

HSP

Journal of Health Sciences and Professions

Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi

CİLT 5 SAYI 3 YIL 2018



İÇİNDEKİLER

Hakem Kurulu	i
Yazarlara Bilgi	ii
ARAŞTIRMA YAZILARI	
Spastik Kuadriparetik Serebral Palsili Çocukların Beslenme Davranışları İle Beslenme Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Araştırılması / <i>The Investigation of the Relationship Between Nutritional Behaviors and Nutrition Levels of Spastic Quadriparetic Cerebral Palsy Children</i> Seda AYZAZ TAŞ, Tamer ÇANKAYA.....	281-287
Hastane ve Özel Eğitim Ortamında Fizyoterapi Hizmeti Alan Serebral Palsi'li Çocukların Ailelerinin Beklentileri, Stres ve Memnuniyet Düzeylerinin Araştırılması / <i>To Investigate Expectation and Stress Level of Families of Children with Cerebral Palsy Who Receive Physiotherapy Services in Hospital and Special Education Settings</i> Gamze DEMİRCİOĞLU, Esra ATILGAN, Devrim TARAKCI.....	288-294
Hemşirelerin Temel Psikolojik İhtiyaçları ve Etkileyen Faktörler / <i>Basic Psychological Needs of Nurses and Factors Affecting</i> Hava KAYA, Özlem ŞAHİN ALTUN.....	295-305
Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi / <i>Evaluation of Healthy Living Behaviors in Nursing in Surgical Clinics</i> Betül UNCU, Hülya ÜSTÜNDAĞ.....	306-315
Pediyatri Hemşirelerinin Profesyonel Değerlerinin Profesyonel Tutumlarına Etkisi / <i>Effect of Professional Values upon Professional Attitudes of Pediatric Nurses</i> Mürşide ZENGİN, Emriye Hilal YAYAN, Nazan YILDIRIM, Elif AKIN, Öznur AVŞAR, Emine MAMİŞ.....	316-323
Göğüs Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konfor Düzeyini Etkileyen Faktörler / <i>Factors Affecting the Comfort and Anxiety Level of Patients Who Underwent Thoracic Surgery</i> Besey ÖREN.....	324-332
Gebelik Sürecinde Fiziksel Aktivite Değişimlerinin İncelenmesi / <i>Investigation of Physical Activity Changes During Pregnancy</i> Özge ÇELİKER TOSUN, Recep Emre OKYAY.....	333-341
Doğum Yapan Kadınların Doğumdan Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörler / <i>Satisfaction with Birth and Affecting Factors in Women Who Gave Birth</i> Nevin ÇITAK BİLGİN, Bedriye AK, Dilek COŞKUNER POTUR, Fatma AYHAN.....	342-352
İrritabl Bağırsak Sendromlu Hastalarda Gastrointestinal Semptomların Umutsuzluk ve Depresyon Düzeyine Etkisi / <i>The Effect of Gastrointestinal Symptoms on Hopelessness and Depression in Patients with Irritable Bowel Syndrome</i> Zeynep ERDOĞAN, Mehmet Ali KURCER, Beyhan BUDAK, Selim AYDEMİR.....	353-359
Evde Yatağa Bağımlı Yaşayan Bilinçli Hastalarda Yalnızlık / <i>Loneliness in Bed-Dependent Conscious Patients Living at Home</i> Birsal Canan DEMİRBAĞ.....	360-366

Bir Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı-Güvenliği Durumu ve Risk Faktörleri / <i>Occupational Health-Safety Status and Risk Factors in Health Workers of a Medical Faculty Hospital</i> Cansu KARABİBER, Gülay SARB, Nazan SAVAŞ.....	367-375
Tip 2 Diyabet Hastalarında Diyabet Kontrolünü Zorlaştıran Faktörlerin İncelenmesi/ <i>Investigating the Factors that Complicate Diabetes Control in Patients with Type 2 Diabetes</i> Yavuz ÜREN, Elanur YILMAZ KARABULUTLU.....	376-386
Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Düşme Korkusunu Azaltmada Güvenli Hareket ve Yürüme Programının Etkisi / <i>The Effects of Safe-Movement and Walking Program on Reducing the Fear of Falling in Elderly Individuals Living in a Nursing Home</i> Gülcan ŞEN, Saime EROL.....	387-396
Pilonidal Sinüs Ameliyatı Öncesi Verilen Eğitimin Hastaların Anksiyete Durumuna ve Konforuna Etkisi / <i>The Effects of Preoperative Education Before Pilonidal Sinus Surgery on Patient's Anxiety and Comfort</i> Merve KARA, Işıl IŞIK ANDSOY.....	397-403
Ameliyat Geçiren Hastalarda Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi / <i>Perianesthesia Comfort Levels of the Patients Undergone Operation and It's Affecting Factors</i> Pınar BÜYÜKÜNAL ŞAHİN, Selda RIZALAR.....	404-413
Bornova'da Yaşayan 20 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevelansı ve Risk Faktörleri / <i>Urinary Incontinence Prevalance and Risk Factors in Women at the Age of 20 and Over Living in Bornova</i> Ummahan YÜCEL, Aytül HADIMLI, Yeliz ÇAKIR KOÇAK, Aysun BAŞGÜN EKŞİOĞLU, Dilek SARI, Birsen KARACA SAYDAM.....	414-423
Radius Distal Uç Kırığı Volar Plaklama Sonrası Fizyoterapi Uygulanan Hastalarda Radyolojik Ölçümler ile Fonksiyonel Ölçümler İlişkili Midir? / <i>Do Radiological and Functional Outcomes Correlated for Patients Receiving Physiotherapy After Volar Plating of Distal Radius Fracture?</i> Murat TOMRUK, Nihal GELECEK, Onur BAŞÇI, Mustafa ÖZKAN.....	424-434
DERLEME YAZILARI	
Örgütsel Adalet ve İş Tatmini: Sağlık Sektöründeki Önemi / <i>Organizational Justice and Job Satisfaction: The importance in Health Care Sector</i> Selma SÖYÜK.....	435-442
Aşırı Aktif Mesaneli Bireylerde Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli Doğrultusunda Planlanan Davranışsal Tedavi Girişimleri / <i>Behavioral Treatment Interventions in Individuals with Overactive Bladder in Line with Pender's Health Promotion Model</i> GÜLSEN ÇAYIR, NEZİHE KIZILKAYA BEJİ.....	443-452
Sihirli Gülüşlerle Yaşama Bir Dokunuş: Mizah Terapi / <i>A Touch to Life With Magical Smiles: Humor Therapy</i> Ebru BAŞKAYA, Satı DEMİR.....	453-457
Plasenta Tüketimi ve Olası Yarar-Zarar Profili / <i>Placenta Consumption and Probable Benefit-Damage Profile</i> Neriman GÜDÜCÜ, Neslihan KESER ÖZCAN.....	458-466
Okul Yaralanmalarını Önlemede Sağlık İnanç Modelinin Etkisi / <i>Effect of Health Belief Model in Prevention of School Injuries</i> Eda KILINÇ, Kamer GÜR.....	467-475
Ameliyathanede Ergonomik Faktörler ve Çalışan Güvenliği / <i>Ergonomic Factors in Operating Room and Staff Safety</i> Esma ÖZŞAKER.....	476-484

Yanıklarda Akut Dönem ve Hemşirelik Bakımı / <i>Acute Period in Burns and Nursing Care</i> Aylin AYDIN SAYILAN, Ezgi SEYHAN AK, Nevin KANAN.....	485-493
Postpartum Kanamada Risk Belirleme, Önleme ve Yönetim: Kanıta Dayalı Uygulamalar / <i>Risk Identification, Prevention and Management in Postpartum Hemorrhage: Evidence Based Practices</i> Ayşegül Durmaz, Nuran KÖMÜRCÜ.....	494-502
Ebe Gözüyle Adölesan Gebeliklere Etik Yaklaşım / <i>Ethical Approach to Adolescent Pregnancy from Midwifery Perspective</i> Seda GÖNCÜ SERHATLIOĞLU, Nurten KAYA.....	503-508

SAĞLIK BİLİMLERİ VE MESLEKLERİ DERGİSİ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES AND PROFESSIONALS
HSP

ONURSAL EDİTÖR

Dr. Halil Koyuncu

EDİTÖR

Dr. Neriman Zengin

BÖLÜM EDİTÖRLERİ

Dr. Ahmet Akgül

Dr. Gülümser Dolgun

Dr. İlhan Kerem Şenel

Dr. Burcu Ersöz Hüseyinsinoğlu

Dr. Zahra Polat

Dr. Taner Artan

DERGİ SAHİBİ

Prof. Dr. Ahmet Akgül, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ

Yrd. Doç. Dr. Meral Madenoğlu Kıvanç, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

DANIŞMA KURULU

Dr. Abdulfaz Suleyman
Dr. Abdulhakim Beki
Dr. Afsun Esatoğlu
Dr. Dr. Ahmet Ataş Hakem
Dr. Ahmet Akgül Hakem
Dr. Aklime Dicle
Dr. Ali Rıza Abay
Dr. Arash Alaei
Dr. Arzu Razak Özdiçler
Dr. Asiye Gül
Dr. Ash Sis Çelik
Dr. Ayden Çoban
Dr. Ayfer Elcigil
Dr. Aygün Yanık
Dr. Ayla Bayık
Dr. Ayla Ergin
Dr. Ayşe Yuksel
Dr. Ayşe Çil Akıncı
Dr. Ayşe Zengin Alpözgen
Dr. Ayşe Ergün
Dr. Ayşe Okanlı
Dr. Ayşe Karakoç
Dr. Ayşegü Oksay Şahin
Dr. Ayşegül Bilge
Dr. Aysel Yıldız
Dr. Aysel Yıldız
Dr. Ayse Neriman Narin
Dr. Aysun Yuksel
Dr. Ayten Dinç

Dr. Banu Kumbasar
Dr. Bedriye Ak
Dr. Besey Ören
Dr. Besti Üstün
Dr. Binnur Bağcı
Dr. Binnur Okan Bakır
Dr. Birgül Cerit
Dr. Birsal Demirbağ
Dr. Birsal Karaca Saydam
Dr. Birsal Mutlu
Dr. Buket Akıncı
Dr. Burcu Ersöz Hüseyinsinoğlu
Dr. Burcu Semin Bilgütay
Dr. Çağrıçöven Özçelik
Dr. Candan Öztürk
Dr. Caner Mutlu
Dr. Cemil Kavalcı
Dr. Çiğdem Öksüz
Dr. Derya Çelik
Dr. Derya Dikmen
Dr. Dilek Aygün
Dr. Dilek Coskuner Potur
Dr. Doğaç Özüçelik
Dr. Duygu Gözen
Dr. Ebru Mkaya Mutlu
Dr. Eda Yılmaz Alarçın
Dr. Eda Dolgun
Dr. Ela Tarakçı
Dr. Elanur Yılmaz Karabulutlu

Dr. Elçin Dereli
Dr. Elif Dinçerler
Dr. Elif Ünsal Avdal
Dr. Elif Burcu Bali
Dr. Emelyeşilkayalı
Dr. Emel Ege
Dr. Emine Kıyak
Dr. Emine Aktas Kurtulus
Dr. Ergül Aslan
Dr. Esin Çeber Turfan
Dr. Esma Demirezen
Dr. Fatma Ay
Dr. Fatma Sayiner
Dr. Fatma Çetin
Dr. Fatma Öz
Dr. Fatma Esra Güneş
Dr. Fikret Büyükkaya
Dr. Gizem Irem Kınıklı
Dr. Gökşen Kuran Aslan
Dr. Gonca Bumin
Dr. Gonul Acar
Dr. Gönül Acar
Dr. Gül Ünsal
Dr. Gül Pınar
Dr. Gülbahar Keskin
Dr. Gülbeyaz Can
Dr. Gulbu Tanriverdi
Dr. Gülcan Kar Şen
Dr. Gülçin Bozkurt

Dr. Gülhan Samur
Dr. Güliz Onat Bayram
Dr. Gülnaz Karatay
Dr. Gülnur Akkaya
Dr. Gülsü Özentürk
Dr. Gülümser Dolgun
Dr. Hacer Karanisoğlu
Dr. Hacer Karanisoğlu
Dr. Hafize Öztürk Can
Dr. Hakan Acar
Dr. Hakan Topaçoğlu
Dr. Halim İşsever
Dr. Handan Güler
Dr. Handan Zincir
Dr. Haris Begoviç
Dr. Hasibe Kadioğlu
Dr. Hatice Yıldız
Dr. Hatice Ulusoy
Dr. Hava Özkan
Dr. Havva Sert
Dr. Hicran Yıldız
Dr. Hilmiye Aksu
Dr. Hülya Kayıhan
Dr. Hülya Bilgin
Dr. Hülya Üstündağ
Dr. Hülya Demir
Dr. Hülya Okumuş
Dr. Hüsniye Dinç
Dr. İlhan Kerem Şenel
Dr. İlkay Güngör
Dr. İlkşan Demirbüken
Dr. İpek Yeldan
Dr. Işıl Işık Andsoy
Dr. Kadriye Buldukoğlu
Dr. Leman Kutlu
Dr. Leyla Erdim
Dr. Leyla Küçük
Dr. Makbule Gezmen Karadağ
Dr. Mehmet Yazıcı
Dr. Mehmet Top
Dr. Mehveş Tarım
Dr. Melahat Akgün Kostak
Dr. Melda Soysal
Dr. Melek Esin
Dr. Melike Dişsiz

Dr. Meltem Kürtüncü
Dr. Meral Madenoğlu Kıvanç
Dr. Meryem Yavuz Van Giersbergen
Dr. Mine Uyanık
Dr. Mostafa Norizadeh Tazehkand
Dr. Nazan Oran
Dr. Nazan Karahan
Dr. Nazende Korkmaz Yıldız
Dr. Nazmiye Yıldırım
Dr. Nejla Canbulat Şahiner
Dr. N. Ekin Akalan
Dr. Neriman Zengin
Dr. Neriman Soğukpınar
Dr. Neriman Zng
Dr. Nermin Olgun
Dr. Neşe Çelik
Dr. Neslihan Özcan
Dr. Nevin Şahin
Dr. Nevin Çıtak Bilgin
Dr. Nilay Çömük
Dr. Nilgün Sarp
Dr. Nilgün Ulutaşdemir
Dr. Nuran Gençtürk
Dr. Nurdan Demirci
Dr. Nur Elçin Boyacıoğlu
Dr. Nursen İlçin
Dr. Nursen Nahcivan
Dr. Nurten Kaya
Dr. Ömer Yaman
Dr. Özgür Alparslan
Dr. Özgür Alparslan
Dr. Özgür Karcıoğlu
Dr. Özkan Özden
Dr. Özlem Mert
Dr. Özlem Soyluk Selçukbiricik
Dr. Panagiotis V. Tsaklis
Dr. Rabia Etki Genç
Dr. Reyhan Saydam
Dr. Saadet Yazıcı
Dr. Saime Erol
Dr. Salih Özsarı
Dr. Sebahat Gözüm
Dr. Seher Özyürek
Dr. Selda Çelik
Dr. Selda Seçginli

Dr. Selma Söyük
Dr. Sema Kuguoglu
Dr. Semra Oğuz
Dr. Sena Dilek
Dr. Serap Ejder Apay
Dr. Serap Balcı
Dr. Serap Ünsar
Dr. Serap Kaya
Dr. Sevgi Sevi Yeşilyaprak
Dr. Sevil İnal
Dr. Sevil Uzer
Dr. Sevim Çelik
Dr. Sevim Ulupınar
Dr. Sezgin Sarıkaya
Dr. Sibel Öztürk
Dr. Sibel Asi Karakaş
Dr. Sıdıka Kaya Hakem
Dr. Sıdıka Oğuz
Dr. Süheyla Özsoy
Dr. Şule Alpar Ecevit
Dr. Sultan Alan
Dr. Taner Artan Hakem
Dr. Tuba Kuru Çolak
Dr. Tülay Yılmaz
Dr. Tümer Ulus
Dr. Ummahan Yücel
Dr. Ümran Oskay
Dr. Veli Duyan Hakem
Dr. Vesile Ünver Hakem
Dr. Yasemin Akdevelioğlu
Dr. Yeliz Akkuş
Dr. Yıldız Analay Akbaba
Dr. Yonca Zenginler
Dr. Zahra Polat
Dr. Zehra Büyüktuncer Demirel
Dr. Zekiye Karaçam
Dr. Zeliha Tülek
Dr. Zeliha Yürük
Dr. Zeliha Başkurt
Dr. Zeynep Tosun
Dr. Zeynep Erdoğan

*İlk isme göre alfabetik sıralama yapılmıştır.

YAYIN KURALLARI

SAĞLIK BİLİMLERİ VE MESLEKLERİ DERGİSİ (HSP) İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından çift kör hakemlik ilkeleri doğrultusunda yayınlanan açık erişimli bilimsel bir yayın organıdır.

Derginin editöryel ve yayın süreçleri International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), Committee on Publication Ethics (COPE) organizasyonlarının kılavuzlarına uygun olarak biçimlendirilmiştir.

Dergi ŞUBAT, HAZİRAN ve EYLÜL aylarında olmak üzere yılda 3 sayı yayınlanır. Türkçe ve İngilizce illerinde yayın kabul edilir. Daha önce başka bir yerde yayınlanmamış ve başka bir derginin hakem değerlendirmesinde olmayan, Dergi Yazı Kurulu (Editorial Board) ve Yayın Danışma (Hakem) Kurulu tarafından değerlendirilerek yayınlanmaya uygun bulunan yazılar basılır. Basılması uygun görülmeyen yazılar geri iade edilmez. Yayınlanan yazı ve resimlerin tüm hakları dergiye aittir. Dergiden alıntı yapıldığı takdirde dergi kaynak olarak belirtilmelidir.

Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi'ne gönderilen tüm makaleler çift-kör hakem değerlendirme sürecinden geçmektedir. Tarafsız değerlendirme sürecini sağlamak için her makale alanlarında uzman en az iki dış-bağımsız hakem tarafından değerlendirilir. Dergi Yayın Kurulu üyeleri tarafından gönderilecek makalelerin değerlendirme süreçleri, davet edilecek dış bağımsız editörler tarafından yönetilecektir. Bütün makalelerin karar verme süreçlerinde son karar yetkisi Baş Editör 'dedir.

YAYIN KURALLARI BİLİMSSEL SORUMLULUK ETİK SORUMLULUK

Dergi, "İnsan" ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygunluk (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>) ilkesini kabul eder. Bu tip çalışmaların varlığında yazarlar, makalenin GEREÇ VE YÖNTEM bölümünde bu prensiplere uygun olarak etik kurul izni (sayı-numara) ve çalışmaya katılmış insanlardan "Bilgilendirilmiş Olur" (informed consent) aldıklarını belirtmek zorundadır. Çalışmada "Hayvan" ögesi kullanılmış ise yazarlar, makalenin GEREÇ VE YÖNTEM bölümünde Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (www.nap.edu/catalog/5140.html) prensipleri doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve etik kuruldan onay aldıklarını belirtmek zorundadır. Olgu sunumlarında hastanın kimliğinin ortaya çıkmasına bakılmaksızın hastalardan "Bilgilendirilmiş Olur" (informed consent) alınmalıdır. Eğer makalede doğrudan-dolaylı 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 bildirmek zorundadır.

Makalelerin etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Makalede "Etik Kurul Onayı" alınması gerekli ise; alınan belge online olarak, Makale Gönderim" linkindeki ek dosyalar bölümünden, gönderilmelidir. Makalenin değerlendirilmesi aşamasında, yayın kurulunun gerek görmesi halinde, makale ile ilgili araştırma verilerinin ve/veya etik kurul onayı belgesinin sunulması yazarlardan talep edilebilir.

SAĞLIK BİLİMLERİ VE MESLEKLERİ Dergisi'nde daha önce başka bir yerde yayınlanmamış ve başka bir derginin hakem değerlendirmesinde olmayan, Dergi Yazı Kurulu (Editorial Board) ve Yayın Danışma (Hakem) Kurulu tarafından değerlendirilerek HSP dergisinde yayınlanmaya uygun bulunan yazılar basılır. Basılması uygun görülmeyen yazılar geri iade edilmez. Yayınlanan yazı ve resimlerin tüm hakları dergiye aittir. Dergiden alıntı yapıldığı takdirde dergi kaynak olarak belirtilmelidir. Makalelerin bilimsel kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

Tüm yazarların gönderilen makalede akademik-bilimsel olarak doğrudan katkısı olmalıdır. Yazar katkıları hakkındaki bilgi makale başlık sayfası ile birlikte yüklenmelidir. Makale gönderme sisteminde başlık sayfasının içinde yer almaktadır. Yazar olarak belirlenen isimler makaledeki çalışmayı planlamalı veya yapmalı, makaleyi yazmalı veya revize etmeli ve son halini kabul etmelidir.

BİYOİSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Makalelerin biyoistatistiksel kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Tüm retrospektif, prospektif ve deneysel araştırma makaleleri biyoistatistiksel olarak değerlendirilmeli ve uygun plan, analiz ve raporlama ile belirtilmelidir. Makalelerde p değerleri açık olarak verilmelidir (p= 0.025; p= 0.524 gibi). Araştırma makaleleri dergiye gönderilmeden önce, biyoistatistik uzmanı tarafından değerlendirilmeli ve uzmanın ismi yazarlar arasında ya da makalenin sonunda yer almalıdır.

YAZIM DİLİ YÖNÜNDE DEĞERLENDİRME

Makalelerin yazım ve dil bilgisi kurallarına uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Derginin yayın dili Türkçe ve İngilizcedir. Türkçe makalelerde Türk Dil Kurumu'nun Türkçe sözlüğü veya www.tdk.gov.tr adresi

esas alınmalıdır. İngilizce makaleler ve İngilizce özetler, dergiye gönderilmeden önce dil uzmanı tarafından değerlendirilmeli, uzman onayı editöre sunum sayfasında özellikle belirtilmelidir. Makaleyi, İngilizce yönünden değerlendiren, yazarlardan biri değil ise bu kişinin ismi makalenin sonunda bulunan TEŞEKKÜR (Acknowledgement) bölümünde belirtilebilir.

YAYIN HAKKI

Yazılardaki düşünce ve öneriler tümüyle yazarların sorumluluğundadır. Yayımlanmak üzere kabul edilen yazıların her türlü yayın hakkı dergiyi yayımlayan kuruma aittir. Makale yazarlarına, yazıları karşılığında herhangi bir ücret ödenmez. Yayın Hakları Devir Formu "nu doldurup, makale gönderim" linkindeki bölümden makale ile birlikte göndermelidirler.

YAZI ÇEŞİTLERİ

ORJİNAL ARAŞTIRMA: Kliniklerde yapılan prospektif-retrospektif ve her türlü deneysel çalışmaları kapsar. Sayfa sayısı kaynaklar dışında en fazla 12 olmalıdır.

1. Başlık sayfası: Makaleden ayrı gönderilmeli. Çalışmanın İngilizce ve Türkçe başlığı, yazarların adı, soyadı, unvanları, ORCID numaraları ve iletişim bilgilerini içermelidir. Ana metinden ayrı ek dosya olarak sisteme yüklenmelidir. Yazı daha önce bilimsel bir toplantıda sunuldu ise yazının başlık sayfasında belirtilmeli ve başlık sayfasında toplantı adı, yer ve tarihi açıklanmalıdır. Araştırma bilim uzmanlığı ya da doktora tezinden oluşmuş ise başlık sayfasında belirtilmeli ve başlık sayfasında Enstitüsü, Yılı, Yüksek Lisans veya Doktora tezi olduğu açıklanmalıdır.
2. Çalışma (1)Türkçe İngilizce başlık, (2)Türkçe ve İngilizce özet, (3) ana makale metni şeklinde sisteme yüklenmeli. Çalışmanın ana metni içinde yazarların kimlik bilgisini, belirten herhangi bir ifade olmamalıdır. Ana Başlıklar 11 punto (**Times New Roman**) , Özet 10 punto (**Times New Roman**) , ana makale metni 11 punto (**Times New Roman**) olmalıdır. Ana ve alt başlıklardan sonra gelen cümle sola yaslanmalı ve paragraf girintisi olmamalı. İlk paragraftan sonra ana metin içinde yer alan bütün paragraf başlarına 1 cm'lik boşluk bırakılmalı. İki paragraf arasında 1.5 cm'den daha fazla boşluk bırakılmamalıdır.
3. Özetler 200-250 kelime, 10 punto (**Times New Roman**) amaç, gereç ve yöntem, bulgular ve sonuç bölümlerini içermelidir. Türkçe ve İngilizce kısaltma kullanılmamalıdır.
4. Anahtar Kelimeler en az 2 adet, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. Kelimeler birbirlerinden virgül (.) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler "Medical Subject Headings (MESH)"e uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri (TBT)'ne uygun olarak verilmelidir (Bkz:www.bilimterimleri.com).
5. Giriş
6. Gereç ve Yöntem
7. Bulgular (Tablo sayısı 4'ü aşmamalıdır. Tablolar kaynaklar bölümünün sonuna konulmalıdır)
8. Tartışma
9. Sonuç
10. Teşekkür
11. Kaynaklar (Kaynak numaraları Asılı, 0.5 cm)
12. Tablo, grafik, şekil (Microsoft World oluşturulmalı, Tablonun ilk sütununa başlık, son sütununa dip notlar yazılmalıdır)

DERLEME

Sağlık Bilimlerini ve Mesleklerini alanında güncel literatürü içine alacak şekilde hazırlanmalı. İnceleme yapılan konular derinlemesine ele alınmalı, okuyuculara anlamlı bilgiler sağlamalıdır. Yazarın konu ile ilgili basılmış yayınlarının olması özellikle tercih nedenidir. Sayfa sayısı kaynaklar dışında en fazla 12 olmalıdır.

1. Başlık sayfası: Makaleden ayrı gönderilmeli. Çalışmanın İngilizce ve Türkçe başlığı, yazarların adı, soyadı, unvanları, ORCID numaraları ve iletişim bilgilerini içermelidir ve yazı metninden ayrı olarak ek dosya ile sisteme yüklenmelidir. Yazı daha önce bilimsel bir toplantıda sunuldu ise yazının başlık sayfasında belirtilmeli ve başlık sayfasında toplantı adı, yer ve tarihi açıklanmalıdır. Araştırma bilim uzmanlığı ya da doktora tezinden oluşmuş ise başlık sayfasında belirtilmeli ve başlık sayfasında Enstitüsü, Yılı, Yüksek Lisans veya Doktora tezi olduğu açıklanmalıdır.
2. Sisteme yüklenilecek ana metin (1)Türkçe, İngilizce başlık, (2) Türkçe ve İngilizce özet ve (3) ana metin şeklinde olmalıdır. Ana metin içinde yazarların kimlik bilgisini belirten herhangi bir ifade olmamalıdır. Ana Başlıklar 12 punto (**Times New Roman**) , özet 10 punto (**Times New Roman**), ana makale metni 11 punto (**Times New Roman**) olmalıdır. Ana ve alt başlıklardan sonra gelen cümle sola yaslanmalı ve paragraf girintisi bırakılmamalı. İlk paragraftan sonra ana metin içinde yer alan bütün paragraf başlarına 1 cm'lik boşluk bırakılmalı. İki paragraf arasında 1.5 cm'den daha fazla boşluk bırakılmamalıdır.

3. Özetler 200-250 kelime, 10 punto (**Times New Roman**) olmalıdır. Türkçe ve İngilizce kısaltma kullanılmamalıdır.
4. Anahtar Kelimeler en az 2 adet, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. Kelimeler birbirlerinden virgül (,) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler “Medical Subject Headings (MESH)”e uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri (TBT)’ne uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.bilimterimleri.com).
5. Konu ile ilgili ana ve alt başlıklar (metin içinde grafik, tablolar referansların sonuna konulmalıdır)
6. Kaynaklar (11 punto) (**Times New Roman**) (Kaynak numaraları asılı, 0.5 cm)
7. Tablo, grafik, şekil (Microsoft Word oluşturulmalı, Tablonun ilk sütununa başlık, son sütununa dip notlar yazılmalıdır)

OLGU SUNUMU:

Nadir görülen, tanı ve tedavide farklılık gösteren makalelerdir. Yeterli sayıda fotoğraflarla ve şemalarla desteklenmiş olmalıdır. Kaynaklar dışında en fazla 8 sayfa olmalı

1. Başlık sayfası: Makaleden ayrı gönderilmeli. Çalışmanın İngilizce ve Türkçe başlığı, yazarların adı, soyadı, unvanları, ORCID numaraları ve iletişim bilgilerini içermelidir ve yazı metninden ayrı olarak ek dosya ile sisteme yüklenmelidir.
2. Sisteme yüklenilecek ana metin (1)Türkçe, İngilizce başlık, (2) Türkçe ve İngilizce özet ve (3) ana metin şeklinde olmalıdır. Ana metin içinde yazarların kimlik bilgisini belirten herhangi bir ifade olmamalıdır. Ana Başlıklar 12 punto (**Times New Roman**) , özet 10 punto (**Times New Roman**) , ana makale metni 11 punto (**Times New Roman**) olmalıdır. Ana ve alt başlıklardan sonra gelen cümle sola yaslanmalı ve paragraf girintisi bırakılmamalı. İlk paragraftan sonra ana metin içinde yer alan bütün paragraf başlarına 1 cm'lik boşluk bırakılmalı. İki paragraf arasında 1.5 cm'den daha fazla boşluk bırakılmamalıdır.
3. Özetler 200-250 kelime, 10 punto (**Times New Roman**) olmalıdır. Türkçe ve İngilizce kısaltma kullanılmamalıdır.
4. Anahtar Kelimeler en az 2 adet, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. Kelimeler birbirlerinden virgül (,) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler “Medical Subject Headings (MESH)”e uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri (TBT)’ne uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.bilimterimleri.com).
5. Özet (Ortalama 150-200 kelime, 10 punto (**Times New Roman**), yazının içeriğini yansıtmalı, Türkçe ve İngilizce, kısaltma kullanılmamalı)
6. Giriş
7. Olgu Sunumu
8. Tartışma
9. Kaynaklar

EDİTÖRYEL YORUM/TARTIŞMA

Yayımlanan orijinal araştırma makalelerinin, araştırmanın yazarları dışındaki, o konunun uzmanı tarafından değerlendirilmesidir. İlgili makalenin sonunda yayımlanır.

EDİTÖRE MEKTUP

1. Son bir yıl içinde dergide yayımlanan makaleler ile ilgili okuyucuların değişik görüş, tecrübe ve sorularını içeren en fazla 500 kelimelik yazılardır.
2. Başlık ve özet bölümleri yoktur.
3. Kaynak sayısı 5 ile sınırlıdır.
4. Hangi makaleye (sayı, tarih verilerek) ithaf olunduğu belirtilmeli ve sonunda yazarın ismi, kurumu, adresi bulunmalıdır. Mektuba cevap, editör veya makalenin yazar(lar)ı tarafından, yine dergide yayımlanarak verilir.

BİLİMSEL MEKTUP

1. Genel tıbbi konularda okuyucuyu bilgilendiren, basılmış bilimsel makalelere de atıfta bulunarak o konuyu tartışan makalelerdir.
2. Özet (ortalama 100-150 kelime; bölümsüz, Türkçe ve İngilizce)
3. Konu ile ilgili başlıklar
4. Kaynaklar

TIBBİ KİTAP DEĞERLENDİRMELERİ

Güncel değeri olan ulusal veya uluslararası kabul görmüş kitapların değerlendirmeleridir.

KAYNAKLAR YAZIMI

Kaynaklar metinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalı ve ana metnin hemen bitiminden sonra yer almalıdır. Dergi adları Index Medicus'a göre kısaltılmış olarak sunulmalıdır. Standart dergide yayınlanmış bir makalede, yazar sayısı 6 ve daha az ise, tüm yazarların adı yazılmalı; yazar sayısı 6'dan çok ise, ilk 6 yazar yazılmalı ve diğerleri "et al." olarak belirtilmelidir.

Endnote kullanacak yazarlar Endnote programı içerisinde bulunan "VANCOUVER" stilini kullanmalıdır.

Vancouver stilinde verilen bir referansta mutlaka olması gereken bilgiler aşağıda belirtilmiştir:

- Yazar(lar) ad(ları),
- Makale adı,
- Dergi adı (Index Medicus'a göre kısaltılmış),
- Basım yılı,
- Dergi volümü ve sayısı,
- Sayfa aralığı (Ör:10-15).

Kaynak yazım kuralları ve örnekleri aşağıdaki gibidir:

- 1- Kaynaklar metinde cümle sonunda parantez içinde Arabik rakamlarla gösterilmelidir. Birden çok kaynağa atılırsa, kaynaklar arasında virgül konulmalı ve virgülden önce ya da sonra boşluk bırakılmamalıdır.

Örnek

Çalışmalardagörülmektedir (3,11-14).

Bu çalışmadan elde edilen verilere göre göstermiştir (21).

White ve ark. (12) çalışmalarındagöstermiştir.

- 2- Makalede bulunan yazar sayısı 6 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, 7 veya daha fazla ise ilk 6 isim yazılıp "et al." eklenmelidir. Kaynak yazımı için kullanılan format Index Medicus'ta belirtilen şekilde olmalıdır (Bkz: www.icmje.org).

Örnek

Çakır Koçak Y, Öztürk Can H, Yücel U. Academic and physical profile of midwifery department in Turkey. Clin Reh. 2017;4(2):88-97.

- 3- Orijinal basımı Türkçe olan kaynakların başlığı [] içinde ve İngilizce olarak yazılmalıdır. Örnek: Yazar(lar). Türkçe İsim [İngilizce İsim]. Türkçe Dergi İsmi [İngilizce Dergi ismi] yıl;cilt(sayı):sayfa numarası.

Örnek

Çakır Koçak Y, Öztürk Can H, Yücel U. Türkiye'de Ebelik Bölümlerinin Akademik ve Fiziki Profili [Academic and physical profile of midwifery department in Turkey]. HSP, 2017;4(2):88-97.

- 4- **Kitap**

Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, editörün(lerin) ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.

Örnekler:

Solcia E, Capella C, Kloppel G. Tumors of the exocrine pancreas. Tumors of the Pan creas. 2nd ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1997. p.145-210.

Türkçe kitaplar için

- Eken A. Kozmesötik Etkin Maddeler [Cosmeceutical ingredients: drugs to cosmetics products]. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2006. p.1-7.

- 5- **Kitap bölümü**

Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, editörün(lerin) ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.

Örnekler:

- Underwood LE, Van Wyk JJ. Normal and aberrant growth. In: Wilson JD, Foster DW, eds. Wiliams' Textbook of Endocrinology. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1992. p.1079-138.
- Tür A. [Emergency airway management and endotracheal intubation]. Şahinoğlu AH, editör. Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri. 2. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2003. p.9-16.

Yazarı Belirsiz Kitaplar

Örnekler

- The 1995 NEA almanac of higher education. Washington DC: National Education Association;1995.p.150-155.
- Ministry of Health and Social Welfare: Health Statistics Yearbook, Ankara Publications of Ministry of Health, 2010.

6- Web Sitesi

Yazarlı Web Sayfası

Yazar. Yayın başlığı. Yayın yeri (Varsa): Yayın kuruluşu/yayıncı (varsa); Yayınlanma tarihi (Güncelleme tarihi; Erişim tarihi). Erişim adresi

Örnek:

- Atherton J. Behaviour modification 2010 [updated 2010 Feb 10; cited 2010 Apr 10].
- Available from: <http://www.learningandteaching.info/learn> Yayın yeri (Varsa) ng/b ehaviour_mod.htm

Yazarsız Web

Yazar/organizasyonun adı. Sayfanın başlığı [Internet], Yayının Sayfası tarihi, Güncelleme tarihi. Erişim adresi:

Örnek:

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Yeterli ve Dengeli Beslenme 2014. (Güncelleme tarihi; Erişim tarihi:) Erişim adresi:

<http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=47>

Yazının Sisteme Yüklenmesi: <http://dergipark.gov.tr/login> sayfasından sisteme kayıt olduktan sonra makalenizi gönderebilirsiniz.

8- On-line yayınlarda DOI kabul edilebilir online referanstır

Örnek:

Degenhardt L, Bohnert KM, Anthony C. Assessment of cocaine and other drug dependence in the general population: 'Gated' vs. 'ungated' approaches. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2008 Mar 1 [cited 2010 Apr 15]; 93(3):227-232. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756072/DOI:10.1016/j.drugalcdep.2007.09.024>.

Spastik Kuadriparetik Serebral Palsili Çocukların Beslenme Davranışları İle Beslenme Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Araştırılması

The Investigation of The Relationship Between Nutritional Behaviors and Nutrition Levels of Spastic Quadriparetic Cerebral Palsy Children

Seda AYZAZ TAŞ^a, Tamer ÇANKAYA^b

ÖZ Amaç: Spastik Kuadriparetik Serebral Palsi'li çocuklarda beslenme davranışlarının araştırılıp, bunların beslenme düzeyleri ve kaba motor fonksiyon seviyesiyle ilişkisinin belirlenmesidir. **Gereç ve Yöntemler:** Çalışmaya Spastik Kuadriparetik Serebral Palsi'li, 2-15 yaş aralığında 56 çocuk dahil edildi. Çocukların yaş, boy uzunluğu, vücut ağırlığı, vücut kütle indeksi (VKİ) ile doğum kilosu ve gestasyonel yaşları kaydedildi. Bireylerin beslenme davranışını değerlendirmek üzere Davranışsal Pediatrik Beslenme Değerlendirme Skalası uygulandı. Kaba motor fonksiyon seviyeleri, Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi'ne göre belirlendi. Beslenme düzeyleri ise; yaşa göre vücut kütle indeksi persentil eğrileri kullanılarak saptandı. **Bulgular:** Kaba motor fonksiyon seviyesine göre, 56 çocuktan 10'u seviye 3 (%17.9), 12'si seviye 4 (%21.4) ve 34'ü seviye 5'ti (%60.7). Yetersiz beslenme, normal beslenme, kilolu ve obez grupları arasında, beslenme davranışları ile ilgili olarak toplam sıklık skoru ($p<0,0001$) ve toplam problem skoru ($p=0,0005$) değerleri açısından anlamlı fark bulundu. Kaba motor fonksiyon seviyesine göre seviye 3, seviye 4 ve seviye 5 grupları arasında toplam sıklık skoru açısından anlamlı fark bulundu ($p=0,004$). **Sonuç:** Serebral Palsi'li çocuklarda davranış problemlerini inceleyen birçok çalışma olmakla birlikte bu çocukların beslenme davranışları üzerine oldukça az kanıt vardır. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak, Kuadriparetik Serebral Palsi'li çocukların kaba motor fonksiyon seviyesinin kötüleşmesinin beslenme davranış problemlerini artırdığı ve bu durumun bakım veren üzerinde stres oluşturduğu bulundu. Ayrıca çocukların beslenme davranışlarının beslenme düzeylerini de etkilediği görüldü. Yani sağlıklı bir büyüme gelişmenin temeli olan beslenme düzeyi, beslenme davranışı kötü olan bireylerde olumsuz etkilenebilmektedir. **Anahtar sözcükler:** Beslenme davranışı, Beslenme düzeyi, Kaba motor fonksiyon seviyesi, Oral motor disfonksiyon, Serebral Palsi.

ABSTRACT Objectives: To investigate the relationship between feeding behavior and nutritional status of children with spastic quadriparetic cerebral palsy. **Materials and Methods:** 56 children between the ages of 2 to 15 years with spastic quadriparetic cerebral palsy participated in the study. The ages, heights, body weights, body mass indexes, birth weights and gestational ages of the children were recorded. Their feeding behavior was examined by using Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scale. Their gross motor function levels was designated based on the Gross Motor Function Classification System. Their nutritional status were estimated by using age for body mass indexes percentile curves. **Results:** Three groups were formed out of 56 children based on the Gross Motor Function Classification System, namely 10 children at level 3 (17.9%), 12 at level 4 (21.4%) and 34 at level 5 (60.7%). There was a significant difference found between inadequate nutrition, normal nutrition, overweight and obese groups according to total frequency score ($p<0,0001$) and total problem score ($p=0,0005$) of feeding behavior in these children. Moreover, there was a significant difference found between Gross Motor Function Classification System level 3, level 4, level 5 according to total frequency score ($p=0,004$). **Conclusion:** Along with many studies on behavior problems in children with cerebral palsy, there is little evidence on the feeding behavior of these children. In our study, we found that worsening of the gross motor function level of children with quadriparetic cerebral palsy increased feeding behavior problems and stressed on the family/caregiver in accordance with the literature. It was also observed that the feeding behavior of the children also affected the nutritional levels. Feeding behavior was worsened and increased stress of parents as Gross Motor Function Classification System levels increased. Besides, feeding behavior affected nutritional status. Feeding behavior of spastic quadriparetic cerebral palsy created stress on parents and affected their nutritional status.

Keywords: Feeding behavior, Nutritional status, Gross motor function level, Oral motor dysfunction, Cerebral palsy.

Geliş Tarihi/Received: 25-08-2017 / Kabul Tarihi/Accepted: 29-04-2018

^a Uzm. Fzt. Özel 75.yıl Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi ORCID: 0000-0002-2778-0065

^b Dr. Öğr. Üyesi Abant İzzet Baysal Üniversitesi KD Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon YO

Sorumlu yazar /correspondence: Dr. Öğr. Üyesi Tamer Çankaya, Abant İzzet Baysal Üniversitesi KD Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon YO Gölköy Kampüsü, Bolu tamercankaya@hotmail.com

*Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim dalı, 2016, Yüksek lisans tezi

Giriş

Serebral Palsi (SP), genellikle iki yaşından önce olmak üzere erken çocukluk çağı döneminde meydana gelen statik, ilerleyici olmayan beyin lezyonu nedeniyle motor yetersizlik meydana getiren nörogelişimsel bir durumdur (1,2). Spastik tip, tüm SP tiplerinin %75'ini oluşturur. Dipleji, hemipleji ve quadriplejiyi içeren spastik tip, SP'li çocuklarda en yaygın nörolojik anomalidir. Kuadriparetik SP, tüm vücudu etkiler ve diğer tiplere göre fonksiyonel olarak daha kötüdür (3). Bu hastaların çoğunluğu motor bozukluk nedeniyle yürüyerek yiyeceğe ulaşamaz veya yemeğini ağzına götüremez, bu nedenle beslenme aktivitelerinde başka bir kişiye bağımlıdırlar (4). Dahl ve ark. (5), yetersiz beslenme ile şiddetli yetersizlik, quadripleji tanısında olma, 8 yaştan küçük olma, halen ve infand dönemde beslenme problemi yaşamış olma arasında önemli derecede ilişki bulmuşlardır.

Son 20 yılda, SP'li çocukların beslenme ihtiyaçları araştırmacıların ilgisini çekmiştir (6). Nörolojik gelişimdeki gerilik, oral motor fonksiyonları ve yutma fonksiyonunu bozar (4). Primer olarak orofaringeal inkoordinasyonla ilişkili olmak üzere; beslenme süresinin uzaması, dökerek yemenin artması ve yutma güvenliğinin azalması ile besin alımının önemli derecede azalması, SP'li çocuklardaki beslenme problemlerinin nedenleri arasındadır (6). Tüm bunlar çocuğun yeme becerisinin gelişimini bozar. Bu durum ailede stres artışı, depresyon ve yetersiz özgüven oluşumuna neden olabilir (7). Stres artışı da çocuk ve bakıcısında, sekonder problemlerin gelişimi ve artışına zemin hazırlar. Ayrıca yeme problemleri büyüme bozuklukları riskini artırır (8).

Beslenme davranışı, beslenme zamanlarında gösterilen davranışlar olarak tanımlanmaktadır (9). Çocuk ve bakım veren arasındaki beslenme davranışı, beslenmenin yapısı ve derecesinin belirlenmesinde kritik rol oynar. Beslenme davranışı, SP'li çocuklarda sıklıkla görülen oral motor disfonksiyon ve ilerletimde zorluk nedeniyle etkilenir. Oral kas kontrolünün azalması, bağımsız beslenme ve iletişim becerilerini etkiler, bu sebeple çocuk aç olduğunu bakıcısına bildiremez. Ayrıca SP'li çocuklarda nütrisyonel ve sosyoemosyonel problemler sonucu beslenme davranışında güçlükler yaşanır (10).

Yemek zamanı sosyal ilişkilerin kurulması için önemlidir (11). Beslenme bozuklukları çocuğun anneyle etkileşimini etkiler. Anne ile çocuk arasındaki etkileşimin kalitesi yemek zamanının uzunluğu ve/veya stresi nedeniyle etkilenebilir. Veness ve Reilly (12), yemek zamanındaki iletişim davranışının çoğunun anne tarafından yapıldığını gözlemlemişlerdir. Beslenme bozukluğunun şiddetinin, çocuğun etkileşim paterniyle ilişkili olduğu, ancak annenin etkileşim paterniyle ilişkili olmadığından bahsetmektedir. Aileler çocuklarının yememesinden kaynaklanan gelecekteki

büyüme ve sağlık problemleri ilgili endişe duyarlar. Beslenme problemleri ebeveyn stresini ve destek ihtiyacını artırır, sosyal katılımı azaltır (13). Çocuklarda yemek yeme davranışı ve stratejilerinin geliştirilmesi beslenmeyi pozitif olarak etkiler, yemek içeriğinin değiştirilmesi konusunda aileye cesaret verir, uzun dönem, sağlıklı ve tutarlı yemek yeme davranışı oluşmasını sağlayabilir (14).

Yemek zamanındaki davranışlarla ilgili çalışmalar oldukça azdır. Anne ve SP'li çocuğun yemek sırasındaki etkileşimleri ve beslenmenin araştırılması; uygulanması gereken tedavilerin ve davranışların belirlenmesi için önemlidir (12). Bu bilgilerden yola çıkarak çalışmamızda; kuadriparetik SP'li bireylerin beslenme problemleri ve beslenme davranışlarının arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlandı. Böylece çalışmamız, büyüme ve beslenme düzeyi açısından risk altındaki bu çocukların, besin alımı ile birlikte, beslenme davranışlarının da değerlendirilmesi ve buna yönelik tedavi stratejilerinin belirlenmesi konusunda yol gösterici olacaktır.

Gereç ve Yöntemler

Bu çalışmaya 66 spastik kuadriparetik SP'li çocuk değerlendirmeye alındı ancak bu olgulardan 56'sı çalışmaya dahil edildi. Bireyler Eylül 2013 ile Şubat 2014 tarihleri arasında değerlendirildi. Üniversite Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izin alındıktan sonra (23625361-050.01.04-194) çalışmaya dahil edilen çocukların ebeveynleri çalışma hakkında bilgilendirilip onay formu imzalatıldı. Kuadriparetik spastik tip SP tanısı konmuş, 2-15 yaşları arasında olan, ebeveynlerinden rıza gösterdiklerine dair onay alınan çocuklar araştırmaya dahil edilirken, gastrostomi/nazogastrik tüp ile beslenen, oral olarak beslenemeyen ve mekanik ventilatör kullanan çocuklar araştırmaya dahil edilmedi.

Çalışmaya dahil edilen çocukların yaş, cinsiyet, boy uzunluğu, vücut ağırlığı, doğum kilosu, gestasyonel yaş gibi demografik bilgileri kaydedildi. Boy uzunlukları çocuklar sırt üstü pozisyonda yatarken mezura ile ölçülerek metre cinsinden, vücut ağırlıkları ise çocukların anneleri ile birlikte tartıldığı ağırlıktan annelerinin vücut ağırlığı çıkarılarak bulundu ve kilogram cinsinden kaydedildi. VKİ, olguların vücut ağırlıklarının (kilogram cinsinden) boy uzunluklarının (santimetre cinsinden) karesine bölünmesiyle hesaplandı (kg/m²).

Yaşa göre VKİ değerleri; Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) belirlediği, Türk çocuklar için geliştirilen büyüme eğrileri temel alınarak saptandı. Buna göre; 5 persentil ve altı "yetersiz beslenme", 6-15 persentil arası "zayıf", 16-85 persentil arası "normal", 86-95 persentil arası "aşırı kilo için artmış risk" ve 95 persentilin üstü "şişman" (obez) olarak adlandırıldı (15). Çalışmamızda 6-15 persentil arası çocuk

bulunmamaktaydı. 86-95 persentildeki ve 95 persentilin üstündeki çocuklar birleştirilip bir grup meydana getirildi. Sonuç olarak çalışmamızda üç grup oluşturuldu; 5. persentilin altı "yetersiz beslenme", 16.-85. persentil arası "normal" ve 86. ve üzeri persentil "aşırı kilolu-obez" grupları oluşturuldu.

Kaba motor fonksiyon seviyeleri, Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemine (Gross Motor Function Classification System (GMFCS)) göre belirlendi. GMFCS SP'li çocukların kaba motor fonksiyonlarını sınıflamak için, Palisano ve arkadaşlarının (16) 1997'de geliştirdikleri 5 seviyeli bir sınıflama sistemidir. Hareketi bağımsız başlatabilme, oturma ve yürüme fonksiyonları üzerine sınıflandırır. GMFCS, 2007 yılında genişletilmiş ve 12-18 yaşlar arasındaki gençler için de yaş aralığı eklenmiştir (17). Sistemin geçerlilik ve güvenilirliği 2012 yılında El ve ark. (18) tarafından yapılmıştır. Güvenilirlik katsayısı 2 yaş altı çocuklar için 0,98, 2-4 yaş arası çocuklar için 0,97, 4-6 yaş arası için 0,94, 6-12 yaş arası için 0,98 ve 12-18 yaş arası için 0,97 olarak belirlenmiştir. Test-tekrar test güvenilirliği 0,94'tür. Çocukların kaba motor fonksiyon seviyelerine, ilgili yaş aralıklarında değerlendirilmeleri ile karar verildi. Buna göre 56 Kuadriplejik SP'li bireyden 10'u seviye 3 (17.9%), 12'si seviye 4 (%21.4) ve 34'ü seviye 5 (%60.7) olmak üzere toplam üç grup oluşturuldu.

Çalışmamızda bireylerin beslenme davranışını değerlendirmek üzere Davranışsal Pediatrik Beslenme Değerlendirme Skalası (Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scale (BPFAS)) uygulandı. 2001 yılında Crist ve Napier Philips (19) tarafından geliştirilen bu skala 35 sorudan oluşmaktadır. 25 soru çocuğun yeme davranışını, 10 soru ebeveynin davranışını inceler. Her bir soru için 5 skor bulunmaktadır. Bu skorlardan 1: asla, 5: her zaman olmak üzere 1'den 5'e kadar artan derecelerde puanlama verildi. Anketteki sorulardaki davranışlar ebeveyn için problem teşkil ediyorsa EVET, problem teşkil etmiyorsa HAYIR işaretlendi. Sorulardaki toplam EVET sayısı toplam problem skorunu oluşturdu. Tüm sorulardaki frekans skorları

toplandı. Ardından 1., 3., 5., 6., 8., 9., 16., 29., 30. sorulardaki frekans skorları toplandı. Tüm soruların

Tablo 1. Çocukların kaba motor fonksiyonlarına göre yaş, boy, vücut ağırlığı ve vücut kütle indeks ortalamaları

	GMFCS			x ²	p
	Seviye 3	Seviye 4	Seviye 5		
Yaş*	7.8±4.40	6.87±4.08	8.8±3.79	2.936	0.230
Vücut ağırlığı*	24.25±11.51	23.04±11.76	19.66±9.09	1.417	0.492
				F	p
Boy uzunluğu¶	1.15±17.14	1.10±18.52	1.17±22.09	0.437	0.648
VKİ¶	17.31±4.14	17.63±3.90	14.05±5.77	2.950	0.061

* Kruskal Wallis

¶ One Way Anova

frekans skorları toplamından 1., 3., 5., 6., 8., 9., 16., 29., 30. sorulardaki frekans skorları toplamı çıkarıldı. 60'tan 1., 3., 5., 6., 8., 9., 16., 29., 30. sorulardaki frekans skorları toplamı çıkarıldı. İlk çıkarma işlemindeki sonuçla ikinci çıkarma işlemindeki sonuç toplandı. Ortaya çıkan sonuç toplam frekans skorunu oluşturdu. Beslenme durumunun belirlenmesi için 84 referans skorudur. Toplam frekans skoru 84'ten fazlaysa normal değerden önemli ölçüde yüksek, toplam problem skoru 9'dan fazla ise normal değerden önemli ölçüde yüksek olarak kabul edildi.

İstatistiksel analizler SPSS 20 demo istatistik programı kullanılarak gerçekleştirildi. Bireylerin boy uzunluğu (p=0.075), vücut kütle indeksi (p=0.186) ve toplam sıklık skoru (p=0.200) Kolmogorov-Smirnov testine göre normal dağılıma uyduğundan dolayı gruplar arası karşılaştırmaların analizinde One Way Anova testi kullanıldı. Gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Post hoc Bonferroni testi kullanıldı. Bireylerin yaş (p=0.005), vücut ağırlığı (p<0.001) ve toplam problem skorları (p=0.007) ise Kolmogorov-Smirnov testine göre normal dağılıma uymadığından gruplar arası karşılaştırmaların analizinde Kruskal Wallis testi kullanıldı. Gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Post hoc Dunn testi kullanıldı. Kullanılan testler için p<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışma için 66 kuadriparetik SP tanılı çocuk değerlendirmeye alınmıştır. On birey dahil edilme kriterlerinden yaş kriterine uymadığından çalışmaya dahil edilmedi. Bu nedenle çalışmamız toplamda 56 birey ile tamamlanmıştır. Kaba motor fonksiyonlarına göre seviye 3, seviye 4 ve seviye 5 olarak 3 gruba ayrılan bireylerin yaş ortalamaları sırasıyla 7.8, 6.8, 8.8 yıl olarak bulundu (p=0,230). Boy ortalamaları sırasıyla 115.4 cm, 110.9 cm, 117.3 cm olarak belirlendi (p=0,648). Vücut ağırlıkları sırasıyla 24.5 kg, 23.04 kg, 19.66 kg (p=0,492); vücut kütle indeksleri ise 17.31 kg/m², 17.63 kg/m², ve 14.05 kg/m² olarak bulundu (p=0,061).

Tablo 2. Çocukların beslenme özelliklerine göre vücut ağırlığı ve vücut kütle indeksi (VKİ) dağılımı

		X± SS	X ²	p
Vücut+ ağırlığı (kg)	Yetersiz beslenme (n=28)†	15.59±5.61		
	Normal beslenme (n=18)	27.16±11.64	17.770	0.001
	Kilolu ve obez (n=10)††	26.20±8.99		
			F	p
VKİ* (kg/m²)	Yetersiz beslenme (n=28) ±	11.07±8.99		
	Normal beslenme (n=18)	17.88±2.68	89.989	<0.001
	Kilolu ve obez (n=10) ±±	23.05±3.19		

+ kruskal wallis *One Way ANOVA (Bonferroni) testi, p<0,05,† Vücut ağırlığı değerleri açısından yetersiz beslenme ile normal beslenme grupları arasında fark bulundu (p=0.001) (Post-hoc Dunn testi).†† Vücut ağırlığı değerleri açısından yetersiz beslenme ile kilolu-obez grupları arasında fark bulundu (p=0.004) (Post-hoc Dunn testi).± VKİ değerleri açısından yetersiz beslenme ile normal beslenme grupları arasında fark bulundu (p<0.001) (Post-hoc Bonferroni test).±± VKİ değerleri açısından yetersiz beslenme ile kilolu-obez grupları arasında fark bulundu (p=0.004) (Post-hoc Bonferroni test).

Tablo 3. Bireylerin vücut ağırlığı ve VKİ değerlerinin GMFCS seviyelerine göre dağılımı

	GMFCS	X	SS	Kikare	p
Vücut+ Ağırlığı (kg.)	Seviye 3	24.5	11.51		
	Seviye 4	23.04	11.76	1.417	0.492
	Seviye 5	19.66	9.09		
				F	p
VKİ (kg/m²)	Seviye 3	17.31	4.14		
	Seviye 4	17.63	3.90	2.95	0.061
	Seviye 5	14.05	5.77		

+ kruskal wallis *One Way ANOVA (Bonferroni) testi, p<0.05

Yetersiz beslenme, normal beslenme, kilolu ve obez grupları arasında vücut ağırlığı (p<0.001) ve VKİ (p<0.001) değerleri açısından anlamlı fark bulundu (Tablo 2).

Çocukların vücut ağırlığı ve VKİ değerleri ile GMFCS seviyeleri arasında fark bulunmadı. GMFCS seviye 3, seviye 4 ve seviye 5 gruplarındaki çocukların vücut ağırlığı ortalamaları sırasıyla 24.5, 23.04, 19.66 kg.'dır. GMFCS seviye 3, seviye 4 ve seviye 5 gruplarındaki çocukların VKİ ortalamaları sırasıyla 17.31, 17.63, 14.05 kg/m²'dir (Tablo 3).

Yetersiz beslenme, normal beslenme, kilolu ve obez grupları arasında toplam sıklık skoru (p<0.001) ve toplam problem skoru (p=0.0005) değerleri açısından fark bulundu (Tablo 4).

GMFCS seviye 3, seviye 4 ve seviye 5 grupları arasında toplam sıklık değerleri açısından fark bulundu (p=0.004) (Tablo 5).

Tablo 4. Bireylerin toplam sıklık skoru ve toplam problem skorunun beslenme özelliklerine göre dağılımı

		X	SS	F	p
Toplam sıklık skoru (puan)*	Yetersiz beslenme (n=28)±	89.57	18.61	12.236	<0.001
	Normal beslenme (n=18)	71.72	14.95		
	Kilolu ve obez (n=10)	63.00	11.66		
	Toplam (n=56)	79.08	19.55		
				Kikare	p
Toplam problem skoru (puan)+	Yetersiz beslenme (n=28)±±	13.96	9.04	12.193	0.002
	Normal beslenme (n=18)	7.33	5.71		
	Kilolu ve obez (n=10) ±±±	3.90	3.38		
	Toplam (n=56)	10,03	8,31		
+ kruskal wallis *One Way ANOVA (Bonferroni) testi, p<0.05					
± Toplam sıklık skorları açısından yetersiz beslenme ile normal beslenme grupları arasında fark bulundu (p=0.002). (Post-hoc Bonferroni test)					
±± Toplam problem skorları açısından yetersiz beslenme ile normal beslenme grupları arasında fark bulundu (p=0.013). (Post-hoc Bonferroni test)					
±±± Toplam problem skorları açısından kilolu ve obez ile yetersiz beslenme grupları arasında fark bulundu (p=0.004). (Post-hoc Dunn testi)					

Tablo 5. Bireylerin toplam sıklık skoru ve toplam problem skorlarının GMFCS seviyelerine göre dağılımı

	GMFCS	X	SS	F	p
Toplam sıklık skoru (puan)*	Seviye 3	70,1	20,3	6,223	0,004
	Seviye 4 ¥	67,41	20,6		
	Seviye 5	85,85	16,18		
				Kikake	p
Toplam problem skoru (puan)+	Seviye 3	6,9	7,57	5.540	0,063
	Seviye 4	6,91	7,56		
	Seviye 5	12,05	8,35		
+ kruskal wallis *One Way ANOVA (Bonferroni) testi, p<0,05					
¥ Bireylerin toplam sıklık skoru ve toplam problem skoru değerleri açısından GMFCS seviye 4 ve seviye 5 grupları arasında fark bulundu (p=0,010). (Post-hoc Bonferroni test)					

Tartışma

SP'li çocuklarda davranış problemlerini inceleyen birçok çalışma olmakla birlikte, bu çocukların beslenme davranışları ile ilgili oldukça az çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada SP'li çocukların beslenme davranışları ve bu davranışların aileleri üzerinde oluşturduğu stres üzerine odaklanıldı. Buna göre kuadriparetik SP'li çocukların kaba motor fonksiyon seviyesi kötüleştikçe beslenme davranış problemlerinin artış gösterdiği ve bu durumun aile/bakıcı üzerinde stres oluşumuna neden olduğu bulundu. Ayrıca çocukların beslenme davranışlarının beslenme düzeylerini de etkilediği görüldü. Yani sağlıklı bir büyüme ve gelişmenin temeli olan beslenme düzeyi, beslenme davranışı kötü olan bireylerde daha kötüdür. Beslenme davranışlarının, çocukların beslenme düzeylerini etkileyerek ileride daha karmaşık problemlere sebebiyet verebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda SP'li çocuklarda yetersizlik şiddetinin artmasının beslenme davranışını olumsuz etkileyerek aile üzerinde daha fazla stres oluşturduğu bulundu. SP'li çocuk ailelerindeki stres kaynağı çocuk, aile ve sosyal çevre faktörlerinden oluşur. Çocuk faktöründe yetersizlik şiddetinin önemli olduğu bilinmektedir (20). Şiddetli motor yetersizliğe sahip SP'li çocuk ailelerinde stres beklenirken, bunun aksine kanıtlarda bulunur. Parkes ve ark. (21), ebeveynlerdeki stresi yalnızca motor yetersizlik şiddetinin değil iletişim ve öğrenmede güçlük yaşama gibi ek faktörlerin de etkilediğini bildirmişlerdir. Çocuğa bağlı diğer faktörler ise; iletişim, entelektüel durum ve davranış problemleridir. Aile ve sosyal çevre faktörlerinin de önemli olduğu düşünülür. Bu faktörler şunlardır; sosyal izolasyon, algılanan sosyal destek memnuniyetinin azlığı, az partner desteği ve yetersiz hizmetlerdir. Ailelerin %15'i yaşam kalitelerinin çocuklarının beslenme problemleri nedeniyle etkilendiğini bildirmişlerdir (22). Ayrıca malnütrisyona bakıcı ve çocuğun yaşam kalitesini de etkiler (23). Gisel ve Patrick (24), beslenme davranış skorunu SP'li olgularda sağlıklılara nazaran daha fazla bulmuşlardır. SP'li hasta ebeveynlerinden %30'unun beslenme problemlerinin düzelmesi ile ilgili karamsar olduğu görülmüştür (25).

SP'li çocukların mobilitesindeki kısıtlılıklar ve davranış problemleri ailenin sosyal ilişkilerini etkiler ve sosyal izolasyonla sonuçlanır. Sosyoekonomik durum, yaşam koşulları ve sosyal ilişkiler ailede stres artışına sebep olur. Ayrıca bununla birlikte SP şiddeti ve aile yapısı (sosyoekonomik durum, yaşam koşulları, sosyal ilişkiler) çocukların davranışlarını da etkiler (26). Çalışmamıza katılan çocukların ve ailelerinin sosyoekonomik durumu, yaşam koşulları, sosyal katılımları ve sosyal ilişkilerinin sorgulanmaması çalışmamızın limitasyonudur.

Sonuç

Spastik kuadriparetik SP'li çocuklarda kaba motor fonksiyon seviyesinin azalması, beslenme davranışını ve aile üzerinde oluşturduğu stresi olumsuz yönde etkiler. Fonksiyonel olarak daha iyi durumdaki SP'li çocuklar, normal beslenme paternine daha yakındırlar. Beslenme ve büyüme düzeyleri açısından risk altındaki bu çocuklarda, klinisyenler çocuk ve ailede oluşabilecek strese karşı duyarlı olmalıdırlar (6).

Kaynaklar

1. Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. Dev Med Child Neurol Suppl. 2007;109:8-14.
2. Miller F. Physical Therapy of Cerebral palsy. New York: Springer; 2007. p.2-5.
3. Tekin F. Serebral Palsili çocuklarda nörogelişimsel tedavi (Bobath tedavisi) yaklaşımı'nın Postüral kontrol ve denge üzerine etkisi. [Effectiveness Of Neurodevelopmental Treatment (Bobath Concept) On Postural Control And Balance In Cerebral Palsied Children]. [Yüksek Lisans Tezi]. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, Pamukkale University], Denizli, Türkiye, 2016.
4. Erkin G, Kacar S. Serebral Palsili Hastalarda Gastrointestinal Sistem ve Beslenme Problemleri [Gastrointestinal System and Feeding Problems in Patients with Cerebral Palsy]. Türk Fiz Tıp Rehab Derg [Turk J Phys Med Rehab]. 2005;51:150-155.
5. Dahl M, Thommessen M, Rasmussen M, Selberg T. Feeding and nutritional characteristics in children with moderate or severe cerebral palsy. Acta Paediatr. 1996;85(6):697-701.
6. Sullivan PB. Nutrition and growth in children with cerebral palsy: setting the scene. Eur J Clin Nutr. 2013;67:S3-S4.
7. Mathisen B, Worrall L, O'Callaghan M, Wall C, Shepherd RW. Feeding problems and dysphagia in six-month-old extremely low birth weight infants. Adv Speech Lang Pathol. 2000;2(1):9-17.
8. Samara M, Johnson S, Lamberts K, Marlow N, Wolke D. Eating problems at age 6 years in a whole population sample of extremely preterm children. Dev Med Child Neurol. 2010;52(2):16-22.
9. Önal S, Var ÇE, Uçar A. Davranışsal Pediatrik Besleme Değerlendirmesi Ölçeği (DPBDÖ)'ni Türkçeye Uyarlama Çalışması [Adapting Behavioral Pediatric Feeding Assessment Scale (BPFAS) to Turkish]. Nevşehir Bilim ve Teknoloji Dergisi [Nevşehir Journal of Science and Technology]. 2017;6(1):93-101.
10. Welch K, Pianta RC, Marvin RS, Saft EW. Feeding interactions for children with cerebral palsy: contributions of mothers' psychological state and

- children's skills and abilities. *J Dev Behav Pediatr.* 2000;21(2):123-129.
11. Balandin S, Hemsley B, Hanley L, Sheppard JJ. Understanding mealtime changes for adults with cerebral palsy and the implications for support services. *J Intellect Dev Disabil.* 2009;34(3):197-206.
 12. Veness C, Reilly S. Mealtime interaction patterns between young children with cerebral palsy and their mothers: characteristics and relationship to feeding impairment. *Child Care Health Dev.* 2008;34 (6):815-824.
 13. Morrow A, Quine S, Craig JC. Health professionals' perceptions of feeding-related quality of life in children with quadriplegic cerebral palsy. *Child Care Health Dev.* 2007;33(5):529-538.
 14. Cerro N, Zeunert S, Simmer K, Daniels LA. Eating behaviour of children 1.5–3.5 years born preterm: Parents' perceptions. *J Paediatr Child Health.* 2002;38(1):72-78.
 15. Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R, Gökçay G, Darendeliler F. Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri [Weight, height, head circumference and body mass index references for Turkish children]. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.* 2008;51:1-14.
 16. Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, Russell D, Wood E, Galuppi B. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 1997;39(4):214-223.
 17. McDowell B. The gross motor function classification system—expanded and revised. *Dev Med Child Neurol.* 2008;50(10):725.
 18. El Ö, Baydar M, Berk H, Peker Ö, Koşay C, Demiral Y. Interobserver reliability of the Turkish version of the expanded and revised gross motor function classification system. *Disabil Rehabil.* 2012;34(12):1030-1033.
 19. Crist W, Napier-Phillips A. Mealtime behaviors of young children: A comparison of normative and clinical data. *J Dev Behav Pediatr.* 2001;22(5):279-286.
 20. Rentinck ICM, Ketelaar M, Jongsman MJ, Gorter JW. Parents of children with cerebral palsy: a review of factors related to the process of adaptation. *Child Care Health Dev.* 2007;33(2):161–169.
 21. Parkes J, Caravale B, Marcelli M, Franco F, Colver A. Parenting stress and children with cerebral palsy: a European cross sectional survey. *Dev Med Child Neurol.* 2011;53(9):815-821.
 22. Vik T, Skrove M, Døllner H, Helland G. Feeding problems and growth disorders among children with cerebral palsy in south and north Trondelag. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2001;121(13):1570-1574.
 23. Gisel EG, Tessier M-J, Lapierre G, Seidman E, Drouin E, Filion G. Feeding management of children with severe cerebral palsy and eating impairment: an exploratory study. *Phys Occup Ther Pediatr.* 2003;23(2):19-44.
 24. Gisel E, Patrick J. Identification of children with cerebral palsy unable to maintain a normal nutritional state. *Lancet.* 1988;1(8580):283-286.
 25. Gangil A, Patwari A, Aneja S, Ahuja B, Anand V. Feeding problems in children with cerebral palsy. *Indian Pediatr.* 2001;38(8):839-846.
 26. Sipal R, Schuengel C, Voorman J, Van Eck M, Becher JG. Course of behaviour problems of children with cerebral palsy: the role of parental stress and support. *Child Care Health Dev.* 2010;36(1):74-84.

Hastane ve Özel Eğitim Ortamında Fizyoterapi Hizmeti Alan Serebral Palsi'li Çocukların Ailelerinin Beklentileri, Stres ve Memnuniyet Düzeylerinin Araştırılması

Investigation of Expectation, Stress and Satisfaction Level of Families Have Children with Cerebral Palsy Who Take Physiotherapy Services at Hospital and Special Education Institutions

Gamze DEMİRCİOĞLU^a, Esra ATILGAN^b, Devrim TARAKCI^c

ÖZ Amaç: Hastane ve özel eğitim ortamında fizyoterapi hizmeti alan Serebral Palsili (SP) çocukların ailelerinin beklentileri, stres ve memnuniyet düzeylerinin araştırılmasıdır. Gereç Yöntemler: Çalışmaya, 40 SP'li çocuk ve aileleri katıldı. Hastanede rehabilitasyon alan Grup I; haftada 5 gün, özel eğitim merkezinde rehabilitasyon alan Grup II; haftada 2 gün, 3 ay süresince Nöro-Gelişimsel Tedavi (NGT) yöntemiyle tedaviye alındı. Olguların, sosyo-demografik verileri ve tedaviden beklentileri kaydedildi. Çocuklar için Kaba Motor Fonksiyon Sınıflama Sistemi (KMFSS), Kaba Motor Fonksiyon Ölçümü (KMFÖ-88) ve Pediatrik Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümü (PFBÖ) ile aileleri için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve memnuniyet durumu ve aile beklenti değerlendirme anketi kullanıldı. Değerlendirmeler tedavi öncesinde ve sonrasında tekrarlandı. Bulgular: Tedavi sonrası her iki gruptaki çocukların fonksiyonellik ve motor seviyelerinde istatistiksel olarak anlamlı artma gözlemlendi ($p < 0,05$). Ailelerin depresyon düzeyinde Grup II'de anlamlı artma gözlemlendi ($p = 0,00$). Ailelerin tedavi beklentisinde Grup II'de anlamlı düşme ($p = 0,00$) ve tedaviden memnuniyetinde ise Grup I'de anlamlı artma ($p = 0,03$) gözlemlendi. Sonuç: Hastanede rehabilitasyon hizmeti alan çocukların, özel eğitim merkezinde rehabilitasyon alan çocuklara göre; fonksiyonel durumu ve kaba motor düzeyinde daha fazla iyileşme olduğu gözlemlendi. Bu durum hastanede rehabilitasyon alanların ailenin stresini ve etkilenmişlik düzeyini azaltırken, beklentisini yükseltmiştir. Çalışma sonunda elde edilen bulgulara göre, SP'li çocuklarda haftalık seans sıklığının artması çocuğun motor fonksiyonları ve günlük yaşamda bağımsızlık seviyelerindeki artışa olumlu katkı sağlamıştır. SP'li çocukların rehabilitasyonunda tedavi sıklığının artırılması ve ailelerin beklentilerini karşılayan programlar ile daha başarılı sonuçların elde edilebileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar sözcükler: Serebral Palsi, Stres, Aile, Beklenti, Memnuniyet.

ABSTRACT Purpose: This study is aimed to investigate expectations, stress and satisfaction levels of families who have children with Cerebral Palsy (CP) who take physiotherapy services at hospital and special education institutes. **Methods:** Total 40 children with CP and their families participated to the study. NeuroDevelopmental Treatment (NDT) was applied as 5 days for Group I (in hospital), as 2 days for group II (in special education institute) in a week, over 3 months. Socio-demographic features and treatment expectations were recorded. Gross Motor Function Classification System (GMFCS), Gross Motor Function Measure (GMFM-88), Pediatric Functional Independence Measure (WeeFIM) for the children and Beck Depression Scale (BDS), satisfaction and expectations questionnaire for families were used. Assessments were applied before and after treatment. **Results:** There was significant increase in functional and motor levels of children ($p < 0,05$) and in depression levels of Group II ($p = 0,00$). There was a significant decrease in expectation for treatment of Group II ($p = 0,00$), increase in satisfaction of Group I ($p = 0,03$). **Conclusions:** Functional status and gross motor levels of children who took rehabilitation in hospital improved comparing to children in special education institutions, Therefore, family stress and affection levels decreased and expectations increased in these families. According to results, increasing in treatment frequency in a week made a positive contribution to increase levels of motor functions and independence of children with CP. It is thought that more successful results can be obtained with increased treatment frequency in rehabilitation programs and treatments which could meet family expectations.

Keywords: Cerebral Palsy, Stress, Family, Expectation, Satisfaction.

Geliş Tarihi/Received:03-08-2018/ Kabul Tarihi/Accepted:29-04-2018

^a Uzm. Fzt., İstanbul Medipol Mega Hastaneler Kompleksi

^b Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

^c Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü

Sorumlu yazar /correspondence: Dr. Öğr. Üyesi Esra Atılğan İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Güney Kampüs, Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No:19 Beykoz-İstanbul, Turkey. eatilgan@medipol.edu.tr

* "Fizyoterapiyi Farklı Koşullarda Alan, Farklı Fonksiyonel Seviyedeki Çocukların Ailelerinin, Tedaviden Beklentileri, Memnuniyetleri ve Stres Düzeyinin İncelenmesi", İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, (Mayıs 2016) K.Gamze.

Giriş

Serebral Palsi (SP), çocukluk çağıının en sık karşılaşılan özürllük nedenlerindedir (1). SP tanım olarak, gelişimini sürdürmekte olan beyin dokusunun progresif olmayan bir hastalığı sonucu oluşan kalıcı motor, tonus ve postür bozukluğudur. Eşlik eden pek çok problem hastanın fonksiyonel ve emosyonel durumunu etkilemektedir (2,3).

