongre/Sempozyum Bildirisi için;

Örnek:

- Khalifa ME, Elmessiry HM, ElBahasy KM, Ramadan HMM. Medical image registration using mutual information similarity measure. In: Lim CT, Goh JCH, editors. Icbme2008: Proceedings of the 13th International Conference on Biomedical Engineering; 2008 Dec 3-6; Singapore. Dordrecht: Springer; 2009. p. 151-5.

Not: "In" ifadesi sadece İngilizce kitaplar için kullanılır. Türkçe kaynaklarda "p" ve "editor(s)" sırasıyla "s" ve "editör(ler)" olarak ifade edilmelidir.

b) Bir kitapta yayınlanmamış Konferans/Kongre/Sempozyum Bildirisi için;

Örnek:

- Waterkeyn J, Matimati R, Muringanzia A. ZOD for all: scaling up the community health club model to meet the MDGs for sanitation in rural and urban areas: case studies from Zimbabwe and Uganda. International Water Association Development Congress; 2009 Nov 15-9; Mexico.

Kaynak bir Web Sitesi ise;

Yazarın soyadı ve isminin başharfi (varsa). Web sitesinin ismi [Internet]. Basım yeri: Yayınevi; İlk Yayın Tarihi [Son güncelleme tarihi; ; Erişim tarihi:]. Erişim adresi: URL.

Örnek:

- Cancer-Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [Updated: 2002 May 16; Cited: 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.

7. YAZININ GÖNDERİM AŞAMASINDA DİKKAT EDİLECEK NOKTALAR

Sorumlu yazar, "Telif Hakkı Devir Formu"nu doldurup, çalışma ile birlikte dergiye göndermelidirler.

Yazarlar, makaleyi değerlendirmek üzere 3 hakemin ismi ve güncel iletişim bilgilerini (açık posta adresleri, e-posta, telefon, faks) ayrı bir kapak sayfasında bildirmelidirler. Editörler, hakemleri seçme hakkını korur.

Yazılar, dergipark.gov.tr den dergi sistemine yüklenerek yapılmalıdır.

Part ® Microsoft word ve EndNote ilgili firmaların tescilli markalarıdır.