Aile bireyleri çocuğun, doğumdan sonraki süreçte birinci derece sorumlusu olan kişilerdir. Çocuğun engelli olduğu durumda bu sorumluluk daha da artmaktadır. Çocuğun gelişim evresinde özel ihti-yaçları aileler tarafından karşılanmaktadır(4). SP'li ço-cuğa sahip ebeveynler, çocuklarının özrünü öğren-dikten sonra çocuklarına ne olacağını bileme-diklerinden farklı psikolojik duygular yaşamaktadırlar (5,6). SP'li çocuğa sahip aileler rehabilitasyon prog-ramını organize etmek ve süreci takip etmek gibi çok ciddi sorumluluklar altındadır. Bu sorumluluklarda var olan stres düzeyini artırmaktadır. Ülkemizde SP'li çocukların rehabilitasyon uygulamaları üniversitelere bağlı çocuk rehabilitasyon birimleri, devlet hastaneleri ve özel hastaneler bünyesindeki rehabilitasyon birimleri ile özel eğitim ve rehabilitasyon merkez-lerinde yürütülmektedir (7). Özel eğitim ve reha-bilitasyon merkezlerinde Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim Kurumları Yönetmeliği'ne (8) göre sağlık ve rehberlik raporuna göre ayda 8 saat eğitim kurumca karşılanırken, hastanelerde rehabilitasyon süresi yılda en fazla 90 seans olarak belirlenmiştir. Hastanelerdeki rehabilitasyon hizmetleri Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'nde (9) belirtildiği üzere, 30 seans sonraki rehabilitasyon hizmetleri ancak 3. Basa-mak sağlık kurumlarında (eğitim ve araştırma hastane-leri ve üniversite hastaneleri) sağlık kurulu onayı ile 90 seansa kadar çıkabilmektedir. Devlet Özürllüler İdaresi (10) raporuna göre, SP'li çocukların özel eğitim merkezlerinde rehabilitasyon süresinin ve içeriğinin çocuğun gereksinimlerine göre yeterli olmadığı, sürenin uzatılması hususunda belli ücret istenebildiği vurgulanmış, ailelerin rehabilitasyon sıklığının artmasını istedikleri bildirilmiştir. Bu çocukların literatürde kaç seans almaları gerektiği ve ailelerin bu durumdan memnuniyet ve beklentilerini araştıran çok fazla çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmadaki amacımız has-tane ve özel eğitim merke-zine giderek fizyoterapiyi farklı koşullarda alan, farklı fonksiyonel seviyedeki Serebral Palsi'li çocukların ailelerinin tedaviden beklentileri, memnuniyetleri ve stres düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve tedavi sonuçlarını karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmamız Mayıs 2015 ve Şubat 2016 tarihleri arasında Medipol Mega Hastane Kompleksi Fizik Tedavi Kliniğinde ve Bilge Şirin Özel Eğitim ve Rehabilitasyon

Merkezinde rehabilitasyon alan SP tanısı konmuş toplam 40 çocuk ve bu çocukların aileleri üzerinde gerçekleştirildi. Çalışmaya 1- 15 yaş arası SP tanısı alan çocuk ve aileleri dahil edildi. Çalışmaya katılmak istemeyen ve iletişim problemi olan aileler ve çocukları çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmaya katılan çocuklar, 20'şer kişilik hastanede (Grup I) ve özel eğitim merkezinde (Grup II) rehabilitasyon alanlar olarak iki gruba ayrıldı. Çocukların tıbbi öyküsü (yaş, SP tipi, ekstremitte tutulumu), ailelerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi) ve rehabilitasyon programlarına katılım süresini içeren bilgiler kaydedildi. Çocukların motor aktivite düzeyleri Kaba Motor Fonksiyon Sınıflama Sistemi (KMFSS) ve Kaba Motor Fonksiyon Ölçümü (KMFÖ-88), günlük yaşam aktiviteleri Pediatrik Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümü (PFBÖ) ile değerlendirildi. Ailelerin stres düzeyi Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), tedaviden beklentileri ve tedavi memnuniyet düzeyleri hazırladığımız anketler ile değerlendirildi. Değerlendirmeler tedaviye alınmadan önce ve tedavi bitimi sonrası değerlendirildi. Çalışma öncesinde İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 06.04.2015 tarihli, 108400987-240 sayılı kararı ile etik onayı alındı. Çalışmaya alınan hastaların ailelerine çalışmanın hakkında bilgileri içeren "Gönüllü Bilgilendirme Formu" imzalatılarak onamları alındı.

Veri Toplama Araçları

Kaba Motor Fonksiyon Sınıflama Sistemi (KMFSS) SP'li çocuklarda motor gelişim düzeyini değerlendirmek amacıyla en yaygın kullanılan test Kaba Motor Fonksiyon Sınıflama Sistemi (KMFSS)'dir. SP'li çocukların kendi başına oturma, yürüme gibi kaba motor fonksiyonlarına dayanan yaşa bağımlı olarak beş seviyede değerlendirilen bir sistemdir (5).

Kaba Motor Fonksiyon Ölçümü-88 (KMFÖ-88)

Kaba Motor Fonksiyon Ölçümü (KMFÖ), çocukların kaba motor fonksiyonlardaki değişikliği göstermek amacıyla SP'li çocukları için geliştirilmiş bir ölçektir (11). Yatma-yuvarlanma, oturma, emekleme-dizüstü, ayakta durma, yürüme-koşma-sıçrama olarak 5 ana bölüme ayrılmaktadır. Değerler, aktiviteyi başlatamaz "0", bağımsız olarak başlatır "1", "kısmen tamamlar "2", bağımsız olarak tamamlar "3" olarak 4 kategoriye ayrılmıştır (12). Toplam puan yüzdelik olarak hesaplanır, yüzdelik değerleri arttıkça motor fonksiyonları artar.

Pediatrik Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümü (PFBÖ)

Çocuklarda fonksiyonel bağımsızlık değerlendirilmesinde basit olarak uygulanabilir ölçektir.

Pediyatrik Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümü (PFBÖ) temel günlük fonksiyonel becerilerinde çocuğun performansını ölçen 18 maddelik, 7 seviyeli bir testtir. Bölümlerdeki tüm maddelere 1'den 7'ye kadar puan verilir. Verilen görev için yardımın durumuna göre 1-7 arası puan verilir. Buna göre en düşük olarak 18 (tam bağımlı) puan alırken en yüksek olarak 126 (tam bağımsız) puan alınabilir (13).

Ailelere Uygulanan Değerlendirmeler Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck (14) tarafından 1978 yılında geliştirilen ölçeğin amacı; yetişkinlerde çeşitli tipte depresyon tanılarını ya da diğer psikiyatrik tanıları arasında bir ayrım yapmak değil, depresyonun düzeyini objektif olarak sayılara dökmektir. Ölçekten alınan puanlar 0-63 arasında değişmektedir. 10-16 puan hafif düzeyde depresif belirtileri; 17-29 puan orta düzeyde depresif belirtileri ve 30-63 puan şiddetli depresif belirtileri ifade etmektedir..

Memnuniyet Durumu ve Aile Beklenti Değerlendirme Anketi

Çalışmaya katılan ailelerin tedaviden memnuniyeti hazırlanan skala ile sorgulandı. Ailelere tedavi memnuniyeti sorulduğunda 'hiç memnun değilim (0)', 'memnunum değilim (2)', 'biraz memnunum (4)', 'kararsızım (6)', 'memnunum (8)', 'çok memnunum (10)' puan olarak hesaplandı. Tedavi öncesinde ve sonrasında çalışmaya katılan ailelere tedaviden beklentileri Visuel Analog Skalasına göre incelendi. Buna göre; 'Başımı Tutma (1)', 'Destekli Oturma (2)', 'Desteksiz Oturma (3)', 'Sürünebilme (4)', 'Emekleyebilme (5)', 'Bağımsız Diz Üstü Durabilme(6)', 'Tutunmadan Ayakta Durabilme (7)', 'Desteksiz Yürüyebilme (8)', 'Desteksiz Merdiven Çıkabilme (9)', 'Koşma (10)' olarak puanlandırıldı.

Tedavi Protokolü

Çalışmaya alınma kriterlerine uyan hastalar, tedavi koşullarına göre iki gruba ayrıldı. Tedavi öncesi değerlendirmesi tamamlandıktan sonra her iki grupta olgular fizyoterapist tarafından uygulanan NGT yöntemi ile 3 ay boyunca tedavi edildi. 20 kişilik hastanede tedavi alan Grup I'e haftada 5 gün, 60 dakika tedavi; 20 kişilik özel eğitim merkezinde bireysel bedensel eğitim programına göre alan eğitim alan Grup II'ye ise haftada 2 gün 45 dakika nörogelişimsel tedavi (NGT) yöntemi uygulandı. Serebral Palsili vakaların bireysel farklılık göstermesi nedeniyle NGT uygulanır. NGT motor gelişim basamaklarına göre fonksiyonel bağımsızlığı arttırmak ve tonusu regüle etmek amacıyla tüm olgulara göre bireysel hazırlanmıştır.

İstatistiksel Analiz

Çalışmanın veri analizi "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS) Version 20.0 (SPSS inc., Chicago, IL,

ABD) istatistik programı ile yapıldı. Tüm analizlerde $p<0,05$ (iki yönlü) değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Normal dağılım gösteren değişkenler ortalama ve standart sapma ($Ort\pm SS$) ile analiz edildi. Grup karşılaştırmaları Student's-t testleri ile Ki-kare, ilişki incelemeleri ise Spearman korelasyon katsayıları hesaplanarak yapıldı. Her iki gruptaki çocukların ve ailelerin başlangıçtaki demografik özellikleri (cins, yaş vs.), memnuniyet durumları, BDÖ, PFBÖ, KMFÖ-88, skorları ve bu skorların değişimleri "Independent Samples t-Test" ile karşılaştırıldı. Her iki gruptaki hastaların başlangıç, tedavi öncesi ve sonrası değerlerinin gruplar arası farklılığı ise "Paired Samples t-Test" ile karşılaştırıldı.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen SP'li 40 çocuk ve ailesinin yaş, SP tipi, KMFSS, fizyoterapi alma süreleri, ailelerin eğitim düzeyleri, gelir düzeyleri Tablo 1.'de gösterildi. Her iki grupta da değerlendirme parametrelerinde tedavi öncesinde anlamlı fark olmadığı görüldü ($p>0,05$).

SP'li çocukların motor fonksiyon ve günlük yaşam aktivitelerini değerlendiren KMFÖ-88 ve PFBÖ ve ebeveynlerin BDÖ, tedavi memnuniyeti ve tedaviden beklenti tedavi sonrası değişim değerlerinin karşılaştırılması Tablo 2'de gösterilmiştir. Her iki grupta için KMFÖ-88 skorlarında tedavi sonrası istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Tedavi sonrası PFBÖ total skorlarında Grup I'de anlamlı bir fark ($p<0,05$) gözlenirken, Grup II' de ise anlamlı bir fark gözlenmedi ($p>0,05$). Elde edilen farklar gruplar arası karşılaştırıldığında, KMFÖ-88 ve PFBÖ total skorlarında tedavi sonrasında Grup I' deki değişimlerin daha fazla olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

Ebeveynlerin tedavi sonrası skor değişimlerine bakıldığında, Grup I' de BDÖ skorunda tedavi sonrasında azalma olduğu, ancak bu değişikliğin istatistiğe anlamlı olarak yansımadağı görüldü ($p>0,05$). Tedavi sonrası Grup II' ye ait BDÖ skorundaki artış istatistiğe anlamlı olarak yansımıştır ($p<0,05$). Elde edilen farklar gruplar arası karşılaştırıldığında, BDÖ skorlarında tedavi sonrasında Grup I' deki değişimlerin fazla olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlendi ($p<0,05$). Tedavi sonrası ailenin tedaviden beklentileri Grup I'de anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), Grup II'de negatif yönlü bir fark olduğu saptandı. Ailelerin tedavi sonrası memnuniyet düzeyi tedavi sonrası artarken, Grup II'

Tablo 1. SP'li çocukların ve ailelerin tanımlayıcı özellikleri

		Grup I (Ort±SS)	Grup II (Ort±SS)	p
SP	Yaş (yıl)	3,50±3,40	5,20±3,70	0,15
Aile	Yaş (yıl)	32,75± 5,80	33,5± 6,5	0,70
	KMFSS Düzeyi	3,65±1,08	4,20±1,10	0,12
		n	%	
SP Tipi (n)	Kuadriplejik	8	13	
	Diplejik	5	0	
	Hemiplejik	3	1	
	Paraplejik	4	6	
Aile Düzeyi	Eğitim			
	Okuryazar değil	1	1	
	Okur-yazar	0	3	
	İlkokul	8	4	
	Ortaokul	7	5	
	Lise	1	7	
	Üniversite	3	0	
Gelir Düzeyleri	Düşük <1000	3	0	
	Orta 1000-3000	12	19	
	Yüksek 3000-5000	4	1	
	Çok yüksek >5000	1	0	

Tablo 2. SP'li çocukların ve ailelerin değerlendirme parametreleri sonuçları

		TÖ Ort±SS	TS Ort±SS	p Ort±SS	TS-TÖ Fark Ort±SS	P
KMFÖ-88	Grup I	161,64±128,80	221,40±130,27	0,02	59,75±125,54	0,01
	Grup II	95,69±140,07	116,20±151,07	0,03	20,51±27,22	
PFBÖ	Grup I	38,20±31,73	48,50±36,49	0,02	10,30±12,84	
	Grup II	35,80±32,26	38,25±32,28	0,61	2,45±5,51	0,01
BDÖ	Grup I	12,05±8,22	10,05±6,67	0,11	-2,00±5,38	0,01
	Grup II	11,95±10,78	16,25±11,77	0,00	4.30±2.90	
Tedavi Beklentisi	Grup I	7,85±1,90	7,89±2,30	0,90	0,50±1,82	
	Grup II	7,40±2,30	6,75±2,50	0,00	-0,65±0,93	0,19
Tedavi Memnuniyeti	Grup I	8,45±1,60	9,30±0,90	0,03	0,85±1,69	0,63
	Grup II	9,40± 0,90	9,50±0,80	0,33	0,10±0,44	

TÖ: Tedavi öncesi, TS: Tedavi sonrası, Ort: Ortalama, SS: standart sapma, p: istatistiksel yanılma düzeyi, p<0,05, KMFSS: Kaba Motor Fonksiyon Sınıflama Sistemi, KMFÖ-88:Kaba Motor Fonksiyon Ölçümü-88, PFBÖ: Pediatrik Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümü, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

deki değişimin anlamlı düzeyde olduğu görüldü. Elde edilen farklar gruplar arası karşılaştırıldığında ailenin memnuniyeti ve beklentisi puanlarında tedavi

sonrasında Grup I' deki değişimlerin daha fazla olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edildi (p>0.05).

Tartışma

Çalışmamız hastane ile özel eğitim merkezinde rehabilitasyon programına alınan SP'li çocukların ve ailelerinin tedaviden beklentileri, memnuniyetleri ve stres düzeylerini karşılaştırmak amacıyla planlandı. Çalışmamızın sonuçlarına göre; tedavi sonrasında hastane grubu ile özel eğitim grubu karşılaştırıldığında, çocukların kaba motor düzeyi ve fonksiyonel seviyeleri hastane grubu lehine anlamlı artış olduğu bulundu. Ailelerin tedavi memnuniyetleri tedavi sonrasında her iki grupta değişmezken, ailelerin beklentileri özel eğitim grubunda azaldığı gözlemlendi. Ailelerin stres düzeylerinde ise hastane grubunda azalma, özel eğitim grubunda artma görüldü.

SP ile ilgili çalışmalarda olguların %80-83 oranında spastik tip SP olduğu görülmüştür (15-18). Çalışmamızda da benzer şekilde tüm olguların %80'inin spastik tip olduğu ve ekstremitelerde dağılımlarına göre % 52,5'inin kuadriplejik tip çocuklardan oluştuğu saptandı (13).Yapılan çalışmalara bakıldığında engelli çocuklara sahip ailelerin gelir düzeyi genellikle düşük ya da orta düzey olarak belirtilmiştir (19-20).Bizim çalışmamızda gelir düzeyine bakıldığında literatürle benzer şekilde %77,5'i orta düzeydeydi.

Araştırmalar SP'li çocuğa sahip ailelerin maddi olanaklarının düşük olması nedeniyle reha-bilitasyon ihtiyaçlarını karşılamakta zorlandıkları, rehabilitasyon hizmetlerinden yeterince faydalana-madıkları göstermektedir. Aileler SP'li çocukların özel eğitim merkezlerinden aldıkları tedavilerin sıklığının düşük olduğuna, artırılmasının ve düzenli olarak rehabilitasyona devam etmenin önemine dikkat çekmişlerdir (21-23). Çalışmamızda özel eğitim merkezinde haftada 2 gün rehabilitasyon hizmeti alan grupta çalışma sonunda beklentilerinin azalması ailelerin bu süreyi yetersiz bulduğu anlamına gelmektedir. Lee ve ark (24) rehabilitasyon sıklığının SP'li çocuklarda etkisini araştırdıkları çalışmalarında; yoğun rehabilitasyon alan grupta motor fonksiyonlarındaki gelişmelerin aralıklı rehabilitasyon alan gruba göre daha etkili olduğunu bulmuşlardır. Çalışmamızda tedavi sıklığının tedavi sonuçlarına olan etkisi incelen-diğinde hastanede rehabilitasyon alan SP'li çocukların, özel eğitim merkezinde rehabilitasyon alan çocuklara göre motor fonksiyonları ve fonksiyonel bağımsızlık üzerinde daha etkili olduğu saptandı. Özel eğitim ortamında aylık 8 bireysel fizyoterapi eğitimi alırken hastane ortamında aylık minimal koşullarda 12 seans gibi bir fizyoterapi programı almalarının etkili olduğunu düşünmekteyiz. Michaud ve ark.(22) çalış-malarında SP çocuklarda rehabilitasyon yoğunluğunda artışın kısa dönemde fayda sağladığını ancak uzun dönemde aynı hızda etkili olamayacağını ve tedavinin aile beklentilerine göre planlamanın önemine dikkat çekmişlerdir. Çalışmamızda özel eğitim kurumlarına devam eden grupta kısa vade sonuçları hastane grubuna

göre daha az iyileşme göstermiştir. Bu durumun hastanede tedavi alan grubun daha uzun süre tedavi almasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu nedenle özel eğitimin motor fonksiyonları ve fonksiyonel bağımsızlık düzeylerindeki kazanımların etkisini değerlendiren uzun süreli takip çalışmaları ile değerlendirmemiz gerekliliği sonucunu doğurmuştur.

Ailenin SP rehabilitasyon programından beklentilerinin değerlendirildiği Kurt ve ark. (25) çalış-masında ailenin beklentisi %52,8 oranında yürüme kalitesinin artmasını yönünde olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda literatüre benzer olarak ailelerin %52,5-'inin tedavi öncesi rehabilitasyon programından beklentileri de çocuğun yürümesi yönündeydi. Tedavi sonraki süreçte ailelerin tedaviden beklentisi hastane grubunda değişmezken, özel eğitim grubunda azalma gözlenmiştir. Ancak tedavi sonrası memnuniyetlerinde her iki grupta da istatistiksel olarak artış gözlenmemiştir. Bu durum rapor süresi boyunca herhangi bir kısıtlama getirilmeden tedavi gören çocukların aileleri bu merkezleri rehabilitasyondan çok okul olarak gördükleri için beklentiyi düşürmüş olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca tedavi gören çocukların kaba motor düzeyi ve fonksiyonel durumlarının 3 ay gibi kısa bir sürede değişimin fazla olmaması bu durumu açıklamaktadır.

Mutlu ve ark. (26) çalışmalarında, SP'li çocuğun yaşamı boyunca devam eden rehabilitasyon süreci, ailelerin çocuklarının ihtiyaçlardan doğan ekonomik problemleri, stres ve yetersiz eğitim düzeyi gibi nedenler rehabilitasyon başarısını olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Dereli ve Okur (27) engelli çocuğa sahip 50 ebeveyn üzerinde yaptıkları çalışmada, engelli çocuğun aldığı eğitim süresinin artması annelerde depresyon belirtisini düşürmemiş olup, bu sonuçlar ile çocukların aldığı eğitim süresinin artışıyla ailenin depresyon puanının azalacağı yönündeki pozitif beklentinin paralel olmadığı bildirilmiştir. Wang ve Jong (28) tarafından yapılan çalışmada ebeveyn stres düzeyi ile haftalık rehabilitasyon sıklığı arasında negatif korelasyon olduğunu bildirilmiştir. Çalışma-mızda rehabilitasyon programına hastane ortamında katılan çocukların ailelerinin depresyon düzeyleri tedavi sonrasında azalırken, özel eğitim merkezinde katılan çocukların ailelerinde ise artış gözlenmiştir. Bu durumun hastanede ortamında tedavi gören çocukların, özel eğitim merkezinde tedavi alanlara göre motor fonksiyonları ve bağımsızlık düzeyindeki artışlarla ilişkili olduğunu, ayrıca özel eğitim merkezlerinde çocukların ve ailelerinin psikolojik destek biriminden yararlanma durumlarına bağlayabiliriz.

Ülkemize özel bir durum olan iki farklı ortamda fizyoterapi hizmetinin hem çocuklar hem aileleri üzerine etkisinin incelemesi çalışmamızın güçlü yanıdır. SP'li farklı tip olgularda yapılması, farklı iki ortamda aynı fizyoterapist tarafından alınmaması çalışmamızın

limitasyonlarından. Daha fazla sayıda katılımcı ile ve daha çok merkezin katıldığı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Sonuç

Çalışma sonunda elde edilen bulgulara göre, SP'li çocuklarda haftalık seans sıklığının artması çocuğun motor fonksiyonları ve günlük yaşamda bağımsızlık seviyelerindeki artışa olumlu katkı sağlamıştır. Buna paralel olarak çocukların ailelerinin tedavi memnuniyetlerinde gelişme gözlemlenirken, ailenin stres düzeyi tedavi öncesi değerlere göre azalmıştır. Ailelerin tedaviden beklentileri, SP'li çocuklara sağlanan devlet desteğinin artırılması ile ailelerin beklentilerini karşılayan programlar ile ailenin tedaviye katılımını sağlanması ve tedavi programının haftanın 5 gününe yayılarak rehabilitasyon hizmetlerin mümkün olduğunca sürekliliğinin sağlanması ile başarılı sonuçların elde edilebileceğini düşünmekteyiz. Çalışmaya katılan hasta ve ailelerin sayısı genişletilerek, tedavi sonrası süreçte hasta takibinin yapıldığı tedavinin uzun dönem etkilerini araştıran ve Türkiye'deki yaygın olarak görülen diğer özür gruplarında da benzer ve karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Oğuz H. Tıbbi Rehabilitasyon. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2004 p. 48-114.
2. Livanelioglu A, Günel MK. Serebral Palside Fizyoterapi. Ankara: Yeni Özbek Matbaası; 2009. p. 19-60.
3. Bialik GM, Givon U. Cerebral palsy: classification and etiology. Acta Orthop Traumatol Turc. 2016;43(2):77-80.
4. Sarihan CÖ. Engelli Çocuğa Sahip Olan ve Olmayan Annelerin Aile İşlevlerini Algılamaları ile Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. [The Relationship Between Family Functioning and The Satisfaction in Marriage of The Parents Who Have Handicapped Children][Yüksek Lisans Tezi]. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü [Ankara University Graduate School of Natural and Applied Sciences], Ankara, 2007.
5. Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, Russel D, Wood E, Galuppi B. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. Dev Med Child Neuro. 1997;39:214-223.
6. Işıkhana V. Engelli Çocuğa Sahip Anne ve Babalarda Depresyon. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2005. p. 25-30.
7. Günel MK. Physiotherapy for Children with Cerebral Palsy. InTech. [İnternet]. 2011 Semp 15. 213-14. Available from: <https://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/19700.pdf>
8. Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim Kurumları Yönetmeliği. Resmi Gazete. 18 Mayıs 2012. Sayı: 28296, Ankara.

9. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. Resmi Gazete. 24 Aralık 2014. Sayı: 29215, Ankara.
10. TC. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı. Türkiye Özürlüler Araştırması. Devlet İstatistik Enstitüsü. Ankara: 2002. Erişim adresi: <https://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/0014899.pdf>
11. Ko J, Kim M. Reliability and responsiveness of the gross motor function measure-88 in children with cerebral palsy. Phys Ther. 2013;93(3):393-400.
12. Gökçay G, Baysal S. [Güç Koşullardaki Çocuğun Sağlığı.]. Yurdakök M, editör. Pediatri. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2007. p.81-6
13. Ottenbacher KJ, Taylor ET, Msall ME, Braun S, Lane S, Granger CV et al. The Stability And Equivalence Reliability Of The Functional Independence Measure For Children (Weefim). Dev Med Child Neurol. 1996; 38:907-916
14. Zengin, F. Psychometric investigation of two Turkish Adaptations and Short Form of the Beck Depression Inventory. Unpublished Master Thesis. BU Institute of Educational Sciences, 1999.
15. Parkes J, Caravale B, Marcelli M, Franco F, Colver A. Parenting stress and children with cerebral palsy: a European cross-sectional survey. Dev Med Child Neurol. 2011;53(9):815-21
16. Akmeşe PP, Mutlu A, Günel MK. Serebral paralizili çocukların annelerinin kaygı düzeyinin araştırılması. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2007;50:236-40.
17. Tosun A, Gökben S, Serdaroğlu G, Polat M, Tekgül H. Changing views of cerebral palsy over 35 years: the experience of a center. [The Turkish Journal of Pediatrics](https://doi.org/10.1177/0963721813501815). 2013;55(1):8-15.
18. Manuel J, Naughton MJ, Balkrishnan R, Smith BP, Koman LA. Stress and adaptation in mothers of children with cerebral palsy. J Pediatr Psychology 2003;28(3):197-201.
19. Beydemi F. The Impact on Family Scale'in (Aile Etki Ölçeği) Türkçeye uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirliği [Validity and reliability of Turkish version of the Impacton Family Scale] [Yüksek Lisans Tezi]. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Medical of Sciences, Pamukkale University], Denizli, 2008.
20. Brehaut JC, Kohen DE, Raina P, Walter SD, Russell DJ, Swinton M, Rosenbaum P. The health of primary caregivers of children with cerebral palsy: how does it compare with that of other Canadian caregivers?. Pediatrics. 2004;114(2):182-91.
21. Güllaldı D. Erken Çocuklukta Serebral Palsili ve Otistik Çocuk Annelerinin Ebeveyn Stres Düzeylerinin Yaşam Doyumları İle İlişkisinin İncelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü [Institute of Social of Sciences, Maltepe University] İstanbul, 2010.

22. Michaud LJ. Prescribing Therapy Services for Children with Motor Disabilities. Pediatrics. 2004;113(6);1836–8.
23. Kızılkaya S, Gündüz O. Özürlüler Yerel Hizmet Rehberi İsöm Modeli. İstanbul: İbb Basımevi. 2012. Erişim adresi: http://ibb.gov.tr/sites/SaglikVeSosyalHizmetler/yayinlarimiz/PublishingImages/ozurlu_yhr.pdf
24. Lee SH, Shim JS, Kim K, Moon J, Kim M. Gross Motor Function Outcome After Intensive Rehabilitation in Children With Bilateral Spastic Cerebral Palsy. Annals of rehabilitation medicine. 2015;39(4);624–9.
25. Kurt EE, Delialioğlu SÜ, Özel S, Kulaklı F. Mothers' Expectations from Rehabilitation Program of Children with Cerebral Palsy of Children with Cerebral Palsy. J Phys Med Rehabil Sci. 2014;17;140–6.
26. Mutlu A, Tarsuslu T, Günel MK, Livanelioğlu A. Serebral paralizili çocuklarda ev egzersiz programının etkinliğinin incelenmesi Orijinal Araştırma. Türk Pediatri Arşivi. 2007;42(3);112-6.
27. Dereli F, Okur S. Engelli Çocuğa Sahip Olan Ailelerin Depresyon Durumunun Belirlenmesi. Buca Eğitim Fakültesi Dergisi. 2008;25(3);164–8.
28. Wang HY, Jong YJ. Parental Stress and Related Factors in Parents of Children with Cerebral Palsy. The Kaohsiung Journal of Medical Sciences. Elsevier 2004;20(7);334–40.

Hemşirelerin Temel Psikolojik İhtiyaçları ve Etkileyen Faktörler

Basic Psychological Needs of Nurses and Factors Affecting

Hava KAYA^a, Özlem ŞAHİN ALTUN^b

ÖZ Amaç: Bu araştırma; hemşirelerin temel psikolojik ihtiyaçlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Materyal ve Metot: **Araştırma,** Nisan 2014–Ocak 2015 tarihleri arasında Van ilindeki devlet hastaneleri ve üniversite hastanesinde görev yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 706 hemşire üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri “Kişisel Bilgi Formu ” ve Temel Psikolojik İhtiyaçlar Ölçeği (TPIÖ) ile toplanmıştır. Verilerin analizi SPSS 20.0 istatistik analiz programı aracılığı ile sayı, yüzde dağılımı, ortalama, bağımsız gruplarda t-testi, One Way Anova testi ile Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir. Bulgular: Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde hemşirelerin %63.3’ünün kadın, %46.0’sının 26-33 yaş aralığında, %49.2’sinin lisans mezunu, %50.7’sinin evli olduğu, %58.1’inin çocuk sahibi olmadığı, %41.2’sinin 2 çocuk sahibi olduğu ve %33.1’inin gelir durumunun kısmen yeterli olduğu, %53.1’inin toplam çalışma süresinin 1-5 yıl olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin TPIÖ toplam puan ortalamalarının 69.61±8.84 olduğu bulunmuştur. TPIÖ ölçeği alt boyut ortalamaları ise, özerlik ihtiyacı alt boyutu için 22.61±4.58, yeterlilik ihtiyacı alt boyutu için 19.91±3.13 iken, ilişki alt boyutu için ise 27.43±3.95 olarak saptanmıştır. **Sonuç:** Hemşirelerin, temel psikolojik ihtiyaçlarının yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. **Anahtar Kelimeler:** Hemşire, temel psikolojik ihtiyaçlar

ABSTRACT Aim: This study was carried out descriptively to determine the basic psychological needs of nurses and the factors that influence them. **Materials and Method:** The research was carried out in April-October 2014 on 706 nurses who both work in the state hospitals and in the university hospital in Van and have agreed to participate in the research. The research data was collected by using "Personal Information Form" and "Basic Psychological Needs Scale". The analysis of the data was observed by testing number, percentage, average, t-test in independent groups, One Way ANOVA test and Kruskal-Wallis test via SPSS 20.0 statistical analysis program. **Result:** After the examination of socio-demographic characteristic of nurses, following findings were revealed: %63.3 of nurses are women, %46.0 of nurses are 26-33, %49.2 of nurses are bachelor, %50.7 of nurses are married, %58.1 have no child, %41.2 of nurses have 2 children, %33.1 of nurses' income are partially sufficient, %53.1 of nurses' work years are about 1-5 years. TPIO total scores of the nurses were found to be 69.61 ± 8.84. The average subscales of TPIO scale for the need of autonomy subscale was about 22.61 ± 4.58, the need for qualification subscale was about 19.91±3.13 and the need for relationship subscale was about 27.43 ± 3.95. **Conclusion:** It was found that basic psychological needs of the nurses were at a high level. **Keywords:** Nurse, basic psychological needs, self-determination theory

Giriş

İnsanların sağlığından sorumlu olan sağlık çalışanlarının temel psikolojik ihtiyaçlarının karşılanması, toplumun esenliği açısından önem arz etmektedir. Sağlık çalışanları arasında önemli bir kesimi oluşturan hemşirelerin; sağlıkla uğraşan diğer meslek gruplarına kıyasla daha çok etkileşim içinde oldukları bilinen bir gerçektir (1).

Bu bakımdan hemşirelerin işlerini sağlıklı ve daha etkili yapabilmeleri için, bireysel olarak mutluluk düzeylerinin yüksek olması önemlidir.

Mutluluk düzeyini yükseltmek ise öncelikle, temel psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmışlık düzeylerini ve bu düzeylere etki eden faktörleri belirlemekle mümkündür (1,3).

Psikolojik ihtiyaçlar saygınlık, güven, sevgi, ilişki, ait olma ve başarı ihtiyacıdır (4). Bu ihtiyaçlar bireysel farklılıklara rağmen, doğaya uygun psikolojik gereklilikler olan iyi oluş ve gelişim ihtiyaçlarından kaynaklanır. Bu ihtiyaçların karşılanmaması bireyde tatminsizlik

Geliş Tarihi/Received: 02-03-2017/ **Kabul Tarihi/Accepted:**27-02-2018

^a Öğr. Gör. Hakkari Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, e-mail:havakaya.26@outlook.com, ORCID:0000-0002-3497-0545

^bYard. Doç. Dr. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği ABD, E-mail: oz_sahin@myynet.com, ORCID: 0000-0001-6727-6480 Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği ABD., Yüksek Lisans Tezidir. 4-6 Şubat 2015 tarihleri arasında Belçika Antwerp şehrinde düzenlenen “CARE4 – International Scientific Nursing and Midwifery Congress” ne poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Sorumlu Yazar /Correspondence: Yard. Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği AD, e-mail: oz_sahin@myynet.com

duygusunun ortaya çıkmasına sebep olur. Bireylerde tatmin edilmemiş gereksinimler farklılık gösterebileceğinden, bu gereksinimlerin uyarılma ve tatmin edilme yöntemleri de farklıdır (5). Başkalarından alınan tepkiler ve geribildirimlerin psikolojik ihtiyaçların karşılanmasında büyük rol oynadığı da söylenebilir (6).

İnsan, yaşadığı çevreden etkilenen ve yaşadığı çevreyi de etkileyen sosyal bir varlıktır (2,7). Öz-belirleme kuramı (ÖBK): Ryan ve Deci (2000) tarafından geliştirilen kuram bireyin kendi davranışını başlatmasında ve düzenlemesinde seçim duygusunu yaşamasıdır (8). ÖBK'ya göre, insanlar evrensel nitelikte ve doğuştan gelen üç temel psikolojik ihtiyacı (özerklik, yeterlilik ve ilişki) paylaşırlar (8,9). Bu ihtiyaçlar, sosyal olaylar tarafından desteklendiği takdirde, insanda doğuştan gelen gelişim eğilimi etkinleşir (9). Bu yönüyle ÖBK, insanın sosyal, bilişsel ve duyuşsal özelliklerini bir çatı altında toplayan, sentez niteliğinde bir kuram olarak değerlendirilebilir (3).

ÖBK'ya göre, temel psikolojik ihtiyaçların tatmin edilmemesi, negatif sonuçlar doğurur (10). Kaygı, depresyon, yapılan işlere karşı duyulan motivasyonun azalışı, bireyin kendine ve çevresine yabancılaşması, negatif sonuçlar arasında gösterilebilir (9). Kendisine ve çevresine yabancılaşan, yaptığı işe motive olmayan ve yaptığı işten zevk almayan birey depresif duygu ve eğilimler gösterebilir ve çevresiyle de sağlıklı iletişim kuramayabilir (11,12). Bununla beraber birey, mesleğini verimli bir şekilde icra edemeyebilir (13). Bu nedenle sağlık hizmetlerinde verimliliğinin artırılması için hemşirelerin temel psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmasını engelleyen faktörlerin de ortadan kaldırılması ve bu ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik çalışmaların desteklenmesi önemlidir (14).

Literatür taramalarında, hemşirelerin temel psikolojik ihtiyaçları ile ilgili bir araştırmaya rastlanmamıştır. Fakat Temel Psikolojik İhtiyaçlar Ölçeği (TPIÖ) kullanılarak değişik alanlarda yapılmış tanımlayıcı birçok araştırmaya ulaşılmıştır (15,16,17,18,19).

Materyal ve Metod

Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırma, hemşirelerin temel psikolojik ihtiyaçlarını ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Nisan 2014–Ocak 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Veriler, Van İlinde bulunan Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaşı Tıp Merkezi, Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İpekyolu Devlet Hastanesi, Van Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinden toplanmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaşı Tıp Merkezi (352), Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi (531), İpekyolu Devlet Hastanesi (106), Van Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde (12), görev yapan hemşireler oluşturmaktadır (N=1001). Araştırmada herhangi bir örneklem seçim yöntemi kullanılmamış ve verilerin toplandığı tarihler arasında (yıllık, ücretsiz, hastalık, doğum izni vb.) olmayan ve ulaşılabilen 895 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır. Bu hemşirelerden gönüllü olarak katılmak isteyen 814 hemşireye veri toplama aracı dağıtılmış, ancak 706 hemşire anket formunu tam olarak doldurmuştur.

Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından veri toplama araçları kullanılarak toplanmıştır. Bu araçlar; “Kişisel Bilgi Formu” ile “Temel Psikolojik İhtiyaçlar Ölçeği”dir.

Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form, hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri olan yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durumu, çocuk sayısı, çalıştığı kurum, hangi klinikte çalıştığı, hemşirelik görevi, kaç yıldır çalıştığı, kaç yıldır klinikte çalıştığı, mesleğini sevip sevmediği, kurumun beklentilerinin ne oranda karşıladığı, kurumda duygu ve düşüncelerinin ne oranda dikkate alındığı, günlük iş yükü, gelir düzeyini belirlemeye yönelik toplam 15 sorudan oluşmaktadır.

Temel Psikolojik İhtiyaçlar Ölçeği (TPIÖ)

Temel Psikolojik İhtiyaçlar Ölçeği (TPIÖ), ilk olarak iş ortamındaki temel psikolojik ihtiyaçların karşılanışlık düzeyini belirlemeye yönelik geliştirilmiş, güvenilirlik ve geçerliği test edilmiştir. (Gagné) (20) tarafından 2003 yılında geliştirilen

TPIÖ, küçük değişikliklerle yaşamın genelindeki temel psikolojik ihtiyaçların karşılanmışlığını ölçmeye yönelik olarak dönüştürülmüştür. Ölçeğin değişik formları bazı çalışmalarda kullanılmış olup güvenilirlik ve geçerliği test edilmiştir. Ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0.87'dir.

Sünbül ve arkadaşları tarafından (21) 2003 yılında TPIÖ Türkçe 'ye uyarlanırken beşli dereceleme tipi tercih edilmiştir. Bu ölçeğin, her bir maddesi bireyin gereksinim duyduğu alanlarla ilgilidir. Ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0.87'dir.

TPIÖ 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin üç alt boyutu vardır. Bireyin, bir boyuta giren maddelerden aldığı puanlar toplanarak, her bir birey için 3 alt boyutta ölçek puanı elde edilmektedir. Bu üç boyut sırasıyla: Özerklik İhtiyacı, Yeterlilik İhtiyacı, İlişki ihtiyaçlarıdır. Düz cümle yapısında ve olumlu ifadeleri içeren ölçek maddeleri; 5=Çok Doğru, 4= Doğru, 3=Biraz Doğru, 2=Doğru Değil, 1=Hiç Doğru Değil şeklinde puanlanmaktadır. Kuramsal olarak her bir madde için puanlama 1 ile 5 arasına değiştiği için ölçeğin özerklik alt boyutundan toplam puan en yüksek 35, en düşük 7'tir. Yeterlilik ihtiyacı alt boyutunda toplam puan en yüksek 30, en düşük 6'dir. İlişki alt boyutunda toplam puan en yüksek 40, en düşük 8'dir. Puan arttıkça birey daha fazla psikolojik ihtiyacının karşılandığını hissetmekte, puan düştükçe psikolojik olarak engellendiği anlaşılmaktadır. Örneğin yeterlilik boyutunda kişinin puanının yüksek olması, kişinin kendini yeterli hissettiği anlamına gelmektedir. Ölçeğin boyutlarına göre madde dağılımları (21).

Özerklik ihtiyacı: Bireyin insanlarla ilişki kurarken kendini güvende hissetme ve sosyal ilişkilerinde diğerlerinden bağımsız olma arzusunu kapsamakta ve 1., 4., 8., 11., 14., 17. ve 20. maddeler olmak üzere toplam 7 maddeden oluşmaktadır.

Yeterlilik ihtiyacı: Bireyin hem yaptığı işlerde hem de istediği sonuçları çıkarmakta kendisini muktedir hissetmesiyle ilgilidir. Bu faktör 3., 5., 10.,13., 15. ve 19. maddeler olmak üzere toplam 6 maddeden oluşmaktadır.

İlişki ihtiyacı: Kişisel ilişkilerle ilgili olarak insanın başka insanlarla düşünce ve duygularını paylaşmasını, çevredeki diğer kişilerle yakın ilişkiler kurulmasını, kurulan bu yakın ilişkilerin tatmin edici olmasını kapsayan bu faktör 2., 6., 7., 9., 12., 16., 18. ve 21. maddeler olmak üzere toplam 8 maddeden oluşmaktadır (22). Ölçeğin 3, 4, 7, 11, 15, 16, 18, 19 ve 20. maddeleri olumsuz maddelerdir. Bu araştırma kapsamında toplanan veriler ile iç tutarlık katsayısı hesaplanmış, tüm ölçek için 0.76, özerklik alt boyutu için 0.74, yeterlilik alt boyutu için 0.68 ve ilişki alt boyutu için 0.71 olarak bulunmuştur.

TPIÖ'nden alınan min-max puanlar ve puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde hemşire-lerin özerklik ihtiyacı alt boyutundan 22.61±4.58, yeterlilik ihtiyacı alt boyutundan 19.91±3.13, ilişki ihtiyacı alt boyutundan 27.43±3.95 puan aldığı ve toplam puan ortalamasının ise 69.61±8.84 olduğu saptanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS 20 istatistik paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Cronbach Alfa Katsayısı, frekans ve yüzde dağılımı, tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t-testi, One Way Anova Kruskal Wallis önemlilik testi kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmada kullanılması düşünülen ölçek, ölçeği geliştiren kişi tarafından e-posta yoluyla izini alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Onayı, sayı: 54355720-300/1931 07.05.2017 tarihinde verilerin toplanmasından önce de araştırmanın yapılacağı kurumlardan yazılı izinler alınmıştır. Veri toplama aşamasında hemşireler, araştırma konusunda bilgilendirilerek sözlü onayları alınmıştır. Ayrıca hemşirelere araştırmaya katılmaları durumunda verdikleri bilgilerin gizli tutula-cağı ve sadece bu araştırmada kullanılacağı belirtilerek "gizlilik ve gizliliğin korunması" ilkesine özen gösterilmiştir.

Araştırmanın Genellenabilirliği

Araştırma verileri, Van ilinde bulunan dört hastanede çalışan hemşirelerden elde edildiği için araştırma bulguları, bu araştırma kapsamındaki hemşirelerle sınırlıdır, genellenemez.

Bulgular

Hemşirelerin %63.3'ünün kadın, %46.0'sinin 26-33 yaş aralığında, %49.2'sinin lisans mezunu, %50.7'sinin evli olduğu, %58.1'inin çocuk sahibi olmadığı, %41.2'sinin 2 çocuk sahibi olduğu ve %33.1'inin gelir durumunun kısmen yeterli olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	447	63.3
Erkek	259	36.7
Yaş		
18-25 yaş	242	34.3
26-33 yaş	325	46.0
34 ve ↑	139	19.7
Eğitim		
Sağlık meslek lisesi	157	22.2
Önlisans	174	24.6
Lisans	347	49.2
Lisansüstü	28	4.0
Medeni durum		
Bekar	348	49.3
Evli	358	50.7
Çocuk sahibi olma durumu		
Olan	296	41.9
Olmayan	410	58.1
Çocuk sayısı(n=296)		
1	108	36.5
2	122	41.2
3	52	17.6
4 ve↑	14	4.7
Gelir durumu algısı		
Yeterli	111	15.8
Kısmen yeterli	234	33.1
Yetersiz	229	32.4
Çok yetersiz	132	18.7

Hemşirelerin % 50.7'sinin Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, %35.3'ünün Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaşı Tıp Merkezi, %12.6'sının İpekyolu Devlet Hastanesi, %1.4'ünün Van Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'nde çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelerin mesleki özelliklerinin dağılımı

Özellikler	n	%
Toplam çalışma yılı		
1-5 yıl	375	53.1
6-10 yıl	217	30.8
11-15 yıl	65	9.2
16 yıl ve ↑	49	6.9
Çalışılan birim		
Cerrahi birimler	137	19.4
Dahili birimler	112	15.9
Çocuk	123	17.4
Yoğun bakım	135	19.1
Diş	10	1.4
Poliklinik	189	26.8
Çalışılan pozisyon		
Hemşirelik Hizmetleri	4	0.6
Müdürü	12	1.7
Hemşirelik Hizmetleri	17	2.4
Müdür Yardımcısı	70	9.9
Klinik Başhemşiresi	603	85.4
Klinik Sorumlu Hemşiresi		
Klinik hemşiresi		
Çalışma süresi		
1-5 yıl	504	71.4
6-10 yıl	156	22.1
11-15 yıl	35	5.0
16 yıl ve ↑	11	1.5
İş yükü/günlük		
Çok Fazla	247	35.0
Fazla	280	39.7
Normal	155	22.0
Az	10	1.3
Çok az	14	2.0
Mesleği sevme derecesi		
Çok seviyor	72	10.2
Seviyor	243	34.4
Kararsız	83	11.8
Sevmiyor	207	29.3
Hiç sevmiyor	101	14.3
Beklentilerini karşılama durumu		
Çok karşılıyor	11	1.5
Karşılıyor	134	19.0
Kararsız	128	18.1
Karşılamıyor	302	42.8
Hiç karşılamıyor	131	18.6
Kurumda duygu ve düşüncelerin dikkate alınma derecesi		
Çok dikkate alınmıyor	19	2.7
Dikkate alınmıyor	157	22.2
Kararsızım	116	16.5
Dikkate alınmıyor	250	35.4
Hiç dikkate alınmıyor	164	23.2

Hemşirelerin %53.1'inin toplam çalışma süresinin olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %19.4'ünün cerrahi, %19.1'inin yoğun bakım birimlerinde, %71.4'ünün 1-5 yıl süredir şu an çalıştığı birimde görev yaptığı saptanmıştır. Hemşirelerin %35.0'i günlük iş yükünün çok fazla, %39.7'si fazla, olduğunu ve hemşirelerin %34.4'ü mesleği sevdiği, %42.8'i kurumun çalışma ortamı beklentilerini karşılamadığını, %35.4'ü çalışılan kurumda duygu ve düşüncelerin dikkate alınmadığını, belirtmiştir (Tablo 3).

TPİÖ'nden alınan min-max puanlar ve puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde özerklik ihtiyacı alt boyutundan en düşük 8 en yüksek 35, yeterlilik ihtiyacı alt boyutundan en düşük 7 en yüksek 30, ilişki ihtiyacı alt boyutundan en düşük 15 en yüksek 37 ve toplamda en düşük 39 en yüksek 99 puan aldığı belirlenirken, hemşirelerin özerklik ihtiyacı alt boyutundan 22.61±4.58, yeterlilik ihtiyacı alt boyutundan 19.91±3.13, ilişki ihtiyacı alt boyutundan 27.43±3.95 puan aldığı ve toplam puan ortalamasının ise 69.61±8.84 olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Hemşirelerin cinsiyet durumları ile yeterlilik alt boyut puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Tablo 3. TPİÖ'den Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Boyutları	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$
Özerklik ihtiyacı	8-35	22.61±4.58
Yeterlilik ihtiyacı	7-30	19.91±3.13
İlişki (aidiyet) ihtiyacı	15- 7	27.43±3.95
Toplam Puan	39-9	69.61±8.84

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre TPİÖ puanları karşılaştırıldığında kadın hemşirelerin özerklik (27.19±3.79), yeterlilik (20.15±3.06), ilişki (27.57±3.92) alt boyutu ve toplam puan ortalamasının (70.00±8.82) erkek hemşirelerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Hemşirelerin yaş grubu, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuk

sayısı ve gelir durumuna göre ölçek alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05). 18-25 yaş grubundaki hemşirelerin özerklik (27.26±3.85), yeterlilik (20.08±3.20), ilişki (27.59±3.92) toplam puan ortalamasının (70.04±9.21) diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu, lisansüstü öğrenim mezunu hemşirelerin özerklik (22.82±5.68), yeterlilik (20.75±2.82) puan ortalaması ve toplam puan ortalamasının (70.07±9.39), lisans mezunu hemşirelerin ilişki (27.63±3.90) puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, bekar hemşirelerin özerklik (27.63±3.74), yeterlilik (20.00±3.23), ilişki (27.63±3.74) toplam puan ortalamasının (70.20±8.92) evli hemşirelere göre daha yüksek olduğu, çocuk sahibi olmayan hemşirelerin özerklik (22.85±4.80), yeterlilik (19.98±3.20), ilişki (27.57±3.77) toplam puan ortalamasının (70.03±9.03) çocuk sahibi olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu dört veya daha fazla sayıda çocuk sahibi olan hemşirelerin, özerklik (23.21±4.45) puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanırken, iki çocuk sahibi olan hemşirelerin yeterlilik (20.05±2.92), ilişki (27.39±4.06) toplam puan ortalamasının (69.56±8.85) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu gelir durumunun yeterli olduğunu ifade eden hemşirelerin özerklik (23.83±4.07), ilişki (28.02±4.86) toplam puan ortalamasının (71.73±9.63) kısmen yeterli olduğunu ifade eden hemşirelerin yeterlilik (20.23±2.89), alt boyutu puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Hemşirelerin çalıştığı hastane ile özerklik alt boyut puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre TPİÖ puan ortalamalarıyla karşılaştırılmaları tablo 5'de görülmektedir.

Hemşirelerin meslekte toplam çalışma süresi, çalıştığı klinikler, çalışma pozisyonları, çalışmakta olduğu birimde çalışma süreleri, günlük iş yükü durumları, hemşirelerin mesleğini sevme durumları, kurumun beklentilerini karşılama durumları ve çalıştıkları kurumda duygu ve düşüncelerinin dikkate alınma durumları ile temel psikolojik ihtiyaç ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin TPİÖ Ortalamalarıyla Karşılaştırılması

Özellikler	ALT BOYUTLAR			Toplam puan $\bar{X} \pm SS$
	Özerklik $\bar{X} \pm SS$	Yeterlilik $\bar{X} \pm SS$	İlişki $\bar{X} \pm SS$	
Cinsiyet				
Kadın	27.19±3.79	20.15±3.06	27.57±3.92	70.00±8.82
Erkek	26.91±3.87	19.51±3.22	27.18±3.99	68.94±8.87
Test ve p değeri	t=0.94, p>0.05	t=2.62, p<0.05	t=1.28, p>0.05	t=1.54, p>0.05
Yaş				
18-25 yaş	27.26±3.85	20.08±3.20	27.59±3.92	70.04±9.21
26-33 yaş	27.14±3.70	19.81±3.02	27.51±3.88	69.83±8.41
34 ve ↑	26.65±4.03	19.87±3.30	26.94±4.14	68.36±9.13
Test ve p değeri	f=1.19, p>0.05	f=0.54, p>0.05	f=1.35, p>0.05	f=1.77, p>0.05
Eğitim				
Şğk. Mes. Lis.	22.44±5.11	19.92±3.17	27.59±3.97	69.74±9.88
Önlisans	22.38±4.57	20.19±3.18	26.97±4.01	69.33±8.46
Lisans	22.78±4.24	19.71±3.11	27.63±3.90	69.66±8.52
Lisansüstü	22.82±5.68	20.75±2.82	26.82±3.96	70.07±9.39
Test ve p değeri	KW=0.38, p>0.05	KW=6.41, p>0.05	KW=3.95, p>0.05	KW=0.34, p>0.05
Medeni durum				
Bekar	27.63±3.74	20.00±3.23	27.63±3.74	70.20±8.92
Evli	27.23±4.13	19.83±3.04	27.23±4.13	69.04±8.75
Test ve p değeri	t=1.36, p>0.05	t=0.72, p>0.05	t=1.36, p>0.05	t=1.75, p>0.05
Çocuk sahibi olma durumu				
Olan	22.27±4.25	19.82±3.05	27.23±4.18	69.04±8.56
Olmayan	22.85±4.80	19.98±3.20	27.57±3.77	70.03±9.03
Test ve p değeri	t=1.13, p>0.05	t=1.67, p>0.05	t=0.68, p>0.05	t=1.47, p>0.05
Çocuk sayısı(n=296)				
1	22.60±3.87	20.05±2.95	27.13±4.19	69.56±8.06
2	22.39±4.35	20.03±2.92	27.39±4.06	69.50±8.85
3	21.03±4.59	19.32±3.45	27.05±4.29	67.00±8.66
4 ve ↑	23.21±4.45	18.07±2.81	27.21±5.08	68.50±9.20
Test ve p değeri	KW=5.87, p>0.05	KW=6.65, p>0.05	KW=0.23, p>0.05	KW=3.88, p>0.05
Gelir durumu algısı				
Yeterli	23.83±4.07	20.21±3.15	28.02±4.86	71.03±9.63
Kısmen yeterli	23.22±4.32	20.23±2.89	27.56±3.65	70.68±8.09
Yetersiz	22.24±4.54	19.59±3.24	27.25±3.78	68.86±8.69
Çok yetersiz	21.11±5.05	19.67±3.30	27.00±3.84	67.42±9.19
Test ve p değeri	f=9.55, p<0.05	f=2.22, p>0.05	f=1.60, p>0.05	f=6.26, p<0.05

Tablo 5. Hemşirelerin mesleki özelliklerinin TPIÖ puan ortalamalarıyla karşılaştırılması

Özellikler	ALT BOYUTLAR			Toplam puan $\bar{X} \pm SS$
	Özerklik $\bar{X} \pm SS$	Yeterlik $\bar{X} \pm SS$	İlişki $\bar{X} \pm SS$	
Çalışılan hastane				
YYÜ Dursun Odabaşı Tıp Merkezi	22.14±4.54	19.78±3.06	27.08±3.75	68.99±8.37
Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hst.	23.17±4.33	20.01±3.23	27.75±4.16	70.28±8.96
İpekyolu Devlet Hastanesi	21.46±5.42	19.98±2.96	27.16±3.52	68.61±9.66
Van Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	24.00±3.01	19.10±3.41	27.10±4.22	70.20±7.50
Test ve p değeri	KW=12.95, p<0.05	KW=0.29, p>0.05	KW=6.91, p>0.05	KW=3.93, p>0.05
Toplam çalışma yılı				
1-5 yıl	22.98±4.49	20.09±3.00	27.80±3.83	70.51±8.73
6-10 yıl	22.70±4.48	19.76±3.37	27.29±3.86	69.37±8.67
11-15 yıl	20.29±4.47	19.69±3.05	26.00±4.42	65.72±8.09
16 yıl ve ↑	22.38±5.06	19.51±3.12	27.14±4.16	69.00±10.09
Test ve p değeri	F=6.60, p<0.05	F=0.96, p>0.05	F=4.16, p<0.05	F=5.72, p<0.05
Çalışılan birim				
Cerrahi birimler	22.83±5.18	19.86±2.97	26.91±4.08	69.60±9.85
Dahili birimler	23.02±4.54	19.94±3.71	29.60±3.47	70.46±8.86
Çocuk	22.67±3.98	19.83±2.78	27.17±3.49	69.68±7.35
Yoğun bakım	22.06±4.73	19.76±3.17	27.08±3.98	68.88±9.04
Diş	24.00±3.01	19.10±3.41	27.10±4.22	70.20±7.50
Poliklinik	22.47±4.47	20.14±3.08	26.95±3.98	69.58±8.94
Test ve p değeri	KW=4.87, p>0.05	KW=1.78, p>0.05	KW=41.88, p<0.05	KW=3.07, p>0.05
Çalışılan pozisyon				
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü	23.00±2.70	20.75±1.89	29.50±4.72	73.25±3.94
Hemşirelik Hizmetleri Müdür	22.41±3.08	20.25±2.98	26.83±3.51	69.50±7.79
Yrd.	21.88±2.86	19.17±2.57	27.35±3.95	67.82±7.40
Klinik Başhemşiresi	22.57±4.46	20.17±2.74	27.77±3.80	69.90±7.10
Klinik Sorumlu Hemşiresi	22.63±4.68	19.89±3.20	27.39±3.97	69.61±9.11
Klinik hemşiresi	KW=1.21, p>0.05	KW=2.15, p>0.05	KW=2.22, p>0.05	KW=2.18, p>0.05
Test ve p değeri				
Çalışılan birimdeki çalışma süresi				
1-5 yıl	22.72±4.55	20.01±3.11	27.71±3.83	70.07±8.73
6-10 yıl	22.75±4.51	19.85±3.25	26.98±4.04	69.27±8.94
11-15 yıl	20.74±5.15	19.02±2.88	26.20±4.29	65.85±8.87
16 yıl ve ↑	21.45±4.29	19.36±3.41	24.63±4.84	65.45±9.70
Test ve p değeri	KW=5.61, p>0.05	KW=4.78, p>0.05	KW=9.07, p<0.05	KW=10.77, p<0.05
Günlük iş yükü durumu				
Çok Fazla	21.92±4.81	20.06±3.25	26.98±3.98	68.63±9.06
Fazla	22.90±4.79	20.06±3.13	27.75±3.87	70.41±9.19
Normal	23.21±3.66	19.69±2.94	27.56±3.94	70.12±7.94
Az	22.50±4.71	17.90±2.80	27.50±4.92	67.50±8.75
Çok az	22.14±4.20	18.35±2.53	27.35±4.12	66.92±5.53
Test ve p değeri	KW=8.16, p>0.05	KW=9.45, p>0.05	KW=5.58, p>0.05	KW=7.38, p>0.05

Tablo 5. Hemşirelerin mesleki özelliklerinin TPIÖ puan ortalamalarıyla karşılaştırılması (devamı)

Özellikler	ALT BOYUTLAR			Toplam puan
	Özerklik $\bar{X} \pm SS$	Yeterlik $\bar{X} \pm SS$	İlişki $\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Kurumun beklentilerini karşılama durumu				
Çok karşılıyor				
Karşılıyor	26.18±4.21	21.09±3.67	27.18±4.68	73.90±11.57
Kararsız	23.45±3.98	20.14±3.14	27.85±4.37	71.10±8.75
Karşılmıyor	22.73±4.56	20.34±2.94	27.81±3.67	70.49±8.62
Hiç karşılmıyor	22.50±4.46	19.80±3.01	27.23±3.79	69.26±8.45
Test ve p değeri	21.57±5.18 KW=16.94, p>0.05	19.44±3.47 KW=6.14, p>0.05	27.09±4.03 KW=4.92, p>0.05	67.70±9.42 KW=13.74, p<0.05
Çalışılan kurumda duygu ve düşüncelerin dikkate alınma durumu				
Çok dikkate alınıyor	23.42±3.90	19.42±2.83	27.63±5.16	70.26±9.05
Dikkate alınıyor	23.26±4.12	20.22±3.25	28.17±4.05	71.21±8.46
Kararsızım	22.87±4.13	19.97±2.93	27.68±3.85	70.02±8.28
Dikkate alınmıyor	22.63±4.75	19.88±3.03	27.04±3.73	69.42±8.99
Hiç dikkate alınmıyor	21.67±5.00	19.69±3.35	27.10±4.02	68.03±9.15
Test ve p değeri	KW=8.70, p>0.05	KW=4.41, p>0.05	KW=11.54, p<0.05	KW=12.16, p<0.05

Meslekte toplam çalışma süresinin ve kurumda kabul gördüğünü düşünen hemşirelerin TPIÖ alt boyutlarından yeterlilik, ilişki ve özerklik puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. (Tablo 3)

Tartışma

Araştırmada hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, hemşirelerin çoğunun kadın ve evli olduğu, büyük çoğunluğunun lisans mezunu olduğu ve gelir durumunun kısmen yeterli olduğu saptanmıştır. Çalışma sürelerinin değişkenlik gösterdiği, farklı birimlerde ve farklı pozisyonlarda çalıştıkları belirlenmiştir. Türk'ün (23) Doğan ve Eryılmaz'ın (24) tüm akademisyenleri değerlendirdikleri çalışmada TPIÖ ölçek alt boyutlarının ve toplam puan ortalamalarının yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçlar araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir.

Araştırmada erkek hemşirelerin, kadın hemşirelere göre yeterlilik ihtiyacının düşük olduğu görülmüştür. Bu çalışmada; temel psikolojik ihtiyaçların yeterlilik boyutunda kadın ve erkek arasındaki anlamlı farklılığın, cinsiyetler arasındaki farklı tutum ve davranışlardan kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş gruplarına göre puan ortalamaları değerlendirildiğinde; 18-25 yaş grubundaki hemşirelerin özerklik, yeterlilik, ilişki alt boyutu ve toplam puan ortalamasının, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu fakat bu farklılığın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Türk (23)'ün, çalışmasında yaş değişkeni bakımından, akademisyenlerin özerklik, yeterlilik ve ilişki değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığını belirtmiştir. Bayraktar'ın (25) hakemlerde, Annaberdiyev'in (26) öğrencilerde yaptığı çalışma bulgularıyla bu araştırma sonuçları paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin eğitim durumlarına göre; özerklik, yeterlilik, ilişki alt boyutu ve toplam puan ortalamasının anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Türk'ün (23) yaptığı çalışmada akademisyenlerin öğrenim durumu değişkenine göre temel psikolojik ihtiyaçlardan özerklik, yeterlilik, ilişki arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığını belirtmiştir. Hemşirelerin medeni durumlarına göre, temel psikolojik ihtiyaç alt boyutlarından özerklik, yeterlilik ve ilişki puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Türk'ün (23) çalışmasında da, medeni duruma göre temel psikolojik ihtiyaç alt

boyutlarından özerklik, yeterlilik ve ilişki arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığını belirtmiştir. Bu çalışma bulgusu, yapılan araştırma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Bu araştırmada, çocuk sahibi olmayan hemşirelerin, temel psikolojik ihtiyaç alt boyutlarından özerklik, yeterlilik ve ilişki puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Türk'ün (23) akademisyenlerin çocuk sahibi olma durumlarına göre, temel psikolojik ihtiyaç alt boyutlarından özerklik, yeterlilik ve ilişki puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık olmadığını belirtmiştir. Bu çalışma bulgusu, yapılan araştırma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Hemşirelerin gelir durumu algısına göre, temel psikolojik ihtiyaçlar alt boyutlarından özerklik alt boyutu ve toplam puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Yeterlilik ve ilişki alt boyutu arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Türk'ün (23) çalışmasında akademisyenlerin gelir düzeyi değişkenine göre temel psikolojik ihtiyaç alt boyutlarından, yeterlilik alt boyutu ve ilişki puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken özerklik alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık bulunduğu belirtilmiştir. Bu çalışma bulgusu, yapılan araştırma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları hastane ile özerklik alt boyut puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve yeterlik, ilişki alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin çalıştıkları, Van Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde, özerklik alt boyut puan ortalamasının anlamlı olmasının, hemşire sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin toplam çalışma yılı; temel psikolojik ihtiyaçlarının alt boyutlarından özerklik ve ilişki alt boyutu ile toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş, yeterlilik puan ortalamasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Hizmet süresi 1-5 yıl olan hemşirelerin psikolojik ihtiyaçlarındaki tatminin, çalışma yılı farklı olan diğer hemşirelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum hastanenin genç bir hemşire topluluğundan oluştuğunu göstermektedir. Aynı zamanda hizmet yılı artışı ile hemşirelerin psikolojik ihtiyaçlarının artışı arasında da doğru bir orantı olduğu düşünülebilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerden, hemşirelik hizmetleri müdürü olarak çalışan hemşirelerin özerklik, yeterlik, ilişki alt boyutu ve toplam puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Türk'ün (23) , akademisyenlerin temel psikolojik ihtiyaçlarını belirlediği çalışmada, yönetimde görevli olan akademisyenlerin temel psikolojik ihtiyaçlarından özerklik ve ilişki alt boyutu puan ortalamaları arasında yönetim görevi olmayan akademisyenlere göre, anlamlı bir farklılık bulunduğunu belirtmiştir. Bu bulgu araştırma bulgusu ile paralellik göstermektedir. Bu bulgular doğrultusunda araştırma, iki farklı şekilde yorumlanabilir. Birincisi; buldukları mesleki kıdemden dolayı yöneticilerin temel psikolojik ihtiyaçlarının karşılanışlık düzeyleri yüksektir. İkincisi ise temel psikolojik ihtiyaçları karşılanmış bireyler, iş yaşamında ve kariyerlerinde başarıya ulaşabilmektedirler. ÖBK'nın temel psikolojik ihtiyaçların desteklenmesiyle bireylerin içsel motivasyonun yüksek olacağı ve öznel iyi oluş düzeyinin yüksek olacağı yönündeki açıklaması dikkate alındığında ikinci açıklamanın daha geçerli olduğu düşünülmektedir (27) Gerçekte ne olduğu ise, daha derinlemesine ve veri toplamayı gerektiren nitel desenli araştırmalarla ortaya konabilir.

Hemşirelerin çalıştıkları birimdeki çalışma süreleri; temel psikolojik ihtiyaçları alt boyutlarından özerklik ve yeterlilik alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık göstermezken, ilişki boyutu ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmiştir.

Hemşirelerin günlük iş yükü temel psikolojik ihtiyaçları alt boyutlarından özerklik, yeterlilik ve ilişki alt boyutu, toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu farklılığın kurumlarda çalışan hemşirelerin %46.0'sının 26-33 yaş aralığında olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin mesleği sevmesine göre özerklik, yeterlilik, ilişki ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Mesleği isteyerek seçmek; bireylerin mesleği severek yapmalarına, kurumu ve meslektaşlarını sevmelerine, mesleki ilişkilerinin ve iş doyumlarının yüksek olmasına dolayısıyla çalışma ortamlarını olumlu algılamalarına etki etmektedir (28) .

Kurumun beklentileri karşılama durumuna göre, yeterlilik ve ilişki puan ortalamalarında farkın anlamlı olmadığı, özerklik alt boyutu ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır.

Çalıştığı kurumda duygu ve düşüncelerinin dikkate alma durumu, özerklik, yeterlilik alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiş, ilişki alt boyutu ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. Sağlık çalışanları sürekli bir etkileşim içerisindedir. İlişki ihtiyacı alt boyutunun anlamlı olması, çalışılan kurumun, hemşirelerin duygu ve düşüncelerini dikkate aldığı düşündürmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmadan ulaşılan bulgular bütünsel olarak değerlendirildiğinde, temel psikolojik ihtiyaçların doyumunun motivasyonu artırıcı, kaygıyı azaltıcı etkisi olduğu söylenebilir. Hemşirelerin de temel psikolojik ihtiyaçları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırmaya katılan hemşirelerin genel olarak servis hemşiresi olduğu, 33 yaşın altında, lisans eğitimine sahip, bayan ve evli oldukları ve hemşirelik mesleğini sevdikleri,
- Hemşirelerin temel psikolojik ihtiyaçları alt boyutlarında özerklik ihtiyacı, yeterlik ihtiyacı ve ilişki ihtiyaçlarının olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelerin, temel psikolojik ihtiyaçları öneminin vurgulandığı, eğitim programlarına katılmaları konusunda desteklenmeleri ve bu konuda farkındalık oluşması,
- Hemşireler tarafından sosyal programların planlanması ve sosyal ortamlarda birlikteliğin sağlanması,
- Hemşirelerin psikolojik anlamda kendilerini değerlendirmeleri ve geliştirmeleri konusunda bilinçlendirilmeleri önerilebilir.

Kaynaklar

1. Karaöz S. Hemşirelerin politik gücü. Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, Sivas, 2004, 8:30.
2. Deci E L, Vansteenkiste M. Self-determination theory and basic need satisfaction: understanding human development in positive

psychology. Ricerche Di Psicologia, 2004, 27: 17-34.

3. Deci E, Connell J ve Ryan R. Self-determination in a Work Organization. Journal of Applied Psychology, 1989, 74: 580-590.
4. Maslow Teorisi. : Erişim Tarihi : 04.09.2014
5. Kanoğlu B. Çalışan Memnuniyeti ve Motivasyonuna Etki Eden Unsurlar: İstaç A.Ş. Örnek Uygulama. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Çalışma Ekonomisi Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2007, 23.
6. Temel Psikolojik İhtiyaçlarımız Ne Kadar Karşılıyor? <http://ajanspsikoloji.com/temel-psikolojik- ihtiyaclariniz-ne-kadar-karsilaniyor> Erişim Tarihi: 04.06.2014.
7. Budak S. Psikoloji Sözlüğü, Ankara, Bilim ve Sanat Yayınları, 2000.
8. Deci E. L, Ryan, R. M. The 'what' and 'why' of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. Psychological Inquiry, 2000, 11:227-268.
9. Ryan R.M, Deci E.L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. American Psychologist, 2000, 55; 68–78.
10. Ryan RM, Deci EL. The darker and brighter sides of human existence: Basic psychological needs as a unifying concept. Psychological Inquiry, 2000, 11: 319-338.
11. Arık A. Motivasyon ve Heyecana Giriş, 3.Baskı, İstanbul, Çantay Kitabevi, 1996:58
12. Terakye G. Hemşirelikte İletişim ve Hasta Hemşire İlişkileri, , Ankara, 1994
13. Sönmez V. Öğretmenlik Mesleğine Giriş, Ankara, Anı Yayıncılık, 2004
14. Oflaz F. Felaketlerin psikolojik etkileri ve hemşirelik uygulaması, Cumhuriyet Üniversitesi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Sivas, 2008, 12:1
15. Yiğit R. Konya İlinde Öğrenim gören yabancı uyruklu üniversite öğrencilerinin temel psikolojik ihtiyaçlarının bir kısım değişkenler bakımından incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2012, 27: 317.
16. Çankaya CZ. Öğretmen adaylarında temel psikolojik ihtiyaçların doyumunu ve iyi olma. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi, 2009, 7: 691-71.

- 17.Özaydın N. Mesleki Müzik Eğitimi Alan Öğrencilerin Psikolojik İhtiyaçlarının ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Güzel Sanatlar Eğitimi Anabilim Dalı, Müzik Öğretmenliği Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2011:21-23
- 18.Durmaz M. Ortaöğretim Öğrencilerinin (10. Sınıf) Temel Psikolojik İhtiyaçlarının Karşılansızlık Düzeyleri, Motivasyon ve Matematik Kaygısı Arasındaki İlişkilerin Belirlenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İlköğretim Matematik Öğretmenliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi, 2012.
- 19.Çelikkaleli O, Gündoğdu M. Eğitim fakültesi öğrencilerinin psikolojik ihtiyaçları. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Malatya, 2005, 6:43-53.
- 20.Gagné M. The role of autonomy support and autonomy orientation in prosocial behavior engagement. Motivation and Emotion, 2003. 27:199-223.
- 21.Sünbül AM, Kesici Ş, Üre Ö, Bozgeyikli H. Temel psikolojik ihtiyaçlar ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği, VII. Ulusal PDR Kongresinde Sunulan Bildiri, Malatya, 2003.
- 22.Durmaz M, Akkuş R. Ortaöğretim öğrencilerinin hayallerindeki matematik bağlamında matematik algılarının, bu algıları etkileyen faktörlerin ve matematikten beklentilerinin incelenmesi. IX. Ulusal Fen Bilimleri ve Matematik Eğitimi Kongresinde sunulan bildiri, İzmir. 2010.
- 23.Türk S. Akademisyenlerin Temel Psikolojik İhtiyaçlarının ve Temel Doyum Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2013.
- 24.Doğan T, Eryılmaz A. Akademisyenlerde işle ilgili temel ihtiyaç, doyum ve öznel iyi oluş. Ege Akademik Bakış Dergisi, 2012,12:383-389.
- 25.Bayraktar G, Kuru E. Güreş hakemlerinin temel psikolojik ihtiyaçlarının incelenmesi. Niğde üniversitesi. Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 2007, 1:27- 39.
- 26.Annaberdiyev D. Türkiye’de Eğitim Gören Türk Cumhuriyetleri ve Türk Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Yardım Arama Tutumları, Psikolojik İhtiyaçları ve Psikolojik Uyumlarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi,2006: 26.
- 27.Aktepe E. Genel İşletme, Mesleki ve Teknik Yayınlar Serisi, Nobel Yayın Dağıtım, Kasım 2007,19.
- 28.Mollaoğlu M ve ark. Hastanede çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2010, 5:15.

Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi

Evaluaiion of Healthy Living Behaviors in Nursing in Surgical Clinics

Betül UNCU^a, Hülya ÜSTÜNDAĞ^b

ÖZ Amaç: Bu araştırma cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. **Yöntem:** Araştırmanın evrenini Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Fatih Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği' ne bağlı Eğitim Araştırma Hastaneleri cerrahi kliniklerinde çalışan 318 hemşire oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeden çalışmaya katılmayı kabul eden 293 cerrahi hemşiresi araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın verileri "Kişisel Bilgi Formu" ve "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-IP" ile Mart 2017-Mayıs 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney - U testi, ikiden fazla bağımsız grup arasındaki verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya katılan cerrahi hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalaması 119.96±17.21 olarak bulunmuş, alt grupları arasında en yüksek puan ortalaması manevi gelişim 24.29±3.83 ve en düşük puan ortalaması fiziksel aktivite 15.35±4.90 olarak belirlenmiştir. Yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuk varlığı, çalışma yılı, beden kitle indeksi, sigara kullanımı, haftalık çalışma süresi, kronik hastalık varlığı, sağlık kontrolü yaptırma, sağlığı algılama, fiziksel aktivite yapma, sağlıklı beslenme değişkenleri ile fiziksel aktivite; beden kitle indeksi, günlük bakım verilen hasta sayısı, kronik hastalık varlığı, sağlığı algılama, fiziksel aktivite yapma, sağlıklı beslenme, stres yönetimi yapma, iyi iletişim kurma becerisi değişkenleri ile manevi gelişim arasında anlamlı fark bulunmuştur. **Sonuç:** Cerrahi hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamasının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. **Anahtar Kelimeler:** Cerrahi hemşireliği, sağlıklı yaşam, sağlığı geliştirme davranışları.

ABSTRACT Aim: This study descriptive study was conducted in order to determine the healthy lifestyle behaviors of nurses working in surgical clinics. **Method:** The research population has been consisted of 318 nurses working in the surgery clinics of the Ministry of Health Public Hospitals Institution Training and Research Hospitals affiliated to the General Secretariat of Istanbul Fatih Public Hospitals Association. 293 surgical nurses who agreed to participate in the study without taking the sample selection were included in the study. Datas of the study were collected between March 2017 and May 2017 with "Personal Information Form" and "Healthy Life Style Behavior Scale-II". Number percentage, mean, standard deviation have been used as descriptive statistical methods in the evaluation of the data. The Mann Whitney - U test has been used to compare quantitative continuous data between two independent groups, and the Kruskal Wallis test has been used to compare data between two independent groups. **Results:** The mean score of healthy lifestyle behaviors of the surgical nurses participating in the study has been found as 119.96 ± 17.21. The highest score average among the subgroups has been determined as spiritual development 24.29 ± 3.83 and the lowest score average physical activity was determined as 15.35 ± 4.90. Physical activity with variables such as age, marital status, education level, having children, years of work, BMI, smoking, weekly study period, presence of chronic disease, health check, health perception, physical activity, healthy nutrition; There was a significant difference between the variables such as BMI, number of patients given daily care, presence of chronic illness, health perception, physical activity, healthy nutrition, stress management, good communication skills and spiritual development. (p <0.05). **Conclusion:** The average score of the healthy lifestyle behaviors scale of surgical nurses have been found as medium level.

Keywords: Surgical nursing, healthy life, health promotion behaviors.

Geliş Tarihi/Receved date: 09-02-2018-Kabul Tarihi/Accepted date:26-04-2018

^a Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul, e-mail: betusunuc@gmail.com

^bDr, Öğretim Üyesi, İstanbul Bilgi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İstanbul, e-mail: ustundag_hulya@yahoo.com, ORCID: 0000-0001-6119-8573

Sorumlu Yazar/correspondence author: Dr. Öğretim Üyesi Hülya Üstündağ, e-mail: ustundag_hulya@yahoo.com, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Giriş

Sağlık ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları insan yaşamının merkezinde önemli bir yere sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Sağlıklı yaşam biçimi ise, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol altına alıp, günlük aktivitelerini gerçekleştirirken kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (1-3). Bireyler, sağlıklı davranışlar geliştirmede üzerine düşen sorumlulukları almalı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, yaşam tarzı haline getirmeleri gerekmektedir (4-6). Sağlıklı yaşam biçiminden bahsetmek için kişilerin sağlık davranışları sorumluluğunu alması, sigara kullanmaması, dengeli, yeterli ve düzenli beslenmesi, düzenli ve yeterli egzersiz yapması, hijyenik önlemler alması, çevre ile olumlu ilişkiler kurması, stres yönetimi yapması gibi davranışları sergilemeleri gerekmektedir. Hasta ve sağlıklı bireylerle sürekli etkileşim içinde olan hemşirelerin toplumun sağlığını sürdürme ve geliştirmeye ilişkin olumlu davranış kazandırılmasında sorumluluk alma ve yol gösterici olma özelliği beklenen davranıştır (5-7). Sağlık alanında önemli görevlere sahip olan hemşirelerin öncelikle sağlık konusunda bilinçlenmeleri ve bu bilgileri tutum ve davranışa dönüştürmeleri, kendi sağlıklarının geliştirilmesi ve sürdürülmesinde etkili olacaktır (2). Çalışma ortamının kişiye, toplum içinde belli bir rol, statü ve ekonomik bir güç sağlamasının yanı sıra fizyolojik ve psikososyal yönden de bazı olumsuzlukları beraberinde getirmesi kaçınılmazdır (8). Hemşirelik mesleğinde; iş yükünün fazlalığı, zaman baskısı, zor ya da karmaşık görevler, molaların yetersizliği, tekdüzelik ve fiziksel olarak kötü koşullarda çalışma gibi durumlar stresle ilgili risk faktörlerini içermektedir (9). Cerrahi kliniklerde yoğun çalışma ortamı nedeniyle öğünlerine yeterince dikkat edememe, sürekli ayakta kalma ile ilişkilendirilen yorgunluk ve kas iskelet sistemi bozukluklarının oluşuma olasılığı, aşırı stres varlığı, cerrahi hemşiresinin sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (9-11). Aljeesh ve Nawajha'nın 2011 yılında yapmış olduğu çalışmada, cerrahi hemşirelerinin %70.6'sının bel ağrısı yaşadığı ve bu ağrıya en fazla %67.1 oranında uzun süre ayakta kalmanın sebep olduğu gösterilmiştir (12). Sağlık hizmetlerinin kaliteli, güvenli ve nitelikli olması; sağlık profesyonellerinin sağlığı, kapasitesi ve verimi ile doğrudan ilişkilidir. Bu bağlamda, sağlık profesyonellerinin sağlığı ve güvenliği, üzerinde dikkatle durulması gereken bir konudur (13).

Toplumsal açıdan bakıldığında, hemşire rol modeli olma yönünden en önemli meslek gruplarından biri olarak nitelendirilebilir. Sağlık çalışanları eğitimini aldığı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, yaşam tarzına dönüştürdüklerinde, sağlıklarının sürekliliğini sağlayarak sağlık seviyelerini daha üst düzeye çıkarabilirler. Sağlığın sürdürülmesi ve hastalıklardan korunmanın temelinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve uygulanması yatmaktadır. Yaşam biçimlerinin geliştirilmesine yönelik yapılan uygulamalar, hastalıklardan korunmaya ve sağlığın geliştirilmesine katkı sağlamaktadır (3). DSÖ'nün açıklamasına göre; günümüzde yaşam standartlarının artışı ile birlikte kişilerin fiziksel aktiviteye olan ilgisinin azalması, beslenme alışkanlıklarında oluşan olumsuz değişimler ve sigara kullanım oranının her geçen gün fazlalaşması dünya üzerinde bulaşıcı olmayan hastalıklarda büyük bir artışa sebep olmaktadır. DSÖ'nün tahminine göre, her yıl iki milyondan fazla kişinin fiziksel aktivite yapmadıkları için yaşamları son bulmaktadır (14). Çalışan bir bireyin sağlık davranışlarını değerlendirmek için; işyeri ortamında bulunan etkenlerin yanı sıra bireyin kendi özelliklerinin de (yaş, cinsiyet, eğitim gibi) göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bireyin sağlığı geliştirici davranışlara kendi yeteneklerinin farkında olarak, kontrol gücünü elinde tutması ve bu davranışları kazanmak için istek duyması ile sahip olabilir. Sağlığı geliştirmek için olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması ve devamlılığı gerekmektedir (15). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşireler, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde sağlık ekibinin etkin bir üyesi olarak anahtar rol oynamaktadır (6,16). Cerrahi süreç boyunca bakım veren hemşirelerden hem bakım verdikleri grubun sağlığını hem de kendi sağlıklarını geliştirmeye yönelik çaba göstermeleri ve bu doğrultuda davranışlar sergilemeleri beklenmektedir. Bu davranışlar hemşirelerin bireylere rol modeli olabilmesi açısından önemlidir. Bu çalışmada, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Tanımlayıcı tipte yapılan araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesine bağlı Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH), Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Haseki EAH ve İstanbul EAH cerrahi kliniklerinde (ameliyathane, cerrahi servisler,

cerrahi yoğun bakım) çalışan 318 hemşire oluşturdu. Araştırmada evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Ancak 25 hemşirenin araştırmaya katılmayı kabul etmemesi sebebiyle araştırmanın örneklemine gönüllülük esasına göre çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 293 hemşire alındı.

Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Araştırma ile ilgili veriler araştırmacı tarafından hazırlanan hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerini belirlemeyi amaçlayan Kişisel Bilgi Formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SBYDÖ II) kullanılarak toplandı.

Kişisel Bilgi Formunda tanımlayıcı özelliklere (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı, mesleki çalışma yılı, boy, kilo, Beden Kitle İndeksi (BKİ), sigara kullanım durumu) ilişkin sorulara yer verildi.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II)

Pender'in sağlığı geliştirme modeli temel olarak bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek için Walker ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Bireyin kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki denetim gücünü artırma çabaları sağlık gelişimine olumlu katkıda bulunmaktadır. Hastalıklardan korunmak için temel olan husus, sağlığı geliştirici davranışların sergilenmesidir (17). Pender'e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi olarak belirlenmiştir.¹⁷ Ölçek 1996 yılında tekrar çalışılarak revize edilmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak adlandırılmıştır. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının sonucunda; Cronbach alfa katsayısı tüm ölçekte 0.92 bulunmuştur (18). Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı tüm ölçekte 0.92 olarak bulundu. Ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar; manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. (Sağlık sorumluluğu alt ölçeği madde numaraları: 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51). Fiziksel aktivite; sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir. (Fiziksel aktivite alt ölçeği madde numaraları: 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46). Beslenme; bireyin öğünlerini seçme, düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler. (Beslenme alt ölçeği

madde numaraları: 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50). Manevi gelişim; bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini gerçekleştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler. (Manevi gelişim alt ölçeği madde numaraları: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52). Kişilerarası ilişkiler; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler. (Kişilerarası ilişkiler alt ölçeği madde numaraları: 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49). Stres yönetimi; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler. (Stres yönetimi alt ölçeği madde numaraları: 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47). Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Ters madde yoktur. İşaretleme 4 likert tipli ölçek üzerine yapılır. "Hiçbir zaman" için 1, "Bazen" için 2, "Sık sık" için 3, "Düzenli olarak" için 4 puan verilir. En düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçekten alınan puanların artması, bireyin olumlu sağlık davranışları düzeyinin arttığını göstermektedir.¹⁸

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesi, Okan Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (79/1.2.2017) ve anketleri uygulamak için İstanbul İli Fatih Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği'nden onay alındı. Anketler araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü cerrahi hemşirelerinden "Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu" belgesi alındıktan sonra uygulandı.

Araştırmanın Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 22.0 istatistik programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Normal dağılıma uymayan değişkenler için ikili gruplarda Mann Whitney-U testi, ikiden fazla gruplarda Kruskal Wallis testi kullanıldı. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin %35.5'i (n=104) 25-31 yaş aralığında, %95.6'sı (n=280) kadın, %52.6'sı (n=154) bekar, %49.1'i (n=144) lisans mezunu, %60.8'inin (n=178) çocuk sahibi olmadığı, %43.3'ünün (n=127) 1-5 yıl mesleki çalışma yılına sahip olduğu, %66.9'unun (n=196) normal kiloda olduğu, %77.5'inin sigara kullanmadığı (n=227) belirlendi.

Tablo 2'de cerrahi hemşirelerinin cerrahi serviste çalışma durumu ile ilgili olarak; %60.1'inin (n=176) haftalık 40 saat üzerinde çalıştığı, %52.2'sinin (n=153) günlük bakım verdiği hasta

sayısının altı ve üzerinde olduğu, %89.8'inin (n=263) çalıştığı birimde nöbet tuttuğu saptandı.

Tablo 1. Cerrahi hemşirelerinin tanıtıcı özellikleri (N=293)

Değişkenler	Gruplar	n	%
Yaş	18-24	77	26.3
	25-31	104	35.5
	32-38	54	18.4
	39 ve	58	19.8
Cinsiyet	Kadın	280	95.6
	Erkek	13	4.4
Medeni Durum	Evli	139	47.4
	Bekar	154	52.6
Eğitim Durumu	SML	44	15.0
	Ön Lisans	65	22.2
	Lisans	144	49.1
	Yüksek Lisans	40	13.7
Çocuk Varlığı	Yok	178	60.8
	Var	115	39.2
Çalışma Yılı	1-5 Yıl	127	43.3
	6-10 Yıl	58	19.8
	11 Yıl ve↑	108	36.9
BKİ Grup	Zayıf	17	5.8
	Normal Kilolu	196	66.9
	Fazla Kilolu	71	24.2
	I.Derece Obez	9	3.1
Sigara Kullanma Durumu	Evet	66	22.5
	Hayır	227	77.5

Tablo 3'te araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin SYBDÖ alt boyutlarında puan ortalamalarının sağlık sorumluluğu 19.41±3.94, fiziksel aktivite 15.35±4.90, beslenme 20.04±3.75, manevi gelişim 24.29±3.83, kişilerarası ilişkiler 23.96±3.68, stres yönetimi 16.89±3.34 olduğu belirlendi. SYBDÖ toplam puan ortalaması ise 119.96±17.21 olarak saptandı

Tablo 4'de araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin bazı sosyodemografik özelliklere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Yaşa göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve alt

Tablo 2. Cerrahi hemşirelerinin cerrahi serviste çalışma durumu (N=293)

Değişkenler	Gruplar	n	%
Haftalık çalışma süresi	40 Saat	117	39.9
	41 Saat ve ↑	176	60.1
Bakım verdiği hasta sayısı	1-5	140	47.8
	6 ve↑	153	52.2
Nöbet tutma durumu	Evet	263	89.8
	Hayır	30	10.2

Tablo 3. Cerrahi hemşirelerinin SYBDÖ puan ortalamaları (N=293)

Alt Ölçekler	Ort±SD	Min-Max	Puan Aralığı
Sağlık Sorumluluğu	19.41±3.94	10-34	9-36
Fiziksel Aktivite	15.35±4.90	8-30	9-36
Beslenme	20.04±3.75	12-31	8-32
Manevi Gelişim	24.29±3.83	16-36	9-36
Kişilerarası İlişkiler	23.96±3.68	16-33	9-36
Stres Yönetimi	16.89±3.34	9-26	8-32
SYBDÖ Toplamı	119.96±17.21	83-180	52-208

boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve kişilerarası ilişkiler puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ve 18-24 yaş grubunda olan hemşirelerin; sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler alt boyutlarında, 25-31 yaş grubu hemşirelerin; fiziksel aktivite alt boyutu, sağlıklı yaşam biçimi ölçeği toplam puan ortalamasında; 32-33 yaş grubu hemşirelerin beslenme alt boyutu puan ortalamalarının diğerlerinden daha yüksek olduğu belirlendi (p<0.05) (Tablo 4). Cinsiyete göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiye bakıldığında puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak

Tablo 4. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının demografik özelliklere göre ortalamaları (N=293)

Özellikler		Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBDÖ Toplamı
Yaş	18-24	20.26±4.11	15.68±4.28	19.22±3.62	24.03±4.45	24.62±3.83	16.97±3.09	120.80±16.99
	25-31	20.22±3.85	16.47±5.67	20.51±3.96	24.56±3.97	24.16±3.71	17.18±3.37	123.11±18.30
	32-38	18.83±3.11	13.64±4.49	20.48±2.54	24.75±2.86	24.16±3.63	17.07±3.27	118.96±13.88
	39ve ↑	17.36±3.79	14.51±3.94	19.91±4.30	23.70±3.43	22.55±3.13	16.10±3.65	114.15±17.14
	KW-x	22.08	11.15	8.75	2.68	13.99	4.12	8.11
	p	0.000	0.011	0.033	0.443	0.003	0.24	0.044
Cinsiyet	Kız	19.41±3.97	15.33±4.94	20.09±3.81	20.09±3.84	23.95±3.74	16.92±3.36	120.01±17.55
	Erkek	19.38±3.33	15.84±3.97	19.00±1.68	24.53±3.66	24.15±1.77	16.15±2.96	119.07±6.77
	MW-U	1724.50	549.00	1478.50	1668.50	1718.50	1515.50	1753.00
	p	0.748	0.363	0.251	0.611	0.733	0.306	0.822
Medeni Durum	Evli	18.82±3.74	14.42±4.60	20.18±3.54	24.16±3.74	23.77±3.87	16.49±3.57	117.87±17.71
	Bekar	19.93±4.05	16.20±5.01	19.92±3.93	24.40±3.91	24.14±3.50	17.25±3.10	121.86±16.57
	MW-U	9001.50	8468.50	9453.50	10569.00	10025.0	9112.50	9306.00
	p	0.018	0.002	0.083	0.853	0.347	0.027	0.054
Eğitim düzeyi	S M L	20.45±4.74	17.20±5.36	19.97±3.81	25.36±3.88	25.77±3.44	18.02±3.26	126.79±17.76
	Ön Lisans	18.24±3.95	14.41±4.63	19.32±4.13	23.18±3.46	23.07±3.27	15.60±3.49	113.84±16.80
	Lisans	19.07±3.47	14.49±4.19	19.81±3.25	24.27±3.92	23.70±3.78	16.86±3.21	118.22±15.45
	Yüksek Lisans	21.35±3.71	17.97±5.75	22.12±4.08	24.97±3.63	24.37±3.57	17.87±2.98	128.67±18.09
	KW-x	17.98	20.37	14.82	7.78	14.48	18.80	19.99
	p	0.000	0.000	0.002	0.051	0.002	0.000	0.000
BKİ	Zayıf	20.47±5.29	14.64±4.75	19.29±4.25	24.29±5.14	25.05±4.78	16.35±2.84	120.11±23.38
	Normal Kilolu	19.68±3.90	16.07±5.12	20.33±3.66	24.76±3.72	24.13±3.52	17.33±3.32	122.32±16.35
	Fazla Kilolu	18.77±3.67	13.67±4.03	19.60±3.96	23.19±3.73	23.21±3.95	16.04±3.41	114.50±17.54
	I.derece Obez	16.33±1.50	14.44±3.24	18.77±2.38	22.77±1.85	24.11±1.16	15.00±2.55	111.44±5.12
	KW-x	12.62	12.26	4.47	13.67	4.63	13.92	16.53
	p	0.006	0.007	0.215	0.003	0.200	0.003	0.001

anamlı bir fark olmadığı görüldü ($p>0.05$). Medeni duruma göre cerrahi hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bekar olanların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi puanlarının evli olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4). Ayrıca eğitim durumuna göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve yüksek lisans mezunu hemşirelerin daha yüksek puana sahip olduğu, kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamalarının sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerde daha yüksek ve gruplar arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0.05$). Cerrahi hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları BKİ ile karşılaştırıldığında, sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü. BKİ zayıf olanların sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının, BKİ normal olanların ise fiziksel aktivite, manevi gelişim, stres yönetimi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Tabloda gösterilmemekle birlikte nöbet tutma durumu ile sağlıklı yaşam biçimi ölçeği ve alt grubu puanları karşılaştırıldığında nöbet tutmayan cerrahi hemşirelerinin kişilerarası ilişkiler puanlarından istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Tartışma

Bireye ve topluma rol modeli olma özelliği olan hemşirelerin, kendi sağlıklarının sürdürmesi ve geliştirmesi konusunda bilinçli olması oldukça önemlidir. Cerrahi hemşirelerinin kendi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmeleri, bakım hizmeti verdikleri hastalarına yaklaşımlarını ve hastaların sağlıklarını yönetme ile ilgili olan davranışlarını da olumlu yönde etkileyecektir. Sağlığın sürdürülmesi ve gelişimi için çalışan, aynı zamanda sağlıklı yaşam biçimini benimseyen cerrahi hemşirelerinin, olumlu rol model olması ve bireyleri olumlu davranışlara yönlendirmesi hedefleri arasındadır.²¹ İngiltere’de yapılan bir çalışmada acil servis hemşirelerinin sağlığın geliştirilmesinde önemli rolü olduğu ifade edilmiştir (22).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalar incelendiğinde; puan ortalamasını Cürcani ve arkadaşları (23) hemşirelerde

121.20±18.30, Özkan ve Yılmaz (20) 125.96±16.99, Yalçınkaya ve arkadaşları (6) sağlık çalışanlarında 121,85±18.05 olarak saptamışlardır. Özyazıcıoğlu ve arkadaşları (21) ise hemşirelik öğrencilerinde puan ortalamasını 128,97±16.40 olarak belirlemişlerdir. Bu çalışmanın sonucu da diğer yapılmış çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. On’un çalışmasında hemşirelerde SYBDÖ puan ortalamasının orta düzeyde (120,69±17.62) olduğu ve alt ölçek puan ortalamasının en yüksek manevi gelişime (25.31±4.39), en düşük fiziksel aktiviteye (14.54±3.96) ait olduğu belirtilmiştir (7) Pasinlioğlu ve Gözüm’ün (25) birinci basamak sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmada SYBDÖ puan ortalaması orta düzeyde (117.5±17.1) ve alt ölçek puan ortalaması en yüksek kendini gerçekleştirme (34.52±5.55) en düşük fiziksel aktivite (8.47±2.99) olduğu, Kara ve İşcan’ın (26) hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada ise fiziksel aktivite puan ortalamasının (2.19±0.59) en düşük olduğu ifade edilmiştir. Thoma ve arkadaşlarının hemşirelerle yaptıkları bir çalışmada hemşirelerin SYBDÖ’den aldığı en yüksek puan ortalaması kişilerarası ilişkiler alt ölçeği, en düşük puan ortalaması ise sağlık sorumluluğu olduğu belirtilmiştir. SYBDÖ ölçeğinin toplam puan ortalaması ise orta düzeyde olduğunu ifade etmişlerdir (27). Hong Kong’ta yapılan benzer bir çalışmada da SYBDÖ alt boyutlarından fiziksel aktivite puan ortalaması en düşük çıkarken, kişilerarası ilişkiler puan ortalaması en yüksek çıkmıştır (28). Suudi Arabistan’da ki hastaneler de çalışan hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada SYBDÖ’den alınan puanın orta düzeyde olduğu ifade edilmiştir (29). Aynı çalışmada alt boyut puan ortalamasının en yüksek manevi gelişim, en düşük fiziksel aktivite olduğu saptanmıştır (29). McElligott ve arkadaşlarının Amerika’da hastanede çalışan hemşirelerle yaptıkları araştırmada, ölçek alt grup puan ortalamasının en yüksek manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler, en düşük fiziksel aktivite ve stres yönetimi olduğu belirlenmiştir (30). Çalışmada cerrahi hemşirelerinin SYBDÖ toplam puan ortalaması 119.96±17.21 bulundu. Bu sonuç araştırma kapsamındaki cerrahi hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda en yüksek puanın manevi gelişim, en düşük puanın ise fiziksel aktivite olduğu belirlendi. Toplumun sağlık bakım gereksinimlerinin giderilmesinde, sağlık ekibinin önemli üyesi olan ve bu doğrultuda eğitim alan hemşirelerin kendi sağlık seviyelerinin orta düzeyde oluşu dikkat çekicidir. Bu sonuç hemşirelerin bilgi ve

deneyimlerini yaşamlarına aktaramadıklarını ya da cerrahi kliniklerde çalışmanın getirdiği yoğun çalışma ortamından kaynaklanan yorgunluk nedeniyle hemşirelerin kendilerine ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yeterince zaman ayıramadıklarını düşündürebilir. Fiziksel aktivite puan ortalamasının gerek yurt içinde gerekse yurt dışında yapılan çalışmalarda genellikle en düşük alt boyut olarak karşımıza çıkması, bu alışkanlığın hemşirelerin yaşamlarında etkin olmadığını düşündürmektedir. Pender'in sağlığı geliştirme modelinde, bireye ait demografik özelliklerin, bilişsel-algısal faktörler aracılığı ile sağlığı geliştirici davranışlar üzerine etkili olduğu" belirtilmiştir. İlgili literatürde özellikle yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durumun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile dolaylı olarak ilişkili olduğu bildirilmiştir (31). Pasinlioğlu ve Gözüm sağlık çalışanlarından oluşan bir katılımcı grubuyla yaptıkları çalışmada, yaş ve beslenme arasında ters orantı olduğunu tespit etmişlerdir (25). Thoma ve arkadaşları hemşirelerin yaşı ilerledikçe genel ölçek toplam puanları ile manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt grup puanlarında azalma olduğu saptanmıştır (27). Nacar ve arkadaşlarının (32) Tıp fakültesi öğrencileri ile yapmış olduğu çalışmada ise yaşı küçük olanların SYBDÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Suudi Arabistan'da yapılan çalışmada hemşirelerde 41-64 yaş aralığında bulunanların beslenme puan ortalaması yüksek ve anlamlı bulunmuştur (29). Al-Kandari ve Vidal'in hemşirelik öğrencilerinde yaptıkları çalışmada ise artan yaş ile birlikte manevi gelişim puan ortalamasının arttığı belirlenmiştir (33). Çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaş ile ilişkisi incelendiğinde; artan yaşla beraber sağlıklı yaşam biçimi davranışları genel puan ortalamalarının azaldığı saptandı. Sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam boyutları ile yaş arasında anlamlı olan bu farklılaşma ile yaşın olumsuz etkisinden bahsetmek mümkündür. Artan yaşla beraber sorumlulukların artması, evlilik ve çocuk büyütme gibi sosyal rollerin farklılaşması cerrahi hemşirelerinin sağlığına gereken önemi vermek için zaman ayıramadıkları ile ilişkilendirilebilir.

Bostan'ın hemşireler ile yaptığı çalışmada kadın hemşirelerin beslenme puan ortalaması, erkek hemşirelerin puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır(34). Japonya'da bir üniversitede yapılan çalışmada kız öğrencilerin kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, beslenme puan ortalamaları daha yüksek, erkek öğrencilerin ise fiziksel aktivite puan ortalaması kız öğrencilerden daha

yüksek olduğu ifade edilmiştir (35). Hong Kong'da üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada SYBDÖ alt ölçek puanlarında cinsiyete göre anlamlı fark belirlenmediği, istatistiksel anlamlı fark olmamakla birlikte erkeklerin fiziksel egzersiz puanlarının kız öğrencilere oranla daha yüksek olduğu belirtilmiştir (36). Karadeniz ve arkadaşlarının araştırmasında ise kız öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanları erkeklere göre daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (37). Zaybak ve Fadiloğlu araştırmalarında kız öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, erkeklere göre daha yüksek olduğunu ama bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığını belirtmişlerdir (3). Bu çalışmada SYBDÖ cinsiyet değişkeni ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Genel olarak kadınların erkeklere oranla sağlık konularına daha ilgili olduğu düşünülmeye rağmen sağlıklı yaşam biçimi ve sağlığı geliştirici davranışlar her iki cinsiyet açısından da önemli olduğu gerçeği yadsınamaz. Bu çalışmada her iki cinsiyette de fark olmamasının olağan olduğu düşünülebilir.

Ürdünlü kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada bekar olanların fiziksel aktivite ve stres yönetimi puan ortalamaları evlilere göre daha yüksek bulunmuştur (38). On'un çalışmasında ise evli olan hemşirelerin bekarlara göre beslenme puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (7). Ayaz ve arkadaşları, evlilerin sağlık sorumluluğu puanlarının da bekarlara göre anlamlı seviyede yüksek olduğunu dile getirmişlerdir (39). Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada evli olan hemşirelerin bekar olan hemşirelere göre daha yüksek beslenme puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir (29). Çalışmada SYBDÖ puan ortalamaları medeni durum ile karşılaştırıldığında sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutlarında bekarların puan ortalamaların daha yüksek olduğu belirlendi. Bekar olan katılımcıların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçekleri ile anlamlı ilişki saptandı. Ayrıca evli olan cerrahi hemşirelerinin beslenme puan ortalaması bekarlara göre yüksek bulundu. Evlilik hayatının düzenli bir yaşama neden olması, evli insanların beslenme ile ilgili davranışlara bekarlara göre daha çok önem verdiği düşünülebilir. Ayrıca bekar olmanın kişinin kendisine daha fazla yönelmesine bağlı olarak sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi gibi durumlarda kendini geliştirecek davranışlara zaman ayırdığı düşünülebilir.

Cürcani ve arkadaşının yaptığı çalışmada lisans mezunu hemşirelerin beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler alt boyutları ve toplam

SYBDÖ puan ortalamaları sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerden yüksek bulunmuştur (23). Yalçinkaya ve arkadaşları lisans mezunu olan sağlık çalışanlarının egzersiz alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlardan ve toplam SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının diğer sağlık çalışanlarından yüksek olduğunu saptamışlardır (6). Özkan ve Yılmaz'da yaptıkları çalışmada lisans ve lisansüstü eğitim alan hemşirelerin egzersiz, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi puan ortalamalarının diğer hemşirelerden yüksek olduğunu belirlemişlerdir (20). Demir'in çalışmasında ise lisansüstü eğitim alan hemşirelerin stres yönetimi ve manevi gelişim puan ortalamaları, lise ve ön lisans mezunu hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı derecede düşük bulunmuştur (40). Çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının eğitim durumu ile aralarındaki ilişkiye bakıldığında, manevi gelişim dışında tüm alt boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görüldü. Yüksek lisans mezunu olanların sağlıklı yaşam biçimi toplam puan ortalaması ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi alt boyutları puan ortalamalarının daha yüksek düzeyde olduğu ve aralarında anlamlı ilişki bulunduğu saptandı. Buna göre cerrahi hemşirelerinin eğitim düzeyleri arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da arttığı ve konuya daha fazla önem verdikleri sonucu çıkarılabilir.

Arslan ve Ceviz'in ev hanımları ve çalışan kadınlar ile yaptıkları çalışmada, obezite sınırı aşımının fiziksel aktiviteler ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarında bir azalmaya neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır (41). Özbaşaran ve arkadaşlarının çalışmasında BKİ zayıf olanların kendini gerçekleştirme ve kişilerarası ilişkiler puan ortalamaları yüksek çıkarken, BKİ normal olanlarda SYBDÖ toplam puanının yüksek bulunduğunu ifade etmişlerdir (42). Özkan ve Yılmaz yaptıkları çalışmada BKİ şişman olan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları normal kiloda olanlara göre anlamlı şekilde yüksek çıkmıştır (24). Çalışmada BKİ gruplarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde; BKİ zayıf olanlarda; sağlık sorumluluğu puanının, BKİ normal olanlarda; fiziksel aktivite, manevi gelişim, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Genel olarak normal kiloya sahip olanların daha yüksek sağlıklı yaşam biçimi davranışına sahip oldukları belirtilmektedir (41,42). Bu duruma uyumlu olarak normal kiloda olan cerrahi hemşirelerinin sağlıklarını sürdürme ve geliştirme için daha fazla çaba içerisinde olduğu düşünülebilir.

Çalışma yaşamında nöbet tutmanın, hemşirelerde uyku bozukluğu, iş doyumunda azalma, sosyal ilişkilerin sekteye uğraması ve sosyal yaşantıda problemlere sebep olduğu bildirilmektedir (42). Uz'un çalışmasında da nöbetli çalışan hemşirelerin sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres yönetimi alt ölçeği ve toplam puan ortalamaları gündüz çalışan hemşirelere göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur (43). Bu çalışmada nöbet tutan cerrahi hemşirelerinin kişilerarası ilişkiler puan ortalaması, gündüz çalışan cerrahi hemşirelerinden anlamlı derecede düşük olduğu belirlendi. Cerrahi hemşirelerinin nöbetli çalışma sistemi gündüz/gece siklusunun karışıklığa uğraması nedeniyle kişilerin ruhsal ve sosyal yönden olumsuz etkilendiği söylenebilir.

Sonuç ve Öneriler

Cerrahi hemşirelerinin SYBDÖ toplam puan ortalaması orta düzeyde bulunmuş olup, alt grupları arasında en yüksek puan ortalaması manevi gelişim ve en düşük puan ortalaması fiziksel aktivite olarak belirlendi. Cerrahi kliniklerde çalışan cerrahi hemşirelerinin SYBDÖ puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklerine göre (yaş, medeni durum, eğitim, beden kitle indeksi) farklılık gösterdiği saptandı. Bu doğrultuda hizmetiçi eğitimlerin programlarının hazırlanması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının vurgulanması yapılmalıdır. Fiziksel aktivitenin artırılması amacıyla kurum içinde buna yönelik tesislerin açılması, yaygınlaştırılması önerilebilir.

Kaynaklar

1. Aksungur A, Göktaş B, Önder ÖR, Cankul İH. Öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışlarının değerlendirilmesi. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, [Ankara Journal of Health Services], 2011;10(1):1-12.
2. Güner İC, Demir F. Ameliyathane hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. [The Determination of The Health Promotion Life Style of Operating Room Nurses] Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi [J Anatolia Nursing and Health Sci], 2006;9(3):17-25.
3. Zaybak A, Fadıoğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. [Determining of the health promotion behaviors of university students and the factors affecting these behaviors] Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2004;20(1):77-95.
4. Cihangiroğlu Z, Deveci, SE. Fırat üniversitesi Elazığ sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı

yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. [Healthy life style behaviours and related influencing factors of the students of elazig high school of health sciences of Fırat University] Fırat Tıp Dergisi, 2011;16(2):78-83.

5. Kocaakman M, Aksoy G, Eker HH. İstanbul ilindeki hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. [Healthy life style behavior of the students at the nursing college in Istanbul] Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fak. Dergisi [Medical Journal of Süleyman Demirel University Faculty of Medicine] 2010;17(2):19-24.

6. Yalçinkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. [Evaluation of Healthy Lifestyle Behaviors in Health Care Workers] TAF Preventive Medicine Bulletin, 2007;6(6): 409-420.

7. On B. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlığını geliştirilmesi ile ilgili görüşleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Yüksek Lisans Tezi, HÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2016.

8. Yılmaz E, Özkan S. Bir ilçede çalışan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. [The Evaluation of Health Problems and Life Habits of Nurses Who Works In A District] Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2006;1(3): 81-99.

9. Alçelik A, Deniz F, Yeşildal N, Mayda AS, Şerifi BA. AİBÜ Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. [Health survey and life habits of nurses who work at the medical faculty hospital at AIBU] TAF Preventive Medicine Bulletin 2005;4(2): 55-65.

10. Gül A, Üstündağ H, Kahraman B, Purisa S. Hemşirelerde kas iskelet ağrılarının değerlendirilmesi. [Evaluation of Musculoskeletal Pain among Nurses] Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, [Journal of Health Science and Profession]2014;1(1): 1-10.

11. Alan H, Yıldırım A. Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi [The Quality of Work Life of Nurses and Influential Factors Factors] Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, [J Health and Nursing Management] 2016;3(2): 86-98.

12. Aljeesh Y, Nawajha SA. Determinants of low back pain among operating room nurses in Gaza governmental hospitals. Journal of Al Azhar University-Gaza(Natural Sciences), 2011;13: 41-54.

13. Meydanlıoğlu, A. Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği, [Health and safety of health care workers] Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi,

[Balıkesir Health Sciences Journal] 2013;2(3): 192-199.

14. Soyuer F, Soyuer A. Yaşlılık ve fiziksel aktivite. [Older Adults and Physical Activity] İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2008;15(3): 219-224.

15. İlhan N, Batma, M, Akhan LU. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. [Healthy Lifestyle Behaviors of University Students] Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi[,2010;3(3): 34-44.

16. Karabulut N, Çetinkaya F. Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler ve motivasyon düzeyleri. [Motivation Levels and Difficulties Encountered in the Patient Care of the Nurses Working in Surgery Clinics] Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, [Journal of Anatolia Nursing Health Sciences] 2011;14(1): 14-23.

17. Walker SN, Volkan K, Sechrist KR, Pender NJ. Health promoting life styles of older adults: comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. Adv Nurs Sci. 1988;11(1): 76-90.

18. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin, F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II' nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. [Healthy life style behavior scale II:A reliability and validity study] C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, [Cumhuriyet Nursing Journal], 2008;12(1): 1- 13.

19. Çelik S, Ünal Ü, Saruhan S. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonelliklerinin Değerlendirilmesi, [Evaluation of Professionalism of Nurses Working in Surgical Wards] İ.Ü.F.N. Hem. Derg. [Florence Nightingale Journal of Nursing] 2012;20(3): 193-199.

20. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. [The Health-Promoting Lifestyles of Nurses Working at Hospital] Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008;3(7): 89-105.

21. Özyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. [Determinants of nursing students' healthy life style] Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, [International Journal of Human Sciences]2011;8(2): 277-332.

22. Cross R. Accident and Emergency Nurses' Attitudes Towards Health Promotion, Journal of Advanced Nursing, 2005;51(5): 474-483

23. Cürcani M, Tan M, Özdelikara A. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi [Healthy life style

behaviours of the nurses and the determination of affecting factors], TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010;9(5): 487-492.

24. Özbaşaran, F, Çetinkaya A, Güngör N. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlık davranışları [Health behaviors of students in school of health in Celal Bayar University] Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, [J Anatolia Nursing and Health Sci.] 2004;7(3):43-55.

25. Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. [Health behaviours of health staff working in the primary health services] Cumhuriyet Üniversitesi Dergisi, [Cumhuriyet Nursing Journal], 19982(2):60-68.

26. Kara, B, İşcan B. Predictors of Health Behaviors in Turkish Female Nursing Students. Asian Nursing Research, 2016;10(1):75-81.

27. Thoma EK, Banna ME, Oakcrum M. Nurses' health promoting lifestyle behaviors in a community hospital. Applied Nursing Research, 2017;35:77-81.

28. Choi Hui WH. The Health Promoting Lifestyles of Undergraduate Nurses in Hong Kong, Journal of Professional Nursing, 2002;18(2): 101-111.

29. Al-Qahtani, MF. Health-promoting lifestyle behaviors among nurses in private hospitals in Al-Khobar, Saudi Arabia. Journal of the Egyptian Public Health Association, 2015;90:29-34.

30. McElligott D, Siemers S, Thomas L, Kohn N. Health Promotion in Nurses: Is There a Healthy Nurse in the House? Applied Nursing Research, 2009;22(3):211-215.

31. Johnson JL, Ratner PA, Bottorff JL, Hayduk LA. An exploration of Pender's health promotion model using LISREL. Nursing Research, 1993;42(3):132-138.

32. Nacar M, Baykan Z, Çetinkaya F, Arslantaş D, Özer A, Coşkun Ö, Batı H, Karaoğlu N, Elmalı F, Yılmaz G. Health promoting lifestyle behaviour in medical students: a multicentre study from Turkey, Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2014;15(20):8969-8974.

33. Al-Kandari F, Vidal VL. Correlation of the health-promoting lifestyle, enrollment level and academic performance of college of nursing student in Kuwait, Nursing and Health Sciences, 2007;9(2):112-119.

34. Bostan N, Beşer A. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. [Factors Affecting the Healthy Lifestyle Behaviors of Nurses], Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi

[Journal of Education and Research in Nursing], 2017;14(1): 38.

35. Wei CN, Harada K, Ueda K, Fukumoto K, Minamoto K, Ueda A. Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. Environ Health Prev Med., 2012;17(3): 222-227.

36. Lee RL, Loke AJ. Health-Promoting Behaviors and Psychosocial Well-Being of University Students in Hong Kong. Public Health Nurs, 2005;22(3): 209-220.

37. Karadeniz G, Uçum YE, Dedeli Ö, Karaağaç Ö. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. [Healthy Lifestyle Behaviors of University Students] TAF Preventive Medicine Bulletin, 2008;7(6): 497-502.

38. Al Ma'aitah R, Haddad L, Umlauf M. Health promotion behaviors of Jordanian women, Health Care for Women International, 1999;20(6):533-546.

39. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. [Health Promotion Behavior of Nursing School Students] Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, [Cumhuriyet Nursing Journal], 2005;9(2):26-34.

40. Demir S. Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesinde çalışan hemşirelerin çalışan güvenliği konusundaki farkındalıkları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tokat. 2016.

41. Arslan C, Ceviz D. Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi, [Evaluation of obesity prevalence and health promoting life-style profiles of housewives and working women] Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, [Fırat University Journal of Health Sciences], 2007;21(5): 211-220.

42. Alemdar DK, Aktaş YY. Medical Error Types and Causes Made by Nurses in Turkey, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013;12(3): 307-314.

43. Uz D, Kitiş Y. Bir hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-etkililik-yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. [Determination of healthy life style behaviors and self-efficacy of nurses working in a hospital] Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017;4(3): 27-39.

Pediatric Hemşirelerinin Profesyonel Değerlerinin Profesyonel Tutumlarına Etkisi**Effect of Professional Values upon Professional Attitudes of Pediatric Nurses**Mürşide ZENGİN^a, Emriye Hilal YAYAN^b, Nazan YILDIRIM^cElif AKIN^c, Öznur AVŞAR^c, Emine MAMIŞ^c

ÖZ Amaç: Pediatric hemşirelerinin profesyonel değerlerinin profesyonel tutumlarına etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Çalışma; Malatya il merkezinde pediatri kliniklerinde çalışan 218 hemşire ile yapılmıştır. Araştırma verileri "Kişisel Bilgi Formu", "Hemşirelerin Profesyonel Değerler Ölçeği (HPDÖ)", "Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri (MPTE)" ile toplanmış ve SPSS 18 programında yüzdeler dağılımı, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, ANOVA, Pearson korelasyon, Bonferroni analizi testleri uygulanmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya katılan hemşirelerin %89'u kadın, %39'u 27 yaş ve altında, %71.6'sı lisans mezunu olup, yarısından fazlası (%55.5) mesleği iş garantisi bulunması sebebiyle tercih etmiştir. %78.4'ünün mesleki derneklere üyeliğinin bulunmadığı belirlenmiştir. HPDÖ ve MPTE puan ortalamaları sırasıyla 132,2±29,9 ve 131,2±19,7 olarak saptanmıştır. Eğitim düzeyi yüksek, mesleki derneklere üye, mesleği bırakmayı düşünmeyen ve sürekli gündüz çalışan hemşirelerde hem HPDÖ hem de MPTE puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek belirlenmiştir (p<0.05). HPDÖ puanı ile MPTE ve alt boyutları (onur boyutu, sorumluluk boyutu, harekete geçme boyutu, güvenlik boyutu, otonomi boyutu) puanları arasında pozitif yönde güçlü düzeyde korelasyon tespit edilmiştir. **Sonuç:** Pediatric hemşirelerinin profesyonel değerlerini önemli algıladıkları, profesyonel tutumlarının yüksek olduğu, profesyonel değerlerinin profesyonel tutumlarını etkilediği ve bu durumun mesleğe ilişkin bazı değişkenlerden etkilendiği tespit edilmiştir. Hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin belli aralıklarla değerlendirilerek, yüksek düzeyde tutulması için faaliyetlerde bulunulması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, profesyonellik, profesyonel değer, profesyonel tutum

ABSTRACT Objective: The aim of this study was to investigate the effect of professional values on professional attitudes of pediatric nurses. **Methods:** It was conducted with 218 nurses that working at pediatric clinics in Malatya province center. Research data were collected with "Personal Information Form", "Nursing Professional Value Scale" (NPVS), "Professional Attitude Inventory at Occupation (PAIO)" and, percentage distribution, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, ANOVA, Pearson correlation, Bonferroni analysis tests were applied in SPSS 18 program. **Findings:** 89% of the nurses participated in the study were female, 39% were 27 years old or younger, 71.6% had a graduate degree and, more than half of preferred (55.5%) because of job guarantee. 78.4% were not found to have membership of professional organizations. The mean NPVS and, PAIO scores were 132.2±29.9 and, 131.2±19.7, respectively. Both NPVS and, PAIO scores were significantly higher in nurses that high level of education, members of professional associations, not thinking about leaving their occupation and, working day by day (p <0.05). There was a strong correlation between the NPVS score with PAIO and, subscales (honor dimension, responsibility dimension, mobility dimension, safety dimension, autonomy dimension) scores in the positive direction. **Conclusion:** It was determined that pediatric nurses' professional values, professional attitudes are high, professional values affect professional attitudes and, this situation is affected by some variables related to the occupation. It may suggest that evaluate occupational professionalism of the nurses at certain intervals and, activities for keeping it at a high level.

Key words: Nursing, professionalism, professional value, professional attitude

Giriş

Modern toplumların en çok önemseydiği konulardan biri olan profesyonellik kavramı, uzmanlık, bilgi, beceri, tutum ve davranış biçimi şeklinde tanımlanabilir (1,2). Daha geniş bir tanımla profesyo-

nellik; alanında eğitim almış uzman kişilerce yürütülen, ilgili meslek örgütleriyle desteklenerek uygulanan, yetkinlikleri içeren bir tutum ve bakış açısı sağlayan standart bir davranış biçimidir (3-5). Temel

Geliş Tarihi/Received:30-06-2017 / Kabul Tarihi/Accepted:19-03-2018

^aArş. Gör., Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Adıyaman, e-mail: mzenigin@adiyaman.edu.tr
ORCID: 0000-0003-1453-6028

^bYrd. Doç. Dr., İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Malatya, e-mail: ehayan@hotmail.com
ORCID: 0000-0003-0075-4171

^cLisans Öğrencisi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Malatya

Sorumlu yazar /Correspondence: Arş. Gör. Mürşide ZENGİN, e-mail: mzenigin@adiyaman.edu.tr

profesyonellik özellikleri ve davranışları, bilimsel bilgi birikimi, uygulamada teori kullanma, sürekli eğitim, toplumsal değerleri paylaşma, etik kodlar, yaşamsal değeri olan konulara odaklanma, araştırma, yayın, mesleki örgüte sahip olma ve otonomi alt başlıklarından oluşmaktadır (1,3,6). Profesyonel tutum, verimliliğin ve etkinliğin en temel özelliği olması açısından önem taşır ve tüm meslek üyelerinde olması istenen bir özellik olarak görülür (4).

Profesyonellik, mesleğe ilişkin standartlarının belirlenmesinde ve hemşirelik mesleğinde nitelikli bakım sunulmasında oldukça önemlidir (1,7). Uygun sağlık bakımı vermenin yanı sıra hemşireler artık araştırma yapma, teori geliştirme, mesleki örgütlere ve politik aktivitelere katılma gibi işlevleri gerçekleştirmektedir. Böylece hemşirelikte profesyonellik ve profesyonel değerler kavramları ön plana çıkmıştır (2). Bir meslek adına hemşirelik, hemşirelerin çalışma biçimini yansıtır ve hemşirelerin pratikte hasta güvenliği ve kaliteli bakımını sağlamak için sergileyecekleri davranışlarda bir rehber niteliğindedir (6). Mesleki değerlerin benimsenmesi, problemlerin çözümlenmesi ve öncelikli eylemlerin belirlenmesi yeterliliğini kazandırarak, güvenli, nitelikli etkin ve etik bir bakım sunulmasını sağlar. Hemşirelerin mesleki değerleri hemşirelerin bakım eylemlerini uygulamalarında, kararlarında ve etik sorunları çözümlenmelerine yardımcı olmanın yanı sıra sağlıklı veya hasta bireyler, meslektaşları, sağlık ekibinin diğer üyeleri ve toplum ile etkileşimlerine de yol gösterir (3,8,9). Ayrıca mesleki statü ve hizmet alan hastaların memnuniyet düzeyinde artış sağlar (10).

Hemşirelerin profesyonellik düzeyi sağlık sektöründe gittikçe önem kazanmaktadır. Ülkemizde hemşirelik alanında 1980'lerden sonra profesyonellik sürecindeki gelişmeler anlamlı derecede önem kazanırken, hala bilimsel bilgi, otonomi gibi alanlarda güçlendirilmesi gereken zayıflıklar görülmektedir (6). Çalışma alanında karşılaşılan yoğun ve karmaşık ortam hemşirelik alanında profesyonelleşmeyi zorlaştırmakta, bireysel ve örgütsel anlamda özveri gerektirmektedir (3,6). Bunun dışında eğitim alt yapısındaki farklılıklar, ücret düzenlemelerindeki dengesizlikler, sadece sınav puanı, maddi olanak, aile talebi gibi nedenlerle tercih edilen bir meslek olması, kadın mesleği ve hekim yardımcısı şeklinde nitelendirilmesi mesleği olumsuz yönde etkilemektedir (7,11). Kamu sektöründe veya özel sektörde çalışma koşullarının farklı olması başka çalışmalarda da ortaya konduğu üzere meslek üyelerinin kendi içinde bölünmesiyle sonuçlanmakta ve olumsuz etkilerini ortaya koymaktadır (11). Türkiye'de sağlık sisteminde sosyal nedenler, tüketici talepleri, hükümet pol-

itikaları, teknolojik ve ekonomik baskılar nedeniyle sürekli olarak büyük değişiklikler yapılmaktadır (6). Bunun da sağlık sektörüne ve mesleğe olumsuz yansımaları açık bir şekilde görülmektedir.

Teknolojik ve politik gelişmelere bağlı sağlık sistemi de etkilenmekte, sağlık sisteminde hizmet sunucularından önemli bölümünü oluşturan hemşirelerin rol ve işlevlerinde değişiklik meydana getirmektedir (3). Bakım verici rolün yanında eğitici danışmanlık gibi roller ön plana çıkarak, geleneksel hemşirelik profilinden profesyonelliğe doğru bir geçiş yaşanmaktadır (10). Bu geçiş doğrultusunda modern global sağlık hizmetleri hemşirelerden etkili karar verme, yenilikçi ve tutarlı, güvenli, şefkatli, hasta odaklı bakım becerileri sergilemelerini talep etmektedir (12). Günümüzde sağlık uygulamalarındaki bu hızlı değişim ve gelişmeye paralel olarak tecrübeli hemşirelerden ziyade profesyonel hemşireler talep edilmektedir (6). Bu da profesyonelliğin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Ülkemizde farklı birimlerde çalışan hemşirelerin profesyonellik düzeyini belirleyen çalışma sonuçlarına bakıldığında; bazılarında hemşirelerin profesyonel düzeylerinin iyi olduğu sonucuna varılmıştır (7,13-15). Ancak bazı çalışmalarda da hemşirelerin profesyonellik düzeylerinin düşük olduğu (1,6,10,16), iş doyumlarının da benzer şekilde düşük olduğu (10) ve meslek hakkındaki düşüncelerinin profesyonelliklerini etkilediği görülmektedir (7,17). Hemşirelikte profesyonellik düzeyinin belirlenmesi, bu doğrultuda ileriye dönük iyileştirme çalışmalarının uygulanması, hemşireliğe verilen önemin artması açısından önemlidir (7,18). Profesyonellik ile ilgili yapılmış çalışmalarda ya profesyonel değerler araştırılmış ya da profesyonel tutum incelenmiştir. Ancak hemşirelerin profesyonel değerlerin profesyonel tutumla ilişkisi incelenmemiştir. Bu nedenle pediatri hemşirelerinin profesyonel değerlerinin profesyonel tutumlarına etkisini incelemek amacıyla bu araştırma yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Amacı ve Türü

Çalışma, tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmanın verileri Ekim-Aralık 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Pediatri hemşirelerinin profesyonel değerlerinin profesyonel tutumlarına etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Evren ve Örneklem

Malatya il merkezinde bulunan Sağlık Bakanlığı ve Üniversite Hastanesinde pediatri kliniklerinde çalışan hemşireler çalışmanın evrenini oluşturmaktadır.

Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş ve evrenin tamamına ulaşılması planlanmıştır. 40 hemşireye doğum izni, yıllık izin, ücretsiz izin vb. nedenlerle ulaşılammıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan 235 hemşireye anket formu uygulanmıştır. Anket formunu eksik dolduran hemşirelerin verileri çalışmaya dahil edilmemiş ve toplam 218 hemşire ile çalışma tamamlanmıştır.

Veri Toplanması Ve Araçlar

Araştırma verileri “Kişisel Bilgi Formu”, “Hemşirelerin Profesyonel Değerler Ölçeği (HPDÖ)”, “Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri (MPTE)” ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür taranarak (1,2,6,7,-12-15,18-20) kişisel bilgi formu oluşturulmuştur. Hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni hali, çocuk sahibi olma durumu gibi sosyodemografik özellikleri içeren 5 soru ile çalışılan kurum, çalışma şekli, hemşireliği seçme nedeni, mesleki derneklere üyelik, mesleği bırakmaya ilişkin düşüncesi, çalışma yılı gibi mesleğe ilişkin özellikleri içeren 8 soru olmak üzere toplamda 13 sorudan oluşmaktadır.

Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri (MPTE)

Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri, Erbil ve Bakır tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir. Profesyonel olarak çalışan ebe ve hemşireler için uygulanabilen envanter mesleki eğitim ve gelişme, kişilerarası ilişkiler, sorunlara yaklaşım gibi konularda tutumu değerlendirmektedir. Likert tipi olup ölçekteki her bir ifade 1’den 5’e kadar puanlanmaktadır. Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri’nden alınacak en düşük puan 32, en yüksek puan ise 160’dır (4).

Envanterin toplam puanı meslekte profesyonel tutum puanını vermektedir. Toplam puanın yüksekliği profesyonellik düzeyinin yükseldiğini göstermektedir. Envanterin Cronbach’s alpha katsayısı 0.89 olarak belirlenmiştir.

Hemşirelerin Profesyonel Değerler Ölçeği (HPDÖ)

Darlene Weis ve Mary Jane Schank tarafından geliştirilmiştir. Orak ve Alpar (2012) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve ölçek Cronbach’s alpha katsayısı değerini 0.95 olarak bulmuştur. Ölçek insan onuru (11 soru), sorumluluk (9 soru), harekete geçme (8 soru), güvenlik (4 soru) ve otonomi (4 soru) olmak üzere beş boyuttan ve toplam 36 sorudan oluşmaktadır. Ölçek toplam puanı 36 maddeden elde edilen puanların toplanması ile bulunmaktadır. Ölçekteki maddelerin derece-

lendirilme-sinde önemli değil (1), biraz önemli (2),önemli (3), çok önemli (4), son derece önemli (5) Şeklinde beşli likert kullanılmaktadır (19). Ölçeğin toplam puanı 36-180 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması hemşirelerin profesyonel değerlerine verdikleri önemin büyüklüğünü göstermektedir. Bu çalışma için Cronbach’s alpha değeri 0.87 olarak belirlenmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 18 programında yüzdelik dağılım, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, ANOVA, pearson korelasyon analizi ile çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni uygulanmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü:

Araştırmanın uygulanabilmesi İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu’ndan (2016/13-3 tarih ve sayılı) etik onam alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm hemşirelerden bilgilendirme formu ile izinleri alınmıştır.

Bulgular

Çalışmanın örneklemi oluşturan hemşirelerin %89’unun kadın, %57,8’inin evli ve %53.2’sinin çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Yaş dağılımına bakıldığında %39’unun 27 yaşın altında, %32.6’sının 28-34 arasında ve diğerlerinin 35 ve üstünde olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya dahil olan hemşirelerin %5’inin lisansüstü eğitim aldığı, %71.6’sının lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Geri kalan hemşirelerin önlisans ve sağlık meslek lisesi mezunu olma oranları sırasıyla %11.9 ve %11.5 olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin mesleki özelliklerine ilişkin tanımlayıcı veriler Tablo 1’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde hemşirelerin %52.3’ünün devlet hastanesinde, %44.5’inin sürekli gece çalışmakta olduğu görülmektedir. %8.7’sinin yöneticilik pozisyonunda (servis sorumlu hemşiresi, kalite biriminde çalışan hemşireler vb.) olduğu belirlenen hemşirelerin yarısından fazlası (%55.5) mesleği iş garantisi bulunması sebebiyle tercih etmiştir.

Çalışmaya dahil olan hemşirelerin büyük çoğunluğunun mesleki derneklere üyeliğinin olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin %32.6’sının mesleği bırakmayı düşündüğü, %20.2’sinin de bu konuda kararsız olduğu belirlenmiştir.

Çalışma sonucunda pediatri kliniğinde çalışan hemşirelerin HPDÖ puan ortalaması 132,2±29,9 (Min=58; Max=180) olarak belirlenmiştir. MPTE puan ortalamasının 131,2±19,7 (Min=86; Max=160) olduğu saptanmıştır. Pediatri hemşirelerinin meslekte

Tablo 1: Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı

	N	%
Çalıştığı Kurum		
Devlet Hastanesi	114	52.3
Üniversite Hastanesi	104	47.7
Yöneticilik Pozisyonu		
Var	19	8.7
Yok	119	91.3
Çalışma Şekli		
Sürekli Gündüz	28	12.8
Sürekli Gece	97	44.5
Vardiyalı	93	42.6
Hemşireliği Seçme Nedeni		
Tesadüf	20	9.2
İş Garantisi Olması	121	55.5
Mesleğe olan ilgilim	54	24.8
Ailemin İsteği	19	8.7
Diğer	4	1.8
Mesleki Derneklere Üyelik		
Var	47	21.6
Yok	171	78.4
Mesleği Bırakmayı Düşünme Durumu		
Evet	71	32.6
Hayır	103	47.2
Kararsız	44	20.2
Toplam	218	100

profesyonel tutum ve profesyonel değerlerinin bazı sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırılmasına ilişkin sürekli verilerin ve standart sapma değerlerinin dağılımı Tablo 2’de verilmektedir. Tabloya göre; çalışılan kurum, medeni durum ve hemşireliği seçme nedeni ile meslekte profesyonel tutum ve profesyonel değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Cinsiyet açısından kadın hemşirelerde MPTE puanı erkek hemşirelere oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak belirlenmiştir ($p=0.04$). Ayrıca mesleki derneklere üye olan ($p=0.011$), mesleği bırakmayı düşünmeyen ($p=0.009$) ve sürekli gündüz çalışan ($p=0.000$) hemşirelerde MPTE puanının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde mesleki derneklere üye olan ($p=0.01$), mesleği bırakmayı düşünmeyen ($p=0.000$) ve sürekli gündüz çalışan ($p=0.000$) hemşirelerde HPDÖ puan ortalaması da anlamlı düzeyde yüksek olarak belirlenmiştir. Ayrıca önlisans-lisans-lisansüstü eğitim alan hemşirelerin MPTE ($p=0.011$) ve HPDÖ ($p=0.003$) puan ortalamaları sağlık meslek lisesi

mezunlarına oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır.

Pediyatri hemşirelerinin meslekte profesyonel tutumlarının, profesyonel değerler ve meslekte çalışma yılı ile ilişkisi Tablo 3’te verilmiştir. Meslekte profesyonel tutumu ile meslekte çalışma yılı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($p=0.272$) ilişki olduğu belirlenmiştir. MPTE puanı ile HPDÖ ve alt boyut (onur boyutu ($p=0.692$), sorumluluk boyutu ($p=0.673$), harekete geçme boyutu ($p=0.660$), güvenlik boyutu ($p=0.598$), otonomi boyutu ($p=0.550$)) puanları arasında pozitif yönde güçlü düzeyde korelasyon olduğu belirlenmiştir.

Tartışma

Profesyonel nitelikler mesleğe ilişkin yapılabilecek hataların en düşük düzeye indirilebilmesi açısından önem taşır. Bu açıdan profesyonellik hizmet sunan ve alanların insan olması sebebiyle hemşirelik mesleğinde daha da önemli hale gelmektedir (3). Profesyonellik hasta sonuçlarının iyileşmesine, hemşirelik memnuniyetinde artışa ve hemşirelik mesleğinin gelişimine katkı sağlar (20).

Mesleğin iş garantisi, aile isteği gibi nedenlerle seçilmesi profesyonelliği olumsuz yönde etkileyen nedenler olarak görülmektedir (7). Hemşirelerin mesleki özelliklerine ilişkin dağılımların verildiği Tablo 1’de; iş garantisinin olması hemşirelik mesleğinin seçilmesinde en sık neden olarak görülmektedir (%55.5). Çalışmaya dahil olan hemşirelerin %50’sinden fazlası mesleği bırakmayı düşündüğünü ya da bu konuda kararsız olduğunu bildirmiştir. Bu duruma meslek tercihinde mesleğe istek veya ilgili duyulmasından çok maddi olanak, aile talebi gibi nedenlerle seçilmesi neden olarak gösterilebilir. Yapılan çalışmalarda da mesleğini seven hemşirelerin profesyonel tutum puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu ayrıca hemşireliği sevdiği için hemşirelikten ayrılmayı düşünmedikleri saptanmıştır (15,17).

Çalışmada cinsiyet faktörü açısından kadın hemşirelerin profesyonelliklerinin daha yüksek olduğu ortaya konmuştur. Cinsiyet ve profesyonellik arasındaki ilişki açısından literatürde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışma bulgularında bizim çalışmamıza benzer şekilde kadın hemşirelerin profesyonellik puan ortalamaları daha yüksek olarak belirlenmiştir (14,21). Bazı çalışma sonuçlarında cinsiyetin profesyonellik konusunda etkili olmadığı sonucuna varılırken (2,18,22), bazı çalışmalarda ise

Tablo 2: Pediatri Hemşirelerinin Meslekte Profesyonel Tutum ve Profesyonel Değerlerinin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellik	MPTE		HPDÖ	
Çalıştığı kurum*				
Devlet Hastanesi	133.2±16	p=0.136	130.9±25	p=0.491
Üniversite Hastanesi			133.7±35	
Cinsiyet**				
Kadın	132.6±19	p=0.04	133.3±29	p=0.122
Erkek	120.3±21		123.3±32	
Medeni Durum*				
Bekar	129.0±22	p=0.143	131.3±32	p=0.712
Evli	132.9±18		132.8±28	
Mesleki Derneklere Üyelik*				
Var	137.7±14	p=0.011	145.2±22	p=0.01
Yok	129.5±21		128.6±31	
Eğitim Durumu***				
Sağlık Meslek Lisesi	122.1±15		115.2±26	
Önlisans	138.4±11	p=0.011	133.6±20	p=0.003
Lisans	130.9±21		133.2±31	
Lisansüstü	140.0±12		153.0±22	
Çalışma Şekli***				
Sürekli gündüz	139.1±13		149.1±19	
Sürekli Gece	122.9±23	p=0.000	115.4±30	p=0.000
Vardiyalı	137.8±13		144.7±23	
Hemşireliği Seçme Nedeni***				
Tesadüf	133.7±19		136.1±31	
İş garantisi	129.9±20	p=0.237	129.6±30	p=0.051
Mesleğe ilgi	129.7±22		129.2±30	
Aile isteği	140.4±9		149.1±23	
Diğer	136.0±15		150.7±15	
Mesleği Bırakmayı Düşünme*				
Evet	127.2±23		122.5±32	
Hayır	135.5±15	p=0.009	141.8±25	p=0.000
Kararsız	127.7±22		125.4±29	

* ANOVA testi uygulanmıştır. ** Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.*** Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

Tablo 3: Pediatri Hemşirelerinin Meslekte Profesyonel Tutumlarının, Profesyonel Değerler ve Meslekte Çalışma Yılı ile İlişkisi

	MPTE
	r
Meslekte Çalışma Yılı	.272*
Onur boyutu	.692*
Sorumluluk boyutu	.673*
Harekete geçme boyutu	.660*
Güvenlik boyutu	.598*
Otonomi boyutu	.550*
HPDÖ	.770*

*p<0.01

erkek hemşirelerin profesyonelliklerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (23).

Hemşirelik alanında eğitim düzeyi ve otonomi artışı ile birlikte profesyonellik ivme kazanmaktadır (20). Çalışma bulgularına göre ön lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip hemşirelerin lise mezunu hemşirelere oranla profesyonel değer ve tutumlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir. Benzer şekilde yönetici hemşirelerin profesyonellik düzeyini belirlemek amacıyla yapılan çalışma sonuçlarında eğitim düzeyi yüksek hemşirelerin profesyonelliklerinin de yüksek olduğu belirlenmiştir (16,24). Dikmen ve arkadaşlarının (2016) çalış-

masında da hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça profesyonellik puanlarında da anlamlı derecede artış olduğu belirlenmiştir. Tanaka ve arkadaşlarının (2017) Japonya’da hemşire öğrencilerle yaptıkları çalışmada sınıf seviyesindeki artış ile öğrencilerin hemşirelikte profesyonel davranışlarının düzeyi arasında güçlü bir korelasyon olduğu belirlenmiştir (25). Bu sonuçların hepsi profesyonelliğin bilimsel bilgi birikimi ve uygulamada teori kullanma temeline dayandığının göstergesi şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmanın sonucunda HPDÖ puan ortalaması 132,2±29,9 olarak belirlenmiştir. Bu sonuç hemşirelerde profesyonel değerlerin yüksek olduğunun göstergesidir. Karadağlı’nın (2016) hemşire öğrencilerle yaptığı çalışma sonucunda HPDÖ puan ortalaması 132.3±15.8 olarak belirlenmiştir. Bu sonuç çalışmamızla oldukça benzerdir. Bulut (2015) hemşirelerin profesyonel değerlerinin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmayı, devlet ve araştırma hastanelerinde çalışan 238 hemşireyle birlikte yürütmüştür. Servis, poliklinik ve yönetim birimlerini de içeren farklı alanlarla yürüttüğü çalışmasının sonucunda hastanede çalışan hemşirelerin profesyonellik düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde Geçkil ve ark. tarafından revize edilen 26 maddeden oluşan HPDÖ’nin kullanıldığı çalışmalar da mevcuttur (min:26, max:130). Bu çalışmalar incelendiğinde; HPDÖ puan ortalamaları 90.7 ±14.7 ile 106.4±13.6 arasında değişmektedir (2,21,23). Bu sonuçlar göz önüne alınırsa ülkemizde ve yurt dışında hemşirelerin profesyonel değerlerine ilişkin farklı bulgular olduğu görülmektedir. Bu farklılığın; çalışılan birim, hemşirelerin çalışma süreleri ve eğitim düzeyi gibi bazı özelliklerle ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Çalışma sonucunda MPTE puan ortalaması 131,2±19,7 olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu Çelik ve ark.(2012) çalışmasıyla paralellik göstermektedir. Çalışmamıza benzer şekilde cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonel tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan iki çalışmada MPTE puanı sırasıyla 135.8±15.2 ve 139.63±12.1 olarak belirlenmiştir. (7,15). Ancak bazı çalışmalarda da hemşirelerin profesyonellik düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır (1,6). Bu sonuçlar doğrultusunda ülkemizde profesyonel tutum ve davranışlar konusunda yapılan çalışmalarda farklı bulgular olduğu yorumu yapılabilir.

HPDÖ ve MPTE puanları mesleğe ilişkin bazı özelliklerden etkilenmektedir. Hemşirelikte profesyonel değer ve tutum puan ortalamaları mesleki derneklere üye olan, mesleği bırakmayı düşünmeyen ve sürekli gündüz çalışan hemşirelerde anlamlı

derecede yüksek olarak belirlenmiştir ($p<0.05$). Görüş ve ark. (2012) hemşirelerin profesyonel değerlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışma sonucunda benzer şekilde dernek üyeliği bulunanların ve bilimsel aktivitelere katılan hemşirelerin profesyonel değerlerinin yüksek olduğunu belirlemiştir. Benzer şekilde yapılan başka çalışmalarda da mesleki derneklere üyelik ile profesyonel davranışların ilişkili olduğu saptanmıştır (9,26). Mesleki örgütler, mesleklerin gelişmelerinde büyük katkı sağlar, profesyonelleşme sürecini hızlandırır. Mesleki örgütlere üye olan hemşirelerin profesyonellik puanlarının daha yüksek olması, bu örgütlerin katkısına ilişkin farkındalığının da yüksek olmasıyla açıklanabilir.

Tablo 3’te görüldüğü gibi meslekte profesyonel tutum ile meslekte çalışma yılı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu, hemşirelerin çalışma yıllarının arttıkça profesyonel tutumlarının da arttığı görülmektedir. Benzer şekilde yapılan farklı çalışmalarda (n=221; n=322) tecrübe arttıkça profesyonel davranışlarda artış olduğu ortaya konmuştur (26,27). Bu durum Ancak bu sonuçtan farklı olarak Dikmen ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında hemşirelerin çalışma yılı arttıkça profesyonelliklerinde azalma olduğu belirlenmiş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu farklılığın hemşirelerin çalışma koşullarının farklı olmasından kaynaklı olabileceği gibi araştırmanın pediatri hemşireliğinde yapılmış olmasından da kaynaklanabilir. Ayrıca çalışma süresi arttıkça hemşirelerin mesleki tükenmişliklerinin profesyonelliklerini etkilediğini düşündürebilir.

Profesyonel değerler davranışlara rehberlik eder ve mesleki uygulamaların kaynağını oluşturur (28). Çalışmamızın bulguları da bu düşüncüyü desteklemektedir. Çalışma sonucunda MPTE puanı ile HPDÖ ve alt boyutları (onur boyutu, sorumluluk boyutu, harekete geçme boyutu, güvenlik boyutu, otonomi boyutu) puanları arasında pozitif yönde güçlü korelasyon olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Bu da hemşirelerde profesyonel değerler arttıkça profesyonel davranışların da arttığının göstergesidir. Profesyonel değerler sadece davranışları etkilemekle kalmamakta ve farklı durumlar üzerinde de etkisini göstermektedir. Yapılan farklı çalışmalarda hemşirelerin profesyonel değerler algısı ile iş doyum düzeyleri arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır (10,29). Jang ve ark. (2016) onkoloji hemşirelerinin profesyonelliklerinin yaşam kalitelerine etkisini değerlendirmek amaçlı yaptıkları çalışmada (n=285) profesyonelliğin hemşirelerde tükenmişlik ve ikincil stres kaynağı olmayla ilişkili olduğunu belirlemiştir (29). Bu çalışmalar

profesyonelliğin mesleki gelişimin yanı sıra hemşirelerin yaşam doyumu açısından da önemini ortaya koymaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Ülkemizde hemşirelerin profesyonellik düzeyine ilişkin yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışma bulguları hemşirelerin profesyonellik düzeyinin yüksek olduğunu desteklerken, bazı çalışmalar düşük olduğunu saptamıştır. Bizim çalışmamızın sonucunda ise pediatri kliniğinde çalışan hemşirelerin profesyonel değer ve tutumlarının ortalamasının üzerinde olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi yüksek, mesleki derneklere üye, mesleği bırakmayı düşünmeyen ve sürekli gündüz çalışan hemşirelerde profesyonel değer ve tutumların etkilendiği belirlenmiştir. Pediatri hemşirelerinin profesyonel değerlerinin profesyonel tutumlarını etkilediği bulunmuştur. Çalışmanın sonucunda; pediatri hemşirelerinin profesyonel değer ve tutumlarını artıran eğitim, mesleki örgüt vb durumlarının hem maddi hem manevi açıdan desteklenmesi ve araştırmanın farklı hemşirelik alanlarında ve daha büyük gruplarda yapılması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Demir S, Yıldırım NK. Psikiyatri hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2014;5(1):25-32.
2. Görüş S, Kılıç Z, Ceyhan Ö, Şentürk A. Hemşirelerin profesyonel değerleri ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2014; 5(3): 137-142.
3. Adıgüzel O, Tanrıverdi H, Özkan DS. Mesleki profesyonellik ve bir meslek mensupları olarak hemşireler örneği. *Yönetim Bilimleri Dergisi* 2011;9(2): 238-259.
4. Erbil N, Bakır A. Meslekte profesyonel tutum envanterinin geliştirilmesi. *Uluslararası İnsan Bilim Dergisi* 2009;6(1):290-302.
5. Farhadi A, Elahi N, Jajali R. The effect of professionalism on the professional communication between nurses and physicians: a phenomenological study. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences* 2016;3(3):18-26.
6. Dikmen Y, Karataş H, Arslan GG, Ak B. The level of professionalism of nurses working in a hospital in Turkey. *Journal of Caring Sciences* 2016;5(2):95-102.
7. Çelik S, Ünal Ü, Saruhan S. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2012;20(3):193-199.
8. Acaroğlu R. Revize edilen hemşirelerin mesleki değerleri ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2014;22(1):8-16.
9. Dikmen Y. Hemşirelerde profesyonel değerler ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2016; 25(5):197-204.
10. Yılmaz E, Vermişli S. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde meslekte profesyonelleşmenin iş doyumuna etkisi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2016;4(1):17-27.
11. Gönç T. Türkiye’de hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesi sürecinde gelişmeler ve zorluklar: sosyolojik bir değerlendirme. *İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi* 2015;17(1):113-146.
12. Mazhindu DM, Griffiths L, Pook C, Erskine A, Ellis R, Smith F. The nurse match instrument: exploring professional nursing identity and professional nursing values for future nurse recruitment. *Nurse Education in Practice* 2016;18(3):36-45.
13. Bulut BS. Hastane hemşiresinin profesyonellik düzeyinin değerlendirilmesi [Assessment of the level of professionalism of hospital nurses] [Yüksek Lisans Tezi]. *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü [Institute of Social Sciences, Beykent University]*, İstanbul, 2015.
14. Karadağlı F. Hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değer algıları ve etkileyen faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016;9(2):81-91.
15. Karamanoğlu AY, Özer FG, Tuğcu A. Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi* 2009;14(1):12-17.
16. Hisar F, Karadağ A. Determining the professional behaviour of nurse executives. *International Journal of Nursing Practice* 2010;16(4):335-341.
17. Karadağ A, Hisar F, Çelik B, Baykara ZÇ. Determining professionalism in Turkish students nurses. *International Journal of Human Sciences* 2016;13(1):674-682.
18. Sorucuoğlu AY, Tüfekçi FG. Çocuk hemşirelerinde mesleki profesyonel değerler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;6(2):105-109.
19. Orak NS, Alpar ŞE. Validity and reliability of the nurses’ professional values scale’s turkish

- version. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2012;2(1):22-31.
20. Byars M, Camacho M, Earley D, Harrington L. Professionalism in the critical care setting: a concept analysis. *Nursing Critical Care* 2017;12(3):5-8.
 21. Geçkil E, Ege E, Akin B, Göz F. Turkish version of the revised nursing professional values scale: validity and reliability assessment. *Japan Journal of Nursing Science* 2012;9(2):195-200.
 22. Parvan K, Zamanzadeh V, Hosseini FA. Assessment of professional values among Iranian nursing students graduating in universities with different norms of educational services. *Thrita Journal of Medical Sciences* 2012;1(2):37-43.
 23. Lin YH, Wang LS. A Chinese version of the revised nurses professional values scale: reliability and validity assessment. *Nurse Education Today* 2010;30(6):492-498.
 24. Kaya A, Kantek F. Yönetici hemşirelerin profesyonel değerler algısı ve etkileyen faktörler. *Sağlık ve Hemşirelikte Yönetim Dergisi* 2016;3(1):18-25.
 25. Tanaka M, Taketomi K, Yonemitsu Y, Kawamoto R. The current status of nursing professionalism among nursing faculty in Japan. *The Journal of Nursing Research* 2017;25(1):7-12.
 26. Kim-Godwin YS, Beak HC, Wynd CA. Factors influencing professionalism in nursing among Korean American registered nurses. *Journal of Professional Nursing* 2010;26(4):242-249.
 27. Drennan, J. Masters in nursing degrees: An evaluation of management and leadership outcomes using a retrospective pre-test design. *Journal of Nursing Management* 2012;20(1):102-112.
 28. Sabancıoğulları S, Doğan S. Profesyonel kimlik gelişimi ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;15(4):275-282.
 29. Kaya A. Antalya il merkezi hastanelerindeki yönetici hemşirelerin profesyonel değerler algısı ile iş doyum düzeylerinin incelenmesi [Perceptions of professional values and job satisfaction levels of nursing managers in Antalya][Yüksek Lisans Tezi]. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, İstanbul University], Antalya, 2013.
 30. Jang I, Kim Y, Kim K. Professionalism and professional quality of life for oncology nurses. *Journal of Clinical Nursing* 2016;25(19-20):2835-2845.

Göğüs Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konfor ve Anksiyete Düzeyini Etkileyen Faktörler

Factors Affecting the Comfort and Anxiety Level of Patients Who Underwent Thoracic Surgery

Besey ÖREN^a

ÖZ Giriş: Ameliyat sonrası dönemde cerrahi hastasında ortaya çıkabilen fiziksel ve psiko-sosyal sorunlar hastanın konforunu olumsuz etkileyerek iyileşme sürecini geciktirebilir. Çalışma göğüs cerrahisi olan hastaların konfor düzeyleri, konfor ile anksiyete ilişkisi ve etkili faktörleri belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlandı.

Gereç-Yöntem: Çalışmanın evrenini göğüs cerrahisi servisinde Aralık 2012-Aralık 2013 tarihleri arasında operasyon sonrası serviste yatan erişkin hastalardan; Türkçe iletişim kurulabilen, en az ilköğretim mezunu, psikolojik tedavi görmeyen, çalışmaya katılmaya istekli olup, onay veren 112 hasta oluşturdu. Veriler Bireysel Özellikler Formu, Erken Postoperatif Konfor Ölçeği, Genel Konfor Ölçeği, Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. **Bulgular:** Yaş ortalaması 51.71, olan hastaların %47.3'ü ilköğretim mezunu, %59,8'i sigara kullanmakta ve %48.2'sine akciğer kanseri nedeniyle ameliyat uygulanmıştır. Grubun, %67'sinin tek kişilik odada kaldığı, %81.3'ünün kaldığı odadan memnun olduğu, %81.3'ünün daha önce hastane deneyimi olduğu, %69,6'sının daha önce ameliyat olduğu, %94,6'sının hasta kabul sürecinden memnun olduğu saptandı. Hastaların erken postoperatif konfor düzeyi 4.96 ± 0.56 , genel konfor düzeyi 2.89 ± 0.32 olarak belirlendi. Durumluk anksiyete düzeyi 49.05 ± 4.50 , sürekli anksiyete düzeyi ise 46.37 ± 4.57 bulundu. **Sonuç:** Hastaların erken postoperatif konfor düzeyi ve genel konfor düzeyi ortalamanın üstünde tespit edilirken, durumluluk anksiyete düzeyi ve süreklilik anksiyete düzeyi orta düzeyde bulundu. Konfor ile anksiyete arasında negatif yönde bir ilişki olduğu, daha önce hastane deneyimi olması, cerrahi girişim süresi, geçirilmiş operasyon deneyiminin olması, kaldığı odadan memnun olup olmaması konfor ve anksiyeteyi etkileyen faktörler olarak tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: Ameliyat sonrası bakım, göğüs cerrahisi, hemşirelik, konfor

ABSTRACT Introduction: Physical and psychosocial problems that may arise during a post-op period in a patient that underwent surgical intervention can negatively affect the comfort of the patient and, as a result, may delay the healing process. The study was planned as descriptive with the aim of determining the comfort levels of patients that had thoracic surgery, the relationship between comfort and anxiety and the factors influencing them. **Material-Method:** The study consisted of 112 patients who were able to communicate in Turkish, who were at least primary school graduates, who were not psychologically treated, who were willing to participate in the study and who approved the study, among adult patients who were in the thoracic surgery service between December 2012 and December 2013. Data were collected using the face-to-face interview method through Individual Characteristics Form, the Early Postoperative Comfort Scale, the General Comfort Scale, and the Circumstanced-Continuous Anxiety Scale. **Results:** 47.3% of the patients with an average age of 51.71 are primary school graduates. It was found that 59.8% of the patients were smokers, 48.2% were treated with lung cancer diagnosis, 67% were in single room, 81.3% were satisfied with the room, 81.3% had previous hospital experience, 69% had been operated before, and 94.6% were satisfied with the patient admission process. Early postoperative comfort level was 4.96 ± 0.56 and general comfort level was 2.89 ± 0.32 . Circumstanced anxiety level was 49.05 ± 4.50 , and continuous anxiety level was 46.37 ± 4.57 . **Conclusion:** Early postoperative comfort level and general comfort level of patients were determined to be above the average. Circumstanced anxiety and continuous anxiety levels were moderate. There was a negative correlation between comfort and anxiety, and the factors affecting the anxiety were determined as having hospital experience, duration of surgical intervention, the experience of a previous operation, satisfaction with the room, and factors affecting comfort and anxiety.

Key Words: Postoperative care, thoracic surgery, nursing, comfort

Giriş

Cerrahi girişimler, yaşamı güvence altına alan uygulamalar olmakla beraber, bireyler için hem psikolojik hem de fizyolojik bir travmadır.

Ameliyat öncesi dönemde anestezi korkusu, anksiyete ve fiziksel bazı problemlere sebep olurken (1), ameliyat sonrası dönemde fiziksel ve

Geliş Tarihi/Received:25-03-2018. / Kabul Tarihi/Accepted:20-06-2018

^a Dr., Öğretim Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, besey_oren@yahoo.com, ORCID:0000-0003-4182-7226

psikososyal sorunlar, cerrahi girişimin süresi, girişim uygulanan organ (2), ağrı hissetme durumu (3), uykusuzluk (4,5), cerrahi girişime bağlı stres gibi birçok faktörden cerrahi hastası etkilenmektedir. Yapılan bir çalışmada cerrahi girişime bağlı yaşanan stresin hafif düzey ile panik düzeyi arasında değiştiği bildirilmektedir (6). Bütün cerrahi girişimlerde olduğu gibi komplikasyon insidansının %15-%37.5 arasında değiştiği, göğüs cerrahisinin de birey üzerinde birçok olumsuz etkisi olduğu bildirilmektedir (7-10).

Fiziksel, psikospirituel, çevresel ve sosyo-kültürel boyutlarda ferahlama, rahatlama ve sorunların üstesinden gelme olarak tanımlanan konfor bütün cerrahi girişimlerde olduğu gibi göğüs cerrahisi sonrasında da hastaları olumsuz yönde etkiler (2,11). Hemşirelik bakımının önemli bir bileşeni olan konfor (12), temel bir insan gereksinimidir ve kişiler bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında bu temel gereksinimlerinin sağlık profesyonelleri tarafından karşılanacağını ümit ederler (13,14). Nuraini ve ark (2017) hemşireler tarafından tanımlanan ve hastanın konforunu etkileyen çevresel faktörler olarak; odanın kötü kokması, tanımadığı insanlarla birlikte aynı odayı paylaşmak, aynı odada kalan hastaların farklı alışkanlıklarının olması, tuvalet kullanma alışkanlığı, birisi konuşmayı tercih ederken öbürünün sessiz olup dinlenmek istemesi gibi farklılıkların etkili olduğunu belirtmişlerdir (15).

Sağlık çalışanları cerrahi girişim gibi travmatik olaydan hastanın fiziksel durumunun nasıl etkilendiğini çoğu zaman önemserken, psikolojisi ve konforunun nasıl etkilendiğini göz ardı edilebilmektedirler (15,16). Hemşireler genellikle hastanın konforunu sağlamak için ağrıya odaklanmaktadır (16). Hastayı koruma kollama ve rahatlatma felsefesi üzerine temellenen hemşireliğin önemli ilgi alanlarından birisi, hasta konforunun sağlanması ve sürdürülmesidir (2).

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Amacı

Çalışma göğüs cerrahisi olan hastaların konfor düzeyleri ile anksiyete ilişkisini ve etkili faktörleri belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlandı.

Araştırmanın evren ve örnekleme

Araştırmanın evrenini İstanbul'daki bir üniversite hastanesinin göğüs cerrahisi servisinde Aralık 2012-Aralık 2013 tarihleri arasında yatan yaklaşık 458 hasta, örneklemini ise, bu hastalar arasından seçilen; 18-72 yaşları arasında, Türkçe iletişim kurulabilen, en az ilköğretim mezunu, cerrahi uygulama sonrası konforu olumsuz yönde etkileyeceği düşünülen ilave hastalık tanısı konulmamış, psikolojik tedavi görmeyen, çalışmaya katılmaya istekli olup, onay veren 112 hasta oluşturdu.

Veri Toplama Araçları

Veriler Hasta Bilgi Formu, Erken Postoperatif Konfor Ölçeği (EPKÖ), Genel Konfor Ölçeği (GKÖ), Durumluluk-Süreklilik Anksiyete Ölçeği (DSAÖ) kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

Hasta Bilgi Formu

Hastanın yaşı, cinsiyeti, yaşadığı yer, medeni durumu, aylık geliri gibi demografik özellikleri ile hastalık tanısı, cerrahi girişim süresi, daha önce operasyon geçirip geçirmediği, hastane deneyiminin olup olmadığı, hasta kabul sürecinden memnuniyeti, oda tipi, odasından memnun olup olmadığını, bulunduğu ortam ve sunulan hizmetlerden memnuniyeti ile ilgili 2 açık uçlu ve 17 kapalı uçlu olmak üzere 19 sorudan oluşan bir formdur.

Erken Postoperatif Konfor Ölçeği (EPKÖ)

Erken postoperatif konfor ölçeği, konforun kuramsal bileşenlerini oluşturan üç düzey ve dört boyutun yer aldığı taksonomik yapı rehber alınarak oluşturulmuştur. Bireyin cerrahi girişim önce ve sonrası hakkında genel düşünce sürecini yansıtan kendini kavrama ve hislerini sorgulamaktadır. Likert tipi 1-6 arasında (katılmıyorum- kesinlikle katılıyorum) derecelendirilen ölçek 12 pozitif (1, 5, 6, 11, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24), 12 negatif (2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 17, 22) olmak üzere toplam 24 ifadeden oluşmaktadır. Değerlendirmede elde edilen negatif puanlar ters kodlanarak pozitif maddelerle toplanır. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 144, en düşük toplam puan ise 24 dür. Elde edilen toplam puan ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değer saptanır ve sonuç 1-6

arasında değerlendirilir. Düşük puan konforun kötü, yüksek puan ise konforun iyi olduğunu göstermektedir (2).

Ölçeğin Türk toplumunda kullanımını sınamak amacıyla güvenilirlik ve geçerlik çalışması 2007 yılında Üstündağ ve Eti tarafından yapılmış olup Cronbach's alfa katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur (17). Mevcut çalışmada Cronbach's alfa katsayısı 0,73 olarak bulunmuştur.

Genel Konfor Ölçeği

Genel Konfor Ölçeği Kolcaba tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir (18). Konforun kuramsal bileşenlerini oluşturan üç düzey ve dört boyutun yer aldığı taksonomik yapı rehber alınarak oluşturulmuş olup gereksinimlerin belirlenmesi, konfor sağlayan hemşirelik girişimleri ile konfor durumunu değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ölçek dördümlük likert tipte olup toplam 48 madde içermektedir (19).

Pozitif ve negatif maddelerden oluşan ölçeğin yanıt düzenleri karışık halde verilmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesinde, elde edilen negatif puanlar ters kodlanarak pozitif maddelerle toplanır. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 48, en yüksek toplam puan 192'dir. Elde edilen toplam puan ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değer saptanır ve sonuç 1-4 arasında değerlendirilir. Düşük puan konforun kötü, yüksek puan konforun iyi olduğunu göstermektedir (19).

Ölçeğin Türk toplumu için uygunluğu Kuğuoğlu ve Karabacak tarafından 2004 yılında yapılmıştır. Kuğuoğlu ve Karabacak ölçeğin Cronbach's alfa katsayısını 0.85 olarak bulmuş ve ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğunu saptamışlardır. Mevcut çalışmada ölçeğin yeniden değerlendirilen iç tutarlılık incelemesinde Cronbach's alfa katsayısı 0.83 olarak bulundu.

Kolcaba konfor ile ilgili çalışmalarında elde ettiği sonuçlar doğrultusunda; konforun süreklilik özelliğinden çok durumluk özelliği gösterdiğini, konforun bütüncül yapısı nedeni ile ölçeğin kuramda açıklanan üç düzey ve dört boyutu içeren alt bölümler şeklinde değil bir bütün olarak değerlendirilmesinin daha doğru sonuçlar verdiğini saptamıştır (11).

Durumluk – Sürekli Anksiyete Ölçeği

Durumluluk ve süreklilik anksiyete düzeylerini saptamak amacıyla Spielberger ve arkadaşları tarafından (1970) geliştirilen (20), Öner ve Le Compte tarafından Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan ölçek (21), iki faktörlü anksiyete kavramına dayanarak geliştirilen toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı bölümü içerir. Ölçekteki maddelerden ilk 20'si duruma bağlı anksiyete düzeyini, 21'den 40'a kadar olan maddeler ise bireyin sürekli anksiyete düzeyini ölçmektedir. Ölçekte maddeler doğrudan ve tersine dönmüş ifadeler olarak ayrılmış olup; doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirmektedir (21).

Durumluk Anksiyete Ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirlemektedir. Ölçeğin yanıtlanmasında; maddelerin ifade ettiği duygu, düşünce ya da davranışların şiddetinin derecesine göre "hiç" (1), "biraz" (2), "çok" (3), "tamamıyla" (4) seçeneklerinden birinin işaretlenmesi istenir. Bu bölümde; 1., 2., 5., 8., 10., 11., 15., 16., 19. ve 20. ifadeler ters kodlanarak değerlendirilir. Ölçeğin değerlendirilmesinde doğrudan ifadelerin toplam puanından tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkartılır, elde edilen değere durumluk anksiyete ölçeğinin değişmez değeri olan 50 sayısı eklenerek durumluk anksiyete puanı elde edilir (21).

Sürekli Anksiyete Ölçeği (ST), bireyin genellikle kendini nasıl hissettiğini belirlemek için kullanılmaktadır. Ölçeğinin yanıtlanmasında maddelerin ifade ettiği duygu, düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre "hemen hiçbir zaman" (1), "bazen" (2), "çok zaman" (3) ve "hemen her zaman" (4) seçeneklerden birini işaretlemesi istenir. Bu bölümde 21., 26., 27., 30., 33., 36., 39. maddeler olmak üzere yedi ifade ters kodlanır. Bu bölümün değerlendirilmesinde doğrudan ifadelerin toplam puanından, tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkartılır, sürekli anksiyete ölçeğinin değişmez değeri olan 35 sayısı eklenerek bireyin sürekli anksiyete puanı elde edilir (21). Ölçekten elde edilen, 20-39 puan "hafif", 40-59 puan "orta derecede" 60-79 puan

“ağır anksiyete”, 80 puan ise “panik” olarak değerlendirilmektedir (20). Mevcut çalışmada ölçeğin yeniden değerlendirilen iç tutarlılık incelemesin-de durumluk anksiyete Cronbach’s alfa katsayısı 0.88, sürekli anksiyete Cronbach’s alfa katsayısı 0.81, toplam Cronbach’s alfa katsayısı 0.90’dır.

Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacılar tarafından veri toplama araçları kullanılarak toplandı. EPKÖ operasyondan sonraki ilk gün, GKÖ ve STAI (Sürekli-Durumluluk Anksiyete Ölçeği) cerrahi girişim sonrası 2-7. günler arası uygulandı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistik analizleri SPSS paket programı ile bilgisayarda yapıldı. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde; Tanımlayıcı istatistiksel yöntemler; oran, ortalama, standart sapma, gruplar arası kıyaslamalarda değişkenin tipi ve gruplara düşen örnek sayılarına göre Mann-whitney U testi, Kruskal-Wallis, grup sayısı ikiden fazla olan kıyaslamalarda sperman korelasyon analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce hastalara çalışma ile ilgili bilgi verilerek sözlü onamları alındı. Ayrıca çalışmanın yürütüleceği ilgili birimden ve bir üniversite hastanesinin etik kurulundan izin alındı.

Bulgular

Çalışma kapsamına alınan hastaların yaş ortalamaları 51,71, %63,4’ü erkek, %47,3’ü ilköğretim mezunuydu. %56,3’ünün aylık gelirin yeterli olmadığı, %82,1’nin çocuğunun olduğu, %59,8’inin sigara içtiği belirlendi. %48,2’sinin tanısı akciğer kanseriydi. Hastaların %67’si tek kişilik odada kaldığını, %81,3’ü kaldığı odadan memnun olduğunu, %81,3’ü daha önce hastane deneyimi olduğunu, %69,6’sı daha önce ameliyat olduğunu, %94,6’sı hasta kabul sürecinden memnun olduğunu ifade etti (Tablo 1).

Kaldığı odadan memnun olmayan olmayan hastalar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark görüldü. Kaldığı odadan memnun olan hastaların süreklilik anksiyete düzeyi yüksek

($p<0.05$) bulundu. (Tablo 1). Hastane deneyimi olan ve olmayanların GKÖ puanı karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark saptandı ($p=0,040$) Hastane deneyimi olmayanların GKÖ puanı daha yüksek bulundu (Tablo 1). Geçirmiş operasyon deneyimi olan veya olmayan gruplar karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark saptandı ($p=0,040$). Daha önce operasyon geçirmiş olanların EPKO puanının daha yüksek olduğu görüldü. Daha önce operasyon deneyiminin olmasının erken post-op konforu olumlu etkilediği görüldü (Tablo 1).

Erken postoperatif konfor düzeyi $4,96\pm0,56$, genel konfor düzeyi $2,89\pm0,32$ bulundu. Hastaların erken postoperatif konfor düzeyi ve genel konfor düzeyi ortalamasının üstünde tespit edildi. Durumluk anksiyete düzeyi $49,05\pm4,50$, sürekli anksiyete düzeyi ise $46,37\pm4,57$ olarak bulundu. Durumluluk anksiyete düzeyi ve sürekli anksiyete düzeyi orta derecede bulundu (Tablo 2).

Hastaların genel konfor düzeyi; cerrahi girişimin süresi, durumluk anksiyetesi ile negatif yönde, erken postoperatif konfor ile pozitif yönde ilişkili bulundu ($p<0.05$). Cerrahi girişim süresi ve durumluk anksiyetesi arttıkça genel konfor düzeyi azalmaktadır. Erken postoperatif konfor ile durumluk anksiyetesi arasında da negatif yönde ilişki olduğu görüldü ($p<0.005$). Durumluluk anksiyetesi arttıkça erken post operatif konfor düzeyinin azaldığı tespit edildi. Genel konfor düzeyi ile erken postoperatif konfor düzeyi pozitif yönde ilişkili bulundu. Erken postoperatif dönemde konfor düzeyi artarken, genel konfor düzeylerinin de arttığı saptandı (Tablo 3).

Tablo 1. Olguların sosyodemografik özellikleri ve konfor, anksiyete durumlarının incelenmesi

Yaş (Mean±SS/Median (Dağılım aralığı))		51,71±15,73/55 (6-79)								
Operasyon Süresi (Mean±Sd/Median (Dağılım aralığı)) saat		2,36±1,03/2,08 (0,5-6)								
	N	%	EPKO	İstatistik analiz	GKO	İstatistik	Durumluluk Anksiyete	İstatistik analiz	Süreklilik Anksiyete	İstatistik analiz
Cinsiyet										
Kadın	41	36,6	5,02±0,57	U=1296,0	2,91±0,34	U=1425,5	48,29±4,06	U=1257,0	47,04±3,70	U=1255,5
Erkek	71	63,4	4,92±0,55	p=0,33	2,89±0,34	p=0,85	49,46±4,71	p=0,22	45,98±4,99	p=0,22
Medeni Durumu										
Evli	93	83,0	4,94±,56	U=759,0	2,89±,31	U=742,0	49,14±4,56	U=820,0	46,25±4,81	U=773,5
Bekar	19	17,0	5,07±,59	p=0,33	2,96±,39	p=0,27	48,53±4,27	p=0,62	47,00±3,23	p=0,39
Eğitim Durumu										
İlköğretim	53	47,3	4,88±0,51	KW=3,56	2,90±0,29	KW=0,26	49,25±,4,34	KW=0,44	46,26±,4,48	KW=0,22
Orta Öğretim	29	25,9	5,06±0,55	p=0,16	2,92±0,42	p=0,87	48,52±,3,78	p=0,80	46,59±,4,84	p=0,89
Yüksek Öğretim	30	26,8	5,01±0,65		2,89±0,29		49,17±,5,45		46,37±,4,65	
Sigara içme										
Evet	67	59,8	4,97±,53	U=1500,0	2,90±0,30	U=1459,5	8,94±4,42	U=1473,0	46,55±,4,95	U=1448,5
Hayır	45	40,2	4,95±,61	p=0,96	2,90±0,36	p=0,776	49,18±4,67	p=0,837	46,11±,4,01	p=0,725
Tıbbi tanı										
Akciğer Ca	54	48,2	4,96±0,54	KW=5,23	2,87±0,31	KW=3,44	48,52±3,54	KW=7,75	6,22±5,11	KW=8,58
Akciğer Metastatik Ca	17	15,2	5,08±0,70	p=0,515	2,86±0,28	p=0,752	49,71±5,24	p=0,257	45,94±3,78	p=0,199
Göğüs Duvarı Ca	9	8,0	4,97±0,46		3,11±0,46		51,67±3,74		45,33±3,24	
Plevral Effüzyon	6	5,4	4,80±0,68		2,91±0,27		47,67±4,76		45,83±5,78	
Akciğer Kistik Hast.	6	5,4	4,66±0,69		2,96±0,33		48,83±7,31		51,17±3,54	
Pnomotoraks	5	4,5	4,77±0,33		2,75±0,34		53,00±7,31		46,00±3,24	
Diğer	15	13,4	5,08±0,48		2,93±0,36		47,87±4,19		46,47±3,85	
Odadan memnuniyet durumu										
Evet	91	81,3	4,96±,58	U=944,5	2,92±,32	U=750,0	48,79±4,46	U=795,0	46,81±4,65	U=685,0
Hayır	21	18,7	4,98±,46	p=0,935	2,82±,33	p=0,125	50,10±4,65	p=0,230	44,48±3,78	p=0,043
Hastane deneyimi										
Evet	91	81,3	4,97±,59	U=846,0	2,87±,33	U=679,5	49,30±4,46	U=772,5	46,15±4,67	U=750,0
Hayır	21	18,8	4,91±,42	p=0,414	3,03±,28	p=0,04	47,90±4,62	p=0,171	47,33±4,14	p=0,124
Geçirmiş operasyon deneyi mi										
Evet	78	69,6	5,02±,59	U=1006,5	2,89±,33	U=1236,5	49,23±4,18	U=1164,0	46,49±4,74	U=1295,0
Hayır	34	30,4	4,83±,47	p=0,04	2,92±,32	p=0,57	48,59±5,20	p=0,30	46,12±4,24	p=0,84
Kabul sürecinden memnuniyet										
Evet	106	94,6	4,95±,56	U=234,5	2,90±,33	U=282,0	49,01±4,52	U=294,5	46,43±4,70	U=278,5
Hayır	6	5,4	5,21±,53	p=0,28	2,92±,12	p=0,64	49,50±4,59	p=0,76	45,33±,82	p=0,60

*SS: standart sapma, r: sperman korelasyon, U: Man Whitney U, KW: Kuruskal Wallis

Tablo 2. Ölçeklerin puan dağılımı

	Mean± SD	Median	Dağılım aralığı
EPKO TOP	4,96±0,56	5,02	3,33-5,92
GKO	2,89±0,32	2,87	1,65-3,85
Durumluk	49,03±4,50	49,00	41,00-64,00
Süreklilik	46,37±4,57	46,00	35,00-60,00

Tablo 3. Cerrahi girişim süresi, anksiyete ve konfor ilişkisi

		Cerrahi Girişim Süresi	Durumluk	Süreklilik	EPKO
GKO	r	-0,199*	-0,390**	0,068	0,291**
	p	0,036	0,000	0,479	0,002
EPKO	r		-0,196*		
	p		0,038		

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Tartışma

Cerrahi girişimler, hastanın yaşamında beklenmedik olumsuz bir yaşam deneyimidir. Alışılmış yaşam ortamı ve tarzından farklılık gösteren bu dönem, stresli, az ya da çok komplikasyonların gelişebileceği, işlevlerinde bazı değişikliklerin olabileceği, ruhsal ve bedensel bütünlüklerini tehlikeye sokabilecek olayların yaşanmasını ve konforlarının bozulmasını etkileyen pek çok faktörün olduğu dönemlerdir. Bu çalışmada göğüs cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeyi, konfor ile anksiyete ilişkisi ve etkileyen faktörler incelendi.

Çoğunluğu akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan hastaların erken postoperatif konfor düzeyi ve genel konfor düzeyi ortalamanın üstünde, durumluk anksiyete düzeyi ve sürekli anksiyete düzeyi orta derecede tespit edildi. Üstündağ'ın (2009) göğüs kalp damar hastaları ile

yaptığı çalışmada da hastaların genel konfor düzeyi ve erken postoperatif konfor düzeyi yüksek; durumluk ve süreklilik anksiyeteleri orta düzeyde bulunmuştur (2). Cerrahi hastalarında yapılan bir çalışmada da benzer şekilde hastaların postoperatif dönemde orta düzeyde anksiyete yaşadıkları bildirilmiştir (22).

Kronik hastalık nedeniyle hastaneye yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet ve konforlarının değerlendirildiği çalışmada hastaların genel olarak memnun oldukları ve özellikle diyabet hastalarının diğer kronik hastalığı olan hastalara göre konfor düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (23). Başka bir çalışmada ise, konfor ve umut arasında doğrudan ve anlamlı bir ilişki olduğu ve ümit etme düzeyi yüksek olan hastaların konforlarının da daha iyi olduğu, eğitim seviyesi, cinsiyet ve medeni durum gibi demog-

rafik özelliklerin de konforu ve ümidi etkilediği bildirilmiştir (14).

Konfor ve anksiyete ilişkisi incelendiğinde konfor ile anksiyete arasında negatif yönde bir ilişki olduğu, konfor düzeyi yüksek olan hastaların anksiyetelerinin düşük olduğu belirlendi. Özellikle durumluluk anksiyetesi arttıkça erken post operatif konfor düzeyi azalmaktadır. Üstündağ'ın çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir (2). Konforun ferahlama, huzura kavuşma gibi anlamları olduğu, buna karşın anksiyetenin belirsizliklerin ortaya çıkardığı yorgunluk, sinirlilik, huzursuzluk, hoş olmayan bir gerilim duygusu olduğu düşünüldüğünde bu negatif yönlü ilişki doğaldır (2,11,12).

Çalışmamızda; daha önce hastane deneyimi olması, cerrahi girişim süresi, geçirilmiş operasyon deneyiminin olması, yattığı odadan memnun olup olmanın konfor ve anksiyeteyi etkilediği bulunmuştur. Daha önce hastane deneyimi olanların ve operasyon süresi uzun olanların genel konfor düzeyi düşük iken; geçirilmiş operasyon deneyimi olan hastaların erken postoperatif konforları yüksek bulunmuştur. Odasından memnun olan hastaların ise sürekli anksiyeteleri yüksek bulunmuştur.

Daha önce hastane deneyimi olması hastanın neyle karşılaşabileceğini bilmesi, hastane ortamının ve cerrahi girişimin yaratacağı ağrı gibi olumsuzlukların hatırlamasına ve böylece konforu olumsuz etkilenmesine neden olabilir. Cerrahi girişim süresi uzadıkça yaşanabilecek olumsuzlukların da artacağı düşüncesi konforu olumsuz etkileyebilir. Araştırmalar, hayal gücünü olumlu bir şekilde odaklamanın, herkesin fiziksel ve zihinsel sağlık durumunu yeniden tesis etmesine olanak tanıdığını, kolaylık, cesaretlendirme ve duygu durum düzenlemesi ile sonuçlanabileceğini göstermektedir. Ancak olumsuz deneyimlerin hatırlanması da aynı zamanda olumsuz duygular hissedilmesine neden olabilir (24).

Olguların geçirilmiş operasyon deneyiminin erken postoperatif konforu olumlu etkilediği görülmüştür. Bu sonuçta olguların geçirilmiş tecrübeden dolayı yaşayacağı süreci önceden bilmesi ve nasıl yöneteceğini planlamış olmasının, ağrının kontrol altına alınmasının ve hasta gereksinimlerinin kısa sürede ve uygun şekilde karşılanmasının etkili olduğu düşünülebilir. Mide kanserli hastaların operasyon sonrası ağrısını gidermede belirli noktalara elle basınç uygu-

lamanın postoperatif ağrısı azalttığı ve konforu arttırdığı bildirilmiştir (25). Meme kanseri nedeniyle radyoterapi gören hastalara görüntülü rehber kullanılmasının konforu arttırdığı belirtilmiştir (26).

Üstündağ çalışmasında, bu çalışmanın tersine operasyon deneyiminin olmasının hastaların durumluk anksiyetelerini olumsuz etkilediğini bildirmiştir (2). Odasından memnun olmanın hastanın süreklilik anksiyetesini arttırmada etkili bir faktör olması beklenen bir sonuç değildir. Bu sonuç çalışma grubunu oluşturan hastaların oda koşullarını beğendikleri ancak anksiyetesini azaltmada etkili olacak kadar önemsemedikleri şeklinde yorumlanabilir. Çalışmamızın aksine Nuraini ve ark 2017 çalışmalarında oda koşullarının kötü olmasının konforu olumsuz etkilediğini bildirmişlerdir (15).

Çalışmada genel konfor düzeyi ile erken postoperatif konfor düzeyi arasında pozitif yönde ilişkili bulundu. Erken postoperatif dönemde konfor düzeyi artarken, genel konfor düzeylerinin de artması beklenen bir sonuçtur. Erken dönemi konforlu geçiren hastalar genel olarak rahatlamış hissedebilirler (27).

Sonuç

Elde edilen verilere göre göğüs cerrahisi uygulamasının konforu düşürmediği, ancak konfor ile özellikle durumluluk anksiyetesi arasında negatif yönde bir ilişkili olduğu ve daha önce hastane deneyimi olması, cerrahi girişim süresi, geçirilmiş ameliyat deneyiminin olması, yattığı odadan memnun olma durumunun konfor veya anksiyeteyi etkileyen faktörler olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda cerrahi operasyon geçiren hastaların özellikle anlık anksiyetelerini kontrol etmek ve hastanın önceki cerrahi deneyiminin göz önünde bulundurularak hemşirelik bakımlarının planlanması önerilebilir. Ayrıca farklı hasta gruplarında anksiyeteyi önleyici hemşirelik girişimleri uygulanarak bu önlemlerin hastanın konforuna etkisi değerlendirilebilir.

Kaynaklar

1. Karancı AN, Dirik G. Predictors of pre- and postoperative anxiety in emergency surgery patients. J Psychosom Res. 2003; 55:363-369.
2. Üstündağ H. Koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeyi. [The Comfort Level of Patients Who

- Underwent Coronary Artery Bypass Graft Surgery]. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2009.
3. Büyükyılmaz FE, Şendir M, Acaroğlu R. Evaluation of night-time pain characteristics and quality of sleep in postoperative Turkish orthopedic patients. *Clinical Nursing Research*. 2011;20(3):326-42.
 4. Atar NY, Kirbiyik E, Kaya N, Kaya H, Turan N, Palloş A, et al. Bir üniversite hastanesinin cerrahi kliniğinde yatan hastaların uyku kalitesi ve uyku durumunu etkileyen faktörler [Patients' sleep quality and factors affecting sleep in surgery clinic of one university hospital]. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing*. [Türkiye Klinikleri Journal of Nursing]. 2012;4(2):74-84.
 5. Cappuccio FP, Cooper D, D'elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *European Heart Journal*. 2011;32(12):1484-92.
 6. Okanlı A, Özer N, Çevik Akyıl R, Koçkar Ç. Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi [Determining the anxiety and depression levels of the patients hospitalized in surgical clinics]. *AÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006;9(4):38-44.
 7. Yeğin A, Erdoğan A, Hadimioğlu N. Toraks cerrahisinde ameliyat sonrası analjezi. [Postoperative analgesia for thoracic surgery]. *GKD Anest Yoğ Bak Dern Derg*. [Turkish Thorac Cardiovasc Surg]. 2005;13(4):418-25.
 8. Naithani U, Bajaj P, Bhatnagar N, Prasad C. One year prospective analysis of morbidity and mortality associated with thoracic surgery. *Anaesth Pain & Intensive Care*. 2011;15(2):86-92.
 9. Iyer A, Yadav S. Postoperative care and complications after thoracic surgery. *Principles and practice of cardiothoracic surgery*: InTech; 2013. Erişim tarihi 10.03.2018
<https://www.intechopen.com/books/citations/principles-and-practice-of-cardiothoracic-surgery/postoperative-care-and-complications-after-thoracic-surgery>.
 10. Yazkan R. Göğüs Cerrahisinde Postoperatif Komplikasyonlar. *Journal of Clinical and Analytical Medicine Kitap Serisi, Toraks Travmaları ve Tedavisi*. 2010; 1:4;114-127.
 11. Kolcaba K. *Comfort Theory and Practice A vision for holistic health care and research*, Springer Publishing Company, New York, 2003.
 12. Pinto S, Caldeira S, Martins JC. Evolutionary analysis of the concept of comfort. *Holist Nurs Pract* 2017;31(4):243–252.
 13. Cohen M, Torres-Vigil I, Burbach BE, Rosa A, Bruera E. The meaning of parenteral hydration to family caregivers and patients with advanced cancer receiving hospice care. *J Pain Symptom Manage*. 2012; 43:855-865.
 14. Seyedfatemi N, Rafii F, Rezaei M, Kolkoba K. Comfort and hope in the preanesthesia stage in patients undergoing surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 2014; 29 (3): 213-220.
 15. Nuraini T, Gayatri D, Rachmawati İ. Comfort assessment of cancer patient in palliative care: A nursing perspective. *International Journal of Caring Sciences*. 2017;1(10):209-215.
 16. Breitbart, W. Thoughts on the goals of psychosocial palliative care, *Palliative Supportive Care*. 2008; 6(3), 211–212.
 17. Üstündağ H, Eti Aslan F. Perianestezi konfor ölçeğinin Türkçeye uyarlanması [The Turkish adaptation of perianesthesia comfort questionnaire]. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2010;2(2):94-9.
 18. Kolcaba K. Holistik Comfort: Operationalizing the construct as a nurse sensitive outcome, *Advances in Nursing Science*. 1992;15(1):1-10.
 19. Kuşoğlu S, Karabacak Ü. Genel konfor ölçeğinin Türkçeye uyarlanması [Turkish version of general comfort questionnaire]. *İ.Ü. F. N. Hem. Derg*. 2008; 16:61, 16-23.
 20. Spielberger, Charles D. *Anxiety as an Emotional State*, *Current Trend in Theory and Research içinde*, Spielberger, Charles D. (derl.), Vol. 1, New York: Academic Press, 1972, s.24-49.
 21. Öner N, Le Compte A. *Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı 2. Baskı* İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi yayınları, no:333,1985.
 22. Gallo LC, Malek MJ, Gilbertson AD, Moore JL. *J Behav Med*. Perceived cognitive function and emotional distress following coronary

- artery bypass surgery. *J Behav Med.* 2005 Oct;28(5):433-42. Epub 2005 Sep 23.
23. Halcomb E, Salamonson, Cook A. Satisfaction and comfort with nursing in Australian general practice. *Collegian.* 2015;22: 199—205.
 24. Apóstolo JLA and Kolcaba K. The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders. *Archives of Psychiatric Nursing.*2009;23(6): 403–411.
 25. Hsiung WT, Chang YC, Yeh ML, Chang YH. Acupressure improves the ostoperative comfort of gastric cancer patients: a randomised controlled trial. *Complement Ther Med.* 2015;23(3):339-346.
 26. Kolcaba K, Fox C. The effects of guided imagery on comfort of women with early stage breast cancer undergoing radiation therapy. *Oncol Nurs Forum.* 1999;26(1):67-72.
 27. Kim K, Kwon S & Pcm B. C. Comfort and quality of life of cancer. *Asian Nursing Research* 2007; 1(2): 125–135.

Gebelik Sürecinde Fiziksel Aktivite Değişimlerinin İncelenmesi

Investigation of Physical Activity Changes during Pregnancy

Özge ÇELİKER TOSUN^a Recep Emre OKYAY^b

ÖZ Amaç: Çalışmanın amacı sağlıklı gebelerde fiziksel aktivite seviyesinin ve tipinin hamilelik haftalarındaki değişimini inceleyip, trimester arasında fark olup olmadığını saptayabilmektir. **Gereç ve Yöntem:** 18- 40 yaş arasındaki sağlıklı gebe kadınlar çalışmaya alındı. Gebelerin fiziksel aktivite seviyesi ve tipinin tespiti için Hamilelik Fiziksel Aktivite Anketi (Pregnancy Physical Activity Questionnaire (PPAQ)) ve Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketleri (International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)) kullanıldı. Verilerin çoğunluğu normal dağılmadığından fiziksel aktivite anketleri değişkenleri ve veriler arasındaki ilişki “Spearman Korelasyon Analizi” ile test edildi. Tanımlayıcı istatistikler ortanca ve çeyreklerarası aralık olarak verildi. Fiziksel aktivite anketleri parametreleri ve üç trimester değişkenleri Kruskal- Wallis ile, ikişerli karşılaştırmalarda Mann- Whitney U ve Bonferroni düzeltmesi kullanılarak değerlendirildi. **Bulgular:** Çalışmaya 50’si 1. trimesterde, 139’u 2. trimesterde ve 147’si 3. trimesterde olmak üzere toplam 336 kişi alındı. Gebelerin 1., 2. ve 3. trimesterlerindeki total aktivite PPAQ, sedanter aktivite PPAQ, hafif/ yürüyüş IPAQ, hafif şiddetli PPAQ ve ev işleri PPAQ arasında anlamlı fark vardı($p<0.05$). Olguların hafif şiddette, orta şiddette ve şiddetli PPAQ değerleri arasında her üç trimesterde de istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu(0.005). Gebelik haftasıyla, sedanter aktivite PPAQ ($\rho=-0.176$, $p<0.001$) ve iş-meslek aktivitesi PPAQ ($\rho=-0.186$, $p<0.001$) arasında negatif yönde, zayıf derecede, anlamlı bir ilişki görüldü. **Sonuç:** Bu çalışmanın sonuçlarına göre, gebelik haftası ilerledikçe gebelerin sedanter aktivite seviyesini ve iş- meslek aktivitelerini azalttıkları, gebelik boyunca hafif ve orta şiddette aktiviteyi daha fazla yaptıkları, gebelerin 1. ve 3. trimesterlerdeki fiziksel aktivite şiddetlerinin benzer olduğu, 2. trimesterdeki tüm fiziksel aktivite tiplerinde şiddetin arttığı tespit edilmiştir. Gebelerde, gebelik boyunca fiziksel aktivite seviyesindeki farklarının neden kaynaklandığına yönelik ileri çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Fiziksel aktivite ve hamilelik, Hamilelik fiziksel aktivite anketi

ABSTRACT Objective: The aim of the study was to examine the change in physical activity level and type during pregnancy weeks in healthy pregnancies and to determine if there is any difference between trimester. **Material and Methods:** Healthy pregnant women between the ages of 18-40 were taken into the study. The Pregnancy Physical Activity Questionnaire (PPAQ) and the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) were used to determine the level and type of physical activity of pregnant. As the data not distributed normally, the relationship between physical activity questionnaire variables was tested by using Spearman correlation analysis and the descriptive statistics were presented median and interquartile ranges. Physical activity questionnaire parameters and three trimester variables were compared using Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U and Bonferroni correction for two-way comparisons. **Results:** A total of 336 persons were included in the study, 50 in the first trimester, 139 in the second trimester and 147 in the third trimester. There was a significant difference ($p < 0.05$) between total activity PPAQ, sedanter activity PPAQ, mild / walking IPAQ, mild PPAQ and home PPAQ in the 1st, 2nd and 3rd trimesters of pregnancy. There was a statistically significant difference in all three trimester (0.005) between mild, moderate and severe PPAQ values of the cases. There was a significant negative weak correlation between the PPAQ ($\rho = -0.176$, $p < 0.001$) and the occupational activity PPAQ ($\rho = -0.186$, $p < 0.001$). **Conclusion:** According to the results of this study, it was found that as the gestational week progresses, pregnancies reduce the level of sedentary activity and occupational activities, have more mild and moderate activity during pregnancy, pregnant women had similar physical activity intensities in the first and third trimesters. Further work should be done to determine the differences in the levels of physical activity during pregnancy in pregnancies.

Keywords: Physical activity and pregnancy, Pregnancy physical activity questionnaire

Giriş

Yaşamın her evresinde fiziksel aktivite, ve geliştirilmesine, obezite ve eşlik eden kardiyorespiratuvar kondüsyonun, sürdürülmesine komorbiditeleri azaltılmasına ve daha uzun bir

Geliş Tarihi/Received:17-02-2018/ **Kabul Tarihi/Accepted:**14-05-2018

^aDr. Fzt. Dokuz Eylül Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, e-mail:bakikuday@gmail.com, ORCID:0000-0002-2080-8969

^bDr. Dokuz Eylül Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, emre.okyay@deu.edu.tr, ORCID:0000-0003-2208-1190

Sorumlu yazar /Correspondence: Dr.Fzt. Özge ÇELİKER TOSUN, e-mail: bakikuday@gmail.com

ömür sürülmesine neden olmaktadır (1). Hamilelik sırasında da fiziksel aktivite anne ve bebek sağlığı için önemlidir ve oluşabilecek komplikasyonları azaltabilir. Hamilelerin düzenli fiziksel aktivite yapması, fiziksel uygunluğu korumakta ve geliştirmekte, kilo kontrolüne yardım etmekte, obes kadınlarda gestasyonel diyabet riskini azaltmakta ve psikolojik iyilik halinin oluşmasını sağlamaktadır (2). Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Birliği (the American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG) tarafından yararlı sonuçların oluşması için en az 30 dakika orta şiddette aktivite ya da yaklaşık 7.5 metabolik eşdeğere (MET: metabolic equivalent task, saat/hafta) denk gelen günde 8000 adım önerilmektedir (3). Hafif şiddetli egzersiz içinse, haftanın çoğu ya da tüm günleri, günlük en az 20-30 dk oluşan tıbbi endikasyona göre düzenlenmiş, hastaya uygun ayarlanmış bir fiziksel aktivite programı tavsiye etmektedir (2).

Fiziksel aktivitenin; mesleki, sportif, egzersiz, ev işleri ve bakım aktivitelerini içeren kısımları bulunmaktadır. Fiziksel aktivitenin değerlendirmesi için hastadan alınan sonuçlar şeklinde subjektif yöntemler (anketler yada egzersiz günlükleri gibi) yada ekipmanların kullanıldığı (akselerometre, pedometre ve kalp hızı monitörleri gibi) objektif değerlendirme yöntemleri kullanılmaktadır (4-6). Geniş popülasyonlarda, kolay uygulanabilmesi, ucuz, non invazif olması fiziksel aktivitenin değişik tiplerini ve şiddetlerini değerlendirebilmesi nedeniyle anketler daha çok tercih edilmektedir (7-8). Gebelerin fiziksel aktivitelerini değerlendirmede de hem objektif hem de sübjektif yöntemler kullanılmaktadır. Gebelerde ekipmanların kullanıldığı değerlendirme yöntemleri objektif sonuçlar vermesine rağmen fiziksel aktivitenin tipleri arasında ayırım yapılamamakta, şiddet kategorilerine dönüştürülmesi için sınır değerler (hafif, orta, şiddetli) bulunmamakta ve farklı vücut kısımlarının aktivitelerine ait verileri kaydedilememektedir. Gebelerde fiziksel aktivite düzeyinin belirlenmesinde en çok kullanılan anketler Gebelik Fiziksel Aktivite Anketi, Kaiser Fiziksel Aktivite Anketi ve Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Form'udur (9).

Literatürdeki çalışmalarda hamile kadınların fiziksel aktivitelerinin durasyonunu, şiddetini ve frekansını hamilelik öncesine göre azalttıkları gösterilmektedir (10,11). Kadınlar

fiziksel aktivite seviyelerini hamilelik semptomları, bulantı, yorgunluk, kendilerine ya da bebeklerine bir zarar gelecek endişeleri ile azaltmaktadırlar (12). Literatürde hamilelerde fiziksel aktiviteyi inceleyen çalışmalar, çoğunlukla aktivitenin gestasyonel diyabet (13) ve doğum komplikasyonları (2) üzerine etkisinin incelenmesi ya da fiziksel aktivite seviyesine etki eden faktörlerin saptanması şeklindedir (15). Bu çalışmalarda da fiziksel aktivite hamilelik öncesi, hamilelik sonrası ve postpartum dönem olarak karşılaştırılmıştır. Hamileliğin haftaları ve trimesterleri boyunca fiziksel aktivitedeki değişimleri inceleyen çok az sayıda çalışma bulunmaktadır (14,16). Oysa ki fiziksel aktivitenin hangi dönemde yapıldığı önemlidir. Hamileliğin ilk trimesterinde inaktif olan kişilerde gestasyonel diyabet gelişim riski artırmakta (17), yine bu dönemde fiziksel aktivitenin artırılması ise preeklamsi görülme riskini azaltmaktadır (18). Çalışmamızın amacı, gebelerde fiziksel aktivite seviyesi ve tipinin hamilelik haftalarında değişip değişmediğini incelemek ve trimesterler arasında fiziksel aktivite seviyesi ve tipi bakımından fark olup olmadığını saptayabilmektir.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel olarak yapılan bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalına başvuran gebelerde Mart 2014-Aralık 2015 tarihleri arasında gerçekleştirildi. 18-40 yaş arasındaki sağlıklı ve gönüllü gebe kadınlar çalışmaya dahil edildiler. Hemodinamik olarak önemli kalp hastalığı veya restriktif akciğer hastalığı olması, egzersiz ve fiziksel aktiviteye yönelik tıbbi veya obstetrik kontrendikasyon olması; fiziksel aktivite yada egzersizin kontraendike olması, serviks yetmezliği, çoğul gebelik, ciddi anemi, kronik bronşit, tip 1 diyabet, ortopedik limitasyonlar, kötü kontrollü nöbet bozukluğu, zayıf şekilde kontrol edilen hipertroidizm, sigara kullanma, hipertansiyon veya kronik böbrek hastalığı çalışmanın dışlanma kriterlerini oluşturmaktaydı.

Bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı (Etik kurul dosya numarası: 1408-GOA). Araştırmaya katılan gebeler çalışma hakkında bilgilendirilerek imzalı onamları alındı ve çalışma Helsinki Deklerasyonu'na uygun olarak yürütüldü. Çalışmaya 386 gebe gönüllü olarak

katıldı. Katılımcılardan 39'u dışlanma kriterlerine bağlı olarak ve 11'ide anketleri eksik ya da hatalı doldurdıklarından çalışmadan çıkarıldı. Sonuç olarak 336 katılımcı analize dahil edildi.

Veri Toplama Araçları

Alınma kriterlerine uygun olan katılımcıların sosyodemografik özellikleri, doğum sayısı, düşük sayısı ve kürtaj sayısı karşılıklı görüşme yoluyla sorgulandı. Beden Kütle İndeksi; vücut ağırlığı/boy² formülüne göre hesaplandı. Gebelik haftasının tespiti için son adet tarihi ve ilk trimesterde ultrasonografik olarak ölçülen baş-popo uzunluğu ölçümü değerleri hasta kayıtlarından ve sorgulama ile elde edildi.

Gebelerin Fiziksel aktivite seviyesinin tespiti için Hamilelik Fiziksel Aktivite Anketi (Pregnancy Physical Activity Questionnaire (PPAQ)) ve Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketleri (International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)) kullanılmıştır.

Hamilelik Fiziksel Aktivite Anketi: Lisa Chasan-Taber ve arkadaşları tarafından 2004 yılında sadece gebe kadınların fiziksel aktivite seviyelerini değerlendirebilmek amacıyla geliştirilmiş (19) ve Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır (20). Gebe kadınların toplamda 32 aktivite sırasında harcadıkları zaman üzerinden aktivite seviyesini belirler. Bu aktiviteler: ev işleri/bakıcılık aktiviteleri (13 aktivite), meslekle ilgili aktiviteler (5 aktivite), spor/egzersiz aktiviteleri (8 aktivite), ulaşım (örneğin işe gelip gitme) (3 aktivite) ve inaktivite (3 soru) dir. Gebenin bulunduğu trimester için haftalık ya da günlük harcanan zaman miktarı her bir aktivite için katılımcılara kategorize edilerek sorulur. Süre her gün 0-6 ya da daha fazla saat olarak ve her hafta 0-3 ya da daha fazla saat olarak sorulmaktadır. Gebeler kendileri PPAQ'yi yaklaşık 10-15 dakikada doldurabilirler.

PPAQ'da değerlendirilen spor ve egzersiz aktivitelerinin tipleri; yürüyüş, dans, hafif koşu, gebelik egzersiz sınıfı aktiviteleri ve yüzmedir. PPAQ kullanarak haftalık enerji harcamalarının hesaplanması için, bu egzersiz etkinliklerinde harcanan zamanın süresi, belirli yoğunluklarla (ör. MET değerleri) çarpılır ve puanlar haftada MET saat olarak ifade edilir (MET- saat/hafta). Günlük ortalama enerji harcamalarının değerine (MET-saat/gün) ulaşmak içinse, etkinlik yoğunluğu (MET'ler)

ile her bir aktivitenin kendisi için harcanan zaman çarpılır. Aktivite yoğunluğu, gebe kadınların alan bazlı ölçümlerine ve özet metne dayanan MET değerlerinin 2000 versiyonuna dayanmaktadır (19). Her bir aktivitenin yoğunluğu sınıflandırılır: Sedanter (<1.5 METs), Hafif (1.5-3.0 METs), Orta (3.0-6.0 METs) ya da Şiddetli (>0.6 METs). Her bir yoğunluk seviyesinde haftalık harcanan ortalama MET saati hesaplanır. Aktiviteler tiplerine göre sınıflandırılır (ev işleri/bakıcılık aktiviteleri, meslekle ilgili aktiviteler ve spor/egzersiz). Her bir aktivite tipinde haftalık harcanan MET saatinin ortalama sayısı hesaplanır (19,20).

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa

Form: Anket çocuklar dışında tüm insanlara uygulanabilmektedir (21). Literatürde anket hamilelerin fiziksel aktivite düzeyini belirlemek için de kullanılmıştır. Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır (22). Boş zaman aktiviteleri, iş aktiviteleri, ev içi aktiviteler ve ulaşım aktivitelerinden oluşmaktadır. Her bir kısımda yürüyüş miktarı değerlendirilir. Orta ve şiddetli fiziksel aktivite, yedi günün üzerinde her bir gün için en az 10 dakika aralıksız yapılan aktivitedir. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Form 7 sorudan oluşur. Yürüme orta şiddetli ve şiddetli aktivitelerde harcanan zaman hakkında bilgi sağlar. Kısa formun toplam skorunun hesaplanması yürüme, orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitenin süre (dakikalar) ve frekans (günler) toplamını içerir. Popülasyonları sınıflarken belirlenen 3 fiziksel aktivite seviyesi vardır; inaktif, minimal aktif ve çok aktif. Hesaplamalardan MET-dakika olarak bir skor elde edilmektedir. Yürüyüş için MET değeri, orta derece fiziksel aktivite için MET değeri, şiddetli derece fiziksel aktivite için MET değeri ayrı ayrı hesaplanır. Ortalama MET skoru her hafta için total fiziksel aktivite skoru hesaplanır. Bu skorun değeri MET dakika/haftadır (yürüyüş + orta derece + şiddetli fiziksel aktivite). Formülü; Total- MET dakika/hafta = Met-seviyesi x her günlük dakika x her haftalık günler şeklindedir.

İstatistiksel Analiz

Veriler SPSS 21 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programı kullanılarak analiz edildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntem (Kolmogorov/Shapiro Wilk Testi) kullanılarak

incelendi. Verilerin çoğunluğu normal dağılmadığından fiziksel aktivite anketleri değişkenleri ve veriler arasındaki ilişki “Spearman Korelasyon Analizi” ile test edildi. Tanımlayıcı istatistikler ortanca ve çeyreklerarası aralık olarak verildi. Kategorik değişkenlerin tanımlayıcı özellikleri n(%) cinsinden ifade edildi. Korelasyona ait güç, çok zayıf ($\rho = 0-0.19$), zayıf ($\rho = 0.2-0.39$), orta ($\rho = 0.40-0.59$), güçlü ($\rho = 0.6-0.79$) ve çok güçlü ($\rho = 0.8-1$) olacak şekilde sınıflandırıldı. Analizlerde anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edildi Fiziksel aktivite anketleri parametreleri ve trimester değişkeni gruplar arasında Kruskal- Wallis testi kullanılarak

karşılaştırıldı. İkişerli karşılaştırmalar Mann-Whitney U testi kullanılarak yapıldı ve Bonferroni düzeltmesi kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık için tip-1 hata düzeyi %5 olarak kullanıldı (23).

Bulgular

Çalışmaya 50’si 1. trimesterde, 139’u 2. trimesterde ve 147’si 3. trimesterde olmak üzere toplam 336 kişi alınmış olup katılımcıların demografik ve tanımlayıcı özellikleri Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. Katılımcıların demografik ve tanımlayıcı özellikleri (N=336)

	Ortanca	Çeyrekler arası aralık
Yaş (yıl)	28	25-31
BKİ (kg/m ²)	26.03	23.82-28.34
Doğum sayısı	1	0-1
Düşük/Kürtaj sayısı	0	0-1
Gebelik haftası	25	20-32
IPAQ		
Total MET- dk/hafta	594	139-1386
Hafif/Yürüyüş MET- dk/hafta	203.7	82-840
Orta/yürüyüş MET- dk/hafta	685.5	612-7183
PPAQ (MET-sa/hafta)		
Total aktivite	41.57	29.18-56.93
Aktivite şiddeti		
Sedanter (<1.5 METs)	6.04	3-11
Hafif aktivite (1.5- < 3.0 METs))	19.61	13.23-25.80
Orta aktivite (3.0-6.0 METs)	9.62	5.09-18.06
Şiddetli aktivite (>6.0 METs)	2.57	0-6.8
Tipi		
Ev işi/bakım aktiviteleri	19.33	11.63-26.32
İş-Meslek aktiviteleri	0	0-10.5
Egzersiz/spor aktiviteleri	5.87	2.40-11.8
Trimester n (%)		
1.	50	14,9
2.	139	41,3
3.	147	43,8

BKİ: Beden Kütle İndeksi, IPAQ: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketleri (International Physical Activity Questionnaire, PPAQ: Hamilelik Fiziksel Aktivite Anketi (Pregnancy Physical Activity Questionnaire (PPAQ))

Total aktivite PPAQ değeriyle gebelik haftası arasında negatif yönde, zayıf derecede, anlamlı olmayan bir ilişki vardır. Gebelik haftasıyla, sedanter aktivite PPAQ değeriyle arasında negatif yönde, zayıf derecede, anlamlı bir ilişki görülmüştür. İş-meslek aktivitesi PPAQ değeriyle gebelik haftası arasında negatif yönde, zayıf derecede, anlamlı bir ilişki görülmüştür. Yaş ile hafif-orta şiddetteki aktivite PPAQ değerleri arasında pozitif yönde, orta derecede anlamlı bir ilişki görülmüştür (Tablo 2).

Gebelerin 1., 2. ve 3. trimesterleri arasında total aktivite PPAQ, sedanter aktivite PPAQ, hafif/yürüyüş IPAQ, hafif şiddetli PPAQ ve ev işleri PPAQ değerlerinde anlamlı fark vardır (Tablo 3). Olguların hafif şiddette, orta şiddette ve şiddetli PPAQ değerleri arasında her üç trimesterde de istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (0.005). PPAQ ev işleri-bakıcılık aktiviteleri, iş-meslek aktiviteleri ve spor-egzersiz aktiviteleri arasında üç trimesterin hepsinde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (0.04).

Tablo 2. IPAQ ve PPAQ anketleriyle yaş, düşük sayısı, gebelik haftası ve BKİ arasındaki ilişki

	Yaş (yıl)		Düşük kürtaj sayısı		Gebelik haftası		BKİ(kg/m ²)	
	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p
IPAQ								
Total MET- dk/hafta	-0.010	0.732	-0.027	0.625	-0.063	0.251	0.07	0.209
Hafif/Yürüyüş MET- dk/hafta	0.244	0.00	0.002	0.99	-0.059	0.311	0.098	0.086
Orta/yürüyüş MET- dk/hafta	0.277	0.00	0.068	0.251	-0.066	0.166	0.077	0.181
PPAQ (MET-sa/hafta)								
Total aktivite	0.171	0.002	0.068	0.220	-0.103	0.060	0.03	0.494
Aktivite şiddeti								
Sedanter (<1.5 METs)	-0.252	0.000	0.058	0.295	-0.176	0.001	-0.93	0.105
Hafif aktivite (1.5– <3.0 METs))	0.259	0.00	0.001	0.99	-0.057	0.301	0.097	0.088
Orta aktivite (3.0–6.0 METs)	0.289	0.00	0.063	0.261	-0.076	0.169	0.076	0.183
Şiddetli aktivite (> 6.0 METs)	-0.09	0.107	0.032	0.570	-0.004	0.940	-0.029	0.617
Tipi								
Ev işi/bakım aktiviteleri	0.448	0.000	0.035	0.525	-0.005	0.926	0.136	0.017
İş-Meslek aktiviteleri	0.021	0.707	0.076	0.172	-0.186	0.001	0.074	0.196
Egzersiz/spor aktiviteleri	-0.081	0.144	0.021	0.702	-0.028	0.610	-0.022	0.696

Rho: Spearman Korelasyon Analizi; BKİ: Beden Kütle İndeksi, IPAQ: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketleri (International Physical Activity Questionnaire), PPAQ: Hamilelik Fiziksel Aktivite Anketi (Pregnancy Physical Activity Questionnaire (PPAQ))

Tartışma

Gebelikteki fiziksel aktivite değişimlerini inceleyen çalışmamızın sonuçları, gebelik haftası ilerledikçe gebelerin total fiziksel aktivite seviyesini, sedanter aktivite seviyesini ve iş-meslek aktivitelerini azalttıkları, kadınların kronolojik yaşı arttıkça gebelikleri sırasında daha fazla hafif ve

orta şiddette aktivite yaptıkları, gebelerin 1. ve 3. trimesterlerdeki fiziksel aktivite şiddetlerinin benzer olduğu, gebelerin 2. trimesterdeki tüm fiziksel aktivite tiplerinin şiddetini arttırdıkları ve 3. trimesterde ise tüm fiziksel aktivitelerin şiddeti 1.trimesterdeki şiddetine indirdikleri gösterilmiştir.

Tablo 3. Gebelerin 1. Trimester, 2. Trimester ve 3. Trimesterdeki IPAQ ve PPAQ anketlerinin karşılaştırılması

	1.Trimester		2.Trimester		3.Trimester		1-2	1-3	2-3	P**
	O	C	O	C	O	C	P*	P*	P*	
IPAQ										
Total MET- dk/hafta	693	360-1386	594	99-1386	596	104-1386	0.271	0.271	0.919	0.598
Hafif/Yürüyüş MET- dk/hafta	211.6	65-845	231.8	41-789	170.2	25-997	0.002	0.049	0.04	0.05
Orta/yürüyüş MET- dk/hafta	786	600-9160	792.1	600-6283	591	590-5256	0.568	0.565	0.543	0.498
PPAQ (MET-sa/hafta)										
Total aktivite	38.6	28.3-49.8	45.2	33.5-59.9	39.3	25.4-54.4	0.081	0.953	0.01	0.03
Aktivite şiddeti	7.1	5.7-8.4	6.3	3.2-12.6	5	2.3-9.6	0.433	0.049	0.02	0.02
Sedanter (<1.5 METs)	13.7	10.6	21	15.1-27.6	18.4	12.6-25.5	0.002	0.070	0.028	0.003
Hafif aktivite (1.5– <3.0 METs))	9.7	5.13-13.7	10.7	5.3-19.9	8.9	4.5-18	0.804	0.729	0.305	0.596
Orta aktivite (3.0–6.0 METs)	1.7	1.6-5.2	3.3	0-6.8	1.7	0-6.8	0.238	0.903	0.132	0.249
Tipi	14.4	9.8-21.7	19.95	13.1-31.5	18.5	11.7-26.2	0.011	0.097	0.159	0.033
Ev işi/bakım aktiviteleri	1.1	0-13.9	1.7	0-12.1	0	0-6.13	0.841	0.164	0.056	0.116
İş-Meslek aktiviteleri	6	3.2-9.3	6.8	2.4-13.4	5.3	1.7-11.5	0.624	0.603	0.216	0.442
Egzersiz/spor aktiviteleri	6	3.2-9.3	6.8	2.4-13.4	5.3	1.7-11.5	0.624	0.603	0.216	0.442

O: Ortanca C: Çeyrekler arası aralık, BKİ: Beden Kütle İndeksi, IPAQ: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketleri (International Physical Activity Questionnaire), PPAQ: Hamilelik Fiziksel Aktivite Anketi (Pregnancy Physical Activity Questionnaire (PPAQ)), * The Mann-Whitney U post-hoc test testi Bonferroni Düzeltmesi ikiyeşerli grupların karşılaştırılması, ** Üç grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi

Gebeler 3. trimesterde iş mesleğe yönelik fiziksel aktivitelerini bırakırken, spor ve egzersiz aktivitelerini bırakmamaktadırlar, sadece azaltılmaktadırlar. Tüm trimesterlerde gebe kadınları fiziksel aktivite şiddetine en fazla yaptığı aktiviteden en az yaptığı aktiviteye göre sıralanırsa; hafif, orta ve şiddetli şiddette fiziksel aktivite şeklindedir. Kadınlar gebelikleri sırasında tüm trimesterlerde en çok hafif şiddetteki fiziksel aktiviteleri yapmayı tercih etmektedirler.

Bisson ve ark. gebelerde fiziksel aktivite seviyesinin gebelik komplikasyonları, doğum ve bebek üzerine etkilerini incelemişlerdir. 1., 2. ve 3. trimesterlerde fiziksel aktiviteyi değerlendirmek için PPAQ kullanmışlardır (14). Bizim çalışmamızdan farklı olarak 1. trimesterden 3. trimestere doğru gidildikçe fiziksel aktivitenin azaldığını bulmuşlardır. Onların bulgularında 2. trimesterde de fiziksel aktivitede düşüş devam etmiş en yüksek seviyedeki fiziksel aktivite birinci trimesterde bulunmuştur. Çalışmada aynı gebelere 3 trimester boyunca tekrarlı olarak fiziksel aktivite anketi uygulanmıştır. Bizim çalışmamızda ise trimesterlerdeki gebeler farklıdır ve kesitsel bir çalışmadır. Çalışmalarının amacını olgulara çalışmanın başında anlatmışlardır. Bu durum gebelerin fiziksel aktiviteye yönelik korkuları arttırıp fiziksel aktivitelerini gebelik haftası ilerledikçe azaltmalarına yol açmış olabilir. Fakat çalışmanın asıl amacı trimesterler arasındaki fiziksel aktivite farklarını incelemek olmadığından buna yönelik bir veri verilmemiştir. Bizim çalışmamızı destekler nitelikte bu çalışmada da gebelerin 3. trimesterde iş ve meslek aktivitelerini bıraktıkları görülmüştür.

ACOG'a göre hafif ve orta şiddetteki fiziksel aktiviteler gebeler için bir risk oluşturmamaktadır, bazı durumlarda koruyucu işlev üstlenmektedir. Fakat yüksek şiddetteki aktiviteler risk oluşturabilmektedir (2). Çalışmamızdaki gebelerdeki fiziksel aktivite seviyesi ACOG'un önerilerine paralellik göstermektedir. Gebeler en çok hafif ve orta şiddette fiziksel aktivite yaptıkları saptanmıştır. Sedanter gebelerde ACOG egzersize başlamak için 2. trimesteri önermektedir (2). Çalışmamızdaki gebelerinde 2. trimesterde fiziksel aktivitelerini arttırdıkları görülmüştür.

Kadınların 1. trimesterdeki ev işi ve bakıcılığa yönelik fiziksel aktiviteleri 2. trimesterde artmaktadır ve 3. trimesterde

azalmaktadır. Fakat 3. trimesterde 1. trimesterdeki kadar düşük değildir. Gebeler doğumun yaklaşması nedeniyle 3. trimesterde, ev işi ve bakıcılık aktivitelerini arttırabiliyor olabilirler ya da 1. trimesterde bulantı kusma, bebeği düşürme korkusu nedeniyle fiziksel aktivite şiddetini daha düşük tutuyor olabilirler. Trimesterler arasında fiziksel aktivite tipleri arasında görülen farkın nedenlerine yönelik daha kapsamlı çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Çalışmaya başlamadan önce gebelik haftası ilerledikçe gebelerin ağırlığı arttıkça fiziksel aktivitelerini progressif azaltacaklarını yönelik bir hipotezimiz vardı. Fakat ağırlık artışı ve beden kitle indeksi ile fiziksel aktivite şiddeti arasında bir ilişki bulunmadı.

Gebelerde boş zamanlarda yapılan fiziksel aktiviteyi inceleyen bir kohord çalışmasında, 1. ve 2. trimesterde fiziksel aktivite seviyelerini değiştirmediklerini son trimesterde fiziksel aktivitelerini azalttıkları bulunmuştur (16). Bu çalışmada 2. trimesterde fiziksel aktivitede artma görülmüş fakat istatistiksel olarak anlamlı çıkmadığı için 2. trimesterdeki değişim kabul edilmemektedir. Ayrıca çalışmada fiziksel aktiviteye ait veriler postpartum peryod sırasında alınmıştır tam trimester sırasında alınmamıştır. Çalışmayla bizim çalışmamız arasında farklar bulunması bu faktörlerden kaynaklanabilir. Çalışmada kronolojik yaş azaldıkça fiziksel aktiviteyi azalttıkları sonucu bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Gebelerde fiziksel aktivite seviyesine etki eden faktörleri inceleyen çalışmalarda etnik kökenin, yüksek vücut yağ yüzdesinin, çocuk sayısının ve fiziksel aktivite seviyesi az olan kişilerle arkadaşlık etmenin fiziksel aktivite seviyesini azalttığı bulunmuştur (15). Çalışmamızdaki fiziksel aktivite seviyelerinin trimesterlere yönelik diğer bazı çalışmalarla farklı çıkmasının nedeni etnik kökenden kaynaklanabilir. Fakat daha fazla sayıda çalışma yapılması gerekmektedir.

Literatürde gebelerde gebelik boyunca fiziksel aktivite değişimini inceleyen çalışmalarda genellikle bizim çalışmamızda olduğu gibi anketler kullanılmıştır. Anket uygulanan grupların etnik özelliklerinin farklı olması, anketin aynı gruba tekrarlı olarak tüm trimesterler boyunca uygulanması, anketin gebelikteki farklı trimesterlerde yapılması, post-partum dönemde

yapılması ve trimesterlerdeki gebelerin farklı olması gibi nedenlerden dolayı birinci, ikinci ve üçüncü trimesterlerdeki fiziksel aktivite seviyelerinin çalışmalarda farklı çıkmasına yol açmaktadır. Bu durum kadınların gebelik süreçlerinde fiziksel aktivitelerini nasıl değiştirdiklerine yönelik daha fazla çalışma yapılması gerektiği sonucunu doğurmaktadır.

Sonuç

Gebelerde fiziksel aktivite seviyesi ve tipinin hamilelik haftalarında değişip değişmediğini inceleyen araştırmamızda, gebelik haftası ilerledikçe gebelerin total fiziksel aktivite seviyesini, sedanter aktivite seviyesini ve iş- meslek aktivitelerini azalttıkları, gebelik boyunca daha fazla hafif ve orta şiddette aktivite yaptıkları, gebelerin 1. ve 3. trimesterlerdeki fiziksel aktivite şiddetlerinin benzer olduğu, gebelerin 2. trimesterdeki tüm fiziksel aktivite tiplerinin şiddetini arttırdıkları tespit edilmiştir. Bu doğrultuda araştırmanın sonuçlarının, gebelerde gebelik boyunca fiziksel aktivite seviyesine etki eden faktörlere ve fiziksel aktivitenin anne ve bebek üzerine etkilerine yönelik ileriki araştırma ve egzersiz protokollerine ışık tutabileceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Pescatello SL, Arena R, Riebe D, Thompson PD. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 9th Ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2014, p. 456
2. ACOG Committee Opinion No.650: Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. *Obstet Gynecol.* 2015;126(6):e135-42.
3. Moore SC, Patel AV, Matthews CE. Leisure time physical activity of moderate to vigorous intensity and mortality: a large pooled cohort analysis. *PLoS Med.* 2012;9: e1001335
4. Evenson KR, Chasan-Taber L, Symons Downs D. Review of self- reported physical activity assessments for pregnancy: summary of the evidence for validity and reliability. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2012;26: 479-494
5. Lee JH, Park JH, Kim YJ. Sensitivity of the accelerometer as a measurement tool for

upper extremity movement by stroke patients: a comparison with the action research arm test. *J Phys Ther Sci.* 2015; 27: 1053-1054.

6. Abe Y, Sakamoto M, Nakazawa R. Relationship between joint motion and acceleration during single-leg standing in healthy male adults. *J Phys Ther Sci,* 2015;27: 1251-1256
7. Makabe S, Makimoto K, Kikkawa T. Reliability and validity of the Japanese version of the short questionnaire to assess health-enhancing physical activity (SQUASH) scale in older adults. *J Phys Ther Sci.* 2015;27: 517-522
8. Cho YK, Kim DY, Jung SY. Synergistic effect of a rehabilitation program and treadmill exercise on pain and dysfunction in patients with chronic low back pain. *J Phys Ther Sci,* 2015;27: 1187-1190
9. Orhan C, Akbayrak T, Gebelikte fiziksel aktivite ve egzersiz. Akbayrak T, Kaya S, editör. Kadın sağlığında fizyoterapi ve rehabilitasyon. 1. Baskı. Ankara: Hipokrat kitapevi&Pelikan kitapevi;2016. p.215-238
10. Evenson KR, Siega-Riz AM, Savitz DA, Leiferman JA. Vigorous leisure activity and pregnancy outcome. *Epidemiology.* 2002; 13(6): 653-659.
11. Petersen AM, Leet TL, Brownson RC. Correlates of physical activity among pregnant women in the United States. *Med Sci Sports Exerc.* 2005; 37(10): 1748-1753.
12. Oostdam N, van Poppel MN, Eekhoff EM, Wouters MG, van Mechelen W. Design of FitFor 2 study: the effects of an exercise program on insulin sensitivity and plasma glucose levels in pregnant women at high risk for gestational diabetes, *BMC Pregnancy Childbirth.* 2009;5:9:1
13. Aune D, Sen A, Henriksen T, Saugstad OD, Tonstad S. Physical activity and the risk of gestational diabetes mellitus: a systematic review and dose-response meta analysis of epidemiological studies. *Eur J Epidemiol.* 2016;31(10):967-997
14. Bisson M, Croteau J, Guinhouya BC, Bujold E, Audibert F. Physical activity during pregnancy and

- infant's birth weight: results from the 3D Birth Cohort. *BMJ Open Sport Exerc Med.* 2017;19:3(1):e000242
15. Richardsen KR, Falk RS, Jenum AK, Mørkrid K, Martinsen EW, Ommundsen Y. Predicting who fails to meet the physical activity guideline in pregnancy: a prospective study of objectively recorded physical activity in a population-based multi-ethnic cohort. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016; 26:16(1):186
 16. Coll CV, Domingues MR, Hallal PC, da Silva IC, Bassani DG, Matijasevich A. Changes in leisure time physical activity among Brazilian pregnant women: comparison between two birth cohort studies (2004 - 2015). *BMC Public Health.* 2017; 25:17(1):119
 17. Chandonnet N, Saey D, Alméras N, Marc I. French Pregnancy Physical Activity Questionnaire compared with an accelerometer cut point to classify physical activity among pregnant obese women. *PLoS One.* 2012;7(6):e38818.
 18. Aune D, Saugstad OD, Henriksen T, Tonstad S. Physical activity and the risk of preeclampsia: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology.* 2014;25(3):331-43.
 19. Chasan-Taber L, Schmidt MD, Roberts DE. Development and validation of a pregnancy physical activity questionnaire. *Med Sci Sports Exerc.* 2004;36: 1750–1760.
 20. Tosun OC, Solmaz U, Ekin A, Tosun G, Mutlu EK, Okyay E. The Turkish version of the pregnancy physical activity questionnaire: cross-cultural adaptation, reliability, and validity. *Phys Ther Sci.* 2015;27(10): 3215-21
 21. Harrison CL, Thompson RG, Teede HJ, Lombard CB. Measuring physical activity during pregnancy. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2011;21:8:19
 22. Saglam M, Arikan H, Savci S. International physical activity questionnaire: reliability and validity of the Turkish version. *Percept Mot Skills.* 2010;111:278–284.
 23. Pallant J. *SPSS survival manual, A step by step guide to data analysis using SPSS.* 4nd ed. Australia: Allen & Unwin; 2011. p. 143-297.

Doğum Yapan Kadınların Doğumdan Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörler Satisfaction with Birth and Affecting Factors in Women Who Gave Birth

Nevin ÇITAK BİLGİN^a, Bedriye AK^b, Dilek COŞKUNER POTUR^c, Fatma AYHAN^d

ÖZ Amaç: Bu çalışma; doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyet düzeyleri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı tiptedir. Araştırma Bolu ilinde bir devlet hastanesinde doğum yapan primipar ve multipar 387 kadın ile yürütülmüştür. Veriler anket formu ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metodlar, bağımsız gruplarda t testi, ki kare testi, One Way Anova ve Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Kadınların yaş ortalaması 28.33±5.16'dır ve % 68.7'si multipardır. Çalışmaya katılan kadınların %50.4'ünün normal doğum yaptığı, %33.1'inin planlı sezaryen olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların doğuma ilişkin memnuniyetlerinin iyi düzeyde olduğu (7.49 ± 3.05), vajinal doğum yapanların doğum memnuniyetlerinin planlı veya acil sezaryen olanlara göre daha yüksek olduğu (p<0.001), doğuma yönelik vakum-forseps uygulaması (p<0.05) ve doğumda medikal ve bebekle ilgili sorun yaşamanın doğum memnuniyetini azalttığı (p<0.01) belirlenmiştir. Çalışmada sosyal güvencesi olanların, çalışmayanların ve multiparların doğum memnuniyetlerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Katılımcıların doğumdan memnuniyetleri ile doğum sonu yaşanan ağrı arasında negatif yönde zayıf, erken mobilizasyon ve bebeğini beklediği sürede kucağına alma ile pozitif yönde zayıf anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0.001). Vajinal doğum yapan kadınların %89.2'si sonraki doğumlarını yine vajinal yolla yapmak isterken, sezaryen ile doğum yapan kadınlarda ise aynı yolla doğum yapmayı isteme %76.6'dır. **Sonuç:** Doğum sonu dönemde taburculuk öncesi kadınların doğum memnuniyetlerinin iyi olduğu, vajinal doğum yapan kadınların doğum şekliyle memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu ve mevcut doğum şekli ile gelecekte planlanan doğum şekli arasında ilişki olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Doğum, doğum deneyimi, memnuniyet

ABSTRACT Objective: This study aimed to determine satisfaction with birth and affecting factors in women who gave birth. **Material and method:** This descriptive and cross-sectional study was conducted with 387 primipara and multipara women who gave birth at a public hospital located in Bolu. Data was collected using a questionnaire form and was analyzed using descriptive statistical methods, independent samples t-test, chi-square test, one way ANOVA, and Pearson correlation. **Results:** Mean age of the women was 28.33±5.16 and 68.7% were multipara. Among the women who participated in the study, 50.4% gave normal birth and 33.1% had planned C-sections. It was found that the mean level of satisfaction with birth was good (7.49 ± 3.05), that women who gave birth vaginally had higher satisfaction with birth compared to women who had planned or emergency C-sections (p<0.001), and that vacuum-forceps delivery applications (p<0.05) and experiencing medical and infant-related problems during labor reduced satisfaction with birth (p<0.01). In the study, it was determined that women who had social security, who were unemployed, and who were multipara had higher satisfaction with birth (p<0.05). Participants' satisfaction with birth was weak negatively associated with postpartum pain and was weak positively associated with early mobilization and holding the baby at an anticipated time schedule (p<0.001). Among the women who gave birth vaginally, 89.2% stated that they wanted to give their next birth vaginally as well, while 76.6% of the women who had a C-section wanted to give their next birth using the same route. **Conclusion:** It was determined that postpartum women had good levels of satisfaction with birth before discharge, that women who gave birth vaginally had higher satisfaction with mode of birth, and that there was a relationship between the present mode of birth and future plans regarding mode of birth.

Keywords: Childbirth, childbirth experience, satisfaction,

Geliş Tarihi/Received: 09-05-2018/ Kabul Tarihi/Accepted:20-07-2018

^a Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü,nevincitak@yahoo.com, ORCID:0000-0003-4367-215X

^b Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü bedriye_ak@yahoo.com, ORCID:0000-0002-4277-6355

^c Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,dilekcp@yahoo.com, ORCID:0000-0002-2186-4663

^d Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, solmaz_f@ibu.edu.tr, ORCID:0000-00002-2493-679X

Sorumlu yazar /correspondence: Nevin Çitak Bilgin, e-mail: nevincitak@yahoo.com

Giriş

Doğum kadının hayatını fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etkileyen önemli bir deneyimdir (1). Çoğu kadın doğumu kendilerini güçlü hissettiren ve olumlu bir deneyim olarak tarif etse de (2,3), bazı kadınlar doğumda kendilerini çaresiz, hayattan kopmuş, yarı yolda bırakılmış hissedebilir (4,5).

Doğum deneyimini fiziksel ve psikososyal faktörlerin etkilediği bilinmektedir (4-8). Literatürde yaş, eğitim durumu, sosyal güvence, çalışma durumu, parite ve gebeliğin planlı olması gibi demografik ve obstetrik özelliklerin doğum memnuniyeti ile ilişkisi incelenmiş olup (1,4,6,8-13), memnuniyetin çok boyutlu bir kavram olması nedeniyle demografik özellikler vb. birçok faktörün doğum memnuniyetine etkisinin açık olmadığı belirtilmiştir (1,14). Bu bağlamda kadınların doğum memnuniyetlerini belirleyebilmek için onların gerçek beklentilerini ortaya çıkarabilmek önemlidir (15,16).

Hodnett (2002), 137 çalışmayı içeren sistematik incelemesinde, doğum memnuniyetini etkileyen temel faktörleri; bireysel beklentiler, sağlık profesyonellerinin sağladığı destek, bakım vericiler ile bakım alan arasındaki iletişim ve karar verme sürecine dahil olma olarak belirlemiştir (11). Yapılan çalışmalar doğum sürecinde yaşanan ağrının (1,4,5), doğuma hazırlık konusunda alınan eğitim ve antenatal sınıflara katılımın (6-8), doğum sürecindeki bakım ve gereksinimlerin karşılanmasının (6,7,10), doğum şeklinin (5-7,12), doğumu bireysel olarak kontrol edebilmenin (4,10,17), doğuma yönelik müdahalelerin (7), doğum sürecinde anne – bebek ile ilgili beklenmedik girişim, komplikasyonların (4-6,18), karar verme süreçlerine dahil olmanın (18,19), doğumda güvendiği birinden destek alınmasının (19) memnuniyeti etkilediğini göstermektedir. Senegal’de yapılan bir çalışmada da kadınların doğuma ilişkin bakım algısının doğum memnuniyetini etkilediği belirlenmiştir. Doğuma ilişkin memnuniyetin; kişilerarası ilişkiler (annenin mahremiyetine saygı gösterme, empatik destek alma, kadının istediği bireyin doğuma eşlik etmesi, bakım vericilerin teşvik edici sözler söylemeleri), bakımın bilgilendirme boyutu (bir problem olduğunda ne yapacağı hakkında bilgi verilmesi) ve bakımın teknik boyutu (ağrıyı azaltmada non-farmakolojik yöntem kullanımı, doğum pozisyonunun konforu, yenidoğanla erken

ten tene temasın sağlanması) ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (20).

Doğuma ilişkin memnuniyet, doğum deneyimini değerlendirmede önemli bir göstergedir. Doğum memnuniyetinin belirlenmesi, maternal bakım kalitesinin göstergesi olduğu kadar, yenidoğan ile annenin iyilik halini de göstermesi açısından önemlidir (9,10). Çalışmalar kadınların genel olarak olumlu doğum deneyimine sahip olduğunu, olumsuz doğum deneyiminin % 5-21 arasında düşük oranda yaşandığını göstermektedir (3-6). Olumlu doğum deneyimine sahip olmanın; kadınların özgüvenlerini artırmanın yanı sıra, çocukları ile daha güçlü ilişkiler kurmalarına ve gelecekteki doğum planlamalarına olumlu katkı sağlayacağına vurgu yapılmaktadır (1). Olumsuz doğum deneyimi ise; emzirmede ve maternal bağlanmada yetersizlik, doğum sonu depresyon, çocuğun bakımının ihmal edilmesi, cinsel isteksizlik, başka bir bebeğe sahip olma kararının verilememesi ve sonraki doğuma yönelik korku ile ilişkilendirilmektedir (3,6,10,19,21).

Doğum memnuniyetini etkileyen faktörlerin dolayısıyla bakımda karşılanamayan gereksinimlerin farkına varılması ve bu gereksinimlere yönelik girişimlerin uygulamaya aktarılmasının yaşam kalitesini artıracığı göz ardı edilmemelidir. Ülkemizde kadınların öz bildirimine dayalı çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir (13,22-24). Yapılan çalışmalarda yalnızca sezaryen olan kadınların memnuniyet düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelendiği (13) ya da doğum şekline göre memnuniyet düzeyinin değerlendirildiği görülmektedir (22-24). Bu çalışma, doğum yapan kadınların doğuma ilişkin memnuniyet düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile planlanmış olup, çalışmada doğum şeklinin yanı sıra demografik ve obstetrik özellikler, doğuma ilişkin müdahaleler ve doğuma ilişkin bazı algıların doğum memnuniyetine etkisi araştırılmıştır.

Araştırmada aşağıda yer alan sorulara cevap bulunması amaçlanmıştır;

1. Kadınların bazı demografik (yaş, eğitim durumu, sosyal- güvence, meslek) ve obstetrik özelliklerine göre (parite, gebeliğin planlı olması) doğum memnuniyeti arasında fark var mıdır?
2. Doğuma ilişkin bazı özellikler (doğum şekli, doğum şekline kim tarafından karar verildiği),

doğumda uygulanan müdahaleler (indüksiyon, epizyotomi, vakum-forseps) ve sezaryende kullanılan anestezi türü doğum memnuniyetini etkiler mi?

3. Doğuma ilişkin bazı algılar (doğum süreci ve doğum sonu yaşanan ağrı, erken mobilizasyon, bebeği beklenen sürede kucağa alma) ile doğum deneyimi arasında ilişki var mıdır?

4. Katılımcıların mevcut doğum şekline göre gelecekte planladıkları doğum şekli arasında ilişki var mıdır?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tasarımı, Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte olup, Bolu ilinde bulunan bir devlet hastanesinde Şubat-Aralık 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı hastanenin doğum sonu servisinde yatan normal ya da sezaryen ile doğum yapan kadınlar oluşturmuştur. Örneklem sayısını belirlemek için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayınlanan hazır tablolardan yararlanılmıştır. Doğumdan memnuniyet düzeyi %80 kabul edilerek (22) ve bu oranın gerçek değerini 0.04 puan içinde %95 güvenle tahmin edebilmek için gerekli örneklem büyüklüğü 384 olarak bulunmuştur (25). Bu kapsamda araştırmanın gerçekleştirildiği tarihler arasında doğum yapan 387 kadın çalışmaya alınmıştır. Örneklem dahil edilme kriterleri;

- Araştırmanın yapıldığı hastanede vajinal ya da sezaryen doğum yapan,
- Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi görmeyen, görüşme sırasında bebeği yanında olan ve anne-bebek etkileşimi başlamış olan,
- Okur -yazar,
- Türkçeyi iyi bilen, iletişim sorunu olmayan,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden primipar ve multipar kadınlar dahil edilmiştir.

Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür bilgileri (3,5,10,13,14,19,21,22,26) doğrultusunda hazırlanan soru formu kullanılmıştır.

Yapılan ön uygulama (15 kişi) sonrası anket formuna son şekli verilmiştir. Veri toplama formu iki bölümden oluşmuştur.

İlk bölümde; kadınların sosyo-demografik özelliklerine (yaş, eğitim durumu, sosyo-ekonomik durum, meslek vb) ve obstetrik özelliklerine (gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, gebeliğin planlı olma durumu, doğum şekline karar veren kişi vb.) ilişkin sorular bulunmaktadır.

İkinci bölümde ise doğumun gerçekleştiği hafta, doğum şekli, doğuma ilişkin müdahaleler, gelecekte planlanan doğum şekline yönelik sorular yer almıştır. Bu bölümde aynı zamanda katılımcıların doğumdan memnuniyetleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları bazı deneyimlere ilişkin algılarını belirlemeye yönelik (ağrı, erken mobilizasyon, bebeğini kucağına alma) sorular bulunmaktadır. Araştırmada kadınların doğumdan memnuniyeti, doğumda ve doğum sonu dönemde yaşanan ağrının düzeyi, erken mobilize olma ve bebeğini kucağına alabilmeye ilişkin algıları 0-10 arasında değişen öz bildirim dayalı görsel kıyaslama ölçeği ile değerlendirilmiştir. Blomquist ve ark. (2011)'nın çalışmasında da vajinal ve sezaryen doğum yapan annelerin doğum memnuniyetini değerlendirmede benzer olarak görsel kıyaslama ölçeği kullanılmıştır (26). Yürütülen çalışmada on birimlik görsel kıyaslama ölçeği ile kadınların doğum memnuniyetleri: 0=Hiç memnun değilim, 10= Çok memnunum, doğumda ve doğum sonu yaşadıkları ağrının düzeyi: 0=Hiç yok, 10= Dayanılmaz ağrı, doğum sonu erken mobilize olma durumu: 0=Hiç katılmıyorum, 10=Kesinlikle katılıyorum, bebeklerini beklenen sürede kucağa alabilme durumu: 0=Hiç katılmıyorum, 10=Kesinlikle katılıyorum olacak şekilde değerlendirilmiştir. Veri toplama formu doğum sonu servisinde taburculuk öncesinde doğum sonrası ilk 24 saat içerisinde çalışmaya alınma kriterlerine uyan kadınlara yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metodlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), bağımsız gruplarda t testi, One way Anova ve Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Önemlilik testi olarak ki kare testi ve ilişkinin etkisinin büyüklüğünü anlamak için Phi Cramer's V testi kullanılmıştır. Gruplar arasındaki

farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ise Post-hoc test olarak Bonferroni testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik İlkeleri

Çalışma Helsinki Deklarasyon ilkeleri doğrultusunda yürütülmüştür. Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (protokol no: 2013/10) ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden (protokol no: 2013/67) izin alınarak araştırma yapılmıştır. Çalışmaya katılan kadınların sözlü ve yazılı onamaları alınmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılanların yarısından biraz fazlasının (%59.4) 18-29 yaş grubunda, yarısının ilköğretim

mezunu (%50.9) ve %75.5'inin ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Kadınların tamamına yakının (%97.7) sosyal güvencesinin bulunduğu, %64.1'inin gelirinin gidere denk olduğu, %68.7'sinin multipar olduğu, %65.9'unun doğum şekline doktor tarafından karar verildiği saptanmıştır. Annelerin yarısının (%50.4) normal doğum yaptığı, %33.1'inin planlı sezaryen olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların gebelik sayısı ortalama 2.30 ± 1.07 , doğumlarının gerçekleştiği hafta ortalama 38.92 ± 1.11 olup doğuma ilişkin memnuniyet düzeyi 7.49 ± 3.05 olarak belirlenmiştir. Kadınların %80.4'ü doğumun güzel, mutluluk verici bir deneyim olduğunu düşünürken, %19.6'sı zor ve ağrılı bulduklarını ifade etmiştir.

Tablo 1. Doğum Memnuniyetinin Bazı Demografik ve Obstetrik Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=:387)

Özellikler	n	%	Memnuniyet X±SS	t*/F**	p
Yaş					
18-29	230	59.4	7.48±3.17	0.119*	0.905
30-45	157	40.6	7.52±2,87		
Eğitim Durumu					
Okur Yazar	12	3.1	8.17±2.94		
İlköğretim	197	50.9	7.37±3.26		
Lise	113	29.2	7.59±3.03	0.368**	0.776
Yüksekokul	65	16.8	7.58±3.42		
Sosyal Güvence					
Yok	9	2.3	5.44±4.12	2.047*	0.041
Var	378	97.7	7.54±3.01		
Meslek					
Ev Hanımı	292	75.5	7.69±3.01	2.213*	0.027
Çalışan	95	24.5	6.89±3.11		
Parite					
Primipar	121	31.3	7.02±3.03	2.083*	0.038
Multipar	266	68.7	7.71±3.04		
Gebeliğin Planlı Olma Durumu					
Evet	284	73.4	7.45±3.15	0.458*	0.647
Hayır	103	26.6	7.61±2.75		

Kadınlarda sosyal güvenceye sahip olma ($p=0.041$), çalışma durumu ($p=0.027$) ve paritenin ($p=0.038$) doğum memnuniyetini etkilediği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 1). Bununla birlikte yaş, eğitim ve gebeliğin planlı olma durumunun

memnuniyet düzeyini etkilemediği belirlenmiştir ($p > 0.05$, Tablo 1).

Doğuma ilişkin bazı özellikler ve müdahalelerin memnuniyet düzeyine etkisi değerlendirildiğinde; doğum şekli ($p=0.000$), doğuma kim tarafından karar verildiği ($p=0.039$),

vakum-forseps kullanımı ($p=0.025$), doğumda medikal-bebekle ilgili sorun yaşama ($p=0.001$) ve doğuma ilişkin algının ($p=0.014$) doğum memnuniyetini etkilediği görülmüştür.

Doğumda epizyotomi ve indüksiyon uygulaması ile sezaryende kullanılan anestezi türünün ise doğum memnuniyetini etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo-2).

Tablo 2. Doğuma İlişkin Bazı Özelliklerin ve Müdahalelerin Memnuniyet Düzeyine Etkisi

Doğum İlişkin Bazı Özellikler ve Müdahaleler	n	%	Memnuniyet Ortalama (SD)	t*/F**	p	Fark
Doğum Şekli						
(1)Vajinal doğum	195	50.4	8.37±2.58	28.717**	0.000	***Fark:1 ile 2-3
(2)Planlı sezaryen	128	33.1	7.25±2.97			
(3)Acil sezaryen	64	16.5	5.30±3.35			
Doğum Şekline Karar Veren						
(1)Doktor	255	65.9	7.21±3.22	2.815**	0.039	***Fark:1 ile 2
(2)Ebe	25	6.5	8.80±2.29			
(3)Kendi	45	11.6	7.80±2.63			
(4)Kendim ve Doktorum	62	16.0	7.90±2.69			
Epizyotomi ^(a)						
Evet	156	80.0	8.35±2.64	2.350*	0.814	
Hayır	39	20.0	8.46±2.34			
İndüksiyon ^(a)						
Evet	136	69.7	8.20±2.73	1.447*	0.150	
Hayır	59	30.3	8.78±2.17			
Vakum-Forseps ^(a)						
Evet	8	4.1	6.38±2.92	2.258*	0.025	
Hayır	187	95.9	8.46±2.54			
Medikal-Bebekle İlgili Sorun						
Evet (Fetal distres, zor doğum, enfeksiyon riski)	45	11.6	6.04±3.11	3.436*	0.001	
Hayır	342	88.4	7.68±2.97			
Doğum Algısı						
Güzel/ mutluluk verici	311	80.4	7.68±3.02	2.469	0.014	
Zor/Ağrılı	76	19.6	6.72±3.05			
Sezaryende Kullanılan Anestezi ^(b)						
Genel	56	29.2	6.07±3.59	1.456*	0.177	
Spinal	136	70.8	6.82±3.05			

^(a)Normal doğum yapanlar alınmıştır ^(b) Sezaryen doğum yapanlar alınmıştır. * Bağımsız gruplarda t testi **One way ANOVA *** Post- Hoc Test Bonferroni

Çalışmada kadınların doğum memnuniyetleri ile doğuma ilişkin bazı algıları arasındaki ilişki incelenmiş; katılımcıların doğumdan memnuniyetleri ile doğum sonu yaşanan ağrı arasında negatif zayıf ilişki ($r= -0.271$, $p=0.000$), erken mobilizasyon ($r=0.342$ $p=0.000$)

ve bebeğini beklediği sürede kucagina alma ($r=0.284$, $p=0.000$) ile pozitif yönde zayıf ilişki bulunmuştur. Doğum sürecinde yaşanan ağrının memnuniyet düzeyini etkilemediği belirlenmiştir ($p=0.413$, Tablo 3).

Tablo 3. Doğuma İlişkin Bazı Algılar ile Doğum Memnuniyeti ile Arasındaki İlişki

Değişkenler	r	p
Memnuniyet-Doğumda Yaşanan Ağrı Algısı ^(a)	0.059	0.413 ^c
Memnuniyet- Doğum Sonu Yaşanan Ağrı Algısı	-0.271	0.0006 ^b
Memnuniyet- Doğum Sonu Erken Mobilizasyon Algısı	0.342	0.0004 ^b
Memnuniyet-Bebeğini Beklenen Sürede Kucağa Alma Algısı	0.284	0.0001 ^b

^(a)Yalnızca vajinal doğum yapanlar alınmıştır. ^b p<0.01, ^c p>0.05

Tablo 4. Mevcut Doğum Şekline Göre Gelecekte Planlanan Doğum Şekli Arasındaki İlişki

Mevcut Doğum Şekli	Gelecekte Planlanan Doğum Şekli						İstatistiksel Anlamlılık
	Vajinal doğum		Sezaryen doğum		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Vajinal doğum	174	89.2	21	10.8	195	100	*X ² =170.473 p:0.000
Sezaryen doğum	45	23.4	147	76.6	192	100	Phi Cramer's V= 0,664
Toplam	219	56.6	168	43.4	387	100	

* X² : Ki-kare testi

Vajinal doğum yapan kadınların %89.2'sinin sonraki doğumlarını yine vajinal yolla yapmak istedikleri, sezaryen olanlarda ise aynı yolla doğum yapmayı isteyenlerin oranının %76.6 olduğu saptanmıştır. Mevcut doğum şekline göre gelecekte planlanan doğum şekli arasında orta düzeyde (Cramer's V= %66.4) ve anlamlı bir ilişki (p=0.000, Tablo 4) olduğu görülmüştür.

Tartışma

Kadınların yaşamında oldukça önemli bir deneyim olan doğum ve doğuma ilişkin memnuniyet, anne ve yenidoğanın sağlığı ile olumlu aile atmosferinin devamlılığının sağlanmasında son derece önemlidir (9,23). Doğum özel ve harika bir deneyim olabildiği kadar aşırı derecede travmatize edici bir deneyim de olabilmektedir (19). Doğum memnuniyeti çok boyutlu bir kavram olup bu deneyimi etkileyebilecek faktörleri belirlemek önemli görülmektedir (1,10,19).

Çalışmamızda yaşın doğum memnuniyeti ile ilişkisi incelendiğinde, yaş ve doğum memnuniyeti arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuç yapılan bazı çalışmalarla benzerlik gösterirken (4,9,11,12), anne yaşının doğum memnuniyeti ile ilişkili olduğunu gösteren çalışma sonuçlarından farklı bulunmuştur (1,6,8,13). Çalışma bulgularındaki farklılık çalışmaların sadece belli bir doğum şeklini içeren

grupla yapılması ve parite ile ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışmada okur-yazar olmayan kadınların, diğer eğitim düzeyindeki bireylere göre doğuma ilişkin memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu, ancak eğitim düzeyinin memnuniyeti etkilemediği belirlenmiştir. Benzer olarak Conesa Ferrer ve ark. (2016)'da eğitimin doğum memnuniyeti ile ilişkili olmadığını saptamışlardır (9). Bunun aksine Goodman ve ark. (2004) ile Henriksen ve ark. (2017), eğitim düzeyi yüksek olan kadınların memnuniyet düzeyinin daha fazla olduğunu belirlemiştir (10,4).

Araştırmada sosyal güvenceye sahip olmanın doğum memnuniyetini artırdığı belirlenirken, memnuniyet ile sosyo- ekonomik durum arasında ilişki olmadığını gösteren çalışma sonuçları da mevcuttur (11,13). Sosyal güvenceye sahip olmanın memnuniyeti etkilemesi, bireylerin bakım gereksinimlerini uygun şekilde karşılamalarını sağlayarak, bakım ve tedavi uygulamalarına ilişkin anksiyetelerini azaltacağı, sosyal desteklerini ve iyilik hallerini artırarak memnuniyetlerini olumlu etkileyebileceği şeklinde yorumlanmıştır. Henriksen ve ark. (2017)'nin Norveç'te 1352 multipar kadın ile yaptıkları çalışmada, çalışma bulgumuza paralel olarak ekonomik güçlük yaşamının negatif doğum deneyimi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (4).

Memnuniyeti etkileyebileceği düşünülen bir diğer faktör çalışma durumudur. Literatürde

çalışma durumunun memnuniyete etkisine ilişkin farklı sonuçlar bulunmaktadır. Çalışma durumunun memnuniyeti etkilemediğini gösteren araştırma sonuçlarının yanı sıra (1,13), yapılan bir başka çalışmada çalışan kadınlarda memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (10). Bu sonuçlardan farklı olarak yürütülen çalışmada, çalışan kadınların memnuniyet düzeyi çalışmayanlardan daha düşük bulunmuştur. Bilgilendirme, iletişim gibi karşılanmayan gereksinimler memnuniyeti olumsuz yönde etkileyebilmektedir (27). Çalışmamızda memnuniyet düzeyinin çalışanlarda daha düşük bulunmasının, çalışan bireylerin gereksinimlerinin daha fazla farkında olup, beklenti düzeylerinin çalışmayanlara göre daha yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Parite de doğum memnuniyetini etkileyebilmektedir. Araştırmada kadınların %68.7'si multipar olup, memnuniyet düzeylerinin primiparlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma bulgumuz diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (5,8,9,11,12). Bu sonuç multiparların primiparlara göre daha fazla bilgi edinebilmesi, karar süreçlerine katılımda daha etkin olması ve duygularını daha iyi kontrol edebilmeleri ile ilişkili olabilir. Gebeliğin planlı olmasının doğum memnuniyetini olumlu etkileyeceği düşünülmektedir. Planlı gebeliğin kadınların kendi bakımı ve doğacak bebeklerinin bakımı konusunda daha fazla sorumluluk almalarını sağladığı, olumlu davranış değişikliklerini ve doğum öncesi bakım almayı desteklediği bu bağlamda da memnuniyete olumlu katkısı olacağı ifade edilmektedir (27,28). Jafari ve ark. (2017)'nin çalışmasında planlı gebeliğin doğum memnuniyetini artırdığı belirlenirken (1), çalışmamızda gebeliğin planlı olmasının doğum memnuniyetini etkilemediği bulunmuştur. Bu farklılık Jafari ve ark.'nın çalışmasının yalnızca vajinal doğum yapanlar ile yürütülmesinden ve bireylerin aynı zamanda doğuma hazırlık sınıflarına katılmaları ve doğum süreci hakkında bilgi sahibi olmaları ile ilişkili olabilir.

Doğum şekli kadınların doğuma ilişkin memnuniyetlerini etkileyen en önemli özelliklerden biridir (5,17,22,24,26,29). Çalışmada vajinal doğum yapan kadınların doğum memnuniyetlerinin, sezaryen olan annelerden yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma bulgumuz vajinal doğumda anne memnuniyetinin, sezaryen doğuma

göre daha yüksek olduğunu gösteren diğer araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (6,12,22,24,26,29). Özellikle vajinal doğum yapan kadınların kendi bakımı ve bebek bakımı ile daha fazla ilgilenebilmesi, ayağa kalkma, yürüme, tuvalete gitme ve bebeğini kucağına almayı bağımsız olarak yerine getirebilmesi, doğumdan sonra daha kısa sürede bebekleriyle buluşmalarının doğum memnuniyetini olumlu etkilediği düşünülmektedir (23,24). Bununla birlikte doğum şeklinin doğum memnuniyetini etkilemediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (8,19). Çalışma sonuçlarındaki bu farklılık; Akça ve ark. (2017) ile Spaich ve ark.(2013)'nin çalışmasında, kadınların doğuma hazırlık eğitimlerine katılmaları, doğum sürecinde verilen kararlara katılımda etkin olmaları ve doğum eyleminde desteklenmeleri ile ilişkili olabilir (8,19).

Kadınların doğum şekline yönelik kararını belirlemede aile, arkadaş ve sağlık çalışanları etkili olup; sağlık profesyonelleri ile kurulan olumlu iletişimin anksiyete düzeyini azalttığı, güven duygusunu geliştirdiği ve doğum memnuniyetini artırdığı belirlenmiştir (12). Doğum şekline ilişkin verilen kararda kadın doğum uzmanının / doktorun etkin olduğu görülmekte (28,30,31) ve doğum şekline karar verdikten sonra bu kararı değiştirmenin zor olduğu ifade edilmektedir (13,30). Doğum şekline yönelik kararda kadın doğum uzmanı / doktor belirleyici olmakla birlikte doğum memnuniyetinin ebe desteği ile yakından ilişkili olduğu görülmektedir (9,18). Aktaş ve Gökgöz (2015)'ün çalışmasında kadınların %57.9'unun doğum şekline doktor tarafından karar verildiği (28), yürütülen çalışmada ise kadınların %65.9'unun doğum şekline doktorun karar verdiği saptanmıştır. Bununla birlikte doğum şekli kararı ebe tarafından verilen kadınların doğum memnuniyetinin, hekim tarafından verilenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık profesyonellerinden alınan desteğin en önemli yönü; iletişim, bilgilendirme, karar süreçlerine katılımın desteklenmesi olarak ifade edilmektedir (9). Bu çalışmada da gebeler, ebe ve hemşirelerle daha fazla iletişim içinde bulunup, onlardan daha fazla destek görmüş olabilirler.

Literatürde sağlıklı anne ve bebekler için mümkün olan en az girişim ile doğum eyleminin gerçekleşmesi gerektiği vurgulanmaktadır (9,32). Kadınların çoğu anne ve bebek sağlığı için ciddi bir problem olmadığında lavman, amniyotomi, fundal

bası ya da doğumu hızlandırmak amacıyla oksitosin indüksiyonu, epizyotomi gibi tıbbi müdahalelerin yapılmasını istememektedir (23,33). Kadının otonomisinin desteklendiği ve gereksiz müdahalelerin olmadığı doğumlarda obstetrik sonuçların daha olumlu olduğu belirlenmiştir (9). Doğum sürecinde yapılan müdahaleler doğumun seyrini değiştirmekte (32) ve doğuma ilişkin memnuniyeti olumsuz olarak etkilemektedir (3,9). Özellikle operatif vajinal doğum (3,5,17) ve acil sezaryen gibi beklenmedik prosedürler doğum memnuniyetini azaltmaktadır (5,26). Vakumforseps kullanımı ve acil sezaryenin doğum memnuniyetini olumsuz etkilediğini gösteren çalışma bulgumuz literatürdeki çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda doğuma ilişkin müdahaleler arasında yer alan epizyotomi ve indüksiyon kullanımının ise memnuniyeti etkilemediği görülmüştür. Akça ve ark. (2017), benzer olarak doğumun indüklenmesinin doğum memnuniyetini etkilemediğini belirlemişlerdir (8). Kadınlar doğumda gereksiz müdahale yapılmasını istemeseler bile doğumu hızlandırmak için rutin müdahaleler sıklıkla yapılmaktadır (23,34). Özcan ve Aslan (2015)'in çalışmasında kadınlara indüksiyon ve epizyotominin %90 civarında uygulandığı belirlenmiştir (23). Çalışmamızda kadınların %68.7'si multipar olup, bu uygulamaları rutin yapılması gereken girişimler kapsamında değerlendirmiş ve bu nedenle de doğum deneyimleri olumsuz etkilenmemiş olabilir.

Doğumda beklenmeyen medikal problemler ve yenidoğana ilişkin sorunların doğum memnuniyetini negatif etkilediği görülmektedir (3-5). Yapılan çalışmada da literatüre benzer olarak fetal distres, zor doğum gibi doğumla ilgili güçlük yaşayanların doğum deneyimlerinin olumsuz olduğu belirlenmiştir. Doğumda anne, bebek ya da her ikisi ile ilgili yaşanan komplikasyonların anne olma sevincini gölgelediği bildirilmiştir (4). Doğumda kullanılan anestezi de maternal ve fetal sağlığı dolayısıyla doğum memnuniyetini etkileyebilir. Günümüzde sezaryen doğumlarda genel ya da rejyonel (spinal, epidural) anestezi kullanılmaktadır (35). Yanikkerem ve ark. (2013)'nin çalışmasında, sezaryende anestezi kullanımı doğum memnuniyeti ile ilişkili bulunurken (13), Henriksen ve ark. (2017)'nin çalışmasında genel anestezi kullanımı, kadının annelik deneyimini geciktirmeyeyle ilişkilendiril-

diğinden doğum deneyimine ilişkin algıyı olumsuz etkilediği ifade edilmiştir (4). Yapılan çalışmada ise kullanılan anestezi yönteminin doğum memnuniyetini etkilemediği belirlenmiştir. Purtuloğlu ve ark. (2008), sezaryen olan kadınlarda kullanılan genel ve spinal anestezinin maternal ve fetal iyiliği benzer şekilde etkilediğini saptamışlardır (35). Çalışmamızda Yanikkerem ve ark. (2013) ile Henriksen ve ark. (2017)'nin çalışma sonuçlarından (13,4) farklı olarak sezaryen olan kadınların iyilik hali benzer şekilde etkilenmiş olabilir. Yapılan çalışmalar genel olarak kadınların doğuma ilişkin memnuniyet düzeyinin yüksek olduğunu gösterirken (5,18,22,24), Özcan ve Aslan (2015)'in Van'da yaptıkları çalışmada, kadınların doğuma ilişkin memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir (23). Yapılan çalışmada ise Özcan ve Aslan (2015)'in çalışma bulgusundan farklı ancak literatürdeki diğer çalışma sonuçları ile uyumlu olarak, kadınların doğum memnuniyetlerinin yüksek olduğu (7.49 ± 3.05), %80.4'ünün doğumu "güzel, mutluluk verici" olarak düşündükleri saptanmıştır. Çalışma sonucunun Özcan ve Aslan (2015)'in çalışmasından farklı olması kadınların eğitim düzeyleri ve çalışmanın yapıldığı bölge ile ilişkili olabilir.

Doğuma ilişkin algılar doğum memnuniyetini etkileyebilmektedir. Çalışmada doğum deneyiminin olumlu olduğunu ifade eden kadınların doğum memnuniyetlerinin de daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer olarak Spaich ve ark. (2013)'nin çalışmasında da doğumu öznel olarak iyi/çok iyi olarak değerlendirenlerin daha olumlu doğum deneyimine sahip oldukları saptanmıştır (19).

Ağrı doğumda yaşanan olumsuz deneyimlerden biri olup, çalışmalar vajinal doğumda ağrının yoğun olarak doğum sürecinde, sezaryende ise doğum sonu dönemde yaşandığını (15,27) primipar kadınların vajinal doğumda beklediklerinden daha fazla ağrı yaşadıklarını göstermektedir (15). Bazı çalışmalarda doğumda yaşanan ağrının kontrol duygusunu azaltarak memnuniyeti azalttığı belirlenirken (1,4), bazı çalışmalarda ağrının doğum memnuniyetini etkilemediğini saptanmıştır (10,17). Yürütülen çalışmada da Goodman ve ark. (2004) ile Floris ve ark. (2017)'nin çalışma sonuçlarına benzer (10,17) olarak, doğum sürecinde yaşanan ağrının memnuniyet düzeyini etkilemediği belirlenmiştir. Bu sonuç kültürel olarak vajinal doğumda ağrı yaşamının olması gereken, normal bir süreç olarak görülmesi ile

ilişkili olabilir. Kadınların doğuma bakışının kalitatif olarak incelendiği bir çalışmada; kadınlar normal doğumda ağrı yaşamının annelik duygularını daha iyi hissetmeyi sağladığını, ağrı yaşamadan anne olunamayacağını düşündüklerini ifade etmişlerdir (2).

Doğum süreci kadar doğum sonu dönemde yaşanan sorunlar da doğum memnuniyetini etkilemektedir (27,30). Primipar ve multipar kadınlarla yapılan çalışmada, doğum sonu dönemde kadınların 1/3'ünün sorun yaşadığı en fazla yaşanan sorunun; sezaryen olanlarda ameliyat bölgesinde ağrı, ayağa kalkma iken, vajinal doğum yapanlarda meme sorunları ve epizyotomi bölgesinde ağrı olduğu saptanmıştır (27). Huang ve ark. (2013), doğum sonu dönemde yaşanan ağrının annenin konforunu, bebeği ve kendi ile ilgili bakım aktivitelerini yerine getirmesini engelleyerek doğum memnuniyetini olumsuz etkilediğini belirlemişlerdir (30). Yapılan çalışmada da literatürle uyumlu olarak doğum sonu dönemde yaşanan ağrı arttıkça doğum memnuniyetinin azaldığı belirlenmiştir

Doğuma ilişkin memnuniyeti belirlemede doğumdan sonra verilen bakımın niteliği önemli görülmektedir. Waldenström ve ark. (2006); kadınların %10'unun intrapartum bakımdan, %26'sının doğum sonu bakımdan memnun olmadıklarını saptamıştır (18). Doğumdan sonra erken ayağa kalkma, kadınlar için sağlıklı olmanın bir göstergesi olduğu kadar, bebeği ile daha rahat ilgilenmesini de sağlamaktadır (2). Çalışmada literatürle benzer olarak doğum sonu erken mobilizasyon ile doğum memnuniyetinin pozitif yönde ilişkili olduğu, erken mobilize olduğunu düşünen kadınların doğum memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Doğum sonu erken mobilizasyonun yanı sıra bebeğini beklediği sürede kucağına alma ile doğum memnuniyeti arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda da çalışma bulgumuzla uyumlu olarak doğumdan sonra bebeği ile kurduğu etkileşimden memnun olan ve beklenen ten tene temasın sağlandığını düşünen annelerde memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır (10,20).

Kadınların doğum sırasında yaşamış oldukları doğum deneyimi bir sonraki doğum şeklini belirleme açısından oldukça önemlidir (22,24,31,36). Çapık, ve ark. (2016) araştırmalarında vajinal doğum yapan kadınların %79.7'sinin yine vajinal doğum yapmak isterken,

sezaryen olanların %28.6'sının sonraki doğumlarını sezaryen ile gerçekleştirmek istediklerini ifade etmiştir (24). Yanikkerem Uçum ve ark. (2010) da benzer olarak vajinal doğum yapan kadınların %90.6'sının, sezaryen ile doğum yapanların ise %72.7'sinin sonraki doğumlarını benzer yolla yapmak istediklerini belirlemişlerdir (22). Çalışmamızda da araştırma sonuçları ile benzer olarak vajinal doğum yapan kadınların %89.2'sinin sonraki doğumlarını yine vajinal yolla yapmak istedikleri, sezaryen olanlarda ise aynı yolla doğum yapmayı isteyenlerin oranının %76.6 olduğu saptanmıştır. Kadınların bir sonraki doğum için normal doğum yöntemini daha fazla tercih ediyor olmaları vajinal doğumdan memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olması ile ilişkili olabilir.

Sonuç ve Öneriler

Doğum sonu dönemde taburculuk öncesi kadınların doğum memnuniyetlerinin iyi olduğu, vajinal doğum yapan kadınların doğum şekliinden memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu ve mevcut doğum şekli ile gelecekte planlanan doğum şekli arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Doğuma ilişkin memnuniyeti artırmak için, müdahaleli doğumların azaltılması, normal doğumun teşvik edilmesi ve doğumda ebe ve hemşire desteğinin artırılmasına odaklanmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca doğum sonu erken dönemde taburculuk öncesi kadınların doğum memnuniyetlerini değerlendirdiğimiz çalışmada doğum sonu 6. hafta / 6. ay gibi dönemlerde de memnuniyetlerinin tekrar sorgulandığı prospektif çalışmalar yapılması önerilebilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Doğuma ilişkin memnuniyet çok yönlü bir kavram olup, bir ölçme aracı ile ve yalnızca erken doğum sonu dönemde yeterince tanımlanamayabilir. Bu nedenle daha kapsamlı ölçme araçları ve nitel çalışmalarla desteklenerek, erken doğum sonu döneme ek olarak taburculuk sonrası prospektif çalışmalarla da memnuniyeti etkileyen faktörleri belirlemek faydalı olabilir. Bununla birlikte çalışmada yeterli sayıda bireye ulaşılmış olması evreni temsiliyet açısından önemlidir.

Kaynaklar

- Jafari E, Mohebbi P, Mazloomzadeh S. Factors Related to Women's Childbirth Satisfaction in Physiologic and Routine Childbirth Groups.

- Iran J Nurs Midwifery Res 2017; 22(3):219-224. doi: 10.4103/1735-9066.208161
2. Taşçı Duran E, Ünsal Atan Ş. Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. [Qualitative analysis of perspectives of woman about cessation section/vaginal delivery]. Genel Tıp Derg 2011; 21(3): 83-88.
 3. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A Negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. Birth 2004;31:17–27.
 4. Henriksen L, Grimsrud E, Schei B, Lukasse M. Factors related to a negative birth experience - A mixed methods study. Midwifery 2017; 51:33-39. doi: 10.1016/j.midw.2017.05.004.
 5. Rijnders M, Baston H, Schönbeck Y, Van Der Pal K, Prins M, Green J, Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. Birth 2008;35:107–16.
 6. Smarandache A, Kim THM, Bohr Y, Tamim H. Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. BMC Pregnancy and Childbirth 2016;16:114.
 7. Akın B, Çeber Turfan E. Doğuma Hazırlık Eğitimi Alan ve Almayan Gebelerin Doğumdan Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi. [Evaluating the birth satisfaction of the pregnant women who had antenatal education and those who did not have] JACSD 2016; (8):1-16. doi: 10.17367/JACSD.2016823639
 8. Akca A, Corbacioglu Esmer A, Sefik Ozyurek E, Aydın A, Korkmaz N, Gorgen H et al. The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. Archives of Gynecology and Obstet 2017; 295(2). doi: 10.1007/s00404-017-4345-5
 9. Conesa Ferrer MB, Canteras Jordana M, Ballesteros Meseguer C, Carrillo Garcia C, Martinez Roche ME. Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. BMJ Open 2016; 26,6(8):e011362. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011362
 10. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli ASJ. Factors related to childbirth satisfaction. Adv Nurs 2004; 46(2):212-9.
 11. Hodnett E. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 2002;186:160–72.
 12. Menhart L, Prosen M. Women's satisfaction with the childbirth experience: a descriptive research. Obzornik Zdravstvene Nege 2017; 51(4):298–311. doi: 10.14528/snr.2017.51.4.189
 13. Yanikkerem Uçum E, Göker A, Nicole Piro N. Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Doğum Yöntemleri Hakkında Düşünceleri ve Aldıkları Bakım Memnuniyeti [Women's opinions about mode of delivery and satisfaction with hospital care after cesarean section]. Selçuk Tıp Derg 2013;29(2):75-81.
 14. Spaich S, Welzel G, Berlit S, Temerinac D, Tuschy B, Sütterlin M, et al. Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2013; 170(2):401-6. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.07.040
 15. Aslan Ş, Okumuş F. Primipar Kadınların Doğum Deneyim Algıları Üzerine Doğum Beklentilerinin Etkisi [The influence of childbirth expectation on primiparous women's perceptions of their birth experience]. HSP 2017; 4(1): 32-40.
 16. Arslan Gürcüoğlu E, Vural G. Annelerin Doğum Sonu Dönemde Hastanede Verilen Ebelik/ Hemşirelik Bakımından Memnuniyetleri [Satisfaction of mothers with midwifery/nursing care given in the postpartum period in hospital]. GMJ 2018; 29:34-40.
 17. Floris L, Irion O, Courvoisier D. Influence of obstetrical events on satisfaction and anxiety during childbirth: A prospective longitudinal study. Psychology, Health & Medicine 2017; 22(8): 969-977. doi: 10.1080/13548506.2016.1258480
 18. Waldenström U, Rudman A, Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. Acta Obstet Gynecol Scand 2006; 85:551–60.
 19. Spaich S, Welzel G, Berlit S, Temerinac D, Tuschy B, Sütterlin M, et al. Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2013;

- 170(2):401-6. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.07.040
- 20.Oikawa M, Sonko A, Faye EO, Ndiaye P, Diadhiou M, Kondo M. Assessment of Maternal Satisfaction with Facility-based Childbirth Care in the Rural Region of Tambacouda, Senegal. *Afr J Reprod Health* 2014; 18(4):95-104.
- 21.Stevens NR, Wallston KA, Hamilton NA. Perceived control and maternal satisfaction with childbirth: A measure development study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2011; 33(1):15-24. doi: 10.3109/0167482X.2011.652996
- 22.Yanikkerem Uçum E, Kitapçioğlu G, Karadeniz G. Kadınların Doğum Yöntemlerine Bakış Açısı, Deneyim ve Memnuniyetleri [Women's view of birth methods, experience and satisfaction]. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2010;5(13):107-123.
- 23.Özcan Ş, Aslan E. Normal Doğumda ve Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetinin Belirlenmesi [Determination of maternal satisfaction at normal and cesarean birth]. *İ.Ü.F.N.Hem. Derg* 2015; 1:41-48.
- 24.Çapık A, Sakar T, Yıldırım N, Karabacak K, Korkut M. Annelerin Doğum Şekline Göre Doğumdan Memnuniyet Durumlarının Belirlenmesi [Determining the satisfaction levels of the mothers according to their mode of birth]. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016; 19(2): 92-99
- 25.Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J. & Lwanga, S. K. Sağlık Araştırmalarında Örneklem Büyüklüğünün Yeterliliği. Under the Title Adequacy of Sample Size in Health Studies by World Health Organization. (S. O. Kayaalp, Trans.). Ankara: Hacettepe Taş. 2000.p.143
- 26.Blomquist JL, Quiroz LH, Macmillan D, McCullough A, Handa VL. Mothers' satisfaction with planned vaginal and planned cesarean birth. *American Journal of Perinatolog* 2011; 28: 383-8. doi: 10.1055/s-0031-1274508
- 27.Pınar G, Doğan N, Algier L, Kaya N, Çakmak F. Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. [Factors that affecting mothers' postnatal comfort] *Dicle Tıp Dergisi* 2015; 36(3), 184-190.
- 28.Aktaş D, Gökgez N. Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin düşünce ve memnuniyetlerinin belirlenmesi [Determining of thought and satisfactions related to methods of delivery of women]. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015; (1-2-3): 65-81
- 29.Adıgüzel D, Nazik H, Haydardedeoğlu F, Aytan H. Sezaryen ve Normal Doğum Yapan Kadınlarda Hasta Memnuniyetinin Araştırılması [Assessment of patient satisfaction in cesarean and vaginal birth]. *Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*; 2013; 1(3):13-20.
- 30.Huang SY, Sheu SJ, Tai CJ, Chiang CP, Chien LY. Decision-making process for choosing an elective cesarean delivery among primiparas in Taiwan. *Matern Child Health J* 2013; 17:842-851. Doi: 10.1007/s10995-012-1062-3
- 31.Yaşar Ö, Kır Şahin F, Coşar E, Nadirgil Köken G, Cevrioğlu AS. Primipar kadınların doğum tercihleri ve bunu etkileyen faktörler [Birth method choices of primipar women and the factors which have an effect on these choices]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2007; 17(6):414-420.
- 32.Sayiner F, Özerdoğan N. Doğal Doğum [Natural Birth]. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; 2(3):143-148.
- 33.Öztürk S, Kılıç M, Ağapınar Şahin S, Yıldız E. Kadınların Doğal Doğum Hakkındaki Bilgileri [Women's Knowledge About Natural Birth]. *JACSD* 2016;(8):17-32. doi: 10.17367/JACSD.2016823641
- 34.Dönmez S, Sevil Ü. Rutin Epizyotomi Uygulanmasının Gerekliliği [Necessity of episiotomy's routine use]. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; 2(3):105-112.
- 35.Purtuloğlu T, Özkan S, Teksöz Ertan, Dere K, Şen H, Yen T, et al. Elektif sezaryen uygulanan olgularda genel ve spinal anestezinin maternal ve fetal etkilerinin karşılaştırılması [Comparison of the maternal and fetal effects of general and spinal anesthesia in elective cesarean section]. *Gülhane Tıp Dergisi* 2008; 50: 91-97.
- 36.Karabulutlu Ö. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler [Identifying the women's choice of delivery methods of and the factors that affect them]. *İ.Ü.F.N.Hem. Derg* 2012;20(3):210-218.

İrritable Bağırsak Sendromlu Hastalarda Gastrointestinal Semptomların Umutsuzluk ve Depresyon Düzeyine Etkisi

The Effect of Gastrointestinal Symptoms on Hopelessness and Depression in Patients with Irritable Bowel Syndrome

Zeynep ERDOĞAN^a, Mehmet Ali KURÇER^b, Beyhan BUDAK^c, Selim AYDEMİR^d

ÖZ Amaç: Bu çalışma irritable bağırsak sendromu olan hastalarda gastrointestinal semptomların depresyon ve umutsuzluk düzeyine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmanın yapıldığı üniversite hastanesinin gastroenteroloji polikliniğine IBS tanısı almış günde ortalama 3 hasta başvurmaktadır. Araştırmanın evrenini 01.03.2017-05.08.2017 tarihleri arasında polikliniğe başvuran 314 hasta, örneklemini ise 18 yaş ve üzeri, IBS tanısı almış, iletişim sorunu olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 209 birey oluşturmuştur. Veriler hastaların sosyodemografik özelliklerini içeren Hasta Tanıtım Formu, Gastrointestinal Semptom Değerlendirme Ölçeği (GSDÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, t testi, kıkare testi, ANOVA ve pearson korelasyon testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Yaş ortalaması 40.69±14.0 olan hastaların, ortalama hastalık süresi 6.0±1.3 yıldır. Hastaların GSDÖ'nden aldıkları toplam puan ortalaması 52.0±1.65 olup, orta düzeyde semptom şiddetine sahip oldukları görülmüştür. BUÖ puan ortalaması 8.0±3.1, BDS puan ortalaması 10.0±6.9 olup, hafif düzeyde umutsuzluk ve depresyon belirtisine sahip olduğu görülmüştür. GSDÖ alt boyutlarından karın ağrısı, reflü, hazımsızlık, diyare ve GSDÖ toplam puanıyla BUÖ ve BDÖ arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, konstipasyon alt boyut puanıyla BUÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Benzer şekilde BDÖ ile konstipasyon alt boyut puanıyla pozitif yönde güçlü düzeyde bir ilişki saptanmıştır. **Sonuç:** Konstipasyon ile depresyon ve umutsuzluk arasında güçlü ve orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Özellikle konstipasyonu olan hastaların depresyon ve umutsuzluk düzeyi açısından değerlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: İrritable bağırsak sendromu, gastrointestinal semptom, depresyon, umutsuzluk

ABSTRACT Objective: The present study aimed to determine the effect of gastrointestinal symptoms on hopelessness and depression in patients with irritable bowel syndrome (IBS). **Material and Methods:** An average of 3 patients were admitted to the gastroenterology polyclinic of the university hospital where they worked. The universe of the study included 314 patients who presented at the clinic between March, 1st 2017 and August, 5th 2017, while the sample consisted of 209 patients who were aged 18 and older, were diagnosed with IBS, had no barriers to communication, and agreed to participate in the study. Data was collected using the Patient Identification Form containing the socio-demographic characteristics, the Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS), the Beck Depression Inventory (BDI), and the Beck Hopelessness Scale (BHS). Data was analyzed using percentiles, t-test, chi-square test, ANOVA, Pearson correlation, and regression analysis. **Results:** Mean age of the patients was 40.69±14.0, while mean disease duration was 6.0±1.3 years. Mean GSRS score was 52.0±1.65, indicating moderate symptom severity. Mean BHS score was 8.0±3.1 and mean BDI score was 10.0±6.9, indicating mild hopelessness and depression. The abdominal pain, reflux, indigestion, and diarrhea subscale scores of the GSRS and the total GSRS score were not significantly correlated with the BHS and BDI scores (p<0.05); while the constipation subscale score of the GSRS had a positive and moderate correlation with the BHS score (p<0.0001; r=0.24). The constipation subscale score of the GSRS also had a positive and strong correlation with the BDI score (p<0.0001; r=0.41). **Conclusion:** Constipation was strongly and moderately correlated with depression and hopelessness. Patients with constipation, in particular, should be screened for depression and hopelessness.

Keywords: Irritable bowel syndrome, gastrointestinal symptom, depression, hopelessness

Giriş

İrritabl bağırsak sendromu (IBS), bağırsak yan karın ağrısı ile karakterize, maliyeti yüksek, alışkanlıklarındaki değişikliklerle birlikte tekrarlan- potansiyel olarak yaşamı olumsuz etkileyen

Geliş Tarihi/Received: 28-02-2018 -**Kabul Tarihi/Accepted:** 26-06-2018

^a Dr. Öğretim Üyesi, BEÜ Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, zeynerdogan@hotmail.com, ORCID:0000-0002-7298-7559

^b Prof. Dr. BEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, kurcer@hotmail.com,

^c Uzman Hemşire İ.Ü-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Kliniği, beyhankd@gmail.com

^d Prof. Dr. Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Gastroenteroloji Anabilim Dalı, selimaydemir@hotmail.com

Sorumlu yazar /correspondence: Dr. Öğr Üyesi Zeynep Erdoğan, zeynerdogan@hotmail.com, ORCID:0000-0002-7298-7559

fonksiyonel bir gastrointestinal bozukluktur (1). IBS hastalığında belirtilerin tekrarlayıcı veya kalıcı olması, hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir(2). IBS'nin ayrıca hastaların seyahat etmek, uyku, beslenme, cinsel işlevler, kişisel ilişkiler, aile, arkadaşlar ve iş ile ilgili roller gibi günlük aktiviteleri üzerine de olumsuz etkisi vardır (3-8). IBS tanısı almış bireylerde yüksek oranda fibromiyalji, kronik yorgunluk gibi komorbid somatik hastalıkların yanı sıra IBS semptomlarıyla yüksek oranda ilişkili olan anksiyete, depresyon gibi psikiyatrik bozukluklar da bildirilmiştir(9). Anksiyete ve depresyon, gastrointestinal sistem hastalıklarından etkilenen hastalarda ortak bir özellik olarak karşımıza çıkmaktadır (10-11). Literatür incelendiğinde IBS hastalarında depresyon ve umutsuzluk yeterince araştırılmamıştır. Umutsuzluk; belirtilerin şiddetinden dolayı ve tedavinin yetersizliği nedeniyle tüm IBS hastaları için önemli bir konu olarak vurgulanabilir (12). Ancak hastanın herhangi bir alternatif çözüm bulamaması durumunda, umutsuzluğun intihar konusunda depresyondan daha belirleyici olduğu bildirilmiştir (13). Umutsuzluk seviyesini bunun için bir belirteç olarak görmek gerektiği vurgulanmıştır(14). Dolayısıyla bu çalışma IBS hastalarında GİS semptom şiddetinin depresyon düzeyiyle birlikte umutsuzluk düzeyini nasıl etkilediğini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Tanımlayıcı tipteki bu çalışma bir üniversite hastanesi gastroenteroloji polikliniğine başvuran IBS tanısı almış hastalar üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 07.04.2017-05.11.2017- tarihleri arasında polikliniğe başvuran 314 hasta, örneklemini ise 18 yaş ve üzeri, IBS tanısı almış, iletişim sorunu olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 209 hasta oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Veriler, Hasta Tanıtım Formu, Gastrointestinal Semptom Değerlendirme Ölçeği (GSDÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ile toplanmıştır.

Gastrointestinal Semptom Değerlendirme Ölçeği (GSDÖ), gastrointestinal sistem bozukluk-

larında sıklıkla görülen semptomları değerlendirmek üzere Revicki ve ark.(1998) tarafından geliştirilmiş olup, ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Turan ve ark. (2017) tarafından yapılmıştır(15-16). GSDÖ'de bireyin son bir haftada gastrointestinal sorunlar yönünden kendini nasıl hissettiği değerlendirilir . Reflü (2 soru), hazımsızlık (4 soru), diyare (3 soru), konstipasyon (3 soru) ve karın ağrısı (3 soru) olmak üzere 5 alt boyutu olan ölçek, toplam 15 soruyu içermektedir. GSDÖ'den alınan yüksek puanlar semptomların daha şiddetli olduğunu gösterir. Turan ve ark. (2017) GSDÖ cronbach alfa değerini 0.82 olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada GSDÖ Cronbach alfa değeri 0.71 olarak bulundu.

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ); Beck ve ark (1974) tarafından geliştirilen, Durak ve ark(1994) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılan **BUÖ**, ergen ve yetişkin bireylerin geleceğe dönük beklentilerini ölçmektedir (17-18). Durak ve ark. (1994) BUÖ'nin cronbach alfa değerini 0.85 olarak bulmuşlardır. Ölçek 20 maddeden oluşur ve maddeler 0-1 puanla puanlandırılır. Maddelerin seçenekleri "Evet", "Hayır" şeklindedir. Ölçeğin puanlanmasında 11 maddenin (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) evet, 9 maddenin (1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19) hayır cevabı 1 puanla değerlendirilir. Ölçekten elde edilecek puan aralığı 0-20 arasındadır. Ölçek puanının artması umutsuzluğun yüksek olduğunu gösterir. Çalışmamızda BUÖ'nin Cronbach alfa değeri 0,86 olarak bulundu.

Beck Depresyon Ölçeği; Beck ve ark.(1961) tarafından geliştirilmiş olup, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Hisli (1988) tarafından yapılmıştır, BDÖ cronbach alfası 0.80 olarak bulunmuştur(19-20). Çoktan seçmeli 21 soruluk, depresyonun şiddetini ölçmekte kullanılan bir araçtır. Alınacak en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Çalışmamızda BDÖ'nün cronbach alfa değeri 0,87 olarak bulundu.

Araştırmanın Etik Yönü:

Çalışma öncesinde, Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin alındı (2017-32-08/03). Her hasta, çalışma hakkında bilgilendirildi ve hastalardan yazılı onay alındı.

İstatistiksel Analiz

Veriler “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS) programında skewness ve kurtosis değerlerinin normal dağılım koşullarını sağlaması üzerine yüzdeler, ortalamalar, standart sapmalar, t testi, ANOVA, regresyon analizi ve Pearson korelasyon testi kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel olarak anlamlılık için $p < 0.05$ yeterli kabul edildi.

Bulgular

Hastaların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Yaş ortalaması 40.69 ± 11.56 olan IBS hastalarının, çoğunluğu kadın(%58.9) olup, evli(%63.2), ilköğretim mezunu (%42.1), ev hanımı (%29.7) ve orta düzeyde gelir durumuna (%73.2) sahipti. Hastalık tanısı alma süresi ortalama 6.01 ± 1.3 yıl olarak hesaplandı.

Tablo 1. IBS Hastalarının Sosyo-Demografik ve Bazı Tıbbi Özellikleri (n=209)

	Ort±SS	Min-Max	
Yaş	40.6±14.03	18-79	
Hastalık tanı süresi	6.0±1.31	0-40	
	Değişkenler	n	%
Cinsiyet	Kadın	123	58.9
	Erkek	86	41.1
Medeni durum	Bekar	77	36.8
	Evli	132	63.2
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	10	4.8
	İlköğretim	88	42.1
	Lise	40	19.1
	Lisans	64	30.6
	Lisansüstü	7	3.3
Gelir durumu	Kötü	20	9.6
	Orta	153	73.2
	İyi	36	17.2
Meslek	Ev Hanımı	62	29.7
	İşçi	44	21.1
	Memur	30	14.4
	Emekli	12	5.7
	Serbest meslek	38	18.2
	Öğrenci	23	11.0

IBS hastalarının GSDÖ, BUÖ ve BDÖ puanlarının dağılımı Tablo 2’de verilmiştir. Hastaların GSDÖ’den aldıkları toplam puan ortalaması 52.00 ± 1.65 olup, orta düzeyde semptom şiddetine sahipti. GSDÖ alt boyut puanları karın ağrısı, reflü, hazımsızlık, konstipasyon ve diyare üzere

sırasıyla 10.49 ± 3.98 , 6.99 ± 3.10 , 15.60 ± 5.65 , 10.35 ± 5.14 ve 8.54 ± 4.18 ’dir. BUÖ puan ortalaması 8.00 ± 3.16 , BDÖ puan ortalaması 10.00 ± 6.9 olup, hafif düzeyde umutsuzluk ve depresyon belirtisine sahiptirler.

Tablo 2. IBS Hastalarının Umutsuzluk, Depresyon ve Gastrointestinal Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n=209)

Ölçekler	Ort ±SS
BUÖ	9.0±3.16
BDÖ	10.0±6.9
Karın ağrısı	10.5±3.98
Reflü	7.0±3.10
Hazımsızlık	15.6±5.65
Konstipasyon	10.3±5.14
Diyare	8.5±4.18
GSDÖ toplam puan	52.0±1.65

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre GSDÖ, BUÖ ve BDÖ puan ortalamalarının dağılımı Tablo 3’de verilmiştir. BDÖ puanı ile cinsiyet ($p=0.004$), medeni durum ($p=0.003$), eğitim durumu ($p<0.0001$), gelir düzeyi ($p<0.0001$) ve mesleği ($p<0.0001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Hastalık süresi ile BDÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0.0001$; $r:0.526$). Kadınların, bekarların, lisans mezunlarının, gelir düzeyi kötü olanların, öğrencilerin ve ev hanımlarının depresyon puanları daha yüksekti. Yaş ile BDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde, negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmış olup, yaş arttıkça depresyon puanlarında azalma gözlenmiştir ($p<0.006$; $r:-0.191$).

Tablo 3’e göre BUÖ puanı ile medeni durum ($p<0.001$), eğitim durumu ($p<0.05$), gelir düzeyi ($p<0.0001$) ve meslek ($p<0.0001$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı. Bekarlar, lisansüstü öğrenimi olanlar, gelir düzeyini kötü olarak ifade edenler, serbest meslek sahibi olanlar ve öğrencilerin daha umutsuz oldukları görüldü. Yaş ile BUÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 3. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre GSDÖ, BUÖ ve BDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Değişkenler	BUÖ	BDÖ	Karın ağrısı	Reflü	Hazimsizlik	Konstipasyon	Diyare	GSDÖ
Yaş	r:-0.201**	r=-0.191**	r=0.023	r=0.072	r=0.141*	r=-0.136*	r=0.011	r=0.010
p	p<0.004	p<0.006	0.74	0.297	p<0.041	p<0.049	0.877	0.882
Cinsiyet								
Kadın	7.70±3.76	12.33±4.41	10.37±4.32	7.17±4.05	15.61±4.92	11.48±4.25	8.21±4.51	52.86±11.42
Erkek	7.47±3.74	8.29±3.26	10.67±3.46	6.74±3.30	15.59±4.28	8.74±2.54	9.01±3.68	50.76±13.33
p	0.66	p<0.004	p:0.59	p=0.55	p=0.97	p<0.000	p=0.27	p=0.36
Medeni durum								
Evlü	6.93±2.78	9.10±2.84	10.64±3.29	7.43±3.82	16.69±4.56	9.68±3.76	8.22±3.30	17.36±1.51
Bekar	8.76±2.40	13.35±1.54	10.24±2.40	6.23±2.44	13.74±4.33	11.50±4.44	9.07±2.94	15.02±1.71
p	p<0.001	p<0.003	0.48	0.10	p<0.000	p<0.01	0.25	0.42
Eğitim Durumu								
Okur yazar değil	6.90±2.42	20.30±4.42	10.40±2.43	6.00±2.71	15.70±3.00	10.80±3.47	7.70±2.34	50.60±10.52
İlköğrenim	7.15±3.29	9.56±3.40	11.32±3.41	8.11±3.54	17.69±3.68	9.40±2.93	9.12±3.69	55.67±11.66
Lise	6.82±3.07	5.92±1.19	9.95±2.03	6.37±2.02	15.57±3.59	9.50±2.61	8.02±2.42	49.42±10.76
Lisans mezunu	8.68±2.74	14.31±5.17	9.82±2.34	6.01±2.41	12.95±3.00	11.54±3.79	8.53±3.68	48.87±11.03
Lisansüstü	8.85±1.57	4.57±1.37	9.42±2.04	6.85±1.69	13.71±2.56	15.71±2.49	5.42±2.04	51.14±6.12
P	p<0.048	p<0.000	0.14	0.108	p<0.000	p<0.004	0.369	0.102
Gelir Durumu								
Kötü	9.28±2.87	14.16±3.95	12.20±4.52	11.60±5.46	18.65±4.28	7.10±2.68	11.45±4.12	61.00±12.07
Orta	7.55±3.67	10.90±4.72	10.54±3.87	6.82±3.47	15.99±3.49	10.52±4.09	8.77±2.33	52.66±14.82
İyi	5.10±2.74	2.55±0.90	9.36±3.87	5.16±2.26	12.27±2.15	11.47±4.98	5.91±1.11	44.19±12.68
p	p<0.000	p<0.000	p<0.036	p<0.000	p<0.000	p<0.007	p<0.000	p<0.001
Meslek								
Ev hanımı	7.75±2.01	14.56±7.12	10.70±3.64	7.83±2.68	16.70±4.96	9.96±3.15	7.85±2.51	53.03±10.52
İşçi	5.00±1.32	3.29±0.61	11.13±4.43	7.34±2.44	16.25±4.35	9.25±3.74	10.09±3.02	54.06±11.74
Memur	8.08±2.20	12.80±5.95	10.23±2.47	6.60±1.95	15.20±3.22	10.66±3.87	9.13±2.81	51.83±10.06
Emekli	7.78±2.37	5.08±2.30	10.25±2.37	7.16±2.58	18.16±2.82	7.91±2.48	8.16±2.24	51.66±9.57
Serbest meslek	9.21±1.04	10.52±4.67	9.36±2.07	5.63±1.68	13.28±4.61	10.52±3.51	7.74±2.14	46.28±8.97
Öğrenci	9.50±2.50	14.65±3.74	11.04±3.69	6.73±2.01	14.43±4.99	14.13±3.95	8.73±2.87	55.08±11.17
p	p<0.000	p<0.000	0.424	0.436	p<0.023	p<0.003	0.200	0.281
Hastalık süresi	r:0.128	r:0.526**	r:0.034	r:0.00	r:-0.101	r:0.243**	r:-0.044	r:0.036
p	0.066	p<0.000	0.624	0.996	0.146	p<0.000	0.524	0.604

**Correlation is significant at the 0.01

* Correlation is significant at the 0.05

Tablo 4. Hastaların BUÖ, BDÖ ve GSDÖ Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Değişkenler	BUÖ	BDÖ
Karın ağrısı	p=0.62	p=0.09
Reflü	p=0.99	p=0.95
Hazımsızlık	p=0.14	p=0.13
Konstipasyon	r=0.243**	r=0.41**
Diyare	p=0.52	p=0.73
GSDÖ toplam puan	p=0.604	r=0.156*
BDÖ	p=0.000	r=0.526

r: Korelasyon katsayısı *p<0.05, **p<0.0001

olacak şekilde, negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmış olup, yaş arttıkça umutsuzluk puanlarında azalma gözlemlendi. (p<0.004; r:-0.201).

Hastaların GSDÖ ölçeği alt boyutlarına göre sosyodemografik özellikler incelendiğinde; cinsiyet ile konstipasyon, medeni durum ile hazımsızlık ve konstipasyon, eğitim düzeyi ile hazımsızlık ve konstipasyon, gelir düzeyi ile GSDÖ'nin tüm alt boyutları ve toplam GSDÖ puanı, meslekle hazımsızlık ve konstipasyon alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.05).

Kadınların konstipasyon alt boyut puanlarının, erkeklere göre yüksek olduğu (p=0.000), evli olanların bekarlara göre hazımsızlık (p<0.0001) puanları, bekarların ise evlilere göre konstipasyon (p<0.0001) alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu görüldü.

Lisans ve lisansüstü öğrenim mezunlarının anlamlı olacak şekilde hazımsızlık puanları daha düşük (p<0.0001), ancak konstipasyon puanları daha yüksek bulunmuştur (p=0.004). Gelir düzeyi düşük olanların konstipasyon puanı hariç, tüm GSDÖ alt boyut puanları ve GSDÖ toplam puanı yüksek bulunmuştur (p<0.0001). Mesleğe göre bakıldığında; emeklilerin hazımsızlıkları puanları (p<0.02), öğrencilerin ise konstipasyon puanları (p<0.003) diğer meslek gruplarına göre yüksek çıkmıştır.

Yaşla hazımsızlık puanı arasında pozitif yönde, zayıf (p<0.041; r= 0.141), konstipasyonla negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır (p<0.049; r=-0.136). Hastalık süresiyle konstipasyon arasında pozitif yönde, zayıf bir ilişki saptanmıştır (p<0.000; r=0.243). Hastaların BUÖ, BDÖ ve

GSDÖ alt boyut puanları arasındaki ilişkinin dağılımı Tablo 4'de verilmiştir.

GSDÖ alt boyutlarından karın ağrısı, reflü, hazımsızlık, diyare ve GSDÖ toplam puanıyla BUÖ ve BDÖ arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken (p<0.05); konstipasyon alt boyut puanıyla BUÖ arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki saptanmıştır (p<0.0001; r=0.24). BDÖ ile de aynı şekilde sadece konstipasyon alt boyut puanıyla pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır (p<0.0001; r=0.41). GSDÖ ile BDÖ puanları arasında zayıf (p<0.02; r=0.156), BUÖ ile BDÖ puanları arasında ise çok kuvvetli pozitif yönde ilişki bulunmuştur (p<0.000; r=0.526).

Tartışma

IBS tanısı almış hasta bireylerde sosyodemografik özelliklere göre gastrointestinal semptomlar, depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin incelendiği herhangi bir çalışmaya da rastlanılmamıştır. Dolayısıyla bu bölümde çalışma bulgularımız gastrointestinal bozukluğu olan diğer hasta gruplarının sonuçlarıyla tartışılacaktır. Bu durum çalışmamızın sınırlılıklarından biri olarak görülebilir ancak yeni çalışmaların planlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınların, bekarların, üniversite mezunlarının, gelir düzeyi kötü olanların, öğrencilerin ve ev hanımlarının depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur. Yaş ile depresyon arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır. Addolorato ve ark. nın (2008) iç hastalıkları polikliniğine başvuran gastrointestinal problemi olan hastalarda anksiyete ve depresyon durumunu incelediği çalışmada kadınların anksiyete ve depresyon düzeylerini daha yüksek bulmuştur (21). Alasoimi ve ark. (2014)'da gastroenteroloji polikliniğine başvuran hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini kadınlarda, öğrenim ve gelir düzeyi düşük olanlarda yüksek bulmuştur (22). Bu sonuçlar örneklem grubu farklılığına rağmen bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Bilindiği gibi IBS; sürekli veya yineleyici karın ağrısı ya da karında rahatsızlık hissi ile karakterize, hastada defekasyon ile rahatlamının görüldüğü, yakınmaları organik yönden açıklayacak fiziksel veya laboratuvar bulgularının netlik kazanmadığı bir hastalıktır.

Dolayısıyla bu tanımlama ve sindirim kanalı ile emosyonel durumlar arasındaki yakın ilişki, IBS'nun işlevsel gastroenterolojik bir hastalık

olarak kabul edilmesine neden olmuştur (23). Sonuç olarak bu çalışmada da özellikle konstipasyonu olan hastalarda depresyona rastlanması benzer çalışmalarla paralellik göstermiştir. Gorard ve ark.(1996) çalışmasında uzamış barsak pasajı ile depresyon ilişkisini ortaya koymuşlardır (24). Başka bir çalışmada da idiyopatik konstipasyonu olan hastalarda, bu çalışmayla uyumlu olarak depresyon ve konstipasyon ilişkisi olduğu bildirilmiştir (25). Haug ve ark. (2002)'da 20 yaş ve üzeri toplumda yaptıkları araştırmada bu çalışmayla benzer şekilde konstipasyon ile depresyon arasında ilişki saptarken, bu çalışmadan farklı olarak diyare ve mide yanmasıyla depresyon arasında da ilişki saptamışlardır. Bouchoucha ve ark. (2014)'nın çalışmasında ise konstipasyonu baskın olan İBS tanılı bireylerin fonksiyonel konstipasyonlu bireylerden daha depresif oldukları aynı şekilde gaz ve karın ağrısı ile depresyon arasında ilişki olduğunu bildirmişlerdir (27). İBS hastalarında semptom şiddeti, yaşamla mücadele ve tedaviden doyum sağlayamama gibi nedenlerin, umutsuzluğa yol açtığı vurgulanmaktadır (14). Bununla birlikte, umutsuzluğun, hastanın sorununa herhangi bir alternatif çözüm bulunmaması durumunda depresyonla birlikte intihara da yönelimi artırdığı bildirilmiştir (14). Umutsuzluk, Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Derneği (North Amerikan Nursing Diagnosis Association-NANDA) tarafından "problemleri çözmek ve istenen amaca ulaşmak için hiçbir alternatifin ya da bireysel tercihinin olmadığını düşünen, amaçlar oluşturmak için enerjisini kendi kendine harekete geçiremeyen bir bireydeki sürekli ve subjektif bir duygusal durum" olarak tanımlanmıştır (28). Bu çalışmada hastaların hafif düzeydeki depresif ve umutsuzluk belirtisine sahip olmalarına rağmen, konstipasyonlu hastaların depresyon ve umutsuzluk düzeyleri anlamlı düzeyde yüksektir. Umutsuzluk düzeyi ile konstipasyonunun birlikte incelendiği çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Ancak umutsuzluk ve depresyonun birlikte görüldüğü bildirilmiştir (29). Sonuç olarak bu çalışmada da umutsuzluk düzeyi ile depresyon düzeyi arasında pozitif yönde kuvvetli ilişki saptanmıştır.

Sonuç

Bu çalışmada İBS tanılı bireylerde depresyon ve umutsuzluk puanlarının sosyodemografik özelliklerden etkilendiği, gastrointestinal semptomlardan konstipasyonu olan hastaların daha

fazla depresif ve umutsuz oldukları saptanmıştır. Kronik hastalığı olan bireyin bozulan dengesini yeniden kurabilmesi, sağlığı ile ilgili sorunlarını çözümlenebilmesi için normal bir yetişkinden daha çok desteklenmeye, kabullenilmeye, anlaşılmaya ve anlamlı açıklamalara gereksinimi vardır (28). Dolayısıyla İBS'nin kronik bir hastalık olduğu göz önünde bulundurularak hastalar GIS semptomlar yönünden değerlendirilmesini, özellikle bu çalışmada bulduğumuz konstipasyon ve depresyon bulguları arasındaki bu ilişkinin, farklı örneklem gruplarında yapılacak çalışmalarla da doğrulanmasını önermekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1480-91.
2. Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, Whitehead WE. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*.2002; 123(6):2108-31.
3. Dancy CP, Backhouse S. Towards a better understanding of patients with irritable bowel syndrome. *J Adv Nurs*.1993;18(9):1443-50.
4. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, Temple RD, Talley NJ, Thompson WG, Whitehead WE, Janssens J, Funch-Jensen P, Corazziari E, et al.U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci*. 1993; 38(9):1569-80.
5. Wells NE, Hahn BA, Whorwell PJ.Clinical economics review: irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 1997; 1997;11(6):1019-30.
6. Hahn BA, Yan S, Strassels S. Impact of irritable bowel syndrome on quality of life and resource use in the United States and United Kingdom. *Digestion*. 1999;60(1):77-81.
7. Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne A, Naliboff B, Mayer EA. The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. *Gastroenterology*. 2000;119:654-60.
8. Hungin APS, Tack J, Mearin F, Whorwell J, Dennis E, Barghout V. Irritable bowel syndrome (IBS): prevalence and impact in the USA - the truth in IBS (T-IBS) survey *Am J Gastroenterol*. 2002;97:S280-S281.

9. Gros DF, Antony MM, McCabe RE, Swinson RP. Frequency and severity of the symptoms of irritable bowel syndrome across the anxiety disorders and depression. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009;23(2): 290-296.
10. Van Kerkhoven LA, van Rossum LG, van Oijen MG, Witteman EM, Jansen JB, Laheij RJ, Tan AC. Anxiety, depression and psychotropic medication use in patients with persistent upper and lower gastrointestinal symptoms. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;21(8):1001-6.
11. Levy RL, Olden KW, Naliboff BD, Bradley LA, Francisconi C, Drossman DA, Creed F. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1447-58.
12. Hitchcock LS, Ferrell BR, McCaffery M. The experience of chronic nonmalignant pain. *J Pain Symptom Manage*. 1994;9(5):312-8.
13. Maris RW. Suicide. *Lancet*. 2002;360(9329):319-26.
14. Miller V, Hopkins L, Whorwell PJ. Suicidal ideation in patients with irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2004;2(12):1064-8.
15. Revicki DA, Wood M, Wiklund I, Crawley J. Reliability and validity of the Gastrointestinal Symptom Rating Scale in patients with gastroesophageal reflux disease. *Qual Life Res*.,1998; 7(1):75-83.
16. Turan N, Aşti Atabek T., Kaya N. Reliability and validity of the Turkish version of the Gastrointestinal Symptom Rating Scale. *Gastroenterol Nurs*., 2017; 40(1):47-5540(1): 47-55.
17. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*.,1974; 42(6):861-5.
18. Durak A. Validity and reliability of Beck hopelessness scale. *J Turk Psychol*.,1994; 9:1-11.
19. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561.
20. Hisli N (1989). Beck Depresyon envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 7(23): 3-13.
21. Addolorato G, Mirijello A, D'Angelo C, Leggio L, Ferrulli A, Abenavoli L, Vonghia L, Cardone S, Leso V, Cossari A, Capristo E, Gasbarrini G. State and trait anxiety and depression in patients affected by gastrointestinal diseases: psychometric evaluation of 1641 patients referred to an internal medicine outpatient setting. *Int J Clin Pract*. 2008; 62(7):1063-9. doi: 10.1111/j.1742-1241.2008.01763.x.
22. Alosaimi FD, Al-Sultan O, Alghamdi Q, Almohaimeed I, Alqannas S. Association of help-seeking behavior with depression and anxiety disorders among gastroenterological patients in Saudi Arabia. *Saudi J Gastroenterol*. 2014;20(4):233-40.
23. Eker MÇ , Donat Eker Ö. Depresyon ve irritabl barsak sendromu birlikteliğinin nörobiyolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2009; 1:120-131
24. Gorard DA, Gomborone JE, Libby GW, Farthing MJ. Intestinal transit in anxiety and depression. *Gut* 1996; 39: 551-555
25. Cheng C, Chan AO, Hui WM, Lam SK. (Coping strategies, illness perception, anxiety and depression of patients with idiopathic constipation: a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2003;18(3):319-26.
26. Haug TT, Mykletun A, Dahl AA. Are anxiety and depression related to gastrointestinal symptoms in the general population?, *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 2002; 37(3): 294-298,
27. Bouchoucha M, Hejnar M, Devroede G, Boubaya M, Bon C, Benamouzig R. Patients with irritable bowel syndrome and constipation are more depressed than patients with functional constipation. *Digestive and Liver Disease*. 2014; 46(3):213-18.
28. Bayramova N., Karadakovan A. Kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk durumlarının incelenmesi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,2004; 7(2) 39-47.
29. Fanaj N, E.Melonashi E, Drevinja F, Haxhibeqiri SH. Depression, anxiety, hopelessness and self-esteem in a clinical sample of adolescents in Kosovo. *European Psychiatry*. 2015; 30(1):1189.

Evde Yatağa Bağımlı Yaşayan Bilinçli Hastalarda Yalnızlık

Loneliness in Bed-Dependent Conscious Patients Living at Home

Birsel Canan DEMİRBAĞ^a

ÖZ Amaç: Bu çalışmanın amacı, ev ortamında yaşayan yatağa bağımlı, bireylerde yalnızlık düzeyini belirlemektir. **Yöntem:** Tanımlayıcı tipte planlanan bu çalışma 2 Mayıs- 30 Haziran 2017 tarihinde Trabzon il merkezinde bulunan 18 aile hekimliğine bağlı, evde yatağa bağımlı olarak yaşayan ve bilinci açık olan bireyler ile yapıldı. Evren toplam 80 bireyden oluşmaktadır. Çalışma gönüllü katılımı olan 71 birey ile gerçekleştirildi. Araştırmada veri toplama aracı olarak bireylerin tanıtıcı özelliklerini, yalnızlığını etkileyecek etmenleri yansıtan 11 soruluk anket formu ve 20 sorudan oluşan University of California, Los Angeles (UCLA) yalnızlık ölçeği kullanıldı. **Bulgular:** Çalışmaya katılan yatağa bağımlı bireylerin %75.7'si kadın ve %46.4'ü 50-71 yaş aralığında ve %29.5'inin yatağa bağımlılık nedeni beyin kanaması ve yalnızlık ölçeği ortalamasının yüksek seviyede (61.18±4.40) olduğu tespit edildi. Yalnızlığı etkileyen faktörler; cinsiyet, yaş, medeni durum, evde yaşayanlar, çocuk sahibi olma, ziyaretçilerin niteliği, ziyaret sıklığı, bakım ihtiyacı seviyesi ve duygularını paylaşma yolu olarak bulundu. Yalnızlık ile cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma ve evde yaşayan kişi özellikleri arasında anlamlı ilişki tespit edildi (p<0.05). **Sonuç ve Öneriler:** Çalışma ile evde yatağa bağımlı olan bireylerin büyük çoğunluğunun kendilerini yalnız hissettiği tespit edildi. Çalışmanın sonuçları, sağlık profesyonellerinin planlı ve programlı şekilde ev ziyaretleri yapmaları, psikolojik, sosyal ve bakım ihtiyaçlarını destekleme doğrultusunda yatağa bağımlı olma süresinde her birey olmakla birlikte özellikle bilinçli olan bireyleri destekleme doğrultusunda sağlık politikalarının yeniden düzenlenmesi gereğini göstermektedir. **Anahtar Kelimeler:** Ev, yalnızlık, yatağa bağımlılık.

ABSTRACT Objective: The aim of this study is to determine the level of loneliness in bed-dependent conscious persons at home. **Method:** This descriptive study was carried out with 71 bed-dependent conscious persons with voluntary participation out of 80 persons affiliated to 18 family healthcare centers located in the city center of Trabzon in 2 May-30 June 2017. The data were collected using a questionnaire including 11 questions about the characteristics of the persons and the factors affecting the loneliness and the University of California, Los Angeles (UCLA) loneliness scale that include 20 questions. **Findings:** It was determined that 75.7% of the bed-dependent persons were female, 46.4% were 50-71 years old, 29.5% had bed dependence-related brain hemorrhage and the mean loneliness scale was high (61.18 ± 4.40). The factors affecting loneliness were found as gender, age, marital status, those living at home, having children, the quality of visitors, visit frequency, the level of care needs and the way to share feelings. There was a significant relationship between loneliness and gender, age, marital status, having children and the characteristics of the people living at home (p <0.05). **Conclusion and Recommendations:** The study showed that the vast majority of bed-dependent patients at home felt themselves lonely. It is suggested that health professionals should make home visits in a planned and programmed manner and reorganize the health policies to support the psychological, social and care needs of every bed-dependent persons, especially the conscious ones.

Keywords: Home, loneliness, bed dependence.

Giriş

Günümüzde yaşam süresinin uzamasıyla kronik hastalıklara bağlı gelişen komplikasyonlarda artış görülmektedir (1). Bu komplikasyonlar ile yaşamak kişiyi daha fazla hastalık sürecine odaklar iken bireysel yalnızlığını da ortaya çıkarmaktadır. Yalnızlık, beklenen sosyal ilişki düzeyinin yaşanmasındaki kısıtlılıktır. Bireyin daha önceki sahip olduğu sosyal ilişkiyi yaşayamaması kendini daha fazla yalnız hissetmesine neden olmaktadır. Tek başına yaşamak, çevresi tarafından dışlanmak,

sosyal ilişkide yetersizlik veya kişinin kendini anlaşılmamış/kimsesiz hissettiği gibi durumlar 'yalnızlık' olarak tanımlanabilir (2-4). Yalnızlık bireyin yaşamındaki karşılaştığı olaylar sonucunda yaşayabileceği duygulardan biridir. Yalnızlık yaşanan durum neticesinde kısa süreli kendini rahat hissetme veya olumsuz duygularla mücadele etme süreci olarak görülse de yaşlılık sürecinde bu durum süreklilik gösterdiğinde kişinin umutlarını, yaşama bakışını ve dolayısıyla iyileşme sürecini de

Geliş Tarihi/Received:11-06-2018/ Kabul Tarihi/Accepted:24-07-2018

^a Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, cdemirbag@gmail.com, ORCID:0000-0002-7533-7201

olumsuz yönde etkileyecektir.

Komplikasyonlara bağlı özellikle de yatağa bağımlı yaşamak zorunda olan kişiler huzurevleri ya da bakım evlerine yönlendirilmiş olsa da ülkemizin kültüründe çoğunlukla hastalar özellikle de bilinçleri yerinde ise evde yaşamlarına devam etmek istemektedirler. Huzurevi yaşlılarına yönelik ülkemizde yapılan çalışmalar yaşlıların huzurevlerinden çok kendi evlerinde yaşamak istediklerini göstermektedir (5-6). Bireylerin yaşam boyu evde daha fazla vakit geçirmesine neden olan bu süreçteki yalnızlık hem bakım veren kişilerde hem de bireylerde en çok psikososyal sorunlara neden olmaktadır (7).

Psikososyal sorunlara yönelik girişimlerin uygulanması bireye daha iyi yaşam koşulları ve etkili bakım sürecinin sağlanması açısından önemlidir. Buna yönelik evde verilen tüm sağlık hizmetlerindeki amaç esasında bireyin konforunun sağlanmasıdır (7). Bu durum bireyin yalnızlık ve ölüm kavramını birleştirmesine neden olup hastanın ruhsal yönden belki istemeden veya farkına varmadan daha fazla yalnızlık duygusuyla emosyonel stres / depresyon içine sürükleyebilmektedir. Bireyler için iyileşme döneminin bütüncül sağlık kavramı olduğu düşünüldüğünde yalnızlık duygusunun bu süreçte artması hastada öfke, kızgınlık hatta depresyon gelişiminin esas nedenini de oluşturabilir (2). Bu durum evde bakım hizmetinin önemini ortaya çıkarmaktadır. Evde bakım; sağlık hizmeti alan birey ve ailesine, yaşadığı ortamda hastalığı önleyici, sağlığı geliştirici ve tedavi edici işlemlerin disiplinler arası işbirliği içinde çalışan ekip tarafından verilmesini içeren süreçtir (2).

Karmaşık bir nitelik taşıyan yalnızlığı bir kavram olarak nitelemek ve tanımlamak oldukça güçtür. Genel olarak bireyin sosyal ilişkilerinde yaşadığı niteliksel ya da niceliksel eksiklikle sonuçlanan bir psikolojik sonuç olan yalnızlık, diğer insanlara ihtiyaç duyan bireyin, onlardan ne kadar uzak olduğunu fark ettiği anda yaşadığı duygu durumudur (8-9). Bireyin sosyal ilişkilerinin yetersiz olması ya da yaşadığı ilişkilerden doyum sağlayamaması nedeniyle ortaya çıkan yalnızlık, sosyal ilişkilerinden tatmin olmayan tüm bireyler için hoş olmayan, yaşam doyumunu azaltan, üzücü ve tedavi gerektiren hastalıklı bir durumdur (10-12)

Yalnızlık durumu birine bağımlı olarak yaşamına devam eden hassas gruplarda istenmeyen bir duygudur (13). Yaşama bağlanmada bireyin

hayattan izole olmadığını ve başkaları ile olduğunu bilmesi bireyin yaşamını anlamlandırabilmesi açısından önemlidir (14). Yapılan birçok çalışmada yalnızlığa yönelik girişimlerin bireylerin yaşam motivasyonlarını arttırdığını ve iyileşmeye olumlu yönde katkı sağladığını göstermektedir (3,15,16). Yeni yapılacak çalışmaların bu verileri desteklemesine gereksinim hala devam etmektedir. Bu tür çalışmaların sonuçları aynı zamanda bu duruma yönelik ülke stratejilerinin belirlenmesi açısından da çok önemlidir. Ülkemizde nüfusun giderek yaşlanmaya eğilimli olması nedeniyle bölgesel yapılan çalışmalar sorunların çözümüne yönelik önlemlerin erken alınmasında yol göstericidir. Bu doğrultudan bakıldığında çalışmanın amacı, evde yatağa bağımlı bilinci açık bireylerin yalnızlık düzeyini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı türde olan bu çalışmanın evrenini, 2 Mayıs- 30 Haziran 2017 tarihleri arasında Trabzon il merkezindeki 18 Aile Hekimliğine kayıtlı mental yönden bilinçli, en az 6 aydan beri yatağa kısmen veya tamamen bağımlı ve konuşarak iletişim kurabilen 71 birey oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeksizin çalışmaya girme koşulunu sağlayan 80 birey belirlenmiş olup, araştırmaya gönüllü katılımı olan 71 birey ile çalışma tamamlanmıştır.

Çalışmada veri toplama aracı olarak bireylerin sosyo-demografik özelliklerini, yatağa bağımlı olma ve yalnızlığını etkileyecek etmenleri yansıtan 11 soruluk anket formu kullanılmıştır.

Bireylerin yalnızlık seviyesini değerlendirmek için Russell ve arkadaşları tarafından 1980 yılında geliştirilmiş ve Demir tarafından 1989 yılında geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış 20 sorudan oluşan UCLA yalnızlık ölçeği (UCLA-LS) kullanılmıştır. Bu ölçekte olumlu cevaplar (1, 4, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19 ve 20) 1-4 arası puanlama almıştır. Bir puan sıklıkla deneyimlemeyi gösterirken dört puan asla deneyim olmadığını ifade etmektedir. Negatif cevaplara da (2, 3, 7, 8, 11-14, 17 ve 18) aynı puanlama yapılmaktadır. Ölçeğin minimum puanlaması 20 ve maksimum puanlaması 80'dir. Ölçek puanının artması yalnızlığında arttığına işaret eder (14-17)

Bireyleri bakım ihtiyacı durumuna göre gruplamak için Barthel indeksine bağlı kalarak; hafif (kendi kendine yemek yiyebiliyor, oturabiliyor ve tuvalet ihtiyacını söyleyebiliyor),

orta (kendi kendine yemek yiyor, tuvalet ihtiyacı için bezleniyor), ağır (kendi kendine yemek dahi yiyemiyor, her türlü bakım için bir başkasına ihtiyacı var) kullanılmıştır (18).

Araştırmanın Etiği

Verilerin toplanması için kurum ve Etik Kurul İzni (Sayı:24237859-645, Tarih:09.12.2015) alınmıştır. Yazılı izin sonrası, çalışma için belirlenen ailelere ve bireylere çalışma hakkında önceden bilgi verilmiş ve onamları alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 13.0 programı kullanıldı. İstatistik analizde sayı, yüzde, frekans, nonparametrik dağılımda Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kullanıldı.

Bulgular

Araştırma kapsamına alınan bireylerin %73.2'si kadın, %46.4'ü 50-71 yaş aralığında, %49.4'ü lise ve üstü düzeyde eğitime sahip, %54.9'u 1-2 çocuk sahibi, %59.2'si evde ailesi ile yaşayan, %60.5'i

Tablo 1. Bireylerin Sosyo Demografik Özellikleri

	Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	52	73.2
	Erkek	19	26.8
Yaş	28-49	11	15.4
	50-71	33	46.4
	72 ve üstü	27	38.2
Eğitim	Okuma yazma biliyor	7	9.8
	İlk+orta okul	29	40.8
	Lise ve üstü	35	49.4
Medeni Durum	Evli	67	94.3
	Bekar	4	5.7
Çocuk Durumu	Yok	5	7.0
	1-2 çocuk	39	54.9
	3 ve üstü	27	38.1
Evde Yaşayanlar	Kimse yok (informal bakıcılar)	29	40.8
	Aile ile	42	59.2
	Evin kira durumu	Kıralık	43
Kendi evi		28	39.4
Bireyi bakan kişi	Çocukları	33	6.6
	Eşi	27	38.0
	İnformel bakıcı+çocuk desteği	11	15.4
Psikolojik desteğe ihtiyaç duyma	Evet	30	42.2
	Hayır	41	57.8

kıralık evde oturan, %46.6'sı çocukları tarafından bakılan, %42.2'si psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu ifade eden kişilerden oluşmaktadır (Tablo 1).

Bireylerin yatağa bağımlı olma nedenleri arasında en çok beyin kanaması (%29.5) ve tansiyon yüksekliğine bağlı felç (%28.1) olarak tespit edilmiştir. Bireylerin %36.6'sı çocukları tarafından ziyaret edilirken bu ziyaretlerin %59.1'i çocuklar istediğinde yapmıştır. Bireylerin %52.3'ü günlük ihtiyaçlarında tamamen başka birine bağımlıdır. Buna ilaveten bireylerin %69.1'i hastalığı hakkında bilgi almamış, %83.1'inin sosyal destek konusunda bilgisi yok ve %45.1'i duygularını dini inancı/dua yolu ile paylaştığını ifade etmektedir.(Tablo 2).

Tablo 2. Bireylerin Yalnızlığını Etkileyecek Etmenlerin Dağılımı

Etmenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ziyaretçiler		
Çocukları	26	36.6
Akrabaları	21	29.5
Arkadaşları	24	33.9
Ziyaret sıklığı		
Her gün	13	18.3
Haftalık	11	15.4
Aylık	5	7.2
İstenildiğinde	42	59.1
Bakım İhtiyacı		
Hafif	11	15.4
Orta	23	32.3
Ağır	37	52.3
Hastalığı Hakkında Eğitim Alma		
Evet	49	69.1
Hayır	22	30.9
Sosyal destek hakkındaki düşüncesi		
Yeterli (var)	12	16.9
Yetersiz (yok)	59	83.1
Duygularını Paylaşma yolu		
Çocukları ile konuşma	13	18.4
Akrabaları ile konuşma	9	12.6
Arkadaşları ile konuşma	17	23.9
Dini inancı/dua etme	32	45.1
Toplam	71	100

Bireylerin en yüksek yalnızlık puan ortalaması erkeklerde 66.82 ± 8.04), 72 yaş ve üstünde 64.15 ± 10.31), bekarlarda (63.15 ± 6.03) , çocuğu olmayanlarda (64.45 ± 9.01) , bakıcılar ile yaşayan-

Tablo 3. Bireylerin Yalnızlık Puanı ile Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler		Yalnızlık Puanı $\bar{X} \pm SD$	Test	p
Cinsiyet	Kadın	53.42±9.29	MWU=183.43	0.024
	Erkek	66.82±8.04		
Yaş	28-49	53.88±8.32	KW= 0.28;	0.006
	50-71	56.94±11.20		
	72 ve üstü	64.15±10.31		
Eğitim	Okur yazar	56.78±5.32	KW=0.96;	0.098
	İlk+orta okul	58.88±7.19		
	Lise ve üstü	63.15±6.03		
Medeni Durum	Evli	58.88±7.19	MWU=7.20	0.003
	Bekar	63.15±6.03		
Çocuk Durumu	Yok	64.45±9.01	KW=0.067	0.042
	1-2 çocuk	58.91±13.5		
	3 ve üstü	43.76±10.03		
Evde Yaşayanlar	İnformal bakıcılar	65.02±6.04	MWU=12.93	0.002
	Aile ile	59.43±8.54		
Evin kira durumu	Kiralık	62.01±0.61	MWU=165.20	0.957
	Kendi evi	59.15±0.03		
Bireyi bakan kişi	Çocukları	53.98±10.02	KW=0.541	0.874
	Eşi	46.00±8.64		
	İnformal bakıcı + çocuk desteği	56.32±9.15		
Psikolojik desteğe ihtiyaç duyma	Evet	59.04±3.76	MWU=86.543	0.077
	Hayır	60.33±4.88		
	UCLA	61.18±4.40		

MWU: Mann Whitney U testi; KW: Kruskal Wallis Testi

larda (65.02±6.04) bulunmuş olup; genel yalnızlık puan ortalaması ile cinsiyet (p=0.024); yaş (p=0.006); medeni durum (p=0.003); çocuk durumu (p=0.042); evde yaşayanlar kişiler (p=0.002) arasında istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Tablo 3). Bunun yanında eğitim, kira durumu, bireyi bakan kişi ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumu ile genel yalnızlık puan ortalaması arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (p>0.05) (Tablo 3).

Bireylerin ziyaretçilerin kimliği ile ilgili en yüksek yalnızlık puan ortalaması akrabalarında (66.00±6.98), haftalık ziyaret sıklığında 66.00±4.83), ağır bakım ihtiyacı olanlarda (56.32±9.15), duygu paylaşma yolu dini inanç/dua etme olanlarda 59.99±3.01) olarak bulunmuş olup; genel yalnızlık puan ortalaması ile ziyaretçilerin kimliği (p=0.003), ziyaret sıklığı arasında (p=0.000), bakım ihtiyacı düzeyi (p=0.002); duygu paylaşma yolu (p=0.000) arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 4).

Tablo 4. Bireylerin Yalnızlık Puanı ile Yalnızlığı Etkileyecek Etmenlerin Dağılımı

Etmenler		$\bar{X} \pm Sd$	Test	P
Ziyaretçiler	Çocukları Akrabaları Arkadaşları	53.47±9.20 66.00±6.98 59.32±10.54	KW=13.65, df,3	0.003
Ziyaret sıklığı	Her gün Haftalık Aylık İstenildiğinde	46.54±7.17 66.00±4.83 59.32±10.54 64.47±2.20	KW=9.87, df,4	0.000
Bakım ihtiyacı	Hafif Orta Ağır	53.98±10.02 46.00±8.64 56.32±9.15	KW= 9.70, df,3	0.002
Hastalığı hakkında eğitim alma	Evet Hayır	60.00±3.64 58.84±6.43	MWU= 325.649	0.675
Sosyal destek hakkındaki düşüncesi	Yeterli (var) Yetersiz (yok)	61.10±8.69 57.04 ±2.05	KW = 4.763	0.432
Duyularını paylaşma yolu	Çocukları ile konuşma Akrabaları ile konuşma Arkadaşları ile konuşma Dini inancı/dua etme	52.26±13.21 58.43±64.8 54.54±8.40 59.99±3.01	MWU=112.400	0.000

MWU: Mann Whitney U testi; KW: Kruskal Wallis Testi;

Tartışma

Çalışmada yatağa bağımlı bireylerin yalnızlık seviyesi yüksek seviyede bulunmuştur. Tedavileri devam eden kanserli hastalara yönelik yapılan bir çalışmada da yalnızlık seviyesi yüksek bulunmuştur (19, 20). Yatağa bağımlı bireylerin büyük çoğunluğunun kadın olduğunu gösteren bu çalışma, doğuştan beklenen yaşam süresinin uzamasında kadınların erkeklere göre daha fazla yaşadığını gösteren literatür çalışmalarıyla örtüşmektedir (21). Bireylerin büyük çoğunluğunun aileleri ile birlikte kaldığı ve çocukları tarafından bakıldığını gösteren çalışma, ülkemizde kültürümüzün aile büyüklerinin bakımlarına yönelik kurumsal hizmetten çok aile desteği ile bakıldığını gösteren çalışma sonuçlarını desteklemektedir (22, 23). Yalnızlık seviyesinin yüksek bulunmasına rağmen çalışmadaki yatağa bağımlı bireylerin büyük çoğunluğunun psikolojik destek ihtiyacını ifade etmedikleri görülmüştür. Yatağa bağımlı olmanın yarattığı bakım yükünün yaşanması bireylerde psikolojik destek ihtiyacını yaratmasına rağmen ülkemizde özellikle evde bu bakım ihtiyacına yönelik rutin bir programı yoktur

(23-25). Yatağa bağımlı olmanın hem bakım veren hem de bakım alanların üzerinde yarattığı psikolojik sorunların oluşması beklenen bir gerçektir (13). Yaşlılara yönelik yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunda depresyon ve anksiyetenin yüksek olduğu görülmektedir (26). Bu sonuçlar bize üstlenmekte zorluk çektiğimiz durumlarda psikolojik desteğin gerekliliğinin açık ifadesidir. Yalnızlık düzeyi özellikle bireylerin yatağa bağımlılık düzeyi ile bağlantılı olarak artabilmektedir (26).

Çalışmada bakım ihtiyacının yüksek seviyede olması literatürdeki yalnızlık ve bağımlılık düzeyi arasındaki bağlantıyı açıklamaktadır (25). Çalışma bireylerin yatağa bağımlı olma nedenlerinin başında beyin kanaması ve tansiyon yüksekliğinin olduğunu göstermektedir. Farklı konularda yapılan çalışmalarda ülkemizde hipertansiyon yaygınlığı ifade edilmektedir (27). Bireylerin yalnızlık durumunu etkilemede hastaların ziyaret edilmesi ve ziyaret sıklığı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Yalnızlığa yönelik yapılmış çalışmalarda ziyaret ve ziyaretçinin

niteliğinin yalnızlığı etkilediğini tespit edilmiştir (19, 28). Türk kültürüne göre hasta ziyareti hem dini hem de insan boyutunda önemli görülmektedir (29). İnsanların duygularını paylaşma yolları farklıdır. Bu durum hasta olup özellikle de başka birine bağımlı olduğunda daha anlamlı olmaktadır. Çalışma yatağa bağımlı olan bireylerin yalnızlık duygusu ile bu durumlarını paylaşma arasında anlamlı farklılık tespit etmiştir. Bireylerin büyük çoğunluğunu yalnızlıklarını dua/inanç yolu ile üstesinden gelmeye çalıştıklarını göstermektedir. Çalışmalar yalnızlığın aile, arkadaş ile konuşma veya sosyal destek programları ile azalabileceğini göstermektedir (20, 30-32). Bu çalışmada çocukları ile duygularını paylaşanların yalnızlık seviyelerinin düşük olması ebeveynlerin çocuk ilişkilerinin hastalık döneminde etkili olduğunu gösterir niteliktedir.

Sonuçlar

Çalışmaya katılan bireylerin yalnızlık seviyeleri yüksek düzeyde bulunmuştur. Yalnızlığın erkeklerde, bekârlarda, bakıcılarla yaşayanlarda, yaşı 72 ve üzerinde olanlarda ve yalnız yaşayanlarda daha fazla olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet, yaş, medeni durum, evde yaşayan bireyler, çocuk sahibi olma, ziyaretçilerin niteliği, ziyaret sıklığı, bakım ihtiyacı seviyesi ve duygularını paylaşma yolu yalnızlığı etkileyen faktörler olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlar yatağa bağımlı olma süresinde bilinci açık olan bireylerin psikolojik, sosyal ve bakıma ilişkin ihtiyaçlarının eksikliklerini gidermeye yönelik sağlık politikalarının yeniden düzenlemesi gereğini bize göstermektedir. Bu bireyler ve onlara bakım verenlere istedikleri zamanlarda değil bir program doğrultusunda yeteri zaman ayrılarak yapılacak ziyaretler ve bu ziyaretleri sunan sağlık profesyonellerinin yeterlilikleri sağlanmalıdır. Her insan beklemediği bir anda yalnızlık gibi bir duruma maruz kalabilir. Yatağa bağımlı olmak hayatın sonu olarak görülmemeli, bu sürecin daha güzel geçirilmesi için aile, arkadaş ve devlet desteği verilmelidir.

Çalışmanın Sınırlıkları

Çalışma Trabzon il merkezindeki 18 Aile Hekimliğine kayıtlı, evde yaşayan, en az 6 aydır yatağa kısmen ve tamamen bağımlı, bilinçli ve konuşabilen hastalarla sınırlıdır.

Kaynaklar

1. Utku U. İnme Tanımı, Etiyolojisi, Sınıflandırma ve Risk Faktörleri. Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 2007, 53: 1-3.
2. Zincir H, Taşçı S, Erten ZK, Başer M. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2008, 17: 168-174.
3. Peplau LA. Perspective on loneliness. Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy, 1982, 54: 427-433.
4. Gierveld JdJ. A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. Reviews in Clinical Gerontology, 1998, 8: 73-80.
5. Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2013, 1: 57-72.
6. Ardahan M. Yaşlılık ve huzurevi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 2010, 20: 25-32.
7. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Özer ZC. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. Dicle Tıp Dergisi, 2011, 38: 57-65.
8. Güloğlu B, Kararımak Ö. Üniversite öğrencilerinde yalnızlığın yordayıcısı olarak benlik saygısı ve psikolojik sağlamlık. Ege Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2010, 11: 73-88.
9. Alkan S, Sezgin A. Yetişkin hastalarda yalnızlık. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1998, 2: 43-51.
10. Yılmaz E, Yılmaz E, Karaca F. Üniversite öğrencilerinin sosyal destek ve yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. Genel Tıp Dergisi, 2008, 18.
11. Goodwin R, Cook O, Yung Y. Loneliness and life satisfaction among three cultural groups. Personal Relationships, 2001, 8: 225-230.
12. Paula K, Zengin S, Kizilgeçit M. yalnızlık hissi: teorik yaklaşımlar. Dinbilimleri Journal, 2011, 11.
13. Deckx L, van den Akker M, Buntinx F. Risk factors for loneliness in patients with cancer: a systematic literature review and meta-analysis. European Journal of Oncology Nursing, 2014, 18: 466-477.
14. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and

discriminant validity evidence. *Journal of personality and social psychology*, 1980, 39: 472.

15.Tan M, Karabulutlu E. Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. *Cancer Nursing*, 2005, 28: 236.

16. Balogun JA, Katz JS. Physiological changes and functional limitations associated with aging: a critical literature review. *Fizyoter Rehabil*, 2002, 13: 37-59.

17.Demir A. UCLA yalnızlık ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. *Psikoloji dergisi*, 1989, 7: 14-18.

18.Fessman N, Lester D. Loneliness and depression among elderly nursing home patients. *The International Journal of Aging and Human Development*, 2000, 51: 137-141.

19.Çıracı Y, Nural N, Saltürk Z. Loneliness of oncology patients at the end of life. *Supportive Care in Cancer*, 2016, 24: 3525-3531.

20.Şahin Z, Tan M. Loneliness, depression, and social support of patients with cancer and their caregivers. *Clinical journal of oncology nursing*, 2012, 16: 145-149.

21.Güler Z. Yaşlılık ve İntihar. *Journal of Sociological Studies/Sosyoloji Konferansları*, 2017, 55: 181-193.

22.Demirbag BC. Impact of home education on levels of perceived social support for caregivers of cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2012, 13: 2453-2458.

23.Demirbağ BC, Özkan ÇG, Bayrak B, Kurt Y. Caregiver Burden and Responsibilities for Nurses to Reduce Burnout. *İçinde:Caregiving and Home Care*, InTech, 2018.

24.Sayan A. Günümüzde Evde Bakım. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2004, 7: 91-96.

25.Uğur Ö, Fadıloğlu ZÇ. Kanser Hastasına Bakım Verenlere Uygulanan Planlı Eğitimin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2012, 1: 53-58.

26.Yıldız A, Erol S, Ergün A. Bir huzurevinde kalan yaşlılarda ağrı ve depresyon riski. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2009, 12: 156-162.

27.Sistem Ofset Basım Yayın. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015, Baskı, 2016.

28.Khorshid L, Eşer İ, Zaybak A, Yapucu Ü, Arslan GG, Çınar Ş. The evaluation of loneliness level of elderly individuals residing in rest homes. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2004, 7: 45-50.

29.Güven S. Ülkemizde evde bakımın aile ve yaşlılık açısından önemi ve ev ekonomistlerinin yeri. *Ev Ekonomisi Dergisi*, 2000, 6: 25-29.

30.Mosher CE, Lepore SJ, Wu L, Austin J, Valdimarsdottir H, Rowley S, Isola L, Redd WH, Rini C. Social correlates of distress following hematopoietic stem cell transplantation: Exploring the role of loneliness and cognitive processing. *Journal of health psychology*, 2012, 17: 1022-1032.

31.Aksüllü N, Dogan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki/Relationship of social support and depression in institutionalized and non-institutionalized elderly. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2004, 5: 76.

32.Sevil Ü, Ertem G, Kavlak O, Coban A. The loneliness level of patients with gynecological cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*, 2006, 16: 472-477.

Bir Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı-Güvenliği Durumu ve Risk Faktörleri

Occupational Health-safety Status and Risk Factors in Health Workers of a Medical Faculty Hospital

Cansu KARABİBER^a, Gülay SARB^b, Beyza KERMAN^c, Nazan SAVAŞ^d

ÖZ Amaç: Sağlık çalışanları iş yerlerinde birçok tehlike, kaza ve hastalık riski ile karşı karşıyadır. Bu çalışmanın amacı bir üniversite hastanesi sağlık çalışanlarının iş sağlığı-güvenliği durumunu saptayarak, risk faktörlerini belirlemektir. **Gereç ve Yöntem:** Kesitsel nitelikteki çalışma 2017’de Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde yapılmıştır. Araştırma evreni 855 sağlık çalışanı olup, üç günlük veri toplama sürecinde %30,4 (260)’üne ulaşılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 209 (%80,0) kişiye anket ve “Hastanelerde Çalışan Sağlık Personeli İş Güvenliği Ölçeği” uygulanmıştır. Ölçek likert tipinde olup, 7 faktörden oluşmaktadır. Ölçekten maksimum 6 puan alınmakta, puan 6’ya yaklaştıkça iş güvenliğinin sağlandığı yönünde yorumlanmaktadır. Analizlerde Student-T, tek yönlü varyans ve Pearson Korelasyon testleri kullanılmıştır. **Bulgular:** Sağlık personelinin yaş ortalaması 30,8±6,1, %61,2’si kadın, %37,8’si hemşire ve %24,4’ü hekimdir. %72,7’si el dezenfektanını, %82,8’i eldiveni kullanmakta; %93,7’si sabuna, %90,3’ü el dezenfektanına, %87,9’u eldivene ulaşabilmektedir. İş güvenliği ölçeğinden aldıkları genel puan ortalaması 2,9±0,9 (1,00-5,69) olup, normal dağılım göstermektedir (p>0,05). Kadınların puan ortalaması 2,7±0,8 iken, erkeklerinki 3,2±1,0’dır (p=0,002). Çocuğu olanların puan ortalaması daha yüksektir (p=0,003). Dahili branştakilerin puan ortalaması 2,69±0,9 iken cerrahi branştakilerin 3,17±0,9, temel branştakilerin ise 2,72±0,9’dır (p=0,004). En düşük puanlar sırasıyla Faktör 1 (Mesleki Hastalıklar ve Şikayetleri) ve Faktör 4’den (Yönetmel Destek ve Yaklaşımlar) alınmıştır. **Sonuç:** Hastane sağlık çalışanlarının iş güvenliği ölçeği puan ortalaması tam puanın yarısına yakındır. Kadınların, dahili branş çalışanlarının ve çocuğu olmayanların iş sağlığı-güvenliği algısı daha düşüktür. **Anahtar Sözcükler:** Hastane, iş sağlığı, sağlık hizmetleri, sağlık çalışanları

ABSTRACT Aim: Health care workers are susceptible to numerous risks of danger, illness and accidents. The aim is to determine the condition of occupational health-safety and risk factors in a university hospital healthcare workers. **Materials and Methods:** Across-sectional study was conducted at Hatay Mustafa Kemal University Hospital in 2017. We reached 30.4% (260 healthcare worker) of there search population (855) in three days of data collection, 209 (80,0%) persons were participated. The survey and “Healthcare Worker’s Work Safety Scale” we reapplied. The scale is likert type, consist of 7 factors and maximum 6 points. Student-T, One Way ANOVA and Pearson Correlation tests were used. **Results:** The mean age of healthworkers is 30,8±6,1, 61,2% is woman, 37,8% is nurse and 24,4% is physcian. 72,7% of them are using hand sanitizer, 82,8% of them are using hand glove; 93,7% , 90,3% and 87,9% of them find soap, hand sanitizer and glov eavailable respectively. The mean score of the healthcaworkers on scale is 2,9±0,9 (1,00-5,69) and shows normal distribution (p>0,05). While woman’s mean score is 2,7±0,8, man’s is 3,2±1,0 (p=0,002). The mean score of them in medical disciplines is 2,69±0,9, surgical disciplines is 3,17±0,9 and basic sciences disciplines is 2,72±0,9 (p=0,004). They having child have high mean score (p=0,003). The lowest mean scores of the scale are on Factor-1 (occupational diseases and complaints) and Factor-4 (administrative support and approaches). **Conclusion:** Hospital healthworkers’ job security score average is close to half of full score. Perception on occupational health and safety of woman, in medical disciplines and without having a child are lower.

Keywords: Hospital, occupational health, health services, healthcare workers

Giriş ve Amaç

İş sağlığı ve güvenliği, iş yerinde işin yürütülmesi sırasında çeşitli nedenlerden kaynaklanan sağlığa zarar verebilecek koşullardan korunmak amacıyla yapılan sistemli ve bilimsel çalışmalardır (1). İş yerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasıyla çalışanla-

rın sadece fiziksel olarak sağlıklı olması değil, uyumlu ve verimli çalışması, psikolojik ve ruhsal yönden de sağlıklı ve tatmin olması hedeflenmektedir (2). İş sağlığı ve güvenliği iş yerlerinde etkinlik ve verimliliği arttırmada da rekabet ortamının tanımlayıcılarından kabul edilmiştir (3).

Geliş Tarihi/Received:15-12-2017/ **Kabul Tarihi/Accepted:**25-04-2018

^a Arş. Gör. Dr. Mustafa Kemal Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı / Hatay, ORCID: 0000-0001-7350-3918

^b Arş. Gör. Dr. Mustafa Kemal Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı / Hatay, ORCID: 0000-0001-7620-6783

^c Arş. Gör. Dr. Mustafa Kemal Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı / Hatay, ORCID 0000-0003-3360-1630

^d Prof. Dr. Mustafa Kemal Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı / Hatay, ORCID: 0000-0003-1427-6959

Sorumlu Yazar/ Correspondence: Prof. Dr. Nazan Savaş, Mustafa Kemal Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Hatay

Yapılan araştırmalarda hastanelerdeki infeksiyonlar, ilaçlar ve malzemelerin yarattığı tehlikeler, atıklar, ergonomik tasarım eksiklikleri, çalışma koşulları ve malzeme yetersizliği, iş yükü fazlalığı, çalışanların dikkatsiz davranışları vb. nedenlerle sağlık çalışanlarının birçok tehlike, kaza ve hastalık riski ile karşı karşıya kaldığı görülmektedir (2-5). Bu nedenle hastanelerde güvenli ve sağlıklı bir ortam oluşturma eğilimi günümüzde hızla ivme kazanmıştır (2). Uluslararası Ortak Komisyonu (Joint Commission International) ve TC Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı hizmet kalite standartlarında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik çıkarılan yönetmelikte hastanelerde hasta güvenliğinin yanı sıra çalışan güvenliğinin sağlanmasıya yönelik faaliyetlere ilişkin kriterlere de yer verilmiştir (6,8).

Sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen mesleki maruziyet kaynaklı riskler biyolojik, fiziksel, ergonomik, kimyasal ve psikososyal olmak üzere gruplandırılmıştır. Amerikan Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü hastanelerde 29 çeşit fiziksel, 25 çeşit kimyasal, 24 çeşit biyolojik, 6 çeşit ergonomik ve 10 çeşit psikososyal mesleki maruziyet kaynaklı risk olduğunu bildirmiştir (9,10). Sağlık çalışanlarının yoğun çalışma temposu, uzun süreli, kesintisiz çalışma ve iş gerilimi diğer iş kollarında çalışanlara göre çok daha çeşitli meslek riskleri ile karşılaşmasına ve sağlık durumlarının olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır. Hastane sağlık çalışanlarının en sık karşılaştığı mesleki sağlık sorunlarının infeksiyon hastalıkları, tüberküloz, bel ağrısı, varis, iş stresi, kas-iskelet sistemi yaralanmaları, şiddet, kötü muamele, kesici-batıcı-delici cisim yaralanmaları ve lateks alerjisi olduğu, bu sorunların son yirmi yıldır ciddi boyutlara ulaştığı belirtilmektedir (9). Oysa sağlık hizmeti verenin sağlıklı olması, sağlık hizmeti alanın sağlığını ve yaşam kalitesini de arttırmaktadır (10).

Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses (ICN)) 2006'da sağlık çalışanlarının maruz kaldığı sağlık sorunlarının sadece kendileri için değil aynı zamanda aileleri, çalışma arkadaşları ve hizmet verdiği hastaları için de önemli olduğu bu nedenle hastane sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti almasının zorunluluğuna vurgu yapılmaktadır (9). Ayrıca yapılan pek çok araştırma ve bilimsel raporlarda sağlık sisteminde özelleştirmenin artmasıyla sağlık çalışanlarının karşılaşabilecekleri mevcut/olası tehlike ve

risklerin, meslek hastalıklarının, iş kazalarının, işe bağlı sağlık sorunlarının, sakatlık ve iş görmezlik durumlarının arttığı, yenilerinin oluştuğu ve çeşitliliğin çoğaldığı gösterilmiştir (11). Altıok ve arkadaşlarının bir çalışmasında sağlık çalışanlarının bir kısmının çalışan sayısının yetersizliğine bağlı olarak ağır işlerde ve düzensiz ya da uygunsuz koşullarda çalıştırıldığı, bir bölümünün de yarı zamanlı işlerde çalıştırıldığı belirtilmiştir (12).

Ülkemiz sağlık çalışanları büyük oranda hastanelerde istihdam edildiği halde, sağlık ve güvenlik hizmetlerini yeterince alamamakta, meslek hastalıkları, iş kazaları ve işe bağlı sağlık sorunlarının kayıtları bulunmamaktadır (12).

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Amacı

Çalışmamızda bir üniversite hastanesinde çalışan sağlık personelinin iş güvenliği durumu "**Hastanelerde Çalışan Sağlık Personeli İş Güvenliği Ölçeği**" ile saptanarak ilişkili sosyodemografik ve mesleki risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Kesitsel nitelikte olan bu çalışmanın evreni Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan 110 öğretim üyesi, 138 araştırma görevlisi doktor, 202 hemşire ve 405 diğer sağlık personeli (sağlık memuru-teknisyeni-acil tıp teknisyeni, biyolog, diyetisyen, eczacı vb) olmak üzere toplam 855 sağlık çalışanıydı. Çalışmamızda örnek seçilmedi. Üç gün veri toplama sürecinde 260 (%30,4) çalışana ulaşıldı, bunların %80,0'ı (209) çalışmaya katılmayı kabul etti.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından oluşturulan 25 soruluk anket formu ile "**Hastanelerde Çalışan Sağlık Personeli İş Güvenliği Ölçeği**" kullanıldı.

Anket Formu: Anketin ilk kısmında sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve mesleki özelliklerini (cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, mesleği, hastanede çalıştığı bölüm ve birim, aylık gelir, çalıştığı süre, vardiya, nöbet tutma durumu ve sıklığı) sorgulayan sorular soruldu. İkinci kısmında ise çalışanların iş güvenliğini belirlemek amacıyla kişisel koruyuculara (sabun, el dezenfektanı, eldiven, önlük) ulaşılıp ulaşamadığı, ulaşamadığında

veya herhangi bir maruziyet durumunda (iğne batması, ampul kırma, kimyasal maddenin inhaler yada direk temas yoluyla bulaşı) ne yaptığı, iş sağlığı ve güvenliği için daha önce bilgilendirilip bilgilendirilmediği, injeksiyon uygulama sırasında riskli davranışları yapıp yapmadığı, cilt/göz/açık yaraya kimyasal sıçradığında ne yaptığı gibi tutum ve davranış soruları soruldu.

Hastanelerde Çalışan Sağlık Personeli İş Güvenliği Ölçeği: Öztürk ve Babacan tarafından 2012 yılında geliştirilen ölçek 6'lı Likert tipinde olup 45 madde ve 7 faktörden oluşmaktadır (13). Her madde için alınan puan minimum 1 (Kesinlikle katılmıyorum), maksimum 6 puandır (Tamamen katılıyorum). Ölçekten en düşük 45, en yüksek 270 puan alınmakta, ancak 6'lı puana (1-6 puan) dönüştürülmüş halinin kullanılması önerilmektedir. Ölçek için belirli bir kesim noktası belirlenmemiş olup alınan puan 6'ya yaklaştıkça iş güvenliğinin sağlandığı yönünde yorumlanmaktadır. Ölçek faktörlerinin ne anlama geldiği ve faktörlerdeki madde sayıları şöyledir;

- Faktör 1: Mesleki Hastalıklar ve Şikayetleri (13 Madde)
- Faktör 2: Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemleri (6 Madde)
- Faktör 3: Kazalar ve Zehirlenmeler (5 Madde)
- Faktör 4: Yönelimsel Destek ve Yaklaşımlar (7 Madde)
- Faktör 5: Malzeme Araç ve Gereç Denetimi (5 Madde)
- Faktör 6: Koruyucu Önlemler ve Kurallar (5 Madde)
- Faktör 7: Fiziksel Ortam Uygunluğu (4 Madde)

Verilerin Toplanması

Mart-Nisan 2017 döneminde yapılan araştırmada yüzyüze görüşme tekniği kullanılarak veriler toplandı. Veri toplama süresi veri toplayan araştırmacıların (intörn doktor) eğitim müfredatına göre üç gün olarak belirlendi.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizinde tanımlayıcı istatistikler, Kolmogorov Smirnow, Student t, tek yönlü varyans, Pearson ve Parsiyel Korelasyon analizleri kullanıldı. $p < 0,05$ önemli kabul edildi. Analizlerde SPSS 20.0 paket programından yararlanıldı.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada insan ya da hayvan materyal örneği kullanılmadığı, sadece anket uygulandığı için klinik araştırmalar yerel etik kurulundan onay alınmadı.

Bulgular

Araştırmaya katılan hastane sağlık çalışanlarının yaş ortalaması $30,8 \pm 6,1$ (dağılım aralığı 20-51) olup, %61,2'si kadın ve %38,8'i evliydi. Mesleğe göre bakıldığında; %24,4'ünün doktor, %37,8'inin hemşire olduğu, %46,9'unun dahili, %43,5'inin de cerrahi bilimlerde çalıştığı saptandı. Araştırma grubunun %51,2'si servislerde çalışırken, %80,4'ü gündüz çalışıyordu. Aylık nöbet sayısı ortalama $5,6 \pm 0,2$ idi. Meslekte çalışma süresi ortalama $6,4 \pm 4,4$ yıl, hastanede çalışma süresi ortalama $4,8 \pm 3,1$ yıl (dağılım aralığı 1-16), haftalık çalışma süresi ise ortalama $48,9 \pm 13,6$ (dağılım aralığı 11-118) saat idi (Tablo 1).

İş sağlığı ve güvenliği kapsamında sorulan sorulara verilen yanıtlara göre sağlık çalışanlarının sabun, el dezenfektanı, eldiven ve maske kullanım sıklıkları Grafik 1'de gösterildi. Buna göre sağlık çalışanlarının %72,7'si el dezenfektanını, %82,8'i eldiveni ve %36,4'ü maskeyi genellikle kullandığını belirtti. Doktorların %82,0'ı, hemşirelerin %81,0'ı ve diğer sağlık çalışanlarının %85,0'ı eldiveni genellikle kullanmaktaydı.

Sağlık çalışanlarına hastanede koruyucu malzemelere ulaşım durumu sorgulandığında; sabuna %93,7'si, el dezenfektanına %90,3'ü, eldivene %87,9'i ve maskeye %74,4'ü sıklıkla/her zaman ulaşabildiğini bildirdi (Tablo 2).

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının riskli durumlarda tutum ve davranışlarını ölçme amacıyla sorulan sorulara verilen yanıtlara göre; %31,9'u enjektörü kullandıktan sonra iğne ucunu usulüne uygun olmayan biçimde atıyor, %7,7'si işlem öncesi ve sonrası ellerini yıkamıyor, %5,9'u kişisel koruyucu malzemelere ulaşamadığında koruyucu malzeme olmadan işlemi uyguluyordu (Tablo 3). Doktorların %27,1'i, hemşirelerin %20,5'i, diğer sağlık personelinin ise %48,6'sı enjektörü kullandıktan sonra iğne ucunu usulüne uygun olmayan biçimde atıyordu ($p=0,001$). Hepatit B'ye karşı bağışıklık durumu değerlendirildiğinde; %6,8'i bağışık değildi ve %10,1'i de bağışıklık durumunu bilmiyordu.

Araştırmaya katılanların İş Güvenliği Ölçeği'nden aldıkları genel puan ortalaması 6 tam puan üzerinden $2,91 \pm 0,90$ (dağılım aralığı

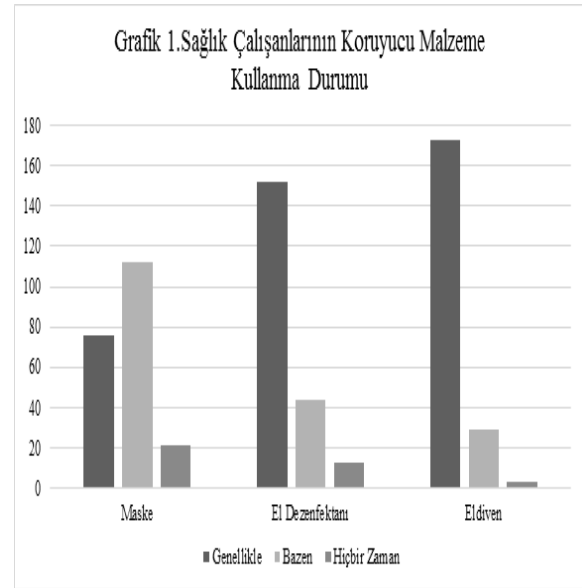
1,00–5,69) olup, alınan puanlar normal dağılım gösteriyordu ($p>0,05$). Ölçeğin alt faktörleri değerlendirildiğinde; en düşük puan ortalaması Faktör 1'den alınmıştı. Faktör 1'in puan ortalaması $2,29\pm 1,06$, Faktör 4'ün puan ortalaması $2,47\pm 1,13$ idi. Diğer faktörlerin

Tablo1. Hastane Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik ve Çalışma Durumları

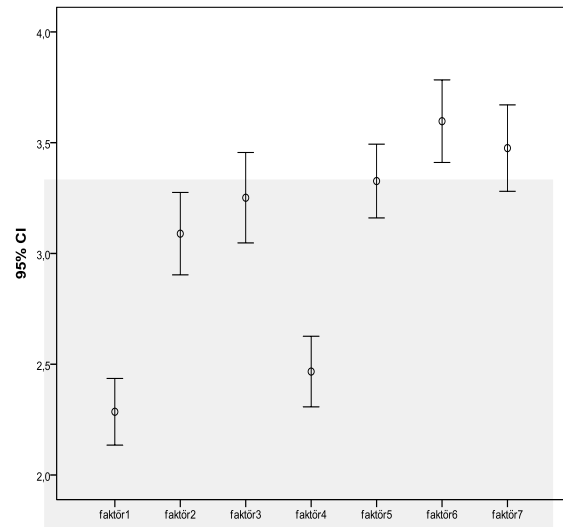
	Sayı (n)	%
Cinsiyet		
Kadın	128	61,2
Erkek	81	38,8
Medeni Durum		
Evli	132	63,1
Bekar	76	36,4
Boşanmış	1	0,5
Çocuk Sahibi Olma		
Var	111	53,1
Yok	67	32,1
Belirtmemiş	31	14,8
Meslek		
Doktor	51	24,4
Hemşire	79	37,8
Diğer	79	37,8
Çalışılan Bölüm		
Dahili	98	46,9
Cerrahi	91	43,5
Temel	20	9,6
En çok çalışılan birim		
Servis	107	51,2
Poliklinik	17	8,1
Yoğun bakım	28	13,4
Acil	16	7,7
Laboratuvar	16	7,7
Ameliyathane	14	6,7
Diğer	8	3,8
Belirtmemiş	3	1,4
Çalışılan birim		
Servis	108	51,7
Poliklinik	26	12,4
Yoğun bakım	29	13,9
Acil	11	5,2
Laboratuvar	14	6,7
Ameliyathane	10	4,8
Diğer	11	5,3
Çalışılan vardiya		
Gündüz	168	80,4
Gece	37	17,7
Belirtmemiş	4	1,9
Nöbet tutma		
Evet	124	59,3
Hayır	80	38,3
Belirtmemiş	5	2,4

genel puan ortalamaları 3,00'dan büyük bulundu. Genel ve tüm Faktörlerin puan ortalamaları Grafik 2'de gösterildi.

Cinsiyete göre karşılaştırıldığında; kadınların iş sağlığı ve güvenliği genel puan ortalaması ($2,73\pm 0,8$) erkeklerin puan ortalamasından ($3,21\pm 1,0$) yüksek bulundu ($p=0,002$) (Tablo 4). Genel puan ortalaması dahili branş çalışanlarında $2,69\pm 0,9$, cerrahi branş çalışanlarında $3,17\pm 0,9$ ve temel branş çalışanlarında $2,72\pm 0,9$ ($p=0,004$) olup, dahili ve cerrahi branş puanları arasındaki fark önemliydi ($p=0,003$). Çocuk sahibi olanların



Grafik 2. Hastane Sağlık Personelinin İş Sağlığı ve Güvenliği Alt Ölçek Puanları



Tablo 2. Hastanede Koruyucu Malzemelere Ulaşım Durumu (n=207)

	Hiçbir zaman Sayı (%)	Nadiren Sayı (%)	Sıklıkla Sayı (%)	Her zaman Sayı (%)
Sabun	4 (1,9)	9 (4,3)	75 (36,2)	119 (57,5)
El dezenfektanı	5 (2,4)	15 (7,3)	92 (44,4)	95 (45,9)
Maske	9 (4,3)	44 (21,3)	61 (29,5)	93 (44,9)
Eldiven	13 (6,3)	12 (5,8)	70 (33,8)	112 (54,1)

Tablo- 3. Hastane Sağlık Personelinin Bazı Riskli Durumlardaki Tutum ve Davranışları

		Sayı	%
İşlem öncesi ve sonrası ellerimi (n=207)	Yıkırım	188	90,0
	Bazen yıkırım	5	2,3
	Yıkamam	16	7,7
Ampülü nasıl kırarsınız (n=197)	Çıplak elle	73	37,0
	Eldivenle	82	41,6
	Pamuk/peçete ile	42	21,4
Enjektörü kullandıktan sonra iğne ucunu (n=204)	Kapatarak atarım	65	31,9
	Kapatmadan atarım	139	68,1
Kişisel koruyucu malzemelere ulaşmadığımda;(n=204)	Başka birimden tedarik ederim	119	58,3
	İşi başkasına devrederim	6	2,9
	Yönetime bildiririm	48	23,5
	İşlemi uygulamam	19	9,4
	İşlemi uygularım	12	5,9
Cilt, göz, açık yaraya kimyasal sıçradığımda; (n=209)	Bir şey yapmam	9	4,3
	Hemen yıkırım	181	86,6
	Silerim	11	5,3
	İşlem bittikten sonra yıkırım	8	3,8
Hepatit B'ye karşı bağışıklık durumu;(n=207)	Var (aşı ile)	164	79,2
	Var (hastalığı geçirdim)	8	3,9
	Yok	14	6,8
	Bilmiyorum	21	10,1

puan ortalaması $3,08 \pm 0,9$ iken, çocuk sahibi olmayanların $2,61 \pm 0,8$ idi ($p=0,003$). Meslek, vardiya usulü çalışma, en çok çalışılan birim, şu an çalışılan birim, nöbet tutma, sağlık riskleri hakkında bilgilendirilme ve personele iş dışı sorumluluk yüklenilmesi ile iş sağlığı ve güvenliği ölçeğinden alınan genel puan ortalamaları arasında önemli ilişkiler saptanmadı ($p>0,05$).

Ölçekten elde edilen toplam puan ortalaması ile meslekte çalışma süresi, hastanede çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, aylık gelir, yaş ve nöbet sayısı ile önemli korelasyonlar saptanmadı ($p>0,05$). Yaşın kafa karıştırıcı faktör olabileceği düşünülerek yaş

kontrol altına alınmasıyla yapılan parsiyel korelasyon analizinde de ölçek puanı ile tüm bu değişkenler arasında korelasyonlar saptanmadı ($p>0,05$).

Tartışma

Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği kapsamında el hijyeninin sağlanması sağlık çalışanlarının sorumluluğunda olan öncelikli uygulamalardan biridir. Çalışmamızda sağlık personelinin %90,0'inin hastanede işlem öncesi ve sonrasında ellerini yıkadığı, %72,7'sinin el dezenfektanını, %82,8'inin eldiveni, %36,4'ünün maskeyi genellikle kullandığı saptanmıştır. Deveci ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise üniversite hastanesindeki temiz-

Tablo 4. Hastane Sağlık Personelinin İş Sağlığı ve Güvenliği Ölçeğinden Aldıkları Puanların Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklere Göre Durumu

		Ölçeği Puanı		P
		Min-Mak	Ortalama	
Cinsiyet	Kadın	1,00-4,76	2,7 ±0,8	0,002*
	Erkek	1,00-5,69	3,2 ±1,0	
Meslek	Doktor	1,04-5,69	2,7 ±1,0	0,504**
	Hemşire	1,36-5,09	2,9 ±0,8	
	Diğer	1,00-5,64	2,9 ±1,0	
Çalıştığı Bölüm	Dahili	1,00-5,18	2,6±0,9	0,004**
	Cerrahi	1,00-5,69	3,1 ±0,9	
	Temel	1,49-4,71	2,7 ±0,9	
Vardiya	Gündüz	1,00-5,60	2,9 ±0,9	0,306*
	Gece	1,60-4,60	2,7±0,8	
Çalışılan birim	Servis	1,00-4,80	3,0 ±0,8	0,12*
	Diğer	1,00-5,60	2,7 ±1,0	
Şu an çalışılan birim	Servis	1,00-4,80	3,0 ±0,8	0,11*
	Diğer	1,00-5,60	2,7±1,1	
Nöbet tutma durumu	Evet	1,00-5,10	2,9 ±0,9	0,87*
	Hayır	1,00-5,60	2,85±0,9	
Sağlık riskleri hakkında bilgilendirilme	Var	1,00-5,60	2,93 ±1,0	0,23*
	Yok	1,00-4,40	2,72 ±0,8	
Hastanede işi dışında sorumluluğu	Var	1,00-5,60	2,86 ±0,9	0,23*
	Yok	1,00-5,60	3,03 ±0,9	
Çocuk	Var	1,00-5,60	3,08 ±0,9	0,003*
	Yok	1,30-5,10	2,61 ±0,8	

lik çalışanlarının tümünün (%100) çalışmaları sırasında eldiven, %11.6'sının bone/başlık %8.9'unun ise maske kullandığı bildirilmiştir(14). Pitted D'nin konuyla ilgili yaptığı çalışmalarda hastanede el hijyenine riayet etmemenin %19-84 arasında değiştiği gösterilmiştir (15-17). Ankara'da yapılan bir çalışmada katılımcıların el temizliği kurallarına uyum oranı (el yıkama veya el antiseptisi ile ovma) %8.9 ve el temizliğinde alkol bazlı el dezenfektanı kullanma oranı %11 olarak saptanmıştır (18).

Çalışmamızda katılımcıların %82,8'-inin eldiveni genellikle kullandığı görülmüştür. Altıok'un 2008 yılında yaptığı araştırmada sağlık çalışanlarının %72,0'mın, üniversite hastanesinde

çalışanların ise %78.8'inin sıklıkla/her zaman eldiven kullandığı saptanmıştır (19). Bizim çalışmamızda eldiven kullanım sıklığının Altıok'un çalışmasına göre daha yüksek bulunması günümüzde hastane ortamında eldiven kullanımının arttığını düşündürmekle beraber, hala istenilen düzeyde olmadığını da göstermektedir.

Çalışmamızda eldiven kullanımı mesleklerle göre değerlendirildiğinde; doktorların %82,0'-inin, hemşirelerin %81,0'mın ve diğer sağlık personelinin %85,0'mın sıklıkla/her zaman eldiven kullandığı saptanmıştır. Çalışmamızda mesleklerin eldiven kullanım sıklığının birbirine benzer olduğu ancak istenilen düzeyde olmadığı görülmüştür. Çalışkan ve Akdur'un 2001 yılında Ankara'da

hemşireler üzerine yaptığı çalışmada ise eldiven kullanımını bizim çalışmamıza göre daha düşük (%62.8) bulunmuştur (20). Sönmezer MÇ ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı araştırmada ise el temizliğine uyumun en iyi hemşirelerde (%75) olduğu, bunu sırasıyla uzman doktorların (%20) ve asistan doktorların (%5) izlediği görülmüştür(18). Bizim çalışmamız dahil, farklı zamanlarda yapılan bu çalışmalara göre ülkemizde hemşirelerde el hijyeni bilincinde gelişme olduğu görülmektedir. İngiltere’de 2006 yılında yapılan bir çalışmada hastanede eldiven kullanım sıklığının doktorlarda %71, hemşirelerde %91 olduğu gösterilmiştir(21). Bu durum İngiltere’de hastanelerde iş sağlığı uygulamalarında hemşirelerin daha özenli davranmalarından, daha eğitilmiş olmalarından ya da daha iyi denetim mekanizmalarına tabi tutulmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Enjeksiyon uygulamalarında işlem bitiminde enjektör uçlarının bükülmeden ve ağız kapatılmadan güvenli bir şekilde sarı infekte atık kutularına atılması gerekmektedir. Çalışmamızda sağlık personelinin %31,9’unun enjeksiyonu uyguladıktan sonra iğne ucunu usulüne uygun olmayan biçimde attığı saptanmıştır. En çok usulüne uygun olmayan atım sırasıyla; diğer sağlık personelinde (%48,6), doktorlarda (%27,1) ve hemşirelerdedir (%20,5). Bu durum diğer sağlık personelinde eğitim eksikliğini düşündürürken, hemşire ve doktorlarda ise usulüne uygun enjeksiyon ağız kapama ve kutuya atma konusunda zamanla risk algısının azalmasına bağlı olarak yanlış uygulamaların yapıldığını düşündürmektedir.

Çalışmamıza katılanların %79,2’si Hepatit B’ye karşı aşı ile bağışıklanmış olduğunu belirtmiştir. Sağlık çalışanlarında kan ve vücut sıvılarıyla olan mesleki temaslar ile ilgili bir çalışmada sağlık personelinin %41.8’inin Hepatit B aşısının olmadığı ve bunların önemli bir kısmının kendi serolojik durumlarını bilmediği gösterilmiştir (22). Uçak A ve arkadaşlarının çalışmasında ise Hepatit B aşılama durumu %85,2 olarak bulunmuştur (23). Bir başka çalışmada ise hastane personeli Hepatit B aşılama oranı %83’dür (24). Önal Ö’nün yapmış olduğu çalışmada Hepatit B aşısı olma durumu %77,5’dir (25). Hitit Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan bir çalışmada hemşirelerin %84,2’sinin Hepatit B’ye karşı aşılandığı görülmüştür (26). Türkiye’nin farklı bölgelerinde yapılan pek çok

çalışmada elde edilen farklı sonuçlar personelin yaş farklılıklarını akla getirmekle birlikte, iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarındaki farklılıkları ve bir standardizasyonun sağlanamadığını da düşündürmektedir.

Araştırmamıza katılanların iş güvenliği ölçeğinden aldıkları genel puan ortalaması $2,9 \pm 0,9$ olup, en düşük alt ölçek puanları sırasıyla Faktör 1 (Mesleki Hastalıklar ve Şikayetleri) ve Faktör 4’ten (Yönetmel Destek ve Yaklaşımlar) alınmıştır. Faktör 2,3,5,6 ve 7’den ise 3,00’dan yüksek puanlar alınmıştır. Trabzon Merkez ve İlçe Devlet hastanelerinde yapılan bir çalışmada ise genel puan ortalaması bizden daha yüksek ($4,05 \pm 1,01$) bulunmakla birlikte en düşük puanlar bizim çalışmamıza benzer olarak Faktör 1 ve Faktör 4’de saptanmıştır (27). Abacıgil ve ark.’nın 2015 yılında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi’nde yaptığı çalışmada da bizim çalışmamıza benzer olarak genel puan ortancası 2,80 bulunmuş olup, en düşük ortancalar Faktör 1 ve Faktör 4’den elde edilmiştir (28). Özmuşul’un benzer amaçla Gaziantep’te özel bir hastanede hekim dışı personelde yaptığı çalışmada ise genel puan ortalaması $228,03 \pm 48,57$ bulunmuş olup 6’lı puanlamaya göre $5,07 \pm 1,07$ ’dir. Özel hastanede elde edilen bu yüksek puan özel sektörde iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının daha sıkı yapılmasına bağlanabileceği gibi sağlık çalışanlarının iş kaygısı nedeniyle daha yüksek puanlandırma yapmış olabileceğini düşündürmektedir (29).

Çalışmamızda erkek sağlık personelinin genel puan ortalaması kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Öztürk ve ark. çalışma bulguları ile mevcut çalışma sonuçları benzerdir (27). Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi’nde yapılan bir çalışmada ise cinsiyete göre genel puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır (30). Bu durum Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinin yeni kurulmasıyla ilişkili olarak tüm sağlık çalışanlarında iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının güncel olmasına ve risk algısının yüksekliğine bağlanabilir.

Araştırma grubumuzda çocuk sahibi olanların genel puan ortalaması ve Faktör 6 (koruyucu önlemler ve kurallar) puan ortalaması çocuğu olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Elde edilen bu sonuç çocuğu olanların iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları konusunda daha duyarlı olmasından ve kurallara

daha fazla riayet etmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamızda iş sağlığı ve güvenliği ölçeği genel puan ortalaması dahili bölüm çalışanlarında cerrahi bölüm çalışanlarına göre daha düşük bulunmuştur. Bu durum cerrahi bölümlerde daha iyi iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının yapıldığını düşündürmekle birlikte dahili bölüm çalışanlarında risk algısının zamanla azalarak daha az önemsendiğinin de göstergesi olabilir. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi'nde yapılan benzer bir çalışmada dahili ve cerrahi bölüm çalışanlarının genel puan ortalamaları arasında önemli bir fark saptanmamıştır (30).

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının iş güvenliği ölçeği genel puan ortalaması ile meslek, vardiya usulü çalışma, çalışılan birim, nöbet tutma, bilgilendirilme ve iş dışı sorumluluk yüklenilmesi arasında ilişki saptanmadı. Ayrıca yaş, meslekte çalışma süresi, hastanede çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, aylık gelir ve nöbet sayısı ile iş güvenliği ölçeği genel puanı arasında önemli korelasyonlar saptanmadı. Yaş kontrol altına alındığında da tüm bu değişkenlerle iş güvenliği ölçeği puanı arasında önemli korelasyonlar saptanmadı. Namık Kemal Üniversitesi'nde yapılan çalışmada da bizim çalışmamızla uyumlu olarak yaşa ve hastanede çalışma süresine göre genel puan ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli farklılıklar bulunmamıştır (30).

Sonuç ve Öneriler

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi sağlık personelinin "Hastanelerde Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği" puan ortalaması tam puanın yarısına yakındır. Kadınların, dahili branş çalışanlarının ve çocuğu olmayanların puan ortalaması daha düşüktür. Özellikle "Mesleki Hastalıklar ve Şikayetleri" ile "Yönetmelik Destek ve Yaklaşımlar" başta olmak üzere iş sağlığı ve güvenliği alanlarının iyileştirilmesi gerekmektedir.

Teşekkür

Çalışmanın literatür taraması, anket oluşturulması ve veri toplanmasında MKÜ Tıp Fakültesi İntörn Doktorları Muhammed Akay, Yağmur Atakan, Dilan Coşgun, Abdullah Çelik, Ayşegül Ekri,

Ömer Faruk Geçici, Abdurrahman Güngör, Merve Koçer, Merve Külahlıoğlu, Burcu Sat, Erdem Şahin, Halil Oktay Usluer ve Emre Yakut'a teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. İşte Sağlık Dergisi. İş Sağlığı Güvenliği ve Sorumluluklar. Temmuz 2010. (Erişim Tarihi:14.12.2017).<http://www.istesaglikdergisi.com.tr/index.php/temmuz-2010/72-is-sagligi-guvenligi-vesorumluluklar>.
2. Sabuncuoğlu Z. İnsan kaynakları yönetimi [Human Resources Management]. Bursa: Ezgi Kitabevi;2000.
3. Abdullah NAC, Spickett JT, Rumkeve KB, Dhaliwal SS. Validity and reliability of the safety climate measurement in Malaysia. International Review of Business Research Papers 2009;5:111-141.
4. Bektaş G, İşçi E, Haçıroğlu M. Tıbbi atıkların çevre sağlığına etkileri ve Haseki Devlet Hastanesi ve İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü'nde hasta başına düşen tıbbi atık miktarının tespiti ile ilgili bir araştırma. Hastane Yönetimi 2005;Temmuz-Ağustos-Eylül:24-31.
5. Bahçecik, N, Öztürk, H. The occupational safety and health in hospital from the point of nurses. Collegium Antropologicum, 2009; 33 (4): 1205-1214.
6. Uğurlu N, Yılmaz B, Karabacak F. İki farklı hastanede çalışan hemşirelerin mesleki risk faktörlerinin belirlenmesi. İ.Ü. F.N. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi -2010;18:19-25.
7. Çinal A, Demir M. Hastanelerde hizmet standartları. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara: Pozitif matbaa Ltd. Şti.; 2011.
8. Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına dair yönetmelik. Resmi Gazete, 06 Nisan 2011, Sayı 2789.
9. Özkan Ö, Emiroğlu O. Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı Ve İş Güvenliği Hizmetleri. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006, 10 (3): 43-51.
10. Gül A, Üstündağ H, Kahraman B, Pürisa S. Hemşirelerde kas iskelet ağrılarının değerlendirilmesi. HSP 2014;1:1-10.
11. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization and quality of care: cross-

- national findings. Nurs Outlook. 2002;50:187–94.
12. Pala, K. Türkiye’de İş Sağlığında Durum. TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. Temmuz 2000;3:3.
 13. Öztürk H, Babacan E. Bir Ölçek Geliştirme Çalışması: Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2012;9(1): 36-42.
 14. Deveci SE, Açık Y, Ercan E, Oğuzöncül AF. Bir Üniversite Hastanesinde Temizlik Çalışanlarının Temizlik ve Hijyen Konusundaki Davranışlarının Değerlendirilmesi FÜ Sağ Bil Tıp Derg 2010; 24(2): 123-127.
 15. Pittet D. Improving compliance with hand hygiene in hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol 2000; 21:381–386
 16. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S et al. Effectiveness of a hospital wide programme to improve compliance with hand hygiene. Lancet 2000; 356: 1307–1312
 17. Pittet D. Compliance with hand disinfection and its impact on hospital-acquired infections. J Hosp infect 2001; 48: 40–46.
 18. Sönmez MÇ, Gülhan B, Otuzoğlu M, Yakut Hİ, Tezer H. Pediatri Yoğun Bakım Ünitesindeki Sağlık Personelinin El Hijyenine Uyumunun Değerlendirilmesi. Türkiye Çocuk Hast Derg/Turkish J Pediatr Dis. 2014; 2: 75-78.
 19. Altıok M, Kuyurtar F, Karaçorlu S, Ersöz G, Erdoğan S. Sağlık Çalışanlarının Delici Kesici Aletlerle Yaralanma Deneyimleri ve Yaralanmaya Yönelik Alınan Önlemler, Onuncu İç Hastalıkları Kongresi, 15- 19 Ekim 2008
 20. Çalışkan D, Akdur R. Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kendi Bildirimleri İle Karşılaştıkları Mesleki Riskler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası; 2001;54(2):135-142.
 21. Flores A, Pevalin DJ. Healthcare workers compliance with glove use and the effect of glove use on hand hygiene compliance. Br J Infect Control 2006; 7(6):15-9.
 22. Erol S, Özkurt Z, Ertek M, Kadanalı A, Taşyaran M. Sağlık Çalışanlarında Kan ve Vücut Sıvılarıyla Olan Mesleki Temaslar. Hastane İnfeksiyonları Dergisi 2005;9(2):101-106.
 23. Uçak A. Sağlık Personelinin Maruz Kaldığı İş Kazaları Ve Geri Bildirimlerinin Değerlendirilmesi, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009.
 24. Çelik Y, Akduman D, Kıran S. Sağlık Çalışanları ve Öğrencilerin Kan ve Vücut Sıvılarıyla Bulaşan Enfeksiyonlar, Enfeksiyon Kontrol Önlemleri Hakkındaki Bilgi Düzeyleri, Temas Sıklıkları, Serolojik Durumları ve Hepatit B Aşılama Durumlarının Değerlendirilmesi, Türkiye Klinikleri J Med Sci 2010;30(4):1246-55
 25. Önal Ö. Acil Sağlık İstasyonlarında Çalışan Personelin Mesleki Risk Durumları. Journal of Contemporary Medicine 2015;5(4): 239-244 Doi: 10.16899/ctd. 46579
 26. Özakar Akçal S, Aydın Z. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kesici-Delici Tıbbi Aletleri Güvenli Kullanımlarına İlişkin farkındalıkları. J ContempMed 2016; 6(4): 319-326.
 27. Öztürk H, Babacan E, Anahtar EÖ. Hastanede çalışan sağlık personelinin iş güvenliği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences 2012;1(4):252-268.
 28. Abacıgil F, Çapacı B, Beşer E, Gürcan B, Avcil M, Uğurlu A. Sağlık personellerinin iş güvenliği algısı ve iş kazaları ile ilişkisi. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı 2015:658-659.
 29. Özmuşul B, Ulutaşdemir N, H Balsak. Özel bir hastanede görev yapan hekim dışı sağlık çalışanların iş sağlığı ve güvenliği kapsamında karşılaştıkları risk ve tehlikelerin iş stresi düzeylerine etkisi 2015. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Özet Kitabı 2015;252-253.
 30. Çelikkalp Ü, Varol Saraçoğlu G, Keloğlu G. Hemşirelerin çalışma ortamlarında iş güvenliği uygulamalarının değerlendirmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016;15:1-4.

Tip 2 Diyabet Hastalarında Diyabet Kontrolünü Zorlaştıran Faktörlerin İncelenmesi**Investigating the Factors that Complicate Diabetes Control in Patients with Type 2 Diabetes**Yavuz ÜREN^a, Elanur YILMAZ KARABULUTLU^b

ÖZ Amaç: Araştırma Tip 2 diyabetli hastalarda diyabet kontrolünü zorlaştıran faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırma Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi iç hastalıkları polikliniklerinde yapılmıştır. Araştırma Nisan-Ağustos 2015 tarihleri arasında muayene ve kontrol için başvuran ve araştırma kriterlerine uyan 150 Tip 2 Diyabetli hasta ile yürütülmüştür. Hastaların kişisel ve ibbi özelliklerinin belirlenmesi için "Hasta Bilgi Formu" ve diyabet kontrolünü zorlaştıran faktörlerin belirlenmesi için "Diyabet Bakım Profili" ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizi SPSS 23 paket programı ile yapılmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya alınan hastasının yaş ortalaması 56.77±10.43 yıl, Açlık Kan Şekeri ortalama 214.04±87.74, HbA1c ortalaması 10.17±2.63 ve Beden Kitle İndeksi 29.53±5.05 bulunmuştur. Diyabetli hastaların diyabet yönetimini zorlaştıran faktörlerden en yüksek puan ortalaması negatif tutum (3.09±1.14) alt boyutunda bulunmuştur. Hastaların diyabet yönetimini zorlaştıran faktörlerden en düşük puan ortalaması ise tedavi engellerinde (1.31±0.56) bulunmuştur. Hastaların cinsiyet, yaş, eğitim, çalışma durumu, meslek, ekonomik durum gibi sosyodemografik özellikleri ile tanı süresi, kontrollerini düzenli yaptırma durumu, hastaneye yatış sayısı, tedavi şekli ve diyabete bağlı gelişen kronik komplikasyon varlığı gibi hastalığa ilişkin özelliklerin diyabet kontrolünü zorlaştıran faktörleri etkilediği görülmüştür (p<0.05). **Sonuç:** Tip 2 diyabet hastalarının metabolik kontrolünün iyi düzeyde olmadığı ve hastalığa karşı negatif tutumlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların bazı sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özelliklerinin diyabet yönetimini zorlaştırdığı gözlenmiştir. Hastaların diyabet yönetimi konusunda daha fazla desteklenmesi, olumsuz tutumlarının değiştirilmesi konusunda uygun girişimlerin yapılması, hastaların karşılaştıkları kontrol problemlerinin ve etkilenen sosyal ve kişisel gereksinimlerinin belirlenmesi ve engellerin ortadan kaldırılmasına yönelik girişimlerin planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik; diyabet bakım profili; tip 2 diyabetes mellitus.

ABSTRACT Aim: The study aimed to identify the factors that complicate the management of diabetes of Type 2 Diabetes Mellitus patients to disease processes. **Material and Method:** This descriptive study was conducted with 150 Type 2 Diabetes Mellitus patients who consulted Van Regional Training and Research Hospital Internal Medicine Polyclinics for medical exam and control between April-August 2015 and who fit the research criteria. In the study, "Patient Information Form" was used to identify patients' personal and medical characteristics and "Diabetes Care Profile" scala to determine the factors that complicated diabetes control. SPSS 23 statistics software program was used in data analysis. **Results:** Mean age for 150 participants was found to be 56.77±10.43 years, mean Fasting Blood Glucose was 214.04±87.74, HbA1c was 10.17±2.63 and Body Mass Index was found to be 29.53±5.05. Negative attitude mean score was identified to be the highest (3.09±1.14) factor among salient factors that complicated diabetes management whereas barriers in treatment had the lowest mean score (1.31±0.56) in diabetes management. It was determined that socio-demographic characteristics such as gender, age, education, status of employment and economic status and characteristics related to disease such as time of diagnosis, having regular check-ups, number of hospitalizations, type of treatment and existence of chronic complications related to diabetes have been found factors that complicate controlling diabetes (p<0.05). **Conclusion:** Metabolic control of patients with type 2 diabetes was not at a good level and their negative attitudes toward the disease were high. Some of the sociodemographic and disease-related characteristics of the patients made diabetes control difficult. It is proposed to further support the patients in diabetes management, to make appropriate attempts to change their negative attitudes, to plan the control problems faced by the patients and to identify the affected social and personal needs and to remove the barriers.

Keywords: Diabetes care profile; nursing; type 2 diabetes mellitus.

Geliş Tarihi/Received: 20-12-2017 / Kabul Tarihi/Accepted: 19-07-2018

^a Öğr. Gör. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Van; ORCID: 0000-0002-1382-9200

^b Prof. Dr. Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Erzurum, email: elanur@atauni.edu.tr, ORCID: 0000-0001-5798-853X

Sorumlu Yazar/Correspondence: Öğr. Gör. Yavuz ÜREN, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Van

Giriş

Diyabet; pankreastan kan glukoz seviyesini düzenleyen insülin hormonunun yetersiz üretimi sonucu ortaya çıkan, ya da üretilen insülinin vücutta kullanılmaması sonucu ortaya çıkan ciddi, kronik bir hastalıktır (1). Diyabetli hasta prevalansı giderek artmakta ve tüm dünyada diyabetli hasta sayısı 2015 yılı itibari ile 415 milyon iken 2040 yılında bu sayının artarak 642 milyona ulaşması öngörülmektedir (2). Dünya'da bir epidemi olarak nitelendirilen diyabet, insan sağlığını hem bireysel hem de toplumsal olarak olumsuz etkilemekte, ekonomik yük getirmekte ve yaşam kalitesini ciddi şekilde bozmaktadır (3). Diyabet takip ve tedavi ile birlikte kontrolü sağlanamadığında yıllar içinde çeşitli organların ve sistemlerin çalışması üzerine olumsuz etkiler bırakmaktadır. Bu nedenle diyabet yönetiminde; damarsal komplikasyonları önlemek, metabolik kontrolü normal düzeylerde tutmak, açlık kan şekeri değeri, tokluk kan şekeri değeri, glikolize hemoglobin, serum kolesterol düzeyleri, normal kan basıncı düzeyi ve trigliserit düzeyini sağlamak ve korumak, sigarayı bırakmak, ideal vücut ağırlığına ulaşmak hedeflenmelidir (4).

Diyabet uzun süreli bir hastalık olduğu için ömür boyu bakım ve yönetim gerektirir. Hastalar diyabet yönetiminde davranışsal seçim ve uygulamalara dayalı yaşam tarzı geliştirmek zorunda olduğundan dolayı diyabet bakımında merkezi konumdadır (5). Bunun için diyabetli bireyin hastalığının yönetiminde sorumluluk alabilmesi, tedavilerin faydaları ile ilgilenmesi ve majör tedavi engellerini algılayabilmesi, test sonuçlarını yorumlayabilmesi, etkili tıbbi beslenme tedavisini ve düzenli egzersiz programını sürdürebilmesi, uygun kan glukoz hedeflerini elde edebilmesi, hipoglisemiye önleme ve tedavi etme konusunda etkili bireysel yönetimi gerçekleştirebilmesi sağlanmalıdır (6). Ancak diyabetliler hastalığın bireysel yönetimini sürdürürken bazı engeller ile karşılaşabilmektedir. Bunlar; kontrol problemleri (hiperglisemi ve hipoglisemi yaşama durumu), sosyal kişisel faktörler (sosyal çevre ile iletişim ve etkileşim), negatif tutum (hastalıktan korkma, endişelenme), tedavi engelleri (ilaçlarını uygulama) ve izleme engelleridir (AKŞ takibi ve sıklığında bozulma) (7). Hastaların karşılaştıkları zorluklar/engeller hastalık yönetimini aksatmaktadır (8). Diyabet yönetimi kötü olan hastalarda daha fazla

hiperglisemi/hipoglisemi yaşanmakta ve nöropati ve retinopati gibi komplikasyonlar artmaktadır (9). Özellikle yoğun insülin tedavisinin oluşturduğu hipoglisemi korkusu, diyabete uyum ve metabolik kontrolü olumsuz etkilemektedir (10). Diyabet, hastaların sosyal ve kişisel yaşamlarını kısıtlayabilir ve özellikle diyet konusunda sınırlamalar yaşatabilir (11). Hastalığına karşı negatif tutum sergileyen hastaların tedavi süreçleri bozulabilir. Diyet uyumsuzluğu ve kontrollere gitmeme gibi oluşacak diyabet bakım engelleri kötü glisemik tablo oluşturarak hastaların yaşam kalitesini bozabilir (12). Diyabet hastalarının tedavilerinde yaşadıkları güçlüklerin hastaların yaşam kalitesini ve HbA1c düzeyini olumsuz etkilediği de gösterilmiştir (13). Bu yüzden diyabet hastalarının bakım süreçlerinde zorluklar-/engellerin belirlenmesi ve bu zorluklar/engellere yönelik çözüm ve destekler üretilmesi diyabet yönetimi için oldukça önemlidir.

Bu araştırma Tip 2 Diyabet hastalarında kontrol problemleri, sosyal-kişisel faktörler, tıbbi engeller, negatif tutum, izleme engelleri ve egzersiz engelleri gibi diyabet kontrolünü zorlaştıran faktörleri belirlemek ve bu faktörlere sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özelliklerin etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın verileri Nisan 2015 – Ağustos 2015 tarihleri arasında Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Polikliniklerinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini belirtilen tarihler arasında hastanenin İç Hastalıkları Polikliniklerine muayene ve kontrol amacıyla başvuran Tip 2 Diyabet tanısı almış hastalar oluşturmuştur. Nisan-Ağustos 2015 tarihleri arasında haftanın iki günü (Pazartesi ve Salı) veri toplanarak araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan 150 kişi araştırma örnekleme alınmıştır. Araştırmaya alınma kriterleri; konuşma ve işitme kaybı olmama, psikiyatrik bir tanı almamış olma ve 18 yaş ve üzeri olmadır.

Verilerin toplanmasında "Hasta Bilgi Formu" ve "Diyabet Bakım Profili" kullanıldı. Hasta Bilgi Formu diyabet hastalarının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu vb. gibi kişisel özellikleri, tedavi şekli, komplikasyon varlığı, hastaneye yatış sayısı ve düzenli olarak

kontrolleri yaptırma durumu gibi hastalık özellikleri ve açlık kan şekeri, HbA1c, trigliserit, HDL kolesterol, LDL kolesterol gibi klinik parametreleri içeren sorulardan oluşmaktadır.

Araştırma kriterlerine uyan hastalar ile muayene sonrası polikliniklerde uygun bir odada görüşülerek araştırmanın amacı açıklanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden 150 hastaya veri toplama araçları içerisindeki sorular sorularak cevaplar uygulayıcı tarafından alınmıştır. Eğitim durumu, çalışma durumu vb. gibi kişisel özellikleri, tedavi şekli, komplikasyon varlığı, hastaneye yatış sayısı ve düzenli olarak kontrolleri yaptırma durumu gibi hastalık özelliklerini içeren soruların cevaplanmasında hastaların beyanları esas alınmıştır. Görüşmeler yaklaşık 25 dk. sürmüştür. Hastalar ile görüşüldüğü gün açlık kan şekeri, HbA1c, trigliserit, HDL kolesterol, LDL kolesterol değerlerine hastane laboratuvar sonuçlarından ulaşılmıştır. Kilo, boy, kan basıncı, bel ve kalça çevresi araştırmacı tarafından ölçülmüş ve beden kitle indeksi araştırmacı tarafından hesaplanmıştır.

Diyabet Bakım Profili: Michigan Diabetes Research and Training Center'da görevli Anderson ve ark. (14) tarafından 1989'da oluşturulmuş ve 1996 yılında aynı merkezde görevli olan Fitzgerald ve ark. (7) tarafından yenilenmiştir. 1999 yılında H. Şeyda Özcan tarafından Türkçe'ye çevrilerek geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (11). Diyabet Bakım Profili'nde diyabet kontrolünü zorlaştıran faktörler; kontrol problemleri, sosyal-kişisel faktörler, negatif tutum, tıbbi engeller, izleme engelleri ve egzersiz engelleri olmak üzere 6 alt grup ve diyabet kontrolünü iyileştiren faktörleri kapsayan; pozitif tutum, öz-bakım yeterliliği, bakımın önemi, öz-bakıma uyum, diyetle uyum, diyabet bilgisi, uzun dönem bakımının yararları, destek tutumları olmak üzere 8 alt gruptan oluşmaktadır.¹¹ Bu çalışmada Diyabet Bakım Profili içerisinde yer alan diyabet kontrolünü zorlaştıran faktörleri kapsayan 6 alt grup kullanıldı. Beşli likert tipi puanlama ile değerlendirilen ölçek maddeleri ile istenirse her alt boyut içindeki madde puanları toplanarak alt boyut madde sayısına bölünmesi ile 1'den 5'e kadar değişebilen alt boyut toplam puan ortalamaları hesaplanabilmektedir. Tüm ölçeğin

total puanı hesaplanmamakta, sonuçlar alt boyut toplam puanları üzerinden değerlendirilmektedir (11). Alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; "kontrol problemleri" için ortalamanın düşük olması hastanın hipoglisemi ve hiperglisemi gibi semptomları daha az yaşadığı, yüksek olması ise bu semptomlarla hastanın daha fazla karşılaştığı söylenebilir. "Sosyal kişisel faktörler" ortalama puanının düşük olması hastaların diyabete bağlı gelişebilecek sosyal, ekonomik ve kişisel problemleri daha az yaşadığını, yüksek olması ise bu problemleri daha fazla yaşadığını gösterir. "Negatif tutum" ortalama puanının düşük olması hastaların diyabete bağlı gelişebilecek korku, mutsuzluk, üzüntü gibi deneyimleri daha az yaşadığını, yüksek olması ise bu deneyimlerin daha fazla yaşandığını gösterir. "Tedavi engelleri" ortalama puanının düşük olması hastaların OAD ve insülin kullanım dozlarına müdahale etmedikleri, yüksek olması ise OAD ve insülin kullanım dozlarına müdahale ettiklerini gösterir. "İzleme engelleri" ortalama puanının düşük olması hastaların kan şekeri izlemlerinin düzenli olduğunu, yüksek olması ise düzensizliği gösterir. "Egzersiz engelleri" ortalama puanının düşük olması hastaların egzersize engel sıklığının daha az olduğu, yüksek olması ise daha fazla engel yaşadıklarını gösterir. Yaptığımız çalışmada Cronbach's Alpha değerleri; kontrol problemleri için 0.84, sosyal-kişisel faktörler için 0.91, negatif tutum için 0.94, tedavi engelleri için 0.88, izleme engelleri için 0.93 ve egzersiz engelleri için 0.71 olduğu tespit edildi. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının Cronbach's Alpha değerleri ile benzerlik gösteren çalışmamız bu yönüyle yüksek iç tutarlılık yansıtmaktadır.

İstatistiksel Analiz: Araştırmadan elde edilen verilerin analizi için SPSS 23 (Statistical Packages for the Social Sciences) istatistik paket programı kullanılmıştır. Hastaların kişisel ve hastalığa ait özelliklerinin analizinde yüzdelik testi kullanılmış, diyabet kontrolünü zorlaştıran faktörleri kapsayan 6 alt grubu puanlarını değerlendirmek için ise her alt grup aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Kişisel ve hastalık özelliklerinin diyabeti zorlaştıran faktörlere etkisini belirlemek için verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine bakılarak iki kategorili grupları karşılaştırmada t-testi veya Mann Whitney U

testi, ikiden fazla kategoriye sahip değişkenlerde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Farklı grupları belirlemek için Duncan çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Yaş, tanı süresi ve metabolik kontrol değişkenleri ile diyabeti zorlaştıran faktörler arasındaki ilişkiyi belirlemede Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Hesaplamalarda istatistik anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alınmıştır.

Gerekli izinler: Araştırma yapılmadan önce Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığından etik kurul onayı ve araştırmanın yapılacağı Van Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden Tez Çalışma İzni alınmıştır. Araştırma öncesinde hastalara araştırmanın amacı anlatılmış ve hastalardan "Gönüllülerin Rızasının Alınması Protokolü" çerçevesinde bilgilendirilmede bulunulmuştur. Araştırmaya katılım için gönüllü olan katılımcılardan yazılı onam alınarak uygulamaya başlanmıştır.

Bulgular

Hastaların yaş ortalaması 56.77 ± 10.43 yıl, %38.7' si erkek, %61.3' ü kadın, %54.7' si eğitim almamış ve %13.3' ü lise ve üzeri eğitim almıştır. Hastaların %86.7' sinin çalışmadığı belirlenmiş olup bunların %62.0' si ev hanımı ve %16' sı emeklidir. Hastaların hastalığa ait özellikleri incelendiğinde; ortalama tanı süresinin 8.9 ± 6.5 yıl olduğu, hastaların % 37.3' ünün oral antidiyabetik tedavi aldığı ve %55.3' ünün hastalığını başka hastalık muayenesinde öğrendiği, %20' sinde diyabete bağlı gelişen kronik komplikasyonların olduğu ve bu hastaların %40'ında böbrek yetmezliği geliştiği tespit edilmiştir. Hastaların %44.7' sinin düzenli olarak kontrollerini yaptırdığı, %57.3' ünün son bir yılda diyabet ya da komplikasyonları nedeniyle hastanede yattığı belirlenmiştir.

Hastaların AKŞ ortalaması 214.04 ± 87.74 mg/dl ve HbA1c ortalaması 10.17 ± 2.63 'dür. Ölçülen beden kitle indeksi ortalaması 29.53 ± 5.05 cm, sistolik kan basıncı ortalaması 124.20 ± 13.82 mmHg, diyastolik kan basıncı ortalaması 76.40 ± 10.82 mmHg'dır. Trigliserit ortalaması 191.71 ± 122.05 mg/dl, HDL kolesterol ortalaması 43.17 ± 28.19 mg/dl ve LDL kolesterol ortalaması 121.60 ± 51.06 mg/dl'dir.

Hastaların ölçek alt boyutlarından aldıkları ortalama puanları incelendiğinde; negatif tutum alt boyutundan en yüksek ortalama puanı aldıkları tespit edilmiştir (3.09 ± 1.14). Bunu sırasıyla sosyal kişisel faktörler (2.97 ± 0.87), izleme engelleri (2.39 ± 1.25), egzersiz engelleri (2.34 ± 1.00), kontrol problemleri (2.30 ± 0.82) izlemektedir. En düşük ortalama puan ise tedavi engelleri alt boyutundan alınmıştır (1.31 ± 0.56) (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların ölçekten aldıkları ortalama puanları

Diyabet Bakım Profili (Diyabet kontrolünü zorlaştıran faktörleri kapsayan alt boyutlar)	Ort.±SS
Kontrol Problemleri	2.30±0.83
Sosyal Kişisel Faktörler	2.97±0.87
Negatif Tutum	3.09±1.14
Tedavi Engelleri	1.31±0.56
İzleme Engelleri	2.39±1.26
Egzersiz Engelleri	2.34±1.00

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre diyabetin kontrolünü zorlaştıran faktörler Tablo 2'de verilmiştir. Hastaların cinsiyetlerinin sosyal ve kişisel faktörler ve negatif tutum ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu belirlenmiştir. Kadın diyabet hastalarının erkek hastalara göre sosyal ve kişisel gereksinimlerinin ($p<0.05$) ve hastalığa karşı negatif tutumlarının ($p\leq 0.01$) anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Hastaların eğitim durumlarına göre; sosyal ve kişisel faktörler, negatif tutum ve izleme engelleri ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Eğitim almamış hastaların (3.05 ± 0.82) ve ilkökul mezunu hastaların (3.16 ± 3.16) diğer eğitim düzeyine sahip olan hastalardan sosyal ve kişisel faktörler yönü ile daha fazla engele ve negatif tutuma sahip olduğu tespit edilmiştir. Eğitim almamış olan ve lise mezunu olan hastaların daha fazla izleme engelleri ile karşılaştıkları belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 2). Çalışmayan hastaların sosyal ve kişisel gereksinimlerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p\leq 0.01$), çalışan diyabet hastalarının ise hastalığa yönelik negatif tutumlarının daha yüksek olduğu

Tablo 2. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre ölçek alt boyutları ortalama puanlarının dağılımı

	Kontrol Problemleri	Sosyal ve Kişisel Faktörler	Negatif Tutum	Tedavi Engelleri	İzleme Engelleri	Egzersiz Engelleri
	Ort. ±St.S	Ort. ±St.S	Ort. ±St.S	Ort. ±St.S	Ort. ±St.S	Ort. ±St.S
Cinsiyet						
Erkek	1.73±0.80	2.80±0.96	2.66±1.16	1.40±0.62	2.12±1.17	2.15±0.94
Kadın	1.87±0.81	3.08±0.80	3.36±1.05	1.26±0.53	2.56±1.28	2.46±1.02
	t= -1.06	t= -1.95	t= -3.78	t= 1.22	t= -2.12	t= -1.83
	p= 0.29	p=0.02	p=0.01	p=0.22	p=0.52	p=0.58
Eğitim durumu						
Eğitim almamış	1.77±0.82	3.05±0.82	3.18±1.19	1.23±0.49	2.67±1.29	2.46±0.96
İlkokul	2.00±0.89	3.16±0.83	3.30±1.03	1.44±0.65	2.00±1.20	2.32±0.98
Ortaokul	1.98±0.48	2.95±0.87	2.73±1.06	1.23±0.49	1.94±0.40	2.52±1.34
Lise	1.62±0.60	2.35±0.97	2.57±1.10	1.61±0.71	2.39±1.21	1.70±0.86
Üniversite	1.35±0.62	2.08±0.73	2.19±0.72	1.00	1.65±0.81	2.00±0.79
	KW=6.78	KW=13.80	KW=10.64	KW=7.98	KW=10.23	KW=7.69
	p=0.148	p=0.008 (1, 2>4, 5) (3>5)	p=0.031 (1, 2>5)	p=0.092	p=0.037 (1, 4>5)	p=0.104
Çalışma durumu						
Evet	1.66±0.77	2.34±0.89	2.40±1.11	1.25±0.66	2.20±1.07	2.05±1.07
Hayır	1.84±0.81	3.06±0.83	1.25±0.66	1.32±0.55	2.42±1.28	2.38±0.98
	MWU =1146.5	MWU =712.5	MWU =792.0	MWU =348.5	MWU =1234.0	MWU =1053.5
	p=0.40	P=0.01	P=0.04	p=0.62	p=0.71	p=0.17
Meslek						
Ev hanımı	1.86±0.2	3.06±0.80	3.33±1.07	1.25±0.52	2.56±1.27	2.44±1.02
İşçi	2.01±0.49	2.58±0.80	2.30±1.38	1.01±0.25	2.57±1.40	2.43±1.42
Emekli	1.57±0.7	2.78±0.93	2.92±1.10	1.39±0.7	1.73±0.84	2.02±0.85
Serbest meslek	2.01±0.0	3.40±0.75	2.76±1.22	1.48±0.9	2.50±1.50	2.45±0.89
Memur	1.29±0.71	2.04±0.90	2.25±0.94	2.00±0.91	2.06±0.96	1.94±0.87
	KW=10.97	KW=16.30	KW=13.01	KW=10.12	KW=7.81	KW=5.06
	p=0.027 (2, 4>5)	p=0.003 (4>2) (1, 3, 4>5)	p=0.011 (1>2, 5)	p=0.038 (5>1, 2)	p=0.099	p=0.281
Ekonomik durum						
Muhtaç	2.09±0.49	3.58±0.89	3.39±1.07	1.51±0.71	2.08±0.80	2.62±0.76
durumdayım	2.06±1.10	3.50±0.66	3.24±0.89	1.44±0.58	2.12±1.30	2.40±1.00
Ancak geçiniyorum	1.77±0.76	2.95±0.84	3.12±1.20	1.30±0.58	2.49±1.22	2.36±0.98
Orta derecede iyi	1.74±0.79	2.66±0.85	2.91±1.15	1.23±0.50	2.38±1.37	2.22±1.07
İyi	KW=3.16	KW=16.05	KW=2.92	KW=3.79	KW=1.64	KW=1.95
	p=0.37	p=0.001 (1, 2>3, 4)	p=0.40	p=0.28	p=0.65	p=0.58

t= Student t testi, KW= Kruskal-Wallis testi, MWU= Mann Whitney U testi

belirlenmiştir ($p<0.05$). Hastaların mesleklerine göre kontrol problemleri, sosyal kişisel faktörler, negatif tutum ve tedavi engelleri ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Memur olan hastalar; serbest meslek sahibi ve işçi olanlara göre kontrol problemleri ile az karşılaşmakta ($p<0.05$) ve

sosyal ve kişisel gereksinimleri daha az etkilenmektedir ($p<0.05$). Ev hanımı olan hastaların daha fazla negatif tutuma sahip olduğu ve memur hastaların tedavi engellerini daha fazla algıladığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Hastaların ekonomik durumlarına göre sosyal kişisel faktörler ortalama puanlarında istatistiksel olarak

Tablo 3. Hastaların hastalık özelliklerine göre ölçek alt boyutları ortalama puanlarının dağılımı

		Kontrol Problemleri	Sosyal ve Kişisel Faktörler	Negatif Tutum	Tedavi Engelleri	İzleme Engelleri	Egzersiz Engelleri
		Ort. ±St.S	Ort. ±St.S	Ort. ±St.S	Ort. ±St.S	Ort.±St.S	Ort. ±St.S
Tedavi şekli	OAD	1.54±0.95	2.69±0.76	3.00±1.08	1.51±0.63	2.65±1.24	2.22±0.93
	İnsülin	1.97±0.75	2.72±0.81	3.00±1.18	1.24±0.52	2.03±1.20	2.17±0.98
	Önceden OAD iken	1.98±0.64	3.28±0.88	3.18±1.18	MWU	2.30±1.23	2.50±1.05
	şimdi insülin	KW =10.68 p=0.005 (2, 3>1)	KW =18.19 p=0.001 (3>1, 2)	KW=1.43 p=0.49	=507.0 p=0.001	KW=5.91 p=0.052	KW=3.49 p=0.17
Kronik komplikasyon varlığı	Evet	1.91±0.72	3.18±0.99	3.13±1.08	1.41±0.72	2.55±1.38	2.67±0.84
	Hayır	1.79±0.83	2.92±0.84	3.08±1.16	1.27±0.49	2.35±1.22	2.26±1.02
		t= 0.71 p=0.48	t= 1.50 p=0.13	t= 0.21 p=0.84	t= 0.89 p=0.38	t= 0.81 p=0.42	t= 2.26 p=0.03
Son bir yılda hastaneye yatış sayısı	Yatmadım	1.65±0.76	2.71±0.83	2.92±1.21	1.26±0.59	2.46±1.35	2.42±0.90
	1 kez	1.76±0.77	3.02±0.90	3.18±1.11	1.23±0.45	2.41±1.31	2.20±1.20
	2 kez	2.06±1.02	3.20±0.66	3.17±1.08	1.66±0.70	2.43±0.96	2.16±0.75
	3 kez ve üzeri	2.37±0.63	3.59±0.75	3.34±1.02	1.44±0.64	2.01±0.89	2.65±0.73
	KW =12.68 p=0.005 (4>1, 2)	KW =15.65 p=0.001 (4>1, 2)	KW=2.43 p=0.49	KW=8.60 p=0.13	KW=1.10 p=0.77	KW=5.30 p=0.15	
Kontrolleri düzenli yaptırma durumu	Evet	1.82±0.72	2.97±0.98	2.93±1.22	1.31±0.53	2.09±1.17	2.30±0.96
	Hayır	1.81±0.88	2.97±0.78	3.21±1.07	1.31±0.59	2.62±1.28	2.37±1.03
		t= 0.51 p=0.96	t= -0.003 p=0.99	t= -1.51 p=0.13	t= -0.55 p=0.96	t= -2.60 p=0.01	t= -0.40 p=0.68

t= Student t testi, KW= Kruskal-Wallis testi, MWU= Mann Whitney U testi

anlamli fark oluşturduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Ekonomik olarak kendisini muhtaç durumda algılayan hastaların (3.58 ± 0.89) sosyal ve kişisel gereksinimlerinin daha fazla (3.58 ± 0.89) etkilendiği belirlenmiştir (Tablo 2).

Diyabet hastalarının hastalığa ilişkin özelliklerine göre diyabet kontrolünü zorlaştıran faktörler incelendiğinde; hastaların tedavi şekillerine göre kontrol problemleri, sosyal kişisel faktörler ve tedavi engelleri ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamli farklılık oluştuğu belirlendi. Tedavi şekli oral antidiyabetik olan hastaların kontrol problemleri ile daha az karşılaştıkları ($p<0.05$), sosyal ve kişisel gereksinimlerinin daha az etkilendiği ($p<0.01$) ve insülin ile tedavi gören hastaların ise tedavi engellerinin yüksek olduğu ($p<0.01$) belirlenmiştir. Diyabete bağlı gelişen kronik komplikasyona sahip olma durumuna göre egzersiz engeli ortalama puanlarında ($p<0.05$),

komplikasyonlar veya diyabet nedeniyle son bir yılda hastaneye yatış sayısına göre ise kontrol problemleri ($p<0.05$) ve sosyal kişisel faktörler

($p<0.01$) ortalama puanlarına istatistiksel olarak farklılık oluştuğu belirlenmiştir. Kontrollerini düzenli yaptırma durumuna göre izleme engellerinde fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$) (Tablo 3). Hastaların yaş, tanı süresi ve metabolik kontrol değişkenleri ve ölçek alt grup ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 4' te gösterilmiştir. Hastaların yaşları ile negatif tutum alt boyut ortalama puanları arasında pozitif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Tanı süresi ile kontrol problemleri ve sosyal kişisel faktör arasında pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). HbA1c seviyesi ile izleme engelleri ($p<0.01$), BKİ ile egzersiz engelleri ($p<0.01$), HDL kolesterol seviyesi ile kontrol problemleri ($p<0.01$) ve LDL kolesterol seviyesi ile negatif tutum arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0.01$) (Tablo 4).

Tartışma

Bu araştırmada hastaların AKş ve HbA1c değerleri yüksek ve beden kitle indeksi ortalaması hastaların obezite sınırında olduğunu göstermektedir. Trigliserit değerleri ortalaması hedef trigliserid değerinden yüksek, HDL kolesterol

değeri ortalaması hedef HDL değerinden düşük ve LDL kolesterol değeri ise hedef LDL değerinden yüksek bulunmuştur. Amerika Diyabet Birliği (15), ve Sağlık Bakanlığı Türkiye Diyabet Programı (3) güncel kaynaklarında belirtilen hedef değerler incelendiğinde hastaların metabolik kontrolünün kötü olduğu ve hastalık yönetiminde daha fazla yardıma gereksinim duydukları görülmektedir.

Diyabetli hastaların diyabet yönetimini zorlaştıran faktörlerden negatif tutum puan ortalamasının en yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Bu veriler hastaların diyabete karşı korku, ümitsizlik, endişe gibi negatif tutumlarının olduğunu göstermekte ve literatürde de bu durumun yaygın olduğu görülmektedir (11,16-20). Benzer olarak ülkemizde yapılan çalışmalarda diyabet hastalarının hastalığa karşı negatif tutumlarının yüksek olduğu bazı araştırmalarda ortaya konmuştur (11,16,17). Hastaların diyabete uyumunu engelleyen ve diyabet yönetimini zorlaştıran faktörlerden en düşük puan ortalaması ise tedavi engellerinde bulunmuştur. Tedavi engelleri ilaç tedavilerini bilme, günlük aktivitelere uygun insülin dozunu ayarlayabilme ve uygulayabilme ile ilgili engelleri içermektedir. Konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da diyabetlilerin tedavi engellerini düşük düzeyde algıladıkları gösterilmiştir (11,16,21,22). Diyabet hastaları kan şekeri test sonucuna göre insülin dozunu ayarlayabilmeli, aşırı fiziksel egzersiz durumunda insülin dozunu azaltabilmeli, enfeksiyon durumunda insülin dozunu arttırabilmelidir (4). Bu yönüyle düşünüldüğünde araştırma sonucu hastaların hastalığın kontrolünde ilaçları ve insülin dozu ayarlama ve uygulama konusunda engel algısının düşük olduğunu göstermektedir. Hastaların tedavi engellerini diyabet kontrolünü zorlaştıran önemli bir etken olarak görmedikleri düşünülmektedir.

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre diyabetin kontrolünü zorlaştıran faktörler incelendiğinde; cinsiyetin hastaların sosyal ve kişisel gereksinimlerini ve negatif tutumlarını etkilediği tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan kadın hastaların erkeklere göre sosyal ve kişisel gereksinimlerinin daha çok etkilendiği ($p<0.05$) ve daha fazla negatif tutuma ($p<0.01$) sahip olduğu görülmektedir (Tablo 2). Orhan ve Karabacak'ın çalışmasında da kadınların

erkeklere göre hastalık nedeni ile iş, sosyal ve eğlence aktivitelerinin daha olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (23). Toplum içerisinde kadına yüklenen rollerden dolayı aile yaşamındaki sorumlulukları ağırdır (24). Diyabetlilerin hastalık tutumları ilgili araştırmalar incelendiğinde ise farklı sonuçların ortaya çıktığı görülmektedir. Kartal ve ark. Türk toplumunda yaptıkları çalışmalarında kadın diyabet hastalarının erkeklerden daha kötü tutuma sahip olduğunu (25), bu çalışma bulgusunun aksine Fatema ve ark. Bangladesh'te yaptıkları bir araştırmada ise diyabetli kadınların erkeklere göre daha iyi diyabet tutumuna sahip olduğunu belirtmişlerdir (26). Bu sonuçlar cinsiyetin hastalık tutumu üzerindeki etkisinin kültürel farklılardan kaynaklandığını düşündürmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça sosyal ve kişisel gereksinimlerin daha az etkilendiği ve negatif tutumun ve izleme engellerinin azaldığı görülmektedir ($p<0.05$). Haddad ve ark. Malezya'da yaptıkları çalışmada benzer bulgular elde etmiş, diyabet hastalığının eğitim düzeyi arttıkça sosyal ve kişisel gereksinimleri daha az etkilediğini görmüştür (20). Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada da eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha pozitif tutum sergiledikleri gösterilmiştir (25). Çalışan hastaların negatif tutumlarının çalışmayan hastalardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). İş hayatının bazı çalışanlar için stres kaynağı olması ve hastalığa bağlı oluşan stresi arttırdığı düşünülebilir. Çalışan hastaların sosyal ve kişisel gereksinimlerinin daha az etkilendiği saptandı ($p<0.01$). Yapılan bir çalışmada çalışan hastaların hastalık bakım yönetimlerinin çalışmayan hastalardan anlamlı seviyede düşük olduğu gösterilmiştir (27). Memur olan hastalar diğer meslek gruplarına göre hipoglisemi, hiperglisemi gibi kontrol problemleri ile az karşılaşmakta, sosyal-kişisel gereksinimleri daha az etkilenmekte ve tedavi engelleri ile daha fazla karşılaşmaktadır. Bu sonuçta memur olan hastaların rutin yaşam tarzlarından dolayı yemek saatlerinin daha düzenli olması ve buna bağlı olarak ilaç alımlarındaki düzenin etkisi olabileceği düşünülmektedir. Çalışmada ev hanımı olan hastaların hastalığa karşı daha fazla negatif tutuma sahip olduğu görülmektedir. Araştırmanın yapıldığı Van ilinde çoğunluğu ev hanımı olan yetişkin kadın nüfusunun eğitim

seviyesinin düşük olmasının bu sonucu etkilediği düşünülmektedir.

Tablo 4. Hastaların ölçek alt boyutlarından aldıkları ortalama puanları ile yaş, tanı süresi ve metabolik kontrol değişkenleri arasındaki ilişki

	Kontrol Problemleri	Sosyal ve Kişisel Faktörler	Negatif Tutum	Tedavi Engelleri	İzleme Engelleri	Egzersiz Engelleri
Yaş	r = 0.04 p = 0.60	r = 0.12 p = 0.14	r = 0.18 p = 0.03	r = 0.02 p = 0.85	r = -0.11 p = 0.19	r = 0.13 p = 0.12
Tanı Süresi	r = 0.19 p = 0.03	r = 0.16 p = 0.048	r = 0.03 p = 0.76	r = 0.02 p = 0.87	r = -0.12 p = 0.15	r = 0.03 p = 0.70
Açlık Kan Şekeri	r = 0.04 p = 0.64	r = 0.11 p = 0.17	r = 0.07 p = 0.38	r = -0.20 p = 0.054	r = 0.15 p = 0.07	r = 0.06 p = 0.48
HbA1c	r = 0.13 p = 0.11	r = 0.11 p = 0.17	r = 0.03 p = 0.73	r = -0.02 p = 0.85	r = 0.30 p = 0.001	r = 0.05 p = 0.54
Beden Kitle İndeksi	r = 0.06 p = 0.50	r = -0.01 p = 0.91	r = 0.03 p = 0.68	r = -0.05 p = 0.62	r = 0.05 p = 0.49	r = 0.23 p = 0.004
Sistolik Kan Basıncı	r = 0.06 p = 0.45	r = 0.06 p = 0.46	r = 0.01 p = 0.93	r = 0.14 p = 0.18	r = 0.13 p = 0.11	r = 0.16 p = 0.053
Diastolik Kan Basıncı	r = 0.03 p = 0.75	r = -0.01 p = 0.94	r = 0.01 p = 0.92	r = 0.06 p = 0.58	r = 0.06 p = 0.46	r = 0.01 p = 0.85
Trigliserit	r = -0.03 p = 0.67	r = 0.10 p = 0.22	r = 0.01 p = 0.92	r = -0.02 p = 0.86	r = -0.01 p = 0.99	r = 0.02 p = 0.76
HDL kolesterol	r = 0.22 p = 0.008	r = 0.07 p = 0.39	r = 0.03 p = 0.69	r = -0.09 p = 0.41	r = -0.06 p = 0.43	r = 0.03 p = 0.66
LDL kolesterol	r = 0.01 p = 0.85	r = 0.15 p = 0.06	r = 0.28 p = 0.001	r = 0.03 p = 0.74	r = -0.05 p = 0.52	r = 0.11 p = 0.19

Pearson korelasyon analizi

Nitekim 2013 yılı Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre okuma yazma bilmeyen kadınların oranı Türkiye genelinde yaklaşık % 6 iken Van ilinde yaklaşık % 13 olduğu bilinmektedir (28). Hastaların ekonomik durumu kötüleştikçe sosyal ve kişisel gereksinimlerinin daha fazla etkilendiği bulundu ($p < 0.001$). Haddad ve ark. yaptıkları çalışmada benzer sonuca ulaşmışlardır (20). Ekonomik durumun kötü olması bireylerin sosyal ve kişisel gereksinimlerini karşılamak için yeterli para ayıramamalarına neden olabilir. Nitekim Amerika'da düşük gelirli ve sigortasız diyabet hastalarının çoğunlukta olduğu bir bölgede yapılan çalışmada diyabet hastalarının başarılı hastalık yönetimlerinin zor olduğu belirtilmiştir (29).

Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre diyabet kontrolünü zorlaştıran faktörler incelendiğinde; uygulanan tedavi şekli önceden OAD iken şimdi insülin olan hastaların sadece insülin yada OAD kullanan hastalara göre daha fazla kontrol problemleri ile karşılaştıkları ($p < 0.05$) ve sosyal ve kişisel gereksinimlerinin daha fazla etkilendiği tespit edilmiştir ($p < 0.01$). Bu bulgu Li ve ark. çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (22). Ayrıca insülin ile tedavi

edilen diyabetlilerin tedavi engelleri puan ortalamalarının önceden OAD kullanırken şimdi insülin kullanan hastalardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç insülin ile tedavi edilen diyabetlilerin ilaç tedavilerini bilme, günlük aktivitelere uygun insülin dozunu ayarlayabilme ve uygulayabilme ile ilgili engelleri daha fazla algıladıklarını göstermektedir. Nitekim insülin tedavisine başlanan Tip 2 diyabetlilerin tedavinin ilk yıllarında glisemik kontrolünün anlamlı derecede iyileştiği fakat hipoglisemi deneyimlerinin ciddi derecede ortaya çıktığı gösterilmiştir (30). Diyabete bağlı kronik komplikasyon gelişen hastaların daha fazla egzersiz engeli yaşadığı belirlenmiştir ($p < 0.05$). Fiziksel aktivite kronik komplikasyon gelişimi riskini azaltmaktadır (25). Bu nedenle fiziksel egzersiz engellerinin ortadan kaldırılması diyabet kontrolünde yarar sağlayacak önemli bir faktördür. Diyabet veya komplikasyonları nedeniyle hastaneye yatış sayısı artıca hastaların daha fazla kontrol problemleri ile karşılaştığı görülmüştür ($p < 0.01$). Bu bulgu hastalık veya komplikasyonları nedeniyle daha çok hastaneye yatan hastaların daha çok hipoglisemi/hiperglisemi yaşadığını ve bunlarla ilişkili semptomları daha fazla hissettiğini

göstermektedir. Aynı şekilde yatış sıklığı artıkça hastaların sosyal ve kişisel gereksinimlerinin de daha fazla etkilendiği bulunmuştur ($p<0.01$). Yavuz ve ark. yaptıkları çalışma ile hipergliseminin hastanede yatış süresinde uzamaya neden olan bir faktör olduğunu göstermişlerdir (31). Hastanede yatış sosyal yönden kişiyi kısıtlayan ve iş, aile ve sosyal çevreden uzaklaştıran önemli bir etkidir. Hastaneye yatış sayısı arttıkça kişinin sosyal çevresinden ayrı kalması, yapmak istediklerini yapamaması ve para kazanma ile ilgili sorunlar yaşaması muhtemeldir.

Yaş arttıkça negatif tutumun arttığı tespit edilmiştir ($p<0.05$). Mumu ve ark. yaş ile birlikte diyabete karşı farkındalığın artmasına rağmen negatif tutumun arttığını göstermiştir (32). Mansyur ve ark.'nın çalışmasında yaş arttıkça diyete ve diyabet bakımına uyumun azaldığı gösterilmiştir (33). Yaşlanmayla artan kronik hastalıklar, kişisel yetersizliklerin artması ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık, yaşam kalitesini azaltarak kronik hastalığa sahip yaşlıların olumsuz tutum sergilemelerine neden olabilmektedir (34,35). Tanı süresi arttıkça hastaların kontrol problemleri ile daha fazla karşılaştıkları bulunmuştur ($p<0.05$). Bu sonuç tanı süresinin artması ile birlikte hastaların daha çok hipoglisemi/hiperglisemi yaşadığını ve bunlarla ilişkili semptomları daha fazla hissettiğini göstermektedir. Yapılan çalışmalarda tanı süresi ile kötü metabolik kontrol arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir (36,37). Ayrıca tanı süresi arttıkça diyabetlilerin sosyal ve kişisel gereksinimleri daha fazla engellenmektedir. Konu ile ilgili başka bir çalışmada da bu araştırma bulgusuna benzer olarak yaş arttıkça günlük yaşam iş, sosyal ve eğlence aktivitelerinin engellendiği algısının arttığı tespit edilmiştir (23).

Hastaların metabolik kontrol değişkenleri ile diyabet kontrolünü zorlaştıran faktörler arasındaki ilişki incelendiğinde; hastaların izleme engelleri arttıkça HbA1c değerleri artmaktadır. İzleme engelleri hastanın kan şekeri takibi yapması/yaptırmasını engelleyen faktörler olarak değerlendirilmektedir. Diyabetli hastalar kan şekeri ölçümlerini kendileri yaparak kan şekeri seviyesini hedef düzeylerde tutabilir. Kan şekeri ölçümünü kendi yapabilen hastaların komplikasyon oranlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (38). Bu nedenle hastaların kendi kendine izlem konusunda eğitilmesinin gerekliliği ortaya

çıkılmaktadır. BKİ değeri ile egzersiz engelleri arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($p<0.01$). Benzer şekilde Kara ve Çınar'ın çalışmasında da egzersiz engelleri ile BKİ arasında pozitif yönlü ilişki olduğu belirlenmiştir (16). Bu çalışmada LDL kolesterol değeri ile negatif tutum arasında pozitif ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.01$). Benzer şekilde olumsuz tutuma sahip diyabet hastalarının metabolik kontrol düzeylerinin daha kötü olduğu, HbA1c ve kan basınçlarının da daha yüksek olduğu gösterilmiştir (11).

Sonuç

Çalışmamızda diyabet yönetimini zorlaştıran en önemli faktörün hastaların negatif tutumu olduğu belirlenmiştir. Kadın hastaların, okula gitmeyenlerin, çalışanların, ev hanımı olanların daha fazla negatif tutum gösterdikleri görülmüştür.

İşçi ve serbest meslek sahiplerinin, son bir yılda 3 ya da daha fazla hastaneye yatanların ve önceden oral antidiyabetik kullanırken şimdi insülin tedavisine geçen hastaların daha fazla kontrol problemi yaşadığı, kadın hastaların, okula gitmeyenlerin, çalışmayanların, ev hanımı ve serbest meslek sahiplerinin, ekonomik olarak kendini muhtaç olarak algılayanların, son bir yılda 3 ya da daha fazla hastaneye yatanların ve önceden oral antidiyabetik kullanırken şimdi insülin tedavisine geçen hastaların sosyal ve kişisel gereksinimlerinin daha fazla etkilendiği belirlendi. Memur hastaların ve tedavi şekli insülin olanların daha fazla tedavi engeli ile karşılaştığı tespit edildi. Okula gitmeyen ve düzenli olarak kontrollerini yaptırmayan hastaların daha fazla izleme engeli ile, diyabete bağlı kronik komplikasyon gelişmiş hastaların ise daha fazla egzersiz engeli ile karşılaştıkları tespit edildi. Hastaların yaşları arttıkça negatif tutumlarının arttığı, hastalık süresi arttıkça daha çok kontrol problemi yaşadıkları ve sosyal ve kişisel gereksinimlerinin daha çok etkilendiği belirlendi.

Hastaların metabolik kontrol değişkenleri ortalamalarının oldukça yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Hastaların HbA1c değerleri arttıkça izleme engellerinin arttığı, BKİ arttıkça egzersiz engellerinin arttığı, HDL kolesterol düzeyi arttıkça kontrol problemlerinin ve LDL kolesterol düzeyi arttıkça da negatif tutumlarının arttığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Hastaların diyabet yönetimi konusunda daha fazla desteklenmesi, hastaların olumsuz tutumlarının değiştirilmesi konusunda uygun girişimlerin yapılması, hastaların karşılaştıkları kontrol problemlerinin ve etkilenen sosyal ve kişisel gereksinimlerinin belirlenmesi ve engellerin ortadan kaldırılmasına yönelik girişimlerin planlanması, hastaların tedavi, izlem ve egzersiz ile ilgili karşılaştıkları engellerin çözümüne yönelik hastaların eğitimi ve desteklenmesi önerilmektedir. Özellikle diyabetli birey ve ailesine eğitim ve danışmanlık rolü bulunan diyabet hemşirelerinin, karşılaştıkları Tip 2 diyabet hastalarının sosyodemografik ve hastalık özelliklerini göz önünde bulundurarak, diyabet kontrolünü zorlaştıran faktörlere yönelik girişimlerde bulunmaları, eğitim programları düzenlemeleri diyabet yönetimine katkı sağlayabilir.

Kaynaklar

1. World Healty Organization. Global report on diabetes 2016 (11 Aralık 2016). Erişim adresi: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf?u.
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 2015 (22 Mayıs 2017). Erişim adresi: <http://www.diabetesatlas.org/resources/2015-atlas.html>.
3. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2015-2020 Türkiye Diyabet Programı. 2.Baskı, 2014.
4. Erdoğan S. Diyabet Eğitimi ve Danışmanlık. Diyabet Hemşireliği Derneği (10 Mayıs 2017). http://www.tdhd.org/dhd_kitap/15blm.pdf.
5. Heinrich E, Schaper NC, Vries NK. Self-management interventions for type 2 diabetes: a systematic review. *European Diabetes Nursing*. 2010;7(2):71-76.
6. Satman İ, İmamoğlu Ş, Yılmaz C, Akalin S, Salman S, DİNÇÇAĞ N. Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu. Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği; 2016.
7. Fitzgerald JT, Davis WK, Connell CM, Hess GE, Funnell MM, Hiss RG. Development and validation of the Diabetes Care Profile. *Evaluation & the health professions*. 1996;19(2):208-230.

8. Kahraman G, Tavşanlı NG, Baydur H, Özmen D, Özmen E. Validity and reliability of The Diabetes Obstacles Questionnaire in type-2 diabetic patients. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2016;17:33-44.
9. Kaplan Y, Kurt S, Ünalı HK, Erkorkmaz Ü. Diyabetik polinöropati için risk faktörleri. *Archives of Neuropsychiatry*. 2014;51(1):11-14.
10. Erol Ö. Hipoglisemi korkusu ve yönetiminde hemşirenin rolü. *Türkiye Klinikleri Hemsirelik Bilimleri*. 2012;4(1):37-44.
11. Özcan Ş. Diyabetli hastalarda hastalığa uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi [Doktora tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1999.
12. Önsüz MF, Topuzoğlu A. İstanbul ilinde çeşitli sağlık kuruluşlarında ayaktan izlenen tip 2 diyabetli hastalarda glisemik kontrolün ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Nobel Med*. 2010;39:45-55.
13. Azak A, Altundağ S, Sert H. Tip 2 diabetes mellituslu hastalarda akut yorgunluk sendromu ve etkileyen faktörler (Acute fatigue syndrome and factors effecting it in patients with type 2 diabetes mellitus). *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*. 2008;22:73-6.
14. Anderson RM, Donnelly MB, Gressard CP, Dedrick RF. Development of diabetes attitude scale for health-care professionals. *Diabetes Care*. 1989;12(2):120-127.
15. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2017: summary of revisions. *Diabetes Care*. 2017;40:4-5.
16. Kara K, Çınar S. Diyabet bakım profili ile metabolik kontrol değişkenleri arasındaki ilişki. *Kafkas J Med Sci*. 2011;1(2):57-63.
17. Samancıoğlu BE, Karadağ A, Erkan E, Aktürk A, İlter M, Aktürk C. Tip 2 diyabetik hastalara verilen diyabet eğitiminin içeriği ve hastaların hastalık tutumu. *İkçüsbfd*. 2017;2(1):1-5.
18. Herath HM, Weerasinghe N, Dias H, Weerathna T. Knowledge, attitude and practice related to diabetes mellitus among the general public in Galle district in Southern Sri Lanka: a pilot study. *BMC public health*. 2017;17(1):535-537
19. Al-Maskari F, El-Sadig M, Al-Kaabi JM, Afandi B, Nagelkerke N, Yeatts KB.

- Knowledge, attitude and practices of diabetic patients in the United Arab Emirates. *PLoS One*. 2013;8(1):1-8.
20. Al-Haddad M, Mi MI, Hassali M, Sulaiman SS, Maarup N. Social and psychological evaluations of diabetic patients towards disease management: A cross-sectional study at a university health center in malaysia. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2010;4:2798-2803.
21. Cunningham V, Mohler MJ, Wendel CS, Hoffman RM, Murata GH, Shah JH, et al. Reliability and validity of the DCP among hispanic veterans. *Evaluation & the health professions*. 2005;28(4):447-463.
22. Li J, Li Z, Zhao W, Pan H, Halloran EJ. The reliability and validity of the Diabetes Care Profile for Chinese populations. *Evaluation & the health professions*. 2015;38(2):200-218.
23. Orhan B, Gülseven Karabacak B. Tip 2 diyabetlilerde diyabete ilişkin bilişsel ve sosyal faktörler ve metabolik kontrol parametreleri arasındaki ilişki. *Clin Exp Health Sc*. 2016;6:1-8.
24. Korkmaz A, Korkut G. Türkiye'de kadının İşgücüne katılımının belirleyicileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2012;17(2):41-65.
25. Kartal A, Çağırğan G, Tıgılı H, Güngör Y, Karakuş N, Gelen M. Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutumları ve tutumu etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull*. 2008;7(3):223-230.
26. Fatema K, Hossain S, Natasha K, Chowdhury HA, Akter J, Khan T, et al. Knowledge attitude and practice regarding diabetes mellitus among Nondiabetic and diabetic study participants in Bangladesh. *BMC public health*. 2017;17(1):364.
27. Choi G, Jang SM, Nam HW. Current status of self-management and barriers in elderly diabetic patient. *Korean Diabetes Journal*. 2008;32(3):280-289.
28. Türkiye İstatistik Kurumu. Seçilmiş göstergelerle Van 2013 (27 Nisan 2018). Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/ilGostergeleri/iller/VA/N.pdf>
29. Lautenschlager L, Smith C. Low-income American Indians' perceptions of diabetes. *Journal of nutrition education and behavior*. 2006;38(5):307-315.
30. Gönen MS, Yürümez A, Hersek Ö, Altunoğlu E, Rakıcı H, Scism-Bacon J at al. The risk of severe hypoglycemia in patients with type 2 diabetes mellitus starting insulin therapy with premixed insulin analogues taken twice daily: an observational study in turkish patients. *Türk Jem*. 2013; 17: 83-88
31. Gogas Y, Yazici D, Özcan S, Tarçın Ö, Deyneli O, Akalın S. Hastanede yatan hastalarda hiperglisemi sıklığı. *Marmara Medical Journal*. 2013; 26: 68-71.
32. Mumu SJ, Saleh F, Ara F, Haque MR, Ali L. Awareness regarding risk factors of type 2 diabetes among individuals attending a tertiary-care hospital in Bangladesh: a cross-sectional study. *BMC research notes*. 2014;7(1):599.
33. Mansyur CL, Rustveld LO, Nash SG, Jibaja-Weiss ML. Social factors and barriers to self-care adherence in Hispanic men and women with diabetes. *Patient education and counseling*. 2015;98(6):805-810.
34. Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, Büker N, Cavlak U. Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2009;2(1):48-60.
35. Sönmez Y, Uçku R, Kıtay Ş, Korkut H, Sürücü S, Sezer M, et al. İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007;21(3):145-153.
36. Çıtıl R, Öztürk Y, Günay O. Kayseri il merkezinde bir sağlık ocağına başvuran diyabetik hastalarda metabolik kontrol durumu ve eşlik eden faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*. 2010;32(2):111-122.
37. Kaplan Y, Kurt S, Ünaldı, HK, Erkorkmaz Ü. Diyabetik polinöropati için risk faktörleri. *Archives of Neuropsychiatry*. 2014; 51: 11-14.
38. Aydın H, Deyneli O, Yavuz D, Tarçın Ö, Akalın S. Does the frequency of the self-monitoring of blood glucose influence glycemic control in type 2 diabetic patients. *Marmara Medical Journal*. 2005; 18: 13-16.

Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Düşme Korkusunu Azaltmada Güvenli Hareket ve Yürüme Programının Etkisi

The Effects of Safe-Movement and Walking Program on Reducing the Fear of Falling in Elderly Individuals Living in a Nursing Home

Gülcan ŞEN^a, Saime EROL^b

ÖZ Amaç: Bu çalışma, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin düşme korkusunu azaltmada “Güvenli Hareket ve Yürüme Programının” etkisini göstermek amacı ile yürütülmüştür. **Gereç ve Yöntem:** Çalışma; ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel tasarım ile Kasım 2012-Nisan 2013 tarihleri arasında Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı İstanbul İl Müdürlüğüne bağlı bir huzurevinde yaşayan 73 yaşlı ile gerçekleştirildi. Yaşlılara düşme, düşme korkusu, güvenli hareket davranışları, fiziksel aktivite ve yürüyüşü artırmaya yönelik altı haftalık girişim programı uygulandı. Veri toplama aracı olarak, Yaşlı Bilgi Formu, Tinetti Düşmenin Etkisi Ölçeği (TDEÖ), Yaşlılar İçin Düşme Davranışları Ölçeği (YİDDÖ) ve Tinetti Denge ve Yürüme Değerlendirmesi (TDYD) formları kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde Student t test, Mann-Whitney U test, varyans analizi, Bonferroni test, Friedman test ve Wilcoxon Signed Rank test kullanıldı. **Bulgular:** Çalışmanın sonucunda deney grubundaki yaşlıların Tinetti Düşmenin Etkisi Ölçeği toplam puanı, YİDDÖ toplam puanı ile Bilişsel Uyum, Hareketlilik, Sakınma, Farkındalık, Pratiklik, Seviye Değişikliği, Telefona Yetişme ve Dikkatlilik alt boyut puanları kontrol grubundan yüksek bulundu. **Sonuç:** “Güvenli Hareket ve Yürüme Programının” huzurevlerinde yaygınlaştırılması önerilir. **Anahtar Kelimeler:** Yaşlı, düşme, düşme korkusu, güvenli hareket, yürüme

ABSTRACT Aim: The aim of this study is to determine the effects of “Safe-Movement and Walking Program” on fear of falling in the elderly individuals living in a nursing home, using pre-/post-tests and a control-group quasi-experimental research design. **Material:** The study was carried out with 73 elderly participants who had been living in a rest home operating under the auspices of the Ministry of Family and Social Policies in Istanbul, over the period of November 2012 – April 2013. 6-week intervention program was applied for the elderly individuals oriented to falling, fear of falling, safe-movement behaviours and increasing physical activities and walking. In the study, Elderly Information Form, Tinetti Falls Efficacy Scale (FES), Elderly Falls Behavioural (FaB) Scale and Tinetti Balance and Gait Assessment Form (BGAF) was used as a data collection instrument. Student t test, Mann-Whitney U test, Variance, Bonferroni test, Friedman test and Wilcoxon Signed Rank test was used in evaluation of data. **Result:** In the study, it was observed that in experimental group, the sub-scale scores of the elderly individuals about their total scores of FES, FaB total score and Cognitive Accommodation, Practicability, Awareness, Avoidance, Activity, Level Change, Catching up Phone calls, Carefulness was higher than in control group. **Conclusion:** It is recommended that “Safe-Movement and Walking Program” is generalized and more applied in nursing homes.

Keywords: elderly, fall, fear of falling, safe movement, walking

Giriş

Düşmeler yaşlı bireylerde yaralanmaların en belirgin evrensel nedenidir. Tehlikeli düşmelere maruz kalan yaşlıların sayısının artması nedeniyle düşmeler kasıtsız yaralanmaların yol açtığı ölüm nedenlerinin ikinci sırasında yer almaktadır (1,2). Düşme sadece yaşlılara özgü bir durum değildir, fakat yaşlılık dönemindeki düşmeler bireye, aileye ve sağlık çalışanlarına sosyal ve psikolojik olarak olumsuz etkileri nedeniyle giderek önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmektedir. Düşme deneyimi

yaşamak, kalça kırıkları ve beyin hasarı gibi ciddi yaralanmalara maruz kalmak, engellilik ve ölüm olaylarına tanık olmak yaşlılarda düşme korkusuna yol açmakta ve yaşam kalitesini azaltmaktadır. Düşme korkusunun gelişmesiyle ileriki dönemlerde düşme riski de artmaktadır (1-7). Tinetti ve ark. (1994) düşme korkusunu “temel günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken düşmeden korunmada kendini yetersiz hissetme” olarak tanımlarken çalışmaya katılan yaşlılar da “düşmenin bir sonucu

Geliş Tarihi/Received:18-01-2018/ Kabul Tarihi/Accepted:26-06-2018

^a Dr. Öğretim Üyesi Karabük Üniversitesi, gulcankar@karabuk.edu.tr, ORCID: 0000-0002-6795-8251

^b Doçent Doktor Marmara üniversitesi,saimeerol@hotmail.com, ORCID 0000-0001-7752-605X:

Sorumlu yazar /Correspondence: Gülcan ŞEN, gulcankar@karabuk.edu.tr

*Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi

olarak gelişen kalıcı korku” olarak tanımlanmaktadır (8).

Yaşlılar düşme korkusu yaşadıkları zaman günlük yaşam aktivitelerini daha fazla sınırlandırmaya başlar. Aktiviteler kısıtlandıkça fiziksel güçsüzlük, bağımlılık ve yetersizlik artar (5-9). Yaşlı düşmemek için hareketlerini kısıtladıkça bir dönem düşmekten kendini korur fakat hareketsizlik nedeni ile yetersizlik gelişir, alt ekstremitelerde kuvvet kaybı artar, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneği azalır ve sosyal çevreden uzaklaşır, böylece düşme riski daha da artar (10).

Düşme korkusu olan bireylere, yaşadıkları korkuyu azaltıcı yaklaşımlarda bulunulmadığı zaman, korkusu giderek yoğunlaşır ve düşme riski daha da artar (1). Yaşlı kişilerin daha uzun ve daha kaliteli yaşamasını sağlamak ve bakım maliyetlerini azaltmak için düşmelerin ve düşme korkusunun en aza indirilmesi gerekmektedir (7). Düşmeye neden olan hareketleri ve alışkanlıkları belirlemek, güvenli hareket davranışları kazandırmak ve yaşlılarda öz güveni yükseltmek düşme korkusunu azaltmada önerilen girişimlerdir. Birçok çalışma düşmelerin çok faktörlü düşme önleme programları ve egzersiz yardımıyla büyük ölçüde önlenebilir olduğunu göstermektedir (1,4,6,8). Düşmeyi ve düşme korkusunu azaltmaya yönelik geliştirilmesi gereken güvenli hareket davranışları; yaşlıların yürürken, otururken, pozisyon değiştirirken yanlış yapılan ve düşmeye neden olan, bireysel ve çevresel faktörleri fark ederek kontrol altına almasıdır. Bu da yaşlının kendi hareket hızını kontrol etmesini ve doğru davranışlar sergilemesini sağlar (1,5-7).

Düşme riskini değerlendirmek için yaşlı bireyin sandalyeden kalkma, yürürken dönme, ayağını yerden yukarı kaldırma ve oturma gibi hareketleri uygulama sırasında izlenmektedir. Bu aktivitelerin herhangi birinde yaşanan güçlük, düşme riskinin yüksek olduğunu işaret eder. Hemşireler düşmeyi önlemek için yaşlı bireye, ailesi ve bakım vericilere sağlık hizmeti sağlamalı, düşme riskini ve düşme korkusunu belirli aralıklarla değerlendirmelidir. Hemşire yaşlının duygularını ifade etmesini, kendi kararlarını kendisinin vermesini, becerilerini sergilemesini destekleyerek daha bağımsız hareket etmesine yardımcı olmalıdır (4,5,9).

Yaşlıların güvenli hareketi için ev içi ve ev dışı çevre düzenlemeleri yapmak; günlük aktivitelerini ve işlerini kendisinin yapmasını teşvik etmek, sınırları dahilinde beden

egzersizleri, yürüyüşleri, solunum egzersizleri, duruş ve postür egzersizleri yapmasını sağlamak önemlidir. Yaşlı bireyin kapasitesine uygun, yaşamının bir parçası olmasını sağlayacak, zorlamayan, kolay ve zevkle yapacağı egzersizler önerilmelidir. Benzer sorunları olan yaşlılar için grup halinde egzersizler ve kısa mesafe yürüyüşleri olumlu sonuçlar verebilir. Aktivitelerin sağlıklı yapılabilmesi için özel yürüyüş ayakkabıları, baston ve yürüteç kullanılması da önerilebilir (1,4,5,9,10).

Tüm bu bilgiler ışığında bu çalışma, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin düşme korkusunu azaltmada “Güvenli Hareket ve Yürüme Programının” etkisini göstermek amacı ile yürütülmüştür.

Gereç ve Yöntemler

Ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel çalışma, Kasım 2012-Nisan 2013 tarihleri arasında İstanbul Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü’ne bağlı bir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon merkezinde gerçekleştirildi. Çalışma huzurevinde yaşayan 164 bireyden araştırmaya alınma kriterlerine uyan 73 (deney grubu=37, kontrol grubu=36) kişi ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Değişkenleri

Güvenli Hareket ve Yürüme Programı çalışmanın bağımsız değişkeni; Düşme Korkusu, Tinetti Düşmenin Etkisi Ölçeği (TDEÖ), Yaşlılar İçin Düşme Davranışları Ölçeği (YDDÖ) ve alt boyutları, Tinetti Yürüme ve Denge Değerlendirmesi (TDYD) puanı ve yürüme, denge alt boyutları puan ortalamaları çalışmanın bağımlı değişkenleridir.

Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri Yaşlı Bilgi Formu, Standardize Mini Mental Test, Tinetti’nin Düşmenin Etkisi Ölçeği (TDEÖ), Yaşlılar İçin Düşme Davranışları Ölçeği (YDDÖ) ve Tinetti Yürüme ve Denge Değerlendirmesi (TDYD) formu kullanılarak toplanmıştır.

Standardize Mini Mental Test (SMMT): Mini Mental Test Folstein ve arkadaşları tarafından 1975’te geliştirilmiştir. Eğitimli ve eğitimsizler için ayrı olarak düzenlenmiştir. Bilişsel bozuklukların değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Test, toplam 30 puan olup her sorusu bir puan değerindedir. Türkçe uyarlama Güngen tarafından 2002’de yapılmıştır. Türk

toplumunda hafif demans tanısında geçerli ve güvenilir olduğu, ideal eşik değerin 23/24 olduğunu saptanmıştır (11).

Yaşlı bilgi formu: Yaşlı Bilgi Formu yaşlıların demografik özelliklerini, düşme durumunu, düşme korkusunu, yürüyüş ve fiziksel aktivite yapma durumunu ve isteğini sorgulayan araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan 24 sorudan oluşmaktadır (11-15).

Tinetti'nin Düşmenin Etkisi Ölçeği (TDEÖ): Tinetti ve arkadaşları, kişinin günlük aktivitelerini gerçekleştirirken düşmeyle ilişkili kendi etkinliğini ya da güvenliğini değerlendirmek için TDEÖ'ni 1990 yılında geliştirmişlerdir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,71'dir (17). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini Erdem ve Emel 2004 yılında yapmıştır, cronbach alpha katsayısı 0,89'dur (16). Çalışmamızda cronbach alpha katsayısı 0,88 olarak bulunmuştur.

Yaşlılar İçin Düşme Davranışları Ölçeği (YİDDÖ): Ölçek 2003 yılında Clemson, Cumming ve Heard tarafından İngilizce olarak geliştirilmiştir. Öz bildirim dayalı olan ölçek, yaşlıları düşmekten koruyan davranışları, eylemleri ve alışkanlıkları tanımlamak için kullanılmaktadır. Ölçeğin 30 maddesi ve 10 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin orijinal dildeki geçerlik güvenilirlik cronbach alfa kat sayısı $\alpha=0,84$, alt ölçeklerin alfa katsayısı $\alpha=0,10$ ile $\alpha=0,81$ arasında değişmektedir, test-tekrar test korelasyonu $r=0,94$ 'dür (18,19). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Uymaz tarafından gerçekleştirilmiştir. Madde toplam puan korelasyonları 0,23 ile 0,70 arasında, tesr-retest korelasyonu $r=0,96$, Cronbach Alfa katsayısı $\alpha=0,90$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türk yaşlı örnekleminde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olduğu vurgulanmıştır (20). Çalışmamızda ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0,84 olarak bulunmuştur.

Tinetti Denge ve Yürüme Değerlendirmesi (TDYD): Ölçek ilk olarak Performance-Oriented Assessment of Mobility Problems in Elderly Patients (POMA) adıyla Mary Tinetti tarafından 1986 yılında düşme riski yüksek olan hastalarda değerlendirme yapmak amacıyla geliştirilmiştir. Daha sonra değiştirilerek Tinetti Gait and Balance Assessment adını verilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik çalışması dil eşdeğerliği ve kurumsal geçerlilik yöntemleri kullanılarak Ağırca tarafından (2009) yapılmıştır ve cronbach alpha katsayısı 0,97 bulunmuştur (21). Çalışmamızda

cronbach alpha katsayısı 0,91'dir. TDYD denge yeteneğini ve yürüyüşü 2 ana başlıkta değerlendirmektedir: ilk 9 soru denge, sonraki 7 soru yürüyüş ile ilgilidir. Anket puanının hesaplaması; ilk 9 maddenin toplamı denge puanını, sonraki 7 maddenin toplamı yürüme puanını, denge ve yürüme puanının toplamı ise toplam puanı vermektedir.

Veri Toplama Yöntemi

Standardize Mini Mental Test, Yaşlı Bilgi Formu, Tinetti'nin Düşmenin Etkisi Ölçeği (TDEÖ) ve Yaşlılar İçin Düşme Davranışları Ölçeği (YİDDÖ) yaşlılarla yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Veri toplamaya yönelik yapılan görüşmenin ardından Tinetti Denge ve Yürüme Değerlendirmesi'ndeki (TDYD) hareketler yaşlılara sırasıyla yaptırılarak, ilgili değerlendirmeler gözlem sonucunda forma kaydedildi.

A ve C blok arasında kura çekilerek C blok deney (n=43) ve A blok kontrol (n=43) grubuna alındı. Girişim öncesi deney ve kontrol gruplarındaki yaşlılara veri toplama araçları uygulandı (**ön test**). Daha sonrasında girişim grubundaki yaşlılara altı hafta süren Güvenli Hareket ve Yürüme Programı uygulandı. Program biter bitmez deney ve kontrol gruplarından araştırmanın verileri ikinci kez toplandı (**son test**). Son testin arkasından üç ay süreyle yaşlılara herhangi bir girişim uygulanmadı ve üç ayın sonunda da tekrar veriler toplandı (**izlem**).

Güvenli Hareket ve Yürüme Programının (GHYP) Uygulanması

Güvenli hareket ve yürüme programı yaşlı bireylerin düşme korkularını azaltmak, düşmelere karşı kendi önlemlerini almaya alıştırmak ve aktif bir yaşam sürmelerini sağlamak amacıyla literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlandı. Altı haftadan oluşan eğitim programının içeriğinde "düşme ve düşme korkusunun tanımı, gelişimi ve etkileyen faktörler", "güvenli hareket davranışları", "fiziksel aktivite ve yürüyüş yapmanın düşme ve düşme korkusunu azaltmadaki etkisi" konuları yer aldı. Ayrıca güvenli hareket teknikleri gözlem formu, güvenli hareket öz değerlendirme formu, ayak ısınma hareketleri gözlem formu, haftalık yürüyüş kayıt formu ve yaşlı bireylerin egzersiz yapma engellerine yönelik görüşme formu kullanıldı. Programda eğitim yöntemi olarak düz anlatım, barkovizyon, soru cevap, vaka örnekleri

sunumu, gözlem, görüşme demonstrasyon kullanıldı. Eğitim oturumları haftada bir gün ve günde bir saat olarak gerçekleştirildi. Eğitim materyali olarak da Yaşlılar İçin Güvenli Hareket ve Yürüme Programı Eğitim Kitapçığı, Güvenli Hareket ve Yürüme Programı Eğitim Afişleri hazırlandı. Eğitimde konuşulanları pekiştirmek, hatırdaki tutmayı kolaylaştırmak ve bilgilerin davranışa dönüştürmek amacıyla yaşlılarla birebir görüşme ve gözlem yapıldı.

Verilerin Analizi

Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metodların yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında ise Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren parametrelerin tekrarlı ölçüm karşılaştırmalarında tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi (Repeated Measures Test) grup içi karşılaştırmalarında Bonferroni test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin tekrarlı ölçüm karşılaştırmalarında Friedman Test grup içi karşılaştırmalarında Wilcoxon Signed Rank test kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ ve $p < 0,01$ düzeyinde değerlendirildi.

Araştırmanın Etik Boyutu

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Araştırmalar Ön Değerlendirme Komisyonundan araştırma için etik kurul onayı (25.11.2011-2), Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığında kurum izni, çalışmaya katılan yaşlılardan sözlü onam alındı. YİDDÖ ölçeği için e-posta yoluyla izin alındı, kontrol grubuna girişim sonrası eğitim verildi.

Bulgular

Girişim öncesi yapılan değerlendirmede (ön test) cinsiyet, öğrenim düzeyi, son bir yılda düşme olayı yaşama, düzenli yürüyüş yapma durumu, yürüşle ilgili olarak şimdi ve gelecekteki niyeti yönünden deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$).

Yaşlıların düşme korkusu puanlarının deney ve kontrol grubuna göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucu ön test, son test ve izlemde; deney ve kontrol gruplarının düşme korkusu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı

($p > 0,05$). Deney grubunda; ön test, son test ve izlemde düşme korkusu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p < 0,01$). İzlemdeki düşme korkusu puanı son test puanına göre anlamlı farklılık göstermezken ($p = 0,057$; $p > 0,05$); ön test puanına göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p = 0,011$; $p < 0,05$).

Tinetti Düşmenin Etkisi Ölçeği puan ortalamalarının deney ve kontrol gruplarına göre dağılımı ve ileri analizi Tablo 2'de görülmektedir. Ön test ile son testte, ön test ile izlemde deney ve kontrol gruplarında TDEÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p > 0,05$). Deney grubunda; ön test, son test ve izlemde TDEÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p < 0,05$). Ön test ile son test ve izlemdeki TDEÖ toplam puanları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p = 0,710$; $p = 1,000$; $p > 0,05$).

Yaşlılar İçin Düşme Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamalarının deney ve kontrol gruplarına göre dağılımı ve ileri analizi Tablo 3'de verildi. Deney grubunda; ön test, son test ve izlemdeki YİDDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı ($p < 0,01$). Ön test puanı, son test ve izlem puanlarına göre anlamlı düzeyde düşüken ($p = 0,001$; $p = 0,001$; $p < 0,01$); son test ve izlem puanları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p = 0,542$; $p > 0,05$).

Yaşlılar İçin Düşme Davranışları Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının ileri analizinde deney grubunda; ön test, son test ve izlemdeki bilişsel uyum, hareketlilik, sakınma, farkındalık, pratiklik, seviye değişikliği, telefona yetişme ve dikkatlilik alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı ($p < 0,01$). Acelecilik ve aktivite plan değişikliği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p > 0,05$). Tinetti Denge ve Yürüme Değerlendirmesi toplam puanı, denge ve yürüme alt boyut puan ortalamalarının ileri analizi Tablo 4'de verilmiştir.

TDYD Denge Puanı; Deney grubunda ön test, son test ve izlemdeki takiplerde denge puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı değişim saptanmadı ($p > 0,05$).

TDYD Yürüme Puanı; Deney grubunda ön test, son test ve izlemdeki yürüme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı ($p < 0,05$).

Düşme Korkusu	¹ Ön Test	² Son Test	³ İzlem	Test değerleri	^b p	^c p
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD			
Deney Grubu (n=37)	4,27±3,35 (3)	4,84±3,40 (3)	5,59±3,28 (6)	14,754	0,001**	1-2=0,218 1-3=0,011* 2-3=0,057
Kontrol Grubu (n=36)	5,47±3,40 (7)	4,83±3,15 (3,5)	5,25±3,07 (5)	1,930	0,381	1-2=0,147 1-3=0,454 2-3=0,314
Z	-1,345	-0,095	-0,478			
^a p	0,179	0,924	0,633			
^a Mann-Whitney U test		^b Friedman Test	^c Wilcoxon Test		**p<0,01	

	TDEÖ Toplam Puan			F	p	Post HOC
	¹ Ön Test	² Son Test	³ İzlem			
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS			
Deney (n=37)	83,08±14,93	79,32±15,05	83,97±14,72	3,655	0,036*	1-2=0,710 1-3=1,000 2-3=0,028*
Kontrol (n=36)	78,75±16,39	82,03±16,08	79,56±17,88	1,235	0,288	1-2=0,462 1-3=1,000 2-3=0,248
t	1,181	-0,742	1,154			
p	0,242	0,461	0,252			
t: Student t test F: Repeated Measures Test (Tekrarlayan Ölçümlerdeki Varyans analizi), Post HOC: Bonferroni Test *p<0,05						

YİDDÖ	YİDDÖ Toplam Puan			F	p	Post HOC
	¹ Ön Test	² Son Test	³ İzlem			
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS			
Deney (n=37)	2,55±0,44	3,09±0,48	2,99±0,48	25,637	0,001**	1-2=0,001** 1-3=0,001** 2-3=0,542
Kontrol (n=36)	2,79±0,57	2,72±0,41	2,94±0,40	4,445	0,015*	1-2=1,000 1-3=0,158 2-3=0,004**
t	-1,984	3,546	0,425			
p	0,048*	0,001**	0,672			
t: Student t test, F: Repeated Measures Test (Tekrarlayan Ölçümlerdeki Varyans analizi), Post HOC: Bonferroni Test, *p<0,05, **p<0,01						

Tablo 4. Tinetti Denge ve Yürüme Değerlendirmesi (TDYD) Toplam Puanı, Denge ve Yürüme Alt Boyut Puan Ortalamalarının Deney ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı							
Tinetti Denge ve Yürüme Değerlendirmesi		¹ Ön Test	² Son Test	³ İzlem	F	p	Post HOC
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS			
Denge Puanı	Deney (n=37)	12,19±3,75	13,00±3,99	12,70±4,59	1,696	0,191	1-2=0,170 1-3=0,988 2-3=1,000
	Kontrol (n=36)	12,06±4,39	12,06±4,09	10,92±5,06	5,585	0,008**	1-2=1,000 1-3=0,429 2-3=0,006**
	t	0,140	0,999	1,581			
	p	0,889	0,321	0,118			
Yürüme Puanı	Deney (n=37)	8,84±3,05	8,86±2,89	9,89±3,15	4,539	0,025*	1-2=1,000 1-3=0,120 2-3=0,002**
	Kontrol (n=36)	9,19±2,66	9,47±2,50	9,06±2,70	0,652	0,501	1-2=1,000 1-3=1,000 2-3=0,413
	t	-0,532	-0,959	1,215			
	p	0,597	0,341	0,228			
Toplam Puan	Deney (n=37)	20,95±6,52	21,86±6,61	22,54±7,43	2,483	0,108	1-2=0,613 1-3=0,245 2-3=0,557
	Kontrol (n=36)	21,19±6,84	21,58±6,26	19,97±7,36	5,657	0,008**	1-2=1,000 1-3=0,830 2-3=0,007**
	t	-0,159	0,187	1,484			
	p	0,874	0,852	0,142			

t:Student t test F:Repeated Measures Test (Tekrarlayan Ölçümlerdeki Varyans analizi),Post HOC: Bonferroni Test*p<0,05,**p<0,01

TDYD Toplam Puanı; Deney grubunda ön test, son test ve izlemdeki puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tartışma

Bu çalışmada, huzurevinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin düşme korkusunu azaltmada güvenli hareket ve yürüme programının etkisi değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonuçları, güvenli hareket davranışlarını geliştirmede, fiziksel aktivite toleransını ve niyetini artırmada, yürüme yeteneğini geliştirmede Güvenli Hareket ve Yürüme Programının (GHYP) etkili olduğunu göstermiştir.

Bu çalışmada, düşme korkusunu 1'den (en az korku) 10'a (en çok korku) kadar puanlamalarını isteyerek elde ettiğimiz düşme korkusu puanı ön test, son test ve izlemde; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Ayrıca deney grubunda, izlemdeki düşme korkusu puanı ön

testteki düşme korkusu puanına göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 1). Literatürde, yapılan girişimler sonucu düşme korkusunda azalma olduğu ya da düşme korkusunun değişmediği gösterilmiştir. Düşme önleme programları ile düşme korkusunun azaldığını gösteren araştırma kanıtlarının (22,23) yanı sıra bu girişimlerin düşme korkusuna etkisinin olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (24). Girişim sonucu düşme korkusunun arttığını gösteren çalışmalara rastlanmamıştır. Güvenli hareket ve yürüme programı kapsamında yapılan görüşmelerde yaşlıların kullandığı “düşüyorum ama kalkıyorum bir şey olmuyor ki” “çocuklar düşse kalka büyür, yaşlılar düşse kalka ölür” gibi ifadelerden düşmeler ve zararları konusunda yeteri kadar bilince sahip olmadıkları ya da bu durumu kabullendikleri düşünülmüştür. Düşme korkusundaki anlamlı artış, yapılan girişimler sonucunda düşme riskleri ve sonuçları konusunda farkındalıklarının artmasına bağlan-

mıştır. Bu çalışmada düşme korkusunun azaltılmasında daha çok bilişsel ve davranışsal girişimlere yer verilmiştir. Program süresinde oluşan fikirler doğrultusunda bu çalışma grubunda düşme korkusunu azaltmak için tutuma yönelik uygulamalara daha fazla yer verilmesi gerektiği kanısına varılmıştır.

Tinetti ve arkadaşları düşme korkusunu “temel günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken düşmeden korunmada kendini yetersiz hissetme” olarak tanımlamışlardır. TDEÖ’den alınan puan arttıkça, düşme korkusu azalmaktadır (17). Çalışmamızda deney grubunun TDEÖ puan ortalamaları 79,32 ile 83,97 arasında bulundu (Tablo 2). Bu bize grubun aktivitelerini yaparken kendilerini güvende hissettiklerini ve düşme risklerinin düşük, düşme korkularının da düşük olduğunu göstermektedir. Deney grubuna yapılan GHYP’ı TDEÖ puanını izlemde anlamlı derecede artırmıştır. TDEÖ puanının artması düşme korkusunun ve düşme riskinin azaldığını gösterir. Ancak bu artış sadece izlemde görüldüğü için yeterli görülmemektedir. Çünkü asıl artış girişim sonrası puanlarda olması beklenirken, bu dönemde tam aksine bir düşüş görülmektedir. Düşme korkusunun izlemde anlamlı olarak azalması literatür bilgisi ile paralellik göstermesine rağmen düşme korkusunu azaltmada istediğimiz kadar katkı sağlamamıştır. Düşme korkusuna yönelik eğitimlerin ve girişimlerin sürekliliğinin sağlanması düşme korkusunun azalmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Düşme davranışları ölçeğine göre bireylerde fiziksel fonksiyonların azalması gibi bir risk varsa koruyucu davranışları uygulamayan yaşlılar düşme riski altındadır. Koruyucu davranışlar kişilerin bilinçli ve istekli olarak yaptığı ve yapmaktan kaçındığı eylemleri ve alışkanlıklardır. Yaşlıların günlük aktiviteleri sırasında düşmelerden kendilerini korumak için sergiledikleri davranışları tanılamaya yönelik olan araç öz-bildirime ya da görüşme yöntemine uygun şekilde tasarlanmıştır ve yaşlı bireylerin kendi davranışları konusundaki algıları ile sınırlıdır. Ölçekten alınan yüksek puanlar bireyin düşmeye ilişkin güvenli / koruyucu davranışlarını, düşük puanlar ise riskli davranışlarını gösterir.¹⁸⁻²⁰ YİDDÖ’nin Bilişsel Uyum alt boyutu düşünme ve planlama ile ilgili davranışları açıklar. Hareketlilik alt boyutu destekleyici, koruyucu yöntemler ve denge açısından çevrenin değerlendirmesini

yapan/yapmayanları tanımlar. Sakınma alt boyutu kişinin düşme riskinden sakındığı davranışlarını tanımlar. Farkındalık alt boyutu bireyin trafik gibi dış çevresinde farkında olduğu tehlikeleri, acelecilik alt boyutu bireylerin günlük yaşamlarında bir şeyleri hızlı yapmaktan kaçınmalarını ve hızlı yapmadığı şeyleri tanımlar. Pratiklik alt boyutu bireyin önceden düşme konusunda sezdiği tehlikeleri ve planlamalarını, seviye değişikliği alt boyutu bireylerin daha zorlu aktivitelerle başa çıkmasını tanımlar. Aktivite planında değişiklik alt boyutu bilhassa rüzgârlı günlerde dışarı çıkmayı, telefona yetişme alt boyutu telefon gibi birtakım eşyalara erişmeye çalışırken düşmemek adına özen göstermek ya da göstermemeyi, dikkatlilik alt boyutu dikkatli olmayı tanımlar (18-20).

Uysal ve arkadaşları (2006) da yaptıkları araştırmalarında yaşlıların “ayakkabılarını/terliklerini doğru bir şekilde giyme”, “evde dikkatli hareket etme”, “evde bir şeyler yaparken dikkatli davranma” maddelerinden yüksek puan alarak güvenli davranışlar içinde bulunduğunu; “yüksekteki eşyaları almak için, merdiven veya sandalye üzerine çıkma” ve “telefona/kapıya cevap vermek için hızlı hareket etme” maddelerinden düşük puan alarak her an bir düşme olayıyla karşı karşıya kalma risklerinin yüksek olduğunu göstermişlerdir (22). Uymaz’ın (2012) yaptığı çalışmada huzurevinde kalan yaşlı bireylerin düşme davranışları puan ortalamaları girişim öncesine göre girişim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı artmıştır (23). Düşme davranışları ölçeğinin alt boyut puan ortalamaları düşme önleme programı öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında, sakınma alt boyutu dışında kalan diğer alt boyutların puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda da Uymaz’ın bulgularına paralel olarak YİDDÖ puan ortalamaları ön testte 2,55±0,44, son testte 3,09±0,48, izlemde ise 2,99±0,48 olup fark ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (Tablo 3) (23). Yaşlılar düşmelerden koruyucu güvenli davranışları girişim öncesi “ara sıra” gösterirken girişim sonrasında “genellikle” göstermektedirler. Ayrıca YİDDÖ bilişsel uyum, hareketlilik, sakınma, farkındalık, pratiklik, seviye değişikliği, telefona yetişme ve dikkatlilik alt boyut puan ortalamalarındaki artış da ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur. Acelecilik ve aktivite plan değişikliği alt

boyutlarında ise sonuçlar anlamlı bulunmamıştır.

GHYP genel anlamda yaşlıların düşmekten koruyucu davranışlarını geliştirmede ve sürdürmede etkili olmuştur. Program süresince yaşlılarla yapılan görüşmelerde en sıkıntılı oldukları davranışların günlük yaşam aktiviteleri sırasında ani hareketler yapmaya meyilli olmak ve aceleci davranmak olduğu görülmüştür. Soğuk, karlı ve yağışlı günlerde dışarıya çıkmaktan kesinlikle çekinmediklerini belirtenlerin sayısı da fazladır. Bu yüzden GHYP'ndaki aktiviteler yaşlıların acelecilik ve aktivite plan değişikliği alt boyut puan ortalamalarında anlamlı değişiklik gerçekleştirmek için yeterli olmamıştır.

Çalışmamızda TDYD toplam puan ortalamaları ön testte $20,95 \pm 6,52$, son testte $21,86 \pm 6,61$, izlemde de $22,54 \pm 7,43$ bulunmuştur. Ağırca (2009) ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğini yaptığı çalışmada, ölçekten alınan toplam puan 18 ve altı ise düşme riskinin yüksek, 19-24 puan ise düşme riskinin orta derece, 24 ve üstü ise düşme riskinin düşük olduğunu gösterir (21). Çalışmamızda da yaşlıların ölçekten aldıkları toplam puan doğrultusunda düşme riski orta derecede bulundu (Tablo 4). Soyuer ve arkadaşlarının (2012) yaşlılarda yaptığı çalışmada TDYD toplam puan ortalaması 28 olarak bulunmuş ve düşme riski düşük olarak değerlendirilmiştir (25). Gemalmaz ve arkadaşları (2004) huzurevindeki yaşlıların TDYD puan ortalamalarını 19,51 bulmuş ve yüksek riskli grup olarak değerlendirmiştir (26). Tinetti ve arkadaşları (1994) düşme korkusu olan ve düşen bireylerin önemli derecede denge ve yürüme bozukluklarına sahip olduklarını belirtmişlerdir (8).

TDYD toplam puanında ve alt boyutu olan denge puan ortalamalarında, deney kontrol grupları arasında anlamlı fark görülmemiştir. Sadece yürüme alt boyut puan ortalamalarında deney ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmaktadır (Tablo 4). Yağcı ve arkadaşları (2003) yaptıkları girişim sonucunda denge puanlarında anlamlı artış elde etmiştir (27). İsveç'te yapılan randomize kontrollü bir çalışmada denge grup eğitimi uygulanarak TDYD, düşme korkusunda ve istenilen hızda ritimde yürümede anlamlı fark saptanmıştır (28). Avusturalya'da yapılan bir diğer çalışmada toplum temelli grup eğitimi uygulanarak dengede anlamlı fark bulunmuş fakat yürüme hızında anlamlı fark elde edilememiştir (29).

Yine benzer şekilde Zhang ve arkadaşları (2006) tai chi egzersizi sonrasında denge ve esneklikte anlamlı fark elde etmiş, yürümede ise anlamlı fark olmamıştır (30). GHYP içeriği TDYD toplam puanında anlamlı değişiklik sağlayarak, düşme riskini azaltmada etkili olmuştur. Programın içeriğinde denge gelişimden çok yürüme yeteneklerinin artırılması hedeflendiği için denge puanında anlamlı değişiklik sağlanamamıştır. Programda denge gelişimine daha fazla yer verilmesi gerekmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak deney grubunda güvenli hareket ve yürüme programı sonrasında; Yaşlılarda düşme korkusunun azalması hedeflenirken, anlamlı olarak artmıştır. Yaşlıların düşmeye karşı kendilerini güvende hissetmelerinde anlamlı fark sağlanmamıştır. Yaşlılar İçin Düşme Davranışları Ölçeği toplam puanı, bilişsel uyum, hareketlilik, sakınma, farkındalık, pratiklik, seviye değişikliği, telefona yetişme, dikkatlilik alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak artmış, acelecilik alt boyutunda anlamlı olarak artış olmamıştır. TDYD toplam puanı ve denge alt boyutu puanında anlamlı olarak artış olmamıştır.

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda; huzurevlerinde, yaşlılara yönelik güvenli hareket ve yürüme programına farklı boyutlar da eklenerek (kas ve kemikleri güçlendirmeye yönelik ağırlık çalışması vb.) uygulanması önerilir.

Düşme korkusunu azaltmak için düşme korkusuna yönelik derinlemesine görüşmeler yapılması, korkuyla başatma yollarının öğretilmesi önerilir.

Kaynaklar

1. Olij B F, Erasmus V, Kuiper J I, Van Zoest F, Van Beecka E F, Polinder S. Falls Prevention Activities Among Community-Dwelling Elderly in The Netherlands: A Delphi Study. *International Journal of the Care of the Injured*, 2017, 48 (9), 2017-2021.
2. Kaya T, Karatepe AG, Avcı A, Günaydın R. Yaşlılarda Düşme Korkusu ve Düşmeye Karşı Yetkinlik [Fear of Falling and Falls Efficacy in The Elderly]. *Turkish Nursing of Geriatrics*, 2012. 15 (3) 260-265.
3. Eyiğör S. Düşmelere Yaklaşım [Approach to falls]. *Ege Tıp Dergisi*. 2012, 51 Ek Sayı, syf.43-51.

4. Greenberg S A, Sullivan-Marx E, Sommers M S, Chittams J, Cacchione P Z. Measuring fear of falling among high-risk, urban, community-dwelling older adults. *Geriatric Nursing*, 2016, 37 (6), 489-495.
5. Whipple M O, Hamel A V, Talley K M. Fear of Falling Among Community-Dwelling Older Adults: A Scoping Review to Identify Effective Evidence-Based Interventions. *Geriatric Nursing*, 2017,1-8.
6. Thiamwong L, Suwanno J. Fear of Falling and Related Factors in a Community-Based Study of People 60 Years and Older in Thailand. *International Journal of Gerontology*, 2017, 11, 80-84.
7. Glover L, Kinsey D, Clappison D J, Gardiner E, Jomeen J. "I Never Thought I Could Do That...": Findings From an Alexander Technique Pilot Group for Older People With a Fear of Falling. 2017, *European Journal Of Integrative Medicine*, 17, 79-85.
8. Tinetti ME, Baker DI, Gail CS, Claus EB, Garrett P, Gottschalk M, Koch ML, Trainor K, Horwitz RI. A Multifactorial Intervention to Reduce The Risk of Falling Among Elderly People Living in The Community. *The New England Journal Of Medicine*, 1994. Volume 331, number 13, 821-827.
9. Atay E, Akdeniz M. Yaşlılarda Düşme, Düşme Korkusu ve Bedensel Etkinlik [Falls in Elderly, Fear of Falling and Physical Activity]. *GeroFam*, 2010. 2(1): 11-28.
10. Lach HW. Incidence and Risk Factors for Developing Fear of Falling in Older Adults. *Public Health Nursing*. 2005, 22 (1), 45-52.
11. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği [Reliability and Validity of The Standardized Mini Mental State Examination in The Diagnosis of Mild Dementia in Turkish Population]. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002, 13, 273-281.
12. Kaya Ç A, Kırımlı E, Kalaça Ç, Çiçili S, Ünal P C, Kalaça S. Huzurevlerinde Kalan Yaşlılarda Düşme İnsidansı ve İlişkili Faktörler [The Incidence of Falls and Related Factors in The Elderly Living In Residential Homes]. *Türk Geriatri Dergisi*, 2012. 15 (1) 40-46.
13. Bıyıklı K. Huzurevinde Yaşayan Bir Grup Yaşlıda Düşme İle İlişkili Faktörler, Demografik Özellikler, Sağlık Sorunları ve Kullanılan İlaçlar [Factors Related to Falls in a sample of Older People Living in Rest Home; Demographic characteristics, Health problems and Use of Medicines]. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.
14. Yörük S. Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Kliniğinde Yatan Yaşlılarda Düşme Korkusu ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi [Evaluation of The Fear of Falling and the Effective Factors in Old People Staying in Balıkesir State Hospital Internal Medicine Service]. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2012, 13(2): 25-29.
15. Toraman A, Yıldırım N Ü. Düşme İle İlişkili ve İlişkisiz Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Düşme Riski ve Fiziksel Uygunluk [Fall Risk and Physical Fitness in The Elderly With Fall Related Conditions or Unrelated Diseases]. *Türk Geriatri Dergisi*, 2010. 13 (2) 105-110.
16. Erdem M, Emel F H. Yaşlılarda Mobilite Düzeyi ve Düşme Korkusu [Mobility Levels and Fear of Falling in The Elderly]. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004. 7 (1).
17. Tinetti M E, Richman D, Powell L. Falls efficacy as a measure of fear of falling. *Journal of Gerontology*, 1990. 45 (6),239-243.
18. Clemson L, Cumming G R, Heard R. Validating the Falls Behavioral (FaB) Scale for Older People: A Rash analysis. *Disability and Rehabilitation*, 2008. 30 (7): 498-506.
19. Clemson L, Cumming R, Kendig H, Swann M, Heard R, Taylor K. The Effectiveness of a Community-Based Program for Reducing The Incidence of Falls in The Elderly: A Randomised Trial. *Journal of American Geriatrics*, 2004. 52:1487-1494.
20. Uymaz PE, Nahcivan N. Yaşlılar İçin Düşme Davranışları Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenilirliği [Reliability and Validity of Fall Behavioral Scale for Older People]. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2013. 21 (1), Şubat, 22-32.
21. Ağırcan D. Tinetti Balance and Gait Assessment'in (Tinetti Denge ve Yürüme Değerlendirmesi) Türkçeye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği [Validity and Reliability of Turkish Version of Tinetti Balance and Gait Assessment]. Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

- Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2009.
22. Donat H, Özcan A. Comparison of The Effectiveness of Two Programmes on Older Adults at Risk of Falling: Unsupervised Home Exercise and Supervised Group Exercise. *Clinical Rehabilitation*, 2007. 21: 273-283.
 23. Uymaz PE. Huzurevinde yaşayan yaşlılara uygulanan düşme önleme programının değerlendirilmesi [Evaluation of Fall Prevention Program in Elderly Nursing Home Residents]. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Doktora Tezi, 2012, İstanbul.
 24. Uysal A, Ardahan M, Ergül Ş. Evde Yaşayan Yaşlılarda Düşme Risklerinin Belirlenmesi [Determination of The Falling Risks of Elderly Living at Home]. *Türk Geriatri Dergisi*, 2006. 9 (2): 75-80
 25. Soyuer F, Şenol V, Elmalı F. Huzurevinde Kalan 65 Yaş ve Üstündeki Bireylerin Fiziksel Aktivite, Denge ve Mobilite Fonksiyonları [Physical Activity, Balance and Mobility Functions of 65 and over Older People Living at Rest Home]. *Van Tıp Dergisi*, 2012. 19(3): 116-121.
 26. Gemalmaz A, Dişçiğil G, Başak O. Huzurevi Sakinlerinin Yürüme ve Denge Durumlarının Değerlendirilmesi [Evaluation of The Balance and Gait Status in Nursing Home Residents]. *Türk Geriatri Dergisi*, 2004. 7 (1): 41-44.
 27. Yağcı N, Gürsoy S, Cavlak U, Er S, Koçaker A. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda 6 Haftalık Yürüme Programının Fiziksel Performansa Etkileri [The Effects of 6-Week Walking Program on Physical Performance in Institutionalized Elderly People]. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 2003. 14(3); 121-125.
 28. Halvarsson A, Olsson E, Faren E, Pettersson A, Stahle A. Effect of New, Individually Adjusted, Progressive Balance Group Training for Elderly People With Fear of Falling and Tend to Fall: A Randomize Controlled Trial. *Clinical Rehabilitation*, 2011. 25 (11), 1021-1031.
 29. Barnett A, Smith B, Lord SR, Williams A, Baumand A. Community-Based Group Exercise Improves Balance and Reduces Falls in at-risk Older People: A Randomised Controlled Trial. *Age and Ageing*, 2003. 32 (4), 407-414.
 30. Zhang JG, Ishikawa-Takata K, Yamazaki H, Morita T, Ohta T. The Effects of Tai Chi Chuan on Physiological Function and Fear of Falling in The Less Robuts elderly: An Intervention Study for Preventing Falls. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2006. 42: 107-116.

Pilonidal Sinüs Ameliyatı Öncesi Verilen Eğitimin Hastaların Anksiyete Durumu ve Konforuna Etkisi
The Effects of Preoperative Education Before Pilonidal Sinus Surgery on Patient's Anxiety and Comfort

Merve KARA^a, Işıl IŞIK ANDSOY^b

ÖZ Amaç: Çalışma pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların anksiyete durumu ve konforuna etkisini değerlendirmek amacıyla yarı deneysel olarak yapıldı. **Gereç-Yöntem:** Araştırmanın örneklemini kapalı zarf yöntemi ile seçilen toplam 70 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında kişisel tanıtım formu, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Genel Konfor Ölçeği, hasta eğitim kitapçığı ve sağlıklı davranış kontrol listesi kullanıldı. Veriler yüzde, ortalama, t Test, Mann Whitney U ile ANOVA testi ile değerlendirildi. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı. **Bulgular:** Olgu ve kontrol grubunda yer alan hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0,05$). Olgu grubundaki hastaların konfor ölçeği alt boyutları olan ferahlama ve sorunların üstesinden gelme puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p > 0,05$), her iki grubun rahatlama puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptandı ($p < 0,05$). Olgu grubunda yer alan hastaların diğer gruba göre daha fazla miktarda sıvı tüketme ve ameliyat bölgesini kuru tutma gibi olumlu davranışlar sergiledikleri görüldü ($p < 0,05$). **Sonuç:** Pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların anksiyete ve konforu üzerinde etkili olmadığı belirlendi. Bu doğrultuda eğitimin ameliyattan önce ve sonra doğru zamanda yapılması ve konforlarının değerlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Anksiyete, hasta eğitimi, konfor, pilonidal sinüs

ABSTRACT Aim: This study was carried out semi-experimentally type to assess the effect of training given before the Pilonidal Sinus surgery on the anxiety and comfort levels of patients. **Material and Methods:** A total of 70 patients selected through sealed envelope method composed the cross-section of the research. Personal identification form, State-Trait Anxiety Inventory, General Comfort Scale, patient-training leaflet and behavior control scale used for collect data. Percentage, average, t-test, Mann Whitney U test and ANOVA test used in the data analysis for the study. Significance level was accepted as $p < 0.05$. **Results:** A significant distinction didn't found out in the study between the State-Trait Anxiety Inventory score averages of experimental and control group of patients ($p > 0.05$). A significant distinction determined between the average scores in the relaxation and dealing with problems, two of the sub-dimension of comfort questionnaire ($p > 0.05$), but a significant difference has been found between the relief score averages, which is also a sub-dimension of comfort questionnaire ($p < 0.05$). However, the patients in the experimental group were observed to show better attitudes such as consuming more fluid and keeping the operation zone dry when compared to control group ($p < 0.05$). **Conclusion:** It deduced that the training given before the pilonidal sinus operation does not have an effect on the anxiety and comfort states. In this manner, it is suggested that education be done right time in before and after surgery and evaluation of comforts.

Keywords: Keywords: Anxiety, comfort, patient training, pilonidal sinus

Giriş

Halk arasında 'kıl dönmesi' olarak bilinen pilonidal sinüs hastalığı toplumumuzda genellikle genç yetişkinler arasında görülmektedir (1). Tarihte ilk kez Herbert Mayo tarafından 1833 yılında kuyruk sokumu altında kıl içeren bir kistik oluşum olarak tanımlanmış (2), 1847 yılında Boston Medical Surgical Journal'da hastalığı bilimsel olarak tanımlayan Anderson

olmuş (3), 1854 yılında Warren hastalardan topladığı ilk seriyi yayınlamış (4) ve 1880 yılında Hodge Latince pilus: kıl veya nidus: yuva anlamına gelen 'pilonidal' kelimesinin kullanılmasını önermiştir (5).

Pilonidal sinüs hastalığı, sakrokoksigeal bölgede interglutealsuklus üzerinde yer alan bir veya daha fazla sinüs kanalı ve kıl demeti içeren,

Geliş Tarihi/Received:31-01-2018 / **Kabul Tarihi/Accepted:** 26-06-2018

^a Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, merve_agirkaya@hotmail.com

^b Doç.Dr. Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, isilandsoy@karabuk.edu.tr, ORCID: 0000-0003-3076-5525

Sorumlu yazar /Correspondence: Işıl Işık Andsoy, Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, isilandsoy@karabuk.edu.tr,

akut alevlenme dönemleriyle seyreden, sıklıkla 15-25 yaş aralığında genç bireylerde görülen kronik bir hastalıktır (1,6). Hastalığın gelişiminde genç yaş, erkek cinsiyet, esmer olma, şoför ya da öğrenci gibi uzun süre oturarak çalışma, sedanter yaşam tarzı, obezite, aile öyküsünde hastalığın varlığı, lokal travmalara maruz kalma ve yetersiz kişisel hijyen önemli rol oynamaktadır (1,5,7-9).

Pilonidal sinüs hastalığının tedavisinde çeşitli tıbbi ve cerrahi yöntemler kullanılmasına karşın, hangi yöntemin diğerlerine göre daha avantajlı olduğu konusunda ortak bir görüş birliği bulunmamaktadır. Ancak en iyi tedavisinin cerrahi girişim olduğu vurgulanmaktadır.¹⁰ Pilonidal sinüsün tedavisinde önerilen cerrahi tedavinin avantajları; hastanede uzun süreli yatış gerektirmemesi, cerrahi işlemin basit ve lokal anestezi ile yapılabilmesi, girişim sonrası ağrı ve nüks oranının az görülmesi, maliyetinin düşük olması, hastanın en kısa sürede normal yaşantısına ve çalışma hayatına dönebilmesidir (11,12). Ancak bilgi eksikliğine bağlı hastaların yanlış uygulamaları cerrahi girişim sonrası enfeksiyon, yara yerinin açılması, yara iyileşme sürecinin uzaması ve hastalığın tekrarlama olasılığına da neden olabilmektedir (13-16).

Cerrahi girişim gerektiren hastalıklar bireyleri fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etkilemekte, anksiyete, kaygı yaşanmasına neden olmaktadır (17-19). Anksiyete; ameliyat sonrası ağrı ve komplikasyonları arttırmakta, hastanın hastanede yatış ve normal yaşantısına dönüş süresini uzatmaktadır (17-20). Hastaların anksiyetesini azaltmak amacıyla cerrahi sürece yönelik hazırlık kaliteli hemşirelik bakımı gerektirmektedir. Ameliyat sonrası komplikasyonların azaltılması ve hastaların optimal sağlığa ulaşması amacıyla ameliyat öncesi verilen eğitim; hastaların anksiyetesinin azalması ve konforunun artırılması açısından önemlidir (10,20-24). Ülkemizde pilonidal sinüs hastalarına ameliyat öncesi verilen eğitimin anksiyete ve konfor üzerine etkisini değerlendiren yeterli sayıda çalışmaya rastlanmaması ve elde edilecek sonuçların diğer çalışmalara katkıda bulunması düşüncesi ile bu çalışma yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tasarımı, Yapıldığı Yer ve Zaman

Yarı deneysel desenli olan araştırma 28 yataklı olan Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde, Ekim 2016 - Eylül 2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Evren ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini pilonidal sinüs hastalığı tanısı konulan, ameliyatı planlanan, araştırmaya katılmayı kabul eden, okuma-yazma bilen, iletişim sorunu bulunmayan 35 olgu ve 35 kontrol grubu olmak üzere toplam 70 hasta oluşturdu. Olgu grubuna alınması planlanan hastalar A, kontrol grubu hastaları B olarak nitelendirildi. Kliniğe gelen hastaların hangi gruba dâhil edileceği klinik sorumlu hemşiresi tarafından kapalı zarf yöntemi ile belirlendi.

Veri Toplama Araçları ve Uygulanması

Araştırmada verilerin elde edilmesinde araştırmacı tarafından literatür taraması doğrultusunda geliştirilen (1-12), hastaların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik Kişisel Tanıtım Formu, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Genel Konfor Ölçeği, eğitim kitapçığı, ameliyattan 7-10 gün sonra ameliyata ilişkin hastaların sağlıklı yaşam uygulamalarını içeren bir form kullanıldı.

Araştırmaya kapalı zarf yöntemi ile 35 olgu ve 35 kontrol grubu olmak üzere toplam 70 hasta alındı. Ameliyat sabahı kliniğe yatış yapılan hastalara ameliyata girmeden ve eğitimden önce hasta odasında kişisel tanıtım formu, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Genel Konfor ölçeği uygulandı. Kontrol grubundaki hastalara ameliyat öncesi rutin hazırlıklar konusunda eğitim verildi. Olgu grubunda yer alan hastalara ise hastanın odasında 20 dakika süren detaylı eğitim verildi. Eğitimin içeriğinde ameliyat öncesi rutin hazırlıklar, ameliyat sabahı kliniğe geldikten sonra yapılacak işlemler, ameliyat sonrası karşılaşılabileceği durumlar (dren, cilt temizliği), taburculuk eğitimi ile ilgili bilgiler yer aldı. Eğitime ilginin azalmasını engellemek ve hastalarda merak oluşmasını sağlamak için birebir görüşme yöntemi kullanıldı ve soruları yanıtladı. Eğitimin sonunda olgu grubuna verilen bilgilerin unutulmaması amacıyla eğitim kitapçığı verildi. Olgu ve kontrol grubundaki hastalara taburculuk öncesi gün (ameliyatın ikinci günü) Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ile Genel Konfor Ölçeği uygulandı. Olgu grubundaki ve kontrol grubunda yer alan hastalara hekim kontrolüne geldikleri 7-10 günde Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Genel Konfor Ölçeği ile hastaların ameliyata ilişkin sağlıklı yaşam uygulamalarını içeren form uygulandı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada verilerin analizinde yüzde, ortalama, t Test, Mann Whitney U Testi ile ANOVA testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ alındı.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma yapılmadan önce Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 26.10.2016 tarih ve 2016/03 toplantı no ile etik kurul onayı, Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 34771223-774.99 sayılı karar ile kurum izni alındı. Araştırmaya katılan her hastaya araştırmanın amacı, önemi ve beklenen yararları "Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" kullanılarak açıklandı, yazılı izinleri alındı.

Bulgular

Çalışmada olgu grubunda yer alan hastaların yaş ortalaması $24,66\pm 5,62$, kontrol grubunda $24,89\pm 7,35$ idi. Olgu ile kontrol grubu hastalarının çoğunluğunu erkek ve öğrenciler oluşturdu. Yine çalışmada olgu grubu hastalarının %54,2'sinin günlük yaşantılarında uzun süre oturdukları, %60'ının haftada 4'den fazla banyo yaptığı, kontrol grubunun %45,7'sinin günlük yaşantılarında uzun süre oturdukları, %60'ının haftada 3'den az banyo yaptıkları belirlendi. Gruplar ile cinsiyet, medeni durum, meslek, banyo yapma sıklığı, günlük yaşantılarında sürekli oturma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 1).

Çalışmada gruplar ile ameliyat öncesi, taburculuk öncesi ve taburculuk sonrası 7-10 güne ilişkin Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemesine karşın ($p>0,05$), kontrol grubu hastalarının ameliyat öncesi ve taburculuk sonrası 7-10 gün sonrası Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamasının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 2).

Tablo 3'de olgu ve kontrol grubu hastalarının Konfor Ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırılması yer aldı. Olgu grubu hastalarının ameliyat öncesi, taburculuk sonrası ve taburculuktan 7-10 gün sonrası ferahlama puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0,05$), kontrol grubu hastaları arasında anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$). Olgu ve kontrol grubu hastalarının rahatlama puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık belirlendi ($p<0,05$). Olgu grubundaki hastaların taburculuk sonrası 7-10 gün sonrası rahatlama puan ortalamalarının daha düşük olduğu görüldü. Olgu ve kontrol grubu hastalarının sorunların üstesinden gelme puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

Çalışmada, olgu ve kontrol grubu hastalarının kaliteli iyileşmeye katkıda bulunan olumlu davranışları incelendiğinde; gruplar ile günlük sıvı tüketme, ameliyat bölgesini kuru ve temiz tutma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$). Gruplar arasında sağlıklı beslenme, yüzüstü pozisyonda yatma, bacakları açarak yürümeme, ameliyat bölgesi üzerine oturmama açısından anlamlı bir fark gözlenmedi ($p>0,05$) (Tablo 4).

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

		Olgu		Kontrol		p değeri	
		n	%	n	%	χ^2	p
Yaş Ortalaması		24,66±5,62		24,89±7,35			0,654
Cinsiyet	Kadın	5	14,29	7	20	0,101	0,751
	Erkek	30	85,71	28	80		
Medeni durum	Evli	11	31,43	9	25,71	0,07	0,791
	Bekâr	24	68,57	26	74,29		
Meslek	İşsiz	3	8,57	6	17,14	*	0,771
	Ev Hanımı	1	2,86	1	2,86		
	Serbest Meslek	1	2,86	2	5,71		
	Memur	4	11,43	2	5,71		
	İşçi	11	31,43	7	20		
	Öğrenci	15	42,86	17	48,57		
Banyo sıklığı	Haftada 3 den Az	14	40	21	60	2,8	0,094
	Haftada 4 den Fazla	21	60	14	40		
Günlük yaşantıda sürekli oturma	Evet	15	42,86	16	45,71	0,058	0,81
	Hayır	20	57,14	19	54,29		

Tablo 2. Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	n	Ort±SS	z*	p
Ameliyat öncesi durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması	Olgu	35	40,54±7,79	
	Kontrol	35	40,89±5,98	-0,159
Taburculuk öncesi durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması	Olgu	35	41,89±6,78	
	Kontrol	35	41,11±6,33	-0,112
Taburculuktan 7-10 gün sonrası puan ortalaması	Olgu	35	40,80±6,57	
	Kontrol	35	41,09±7,01	-0,094
Ameliyat öncesi sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması	Olgu	35	45,49±7,29	
	Kontrol	35	46,80±7,12	-0,694
Taburculuk öncesi sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması	Olgu	35	46,57±5,02	
	Kontrol	35	47,06±6,61	-0,141
Taburculuktan 7-10 gün sonrası sürekli ölçeği puan ortalaması	Olgu	35	45,77±5,56	
	Kontrol	35	46,77±6,37	-0,224

z* = Mann Whitney-U Testi Değeri

Tablo 3. Hastaların Konfor Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

			Ort±SS	Friedman's Two Way ANOVA			Çoklu Karşılaştırma
				Sıra Ort.	X ²	p	
FERAHLAMA	OLGU (N:35)	Ameliyat öncesi	2,01±0,42	2,14	2,189	0,355	-
		Taburculuk öncesi	1,94±0,38	2,04			
		Taburculuktan 7-10 gün sonrası	1,92±0,33	1,81			
	KONTROL (N:35)	Ameliyat öncesi	2,04±0,33	1,86	10,938	0,004	3-2
		Taburculuk öncesi	2,21±0,43	2,43			
		Taburculuktan 7-10 gün sonrası	2,03±0,29	1,71			
RAHATLAMA	OLGU (N:35)	Ameliyat öncesi	2,21±0,37	2,24	8,221	0,016	3-1
		Taburculuk öncesi	2,13±0,39	2,14			
		Taburculuktan 7-10 gün sonrası	2,07±0,34	1,61			
	KONTROL (N:35)	Ameliyat öncesi	2,19±0,29	1,93	7,233	0,027	3-2
		Taburculuk öncesi	2,29±0,36	2,34			
		Taburculuktan 7-10 gün sonrası	2,12±0,32	1,73			
SORUNLARIN ÜSTESİNDEN	OLGU (N:35)	Ameliyat öncesi	2,41±0,28	2	0,178	0,915	-
		Taburculuk öncesi	2,39±0,28	1,96			
		Taburculuktan 7-10 gün sonrası	2,40±0,31	2,04			
	KONTROL (N:35)	Ameliyat öncesi	2,48±0,33	1,81	2,623	0,269	-
		Taburculuk öncesi	2,56±0,22	2,14			
		Taburculuktan 7-10 gün sonrası	2,54±0,26	2,04			

Tablo 4. Hastaların Ameliyattan 7-10 Gün Sonrası Sağlıkli Davranışlarının Karşılaştırılması

		Olgu Grubu		Kontrol Grubu		İstatistiksel analiz ve p değeri	
		n	%	n	%	x ²	p
Günlük 1,5 litre sıvı tüketimi	Evet	32	91,43	21	60	7,769	0,005
	Hayır	3	8,57	14	40		
Sağlıklı beslenme	Evet	32	91,43	28	80	Fisher's exact	0,306
	Hayır	3	8,57	7	20		
Yüzüstü pozisyonda yatma	Evet	31	88,57	33	94,29	Fisher's exact	0,673
	Hayır	4	11,43	2	5,71		
Bacakları açarak yürümeme	Evet	32	91,43	29	82,86	Fisher's exact	0,477
	Hayır	3	8,57	6	17,14		
Ameliyat bölgesinin üzerine oturmama	Evet	33	94,29	31	88,57	Fisher's exact	0,673
	Hayır	2	5,71	4	11,43		
Düzenli olarak günlük pansuman yaptırma/yapma	Evet	35	100	34	97,14	Fisher's exact	1
	Hayır	0	0	1	2,86		
Ameliyat bölgesinin kuru ve temiz tutma	Evet	34	97,14	20	57,14	13,692	0,001
	Hayır	1	2,86	15	42,86		

Tartışma

Çalışmamızda olgu grubundaki hastaların yaş ortalaması 24,66±5,62, kontrol grubunda ise 24,89±7,35 olup, hastaların çoğu erkektir (Tablo 1). Literatürde pilonidal sinüs hastalığının sıklıkla genç yaş (15-25 yaş arası) ve erkeklerde görüldüğü belirtilmektedir (1,5,6,25,26). Harlak ve ark. (8) hastaların yaş ortalamasını 22,49 ± 2,97, Yılmaz ve ark. (16) 25 yaş altı, Harlak ve ark (27) diğer çalışmalarında 22,49 ± 2,97, Aşkın ve ark (28) 23,02±2,51, Sekmen ve ark. (29) benzer şekilde 21,13±2,97 olarak bulmuşlardır. Cinsiyeti değerlendiren çalışmalar da pilonidal sinüs hastalığının sıklıkla erkeklerde görüldüğünü desteklemişlerdir (30,31). Çalışmamızdaki her iki grupta yer alan hastaların yaş ortalaması ve erkek cinsiyet literatür ile çalışma sonuçlarıyla benzerdir. Çalışmamızda olgu ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunu öğrencilerin oluşturduğu görülmektedir (Tablo 1). Literatürlerde de pilonidal sinüs hastalığının uzun süreli oturan meslek grupları (şoför, asker) ile öğrencilerde daha sık rastlandığı belirtilmektedir.

Çalışmada her iki grupta yer alan hastaların ameliyat öncesi, taburculuk öncesi ve taburculuktan 7-10 gün sonrasına ait Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0,05) (Tablo 2). Ancak olgu grubundaki hastaların taburculuk sonrası 7-10 gün sonrası puan ortalamasının daha yüksek olması, daha az kaygı duyduklarını göster-

miştir. Pilonidal sinüs hastalarının anksiyete durumlarını belirlemeye yönelik yeterli sayıda çalışma ile karşılaşılma-masına karşın, Duman ve ark. (32) pilonidal sinüs cerrahisinde tedavi yöntemi ne olursa olsun hastalarda yüksek depresyona neden olduğunu, Yılmaz ve ark.(16) pilonidal sinüs cerrahisi geçiren askerlerin anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu ve verilen eğitimin anksiyete düzeyini düşürdüğünü bulmuşlardır (16,32). Yine çalışmalar ameliyat öncesi verilen sözel, yazılı ve videolu eğitimlerin hastaların anksiyetesini azalttığını desteklemiştir (23,33-37). Çalışmamızda hastaların kliniğe geliş zamanlarının ameliyat günü sabah saatlerinde olması, hastaların önceliğinin eğitim olmadığını ve ameliyat stresinin etkilemiş olabileceğini akla getirmiştir.

Çalışmamızda olgu ve kontrol grubu hastaları ile genel konfor ölçeğinin alt boyutlarından birisi olan rahatlama puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). Olgu grubunun taburculuk sonrası 7-10 gün sonrası rahatlama puan ortalaması daha düşük olması, diğer gruba göre daha rahat olduklarını göstermektedir (Tablo 3). Çalışma bulgusunun karşılaştırılabileceği benzer çalışma ile karşılaşılamamıştır. Pilonidal sinüs ameliyatı basit gibi görünmesi ne karşın, iyileşme sürecinin uzun olması, ağrı, günlük yaşam aktiviteleri (yürüme, yatma, oturma) sınırlandırması sonucu hastaların

yaşam kalitesi ve konforunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Her hastanın sinüs büyüklüğünün farklı boyutlarda olması veya yaranın büyüklüğüne bağlı yara iyileşme sürecinin farklılık göstermesi nedeniyle verilen eğitimin etkinliğinin taburculuktan bir ay sonra değerlendirilmesi gerektiğini akla getirmiştir.

Pilonidal sinüs ameliyatı geçiren hastalara taburculuk öncesinde kısa ve anlaşılır eğitim yapılması gerekmektedir. Bu eğitimin içeriğinde tam iyileşme, normal yaşantı ile işe dönme süresinin ortalama 3-4 hafta kadar sürebildiği, bacakların ilk 3 hafta açılmaması ve günlük pansumanların yapılması, ilaçların düzenli kullanılması, kişisel temizliğe dikkat edilmesi, dikişlerin ortalama 14-21 günde alınabileceği konuları yer almalıdır (22,34). Eğitim aynı zamanda hastaların evde bakımında üstlenecekleri rolleri benimsemelerine ve sağlıklı davranış kazanmalarına katkıda bulunmaktadır. Çalışmamızda gruplar arasında günlük sıvı tüketme, ameliyat bölgesini kuru ve temiz tutma bakımından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4). Literatürde pilonidal sinüs ameliyatı öncesi yapılan eğitimin sağlıklı yaşam davranışları üzerine etkisi ile ilişkili yayına rastlanmamıştır. Ancak olgu grubunun ameliyat bölgesini kuru ve temiz tutması, sıvı tüketmelerine dikkat etmeleri istendik bir bulgudur. Yine hastaların çoğunluğunun, sağlıklı beslenmeleri, bacaklarını açarak yürümeleri, ameliyat bölgesi üzerine oturmamaları, pansumanları düzenli yaptırılmaları da sevindiricidir.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmada pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların anksiyete düzeyleri üzerinde etkili olmamasına karşın, eğitim verilen hastaların rahatlatma puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Yine eğitim verilen hastalarının taburculuk sonrası bol sıvı tüketme ve ameliyat bölgesini kuru ve temiz tutma gibi sağlıklı davranışlar sergiledikleri görülmüştür. Çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda; pilonidal sinüs ameliyatı öncesi eğitiminin daha geniş populasyonda ve uygun zamanda yapılması, eğitimin etkinliğinin taburculuktan bir ay sonra değerlendirilmesi, sürekliliğinin sağlanması ve konforlarının incelenmesi önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Kaya B, Uçtum Y, Şimşek A, Kutaniş R. Pilonidal sinüs tedavisinde primer kapama. Basit ve etkili bir yöntem. Kolon Rektum Hast Derg 2010; 20(2):59-65.
2. Sunkara A, Wagh DD, Harode S. Intermammary pilonidal sinus. International Journal of Trichology 2010; 2(2):116-118.
3. Gündoğdu R, Ayhan E. İntersfinkterik pilonidal sinüs: Olgu sunumu. Cause Pedia 2015; 4:1-4.
4. Kanat BH, Girgin M. Pilonidal hastalıkta sıklığı artan etiyolojik faktör: Bilgisayar. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2013; 27(1):59-61.
5. Oueidat D, Rizkallah A, Dirani M, Assi TB, Shams A, Jurjus A. 25 years' experience in the management of pilonidal sinus disease. Open Journal of Gastroenterology 2014; 4:1-5.
6. Yormaz S, Yılmaz H, Alptekin H, Ece İ, Şahin M. Pilonidal sinus of the glans penis: An unusual case. International Journal Of Advances In Case Reports 2015; 2(3):136-138.
7. Yıldırım O, Turan Ü, Ünal B, Kırımlıoğlu V. (2008). Sakrokoksigeal pilonidal sinüs. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 15(4):299-305
8. Harlak A, Menten O, Kilic S, Coskun K, Duman K, Yılmaz F. Sacrococcygeal pilonidal disease: Analysis of previously proposed risk factors. Clinics 2010; 65(2):125-131.
9. Patel MR. Chronic infections. In: Green's operative hand surgery. Eds: Wolfe SW, Pederson WC, Hotchkiss RN, Kozin SC, Cohen MS, 7nd ed, Elsevier Health Sciences, 2017, p.118.
10. Tardu A, Haşlak A, Özçınar B, Başak F. Pilonidal sinüsün cerrahi tedavisinde limberg flep ile dufourmentel flep yöntemlerinin karşılaştırılması. Ulusal Cerrahi Dergisi 2011; 27(1):35-40.
11. Mihmanlı M. Pilonidal hastalık. İçinde: Kolon rektum ve anal bölge hastalıkları. Eds: Alemdaroğlu K, Akçal T, Buğra D, Ajans Plaza, İstanbul, 2003, s.185-189.
12. Gülpınar K, Özdemir S, Öziş SE, Uslu HY, Korkmaz A. Pilonidal disease: Review. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009; 29(4):959-67.
13. Timmons J. Diagnosis, treatment and nursing management of patients with pilonidal sinus disease. Nursing Stand 2007; 21(52):48-56.
14. Çağlayan K, Güngör B, Topgül K, Polat C, Çınar H, Ulusoy AN. Pilonidal sinüs

- hastalığında komplikasyon ve nüks açısından hastaya ait faktörlerin incelenmesi. *Kolon Rektum Hast Derg* 2011;21(3):103-108.
- 15.Yavuz M. Ameliyat Öncesi Bakım. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Eds: Karadakovan A, Eti Aslan F. 4. Baskı, Akademisyen Kitabevi, Ankara. 2017, s.225-240
 - 16.Yılmaz E. Cerrahi Süreç: Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Bakım. İçinde: Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte. Eds: Aslan FE, 2. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2017, s.319-345
 - 17.Özberksoy A, Özbayır T, Taşdemir N. Meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi eğitimin ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeylerine etkisi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2009; 29(6):1605-1611.
 - 18.Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar, Mattek Matbaacılık, 2010, s.130-148.
 - 19.Öz F, Demiralp M. Psikososyal hemşirelik, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014, s.57-72.
 - 20.Kruzik N. Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. *AORN Journal* 2009;90(3):381-387.
 - 21.İşgör A. Pilonidal hastalık. *Ankem Derg* 2011; 25(2):117-120.
 - 22.Griffin J. Nursing management of pilonidal sinus in the community. *JCN* 2015; 29(5):52-55.
 - 23.Sağır G, Kaya M, Eskiçırak HE, Kapusuz Ö, Kadioğulları AN. Spinal anestezi planlanan hastalarda görsel bilgilendirmenin preoperatif anksiyete üzerine etkisi. *Türk J Anesth Reanim* 2012; 40(5):274-278.
 - 24.Yılmaz E, Aydın E. Cerrahi girişim yapılan hastalarda ameliyat öncesi-sonrası anksiyetenin derlenme kalitesine etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2013; 8(23):79-93.
 - 25.Ersoy OF, Karaca S, Kayaoglu HA, Ozkan N, Celik A, Ozum T. Comparison of different surgical options in the treatment of pilonidal disease: Retrospective analysis of 175 patients. *Kaohsiung J Med Sci* 2007; 23:67-70.
 - 26.Özer S, Karaca T, Bilgin BÇ, Demir A, Özer H, Ertaş E. Pilonidal sinüs hastalığında marsupiyalizasyon, primer onarım, limberg flep yöntemlerinin rekürrens yönünden karşılaştırılması. *Kolon Rektum Hast. Derg* 2012;22(1):10-16.
 - 27.Harлак A, Menteş Ö, Özer M.T, Ersöz N, Coşkun AK. Sakrokoksigeal pilonidal sinüslü 587 hastanın anamnez ve fizik muayene bulgularının değerlendirilmesi. *The Eurasian Journal of Medicine The Eurasian Journal of Medicine* 2006;38:103-106.
 - 28.Aşkın T, Yılmaz E, Buydur H. Pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesine etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma. *Kolon Rektum Hast Derg* 2015; 25 :47-57.
 - 29.Sekmen Ü, Kara VM, Altıntoprak F, Şenol Z. Askerlerde pilonidal sinüs:insidans ve risk faktörleri analizi. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2010;26:95-8.
 - 30.Ersoy OF, Karaca S, Kayaoglu HA, Ozkan N, Celik A, Ozum T. (2007). Comparison of different surgical options in the treatment of pilonidal disease: Retrospective analysis of 175 patients. *Kaohsiung J Med Sci*, 23:67-70
 - 31.Özer S, Karaca T, Bilgin BÇ, Demir A, Özer H, Ertaş E. Pilonidal sinüs hastalığında marsupiyalizasyon, primer onarım, limberg flep yöntemlerinin rekürrens yönünden karşılaştırılması. *Kolon Rektum Hast. Derg* 2012;22(1):10-16
 - 32.Duman K, Ozdemir Y, Yucel E, Akin ML. Comparison of depression, anxiety and long-term quality of health in patients with a history of either primary closure or limberg flap reconstruction for pilonidal sinüs. *Clinics* 2014; 69(6):384-387.
 - 33.Çetinkaya F, Karabulut N. Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 13(2):20-26.
 - 34.Öngel K, Katırcı E, Ak C, Sarıkan İ. Birinci basamakta pilonidal hastalığa yaklaşım. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg* 2007;14(3):48-51.
 - 35.Demir A, Akyurt D, Ergün B, Haytural C, Yiğit T, Taşoğlu İ, Elhan AH, Erdemli Ö. Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 2010; 18(3): 177-182.
 - 36.Karabulut N, Arıkan D. The effect of different training programs applied prior to surgical operation on anxiety levels. *New Symposium Journal* 2009; 47(2):97-102.
 - 37.Fındık ÜY, Topçu SC. Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2012; 22-33.

Ameliyat Geçiren Hastalarda Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Perianesthesia Comfort Levels of the Patients Undergone Operation and It's Affecting Factors

Pınar BÜYÜKÜNAL ŞAHİN^a Selda RIZALAR^b

ÖZ Amaç: Bu çalışma, cerrahi girişim uygulanan hastalarda konfor düzeyini ve etkileyen faktörleri incelemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapıldı. **Gereç ve Yöntemler:** Araştırma evrenini 1 Şubat 2016 – 30 Eylül 2016 tarihleri arasında ameliyat geçiren bireyler, örnekleme ise araştırma kriterini karşılayan ve araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendikten sonra izin alınan 218 birey oluşturdu. Verilerin toplanmasında Hasta Tanıtım Formu ve Perianestezi Konfor Ölçeği (PKÖ) kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 23.0 paket programı ile tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin yanı sıra Kolmogorov-Smirnov, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi. **Bulgular:** Cerrahi girişim uygulanan bireylerin konfor ölçeği puan ortalaması $4,82 \pm 0,61$ bulundu. Cerrahi girişim uygulanan bireylerin tanıtıcı özellikleri ile konfor puanları karşılaştırıldığında erkek hastaların konfor düzeyinin kadınlardan yüksek olduğu ve daha önce ameliyat geçirmenin konfor düzeyini arttırdığı belirlendi. Ameliyat geçiren bireylerin hastalık ve ameliyata ilişkin özelliklerine göre konfor puanları değerlendirildiğinde, ameliyat tipine göre konfor puanları arasında anlamlı fark bulundu. **Sonuç:** Genel cerrahi ameliyatları içinde yer alan kolesistektomi ameliyatı geçiren hastaların konfor düzeyinin diğer ameliyatları geçiren hastalardan yüksek olduğu, hastaların ağrı düzeylerine göre karşılaştırma yapıldığında şiddetli ağrısı olan hastaların konfor düzeyinin düşük olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Ameliyat, ameliyat sonrası bakım, hemşirelik, konfor, perianestezik bakım

ABSTRACT Objective: The purpose of this descriptive study was to determine the perianesthesia comfort levels of the patients undergone an operation and affecting the factors. **Methods:** Research population included persons undergone operation between 1st February - 30th September 2016, while research sample included 218 patients meeting research criteria and informed on research aim and consented therefor. Data were collected with Patient Identification Form and Paranesthesia Comfort Questionnaire (PCQ). To evaluate the data, SPSS 23.0 packaged software and descriptive statistical methods as well as Kolmogorov-Smirnov, Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests are used. Statistical value of $p < 0.05$ was accepted as significant. **Results:** Comfort scale point average of the patients undergone operation was seen as $4,82 \pm 0,61$. Among the groups in which the descriptive features of the patients undergone operation were compared, it was stated that comfort level of male patients were high and undergoing an operation previously increased comfort level. Among the groups compared according to disease and operation of the patients undergone operation, comfort score with respect to the operation type -while analyzing- were found significant difference. **Conclusion:** It was also stated that comfort level of patients undergone cholecystectomy operation which one of the general surgery operations are high and the patients having severe pain levels have low comfort level while the patients were compared as to their pain levels.

Key Words: Surgical operation, nursing, comfort, perianesthesia care, postoperative care

Giriş

Konfor, temel insan gereksinimlerinden biridir ve özellikle sağlık bakımına gereksinim duyulduğu zaman dikkate alınması istenir. Hastanede yatan hastalarda konforun hem fiziksel hem de duygusal yönden hastane deneyimleri üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir (1,2). Konfor ya da rahatlık insan-

oğlunun doğumundan itibaren aranan bir durum ve ulaşılmak istenen bir hedeftir. Bir bebeğin kucağa alındığı zaman sakinleşmesi, yaralanan bir çocuğun okşandığında ağlamasının durması, yaşlı bir kimsenin yanında oturup dokunsal temas

Geliş Tarihi/Received:14-02-2018-**Kabul Tarihi/Accepted:**28-04-2018

^aUzm Hem, Pendik Medikal Park Hastanesi, e-mail:pınarbuyukunal@gmail.com,

^bİstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, e-mail:srizalar@medipol.edu.tr

Sorumlu Yazar /Correspondence: Yrd Doç Dr Selda Rızalar, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Unkapanı/İSTANBUL, e-mail:srizalar@medipol.edu.tr

*Çalışma 2-5 Kasım 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilen 2. Uluslararası 1. Ulusal Türk Ameliyathane ve Cerrahi Hemşireliği Kongresi'nde sunulmuştur.

uygulanması sonucu rahatlaması konforu gösteren durumlardır (3,4).

Yaşam boyunca anlamlı bir gereksinim olarak var olan konfor hemşirelikte yeni bir kavram değildir. Birçok hemşire kuramcı tarafından rahatlık gereksinimi ve rahatlatmanın önemi dile getirilmiştir. Florence Nightingale'den bu yana geçerli, önemli ve güncel bir kavram olarak var olan konfor, bütüncül hemşirelik bakımının tartışmasız temel bir ögesi olarak ele alınmıştır. Günümüzde de konfor kavramı hemşirelik bakım kalitesinin bir parçasıdır; rahat, sıkıntısız hastaların daha çabuk iyileştiği, hastalık stresi ile daha iyi baş ettiği, daha iyi rehabilite olduğu ve daha huzurlu öldüğü belirtilmiştir (3,4). Olumsuz koşulların birçoğu rahatsızlık olarak adlandırılır ve genellikle rahatsızlığın nedeni ve sonucu bir arada bulunur. Konfor, rahatlığın tersi olan rahatsızlık nedenlerinin ortadan kaldırılması ya da etkilerinin azaltılması ile elde edilir. Hemşireler, rahatsızlığın kaynağını genellikle hasta etkilenmeden önce tanımlar ve bu kaynağı uzaklaştırmaya yönelik girişimlerde bulunurlar. Proaktif bir yaklaşımla rahatsızlık durumu ortaya çıkmadan konfor oluşturulabilir (4).

Kolcaba'nın belirttiğine göre, 1926'da Harmer hemşirenin çevresel rahatlığı sağlamanın önemini tartışmıştır. Ağrının giderilmesinin ve ağrının verdiği rahatsızlıkların azaltılmasının iyi uygulamaların en önemli noktası olduğunu gözlemlemiştir. Goodnow 1935'de *The Technic of Nursing* kitabında hastaların rahatlığını sağlamanın ve sürdürmenin önemine değinmiştir. Goodnow'a göre hemşire hastanın rahatlığını sorgulamalıdır, rahatlık hem fiziksel hem de zihinsel anlamda ele alınmalıdır ve hemşirenin sorumluluğu sadece fiziksel bakım sağlamakla sınırlı değildir (3).

Williams ve İrurita hemşireliğin rahatlık kavramı üzerine temellendiğini ve rahatlığın bireyi güçlendirme süreci olduğunu belirtmiştir. Konforu yetersiz olan hastaların güçsüz bireyler olduğunu iyileşme için güçlendirmeye ihtiyaç duyduğunu savunmuştur (1). "Kolcoba ve Wycle" rahatlığı sağlanan hastaların daha hızlı iyileştiğini ve daha iyi baş ettiğini bulmuşlardır (5). Yapılan çalışmalarda konfor gereksinimlerine odaklanan hemşirelik girişimlerinin bakım kalitesi ve hasta memnuniyeti ile ilişkili olduğu görülmüştür (6,7). Perioperatif süreçte konfor konusunda bir teorik çerçeve oluşturulması, hastanın konforunu sağlayacak kişiler olan hemşirelerin bilgilendirilmesi

ve donanım kazanmasını sağlayacaktır. Teoriye göre, hastaların eski sağlığına kavuşmasında ve tedavi sonrası izlemde konfor sağlamanın amacı ameliyat öncesi işlevleri yeniden kazanması ve geleceğe güven duyması konusunda hasta bireyi güçlendirmektir (7,8).

Cerrahi girişim uygulanan hastalarda konforun sağlanması ve sürdürülmesi bakım amaçları arasında yer almalıdır. Bakım bütüncül yaklaşımla, konforun dört boyutunu içerecek şekilde planlanmalıdır. Ancak bu şekilde hasta kendini ferah, konforlu ve sorunların üstesinden gelebilecek güçte hissedebilir. Hemşireler hasta bakımında konfor düzeyini belirleyerek verdikleri hizmetin kalitesini ölçebilir ve hasta bakımında beklenen sonuçları değerlendirebilir, aynı zamanda bakım konusunda yazılı kayıt oluşturabilirler (6,7). Cerrahi girişimler, yaşamı güvence altına alan uygulamalar olmakla beraber hasta için psikolojik, fizyolojik ve sosyal yönden travmadır. Hasta cerrahi girişim sürecinde birçok fiziksel ve psikososyal sorunla karşı karşıya kalmaktadır (9,10). Bütün bu sorunlar hastanın konforunun bozulmasına neden olmaktadır (11,12). Bu araştırma, cerrahi girişim uygulanan hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi yolu ile hasta bakım kalitesini yükseltmek ve hemşirelik girişimlerine rehberlik etmek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü, Yeri-Zamanı ve Evren-Örnekleme

Bu araştırma cerrahi girişim uygulanan hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini özel bir hastanenin cerrahi kliniklerinde yatan ameliyat geçirmiş hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın yürütüldüğü hastanede son 6 ay içinde yapılan ve en az 24 saat takip edilen 768 ameliyat olduğu belirlendi. Yapılan güç analizi sonucunda 0.05 güven düzeyinde %90 güçlülükte değer elde edebilmek için örneklemin en az 139 kişi olması gerektiği bulundu. Veri kaybı olabileceği düşünülerek 218 hasta ile görüşme yapıldı. Örnekleme 218 hasta oluşturdu. Araştırma örneklemine 18 yaş ve üzerinde olan, genel ya da spinal anestezi altında cerrahi girişim yapılan, kişi yer ve zamana oryante olan, ameliyat sırasında temel yaşam işlevleri ile ilgili komplikasyon

gelişmeyen hastalar dahil edildi. Mekanik ventilasyon desteği, işitme kaybı ve psikiyatrik hastalık tanısına sahip olan bireyler araştırma kapsamına alınmadı.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Hasta Tanıtım Formu ve Perianestezi Konfor Ölçeği ile toplandı.

Hasta Tanıtım Formu: Hasta tanıtım formu hastaların bireysel tanıtıcı özellikleri ile hastalığa ve ameliyata ilişkin özelliklerinden oluşmuştur. Bireysel tanıtıcı özellikleri; cinsiyeti, yaşı, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, sosyal güvencesi, kronik hastalık, ilaç kullanımı ve alışkanlıkları içermektedir. Hastalığa ve ameliyata ilişkin özellikleri ise; şimdiki ameliyata karşı tutumu, refakatçi durumu, ameliyat planı, ameliyat şekli, anestezi türü, geçirilmiş ameliyat ve önceki hastane izlenimleri oluşturmaktadır. Ameliyat sonrası ağrının yeri ve şiddeti, analjezik ve antiemetik kullanımı ve önceden ameliyat geçirme durumlarını içermektedir.

Perianestezi Konfor Ölçeği: PKÖ, Kolcaba tarafından konforun kuramsal bileşenlerini oluşturan üç düzey ve dört boyutun yer aldığı taksonomi yapı rehber alınarak oluşturulmuştur. Ölçek bireyin cerrahi girişim öncesi ve sonrası hakkında genel düşünce sürecini yansıtan kendini kavrama ve hislerini sorgulayan 24 maddeden oluşmuştur. Ölçekteki her bir ifade “kesinlikle katılmıyorum”dan “kesinlikle katılıyorum” a doğru 1-6 arasında değişen likert tipi puanlamaya sahiptir. Olumlu ve olumsuz maddelerden oluşan ölçeğin yanıt düzenleri karışık halde verilmiştir. İfadelerin 12’si olumlu (1,5, 6, 11, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24), 12’si olumsuz (2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 17, 22) olup; puanlamada olumsuz ifadeler tersine çevrilir. Buna göre olumlu ifadelerde yüksek puan (6) yüksek konfora, düşük puan (1) düşük konfora, olumsuz maddelerde ise düşük puan (1) yüksek konfora, yüksek puan (6) ise düşük konfora işaret etmektedir. Ölçeğin değerlendirmesinde; elde edilen olumsuz puanlar ters kodlanarak olumlu maddelerle toplanır. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 144, en düşük toplam puan ise 24 dür. Elde edilen toplam puan ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değer saptanır ve sonuç 1-6 dağılımında

belirtilir. Düşük puan konforun *kötü*, yüksek puan konforun *iyi* olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Üstündağ ve Aslan tarafından yapılmıştır. Üstündağ ve Aslan’ın çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,83 bulunmuştur(13). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,747 bulundu.

Veriler ameliyat sonrası dönemde araştırmacı tarafından çalışma konusunda katılımcılar bilgilendirilerek hasta odasında karşılıklı görüşme tekniği ile toplandı. Anket formunun yanıtlanması 15-20 dakika sürdü.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler istatistik SPSS 23 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak bilgisayar ortamında analiz edildi. Verilerin analizi %95 güven düzeyi ile çalışıldı. Katılımcıların Konfor Ölçeği puan ortalaması için yapılan Shapiro-Wilk normallik analizi sonucu söz konusu puanın normal dağılım göstermediği belirlendi. Konfor Ölçeği puan ortalaması için yapılmış olan gruplar arası karşılaştırma testlerinde parametrik olmayan test teknikleri kullanıldı. Çalışmada parametrik olmayan test tekniklerinden Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Bağımsız iki grubun nicel bir değişken açısından karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, bağımsız ikiden fazla grubun ($k > 2$) nicel bir değişken açısından karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Katılımcıların Konfor Ölçeği puanlarının demografik değişkenlere göre farklılık gösterme durumu Mann Whitney ve Kruskal Wallis testleri ile analiz edildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce İstanbul Medipol Üniversitesi Etik Kurulu’ndan etik onay (Karar No: 2015/661) ve kurum izni alındı. Çalışmaya katılan bireylere çalışma konusunda bilgi verilip yazılı onam alındı. Perianestezi Konfor Ölçeği için yazardan mail yoluyla izin alındı.

Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin %81’ inin kadın, %91,3’ünün evli, % 33,9’nun lise mezunu,

Tablo 1. Cerrahi Girişim Uygulanan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Konfor Ölçeği'nden Aldıkları Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=218)

	Özellikler	N	Sıra Ortalaması	Test değeri	P değeri
Cinsiyet	Kadın	179	103,94	U=2569,500	p =0,011
	Erkek	39	132,12		
Yaş	19-29	35	103,59	KW=4,540	p=0,338
	30-40	53	97,88		
	41-50	57	111,00		
	51-60	26	98,76		
	61-72	47	121,84		
Eğitim Durumu	Okur-yazar	10	98,25	KW=0,844	p=0,839
	İlköğretim	68	107,17		
	Lise	74	106,41		
	Üniversite	66	113,73		
Çalışma durumu	Evet	97	114,03	U=5041,500	p=0,160
	Hayır	121	102,09		
Sosyal Güvence	SGK	196	102,84	KW=1567,000	p=0,605
	Ücretli	18	110,44		
	Özel Sağlık Sigortası	4	98,72		
Gelir Durumu	Gelir giderden az	17	111,38	KW=0,062	p=0,970
	Gelir gidere denk	175	107,57		
	Gelir giderden fazla	26	108,65		
Kronik Hastalık	Var	52	119,58	U=3740,000	p=0,163
	Yok	166	105,67		
İlaç Kullanımı	Yok	188	33,15	U=430,500	p=0,485
	Var	30	29,95		
Alışkanlıklar	Alkol	3	24,29	KW=36,500	p=0,175
	Sigara	46	35,83		
	Yok	169	40,66		

KW: Kruskal Wallis Analizi, U: Mann Whitney-U testi

%31,2'sinin ilköğretim mezunu, %30,3'ünün üniversite mezunu olduğu görüldü. Katılımcıların yaş grubuna göre dağılımları incelendiğinde, %26,1'inin 41-50, %24,3'ünün 30-40, %21,6'ünün 61-72 yaş grubunda olduğu bulundu. Araştırmaya katılan bireylerin %55,5'inin herhangi bir kurumda çalışmadığı, %89,9'unun sosyal güvenlik kurumu

olarak sağlık hizmeti aldıkları görüldü. Ekonomik durum değerlendirildiğinde, %80,3 'ünün gelir düzeyinin gider düzeyine denk olduğu, %23,9'unun en az bir kronik hastalığı olduğu ve bu hastalığı sebebiyle %86,3 'ünün sürekli ilaç kullandığı görüldü. Bireylerin %21,1'unun sigara, %1,3'ünün alkol alışkanlığı olduğu görüldü..

Tablo 2. Cerrahi Girişim Uygulanan Bireylerin Hastalık ve Ameliyata ilişkin Özelliklerine Göre Konfor Ölçeği'nden Aldıkları Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=218)

	Özellikler	N	Sıra ortalamaları	Test değeri	p değeri
Geçirilmiş Ameliyat	Var	131	109,30	U=3817,000	0,024
	Yok	87	89,76		
Önceki hastane izlenimleri	İyi	89	68,56	KW=0,084	0,959
	Orta	37	66,42		
	Kötü	9	68,94		
Şimdiki ameliyata karşı tutum	Olumlu	188	108,17	KW=3,614	0,164
	Olumsuz	16	81,59		
	Farketmez	14	91,25		
Ameliyat Planı	Acil	67	100,63	U=4323,500	0,294
	Planlı	151	110,37		
Ameliyat türü	Kolesistektomi	17	144,97	KW=13,483	0,036
	Apendektomi	13	129,08		
	Herni	18	128,81		
	Rinoplasti	10	121,80		
	Sezaryen	128	97,75		
	Diz Protezi	15	118,67		
	Lomber Disk Hernisi	17	111,74		
Ameliyat şekli	Laparoskopik	21	130,50	U=1627,500	0,108
	Açık ameliyat	197	107,26		
Anestezi türü	Genel	187	108,23	U=2596,500	0,479
	Spinal	31	99,76		

Katılımcılardan % 60,2 'sinin daha önce ameliyat geçirip yatış deneyimi olduğu, %65,9'unun sağlık bakımı alma deneyimini "iyi" olarak değerlendirdikleri görüldü. Bireylerin %86,2'sinin şimdiki ameliyatına karşı tutumunun "iyi", %7,3'ünün "kötü" olduğu görüldü. Ameliyat geçiren hastaların %98,2'sinin ameliyat öncesi ve sonrası yanında refakatçisi olduğu belirlendi. Çalışmaya alınan bireylerin %69,3'üne planlı,

diğerlerine acil ameliyat uygulandığı belirlendi. Hastalara uygulanan ameliyatların tipi incelendiğinde sezaryen geçiren hastaların oranının %58,7 olduğu görüldü. Hastaların %90,4'üne açık cerrahi girişim %9,6'sına laparoskopik (kapalı) cerrahi girişim uygulandığı, uygulanan anestezi türüne göre yapılan değerlendirmede hastaların %85,8'inin genel anestezi ve %14,2'sinin spinal anestezi

Tablo 3. Cerrahi Girişim Uygulanan Bireylerin Ağrı Düzeylerine Göre Konfor Ölçeği'nden Aldıkları Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=218)

	Özellikler	N	Sıra Ort	Test değeri	P değeri
Ağrı Şiddeti	Hafif ağrı	63	118,74	KW=11,515	p=0,003
	Orta şiddette ağrı	81	120,75		
	Şiddetli ağrı	74	89,32		
Ağrı Yeri	Kesi yeri ağrısı	174	106,08	U=3556,500	p=0,790
	Gaz, sırt, baş, genel vücut ağrısı	44	103,33		
Ağrı Kesici	Parasetamol	48	67,43	KW=0,739	p=0,864
	Narkotik Analjezik	37	56,79		
	NSAİİ	63	68,46		
	NSAİİ ve Narkotik	49	59,54		
	Analjezik Almayan	21	71,26		
Bulantı	Var	38	109,37	U=3415,000	p=0,989
	Yok	180	109,53		
Antiemetik	Alan	25	106,20	U=2330,000	p=0,781
	Almayan	193	109,93		

yöntemi ile ameliyat olduğu belirlendi. Tablo 1'de cerrahi girişim uygulanan bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre konfor ölçeği puan ortalamaları verildi. Katılımcılardan kadın ve erkek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (U=2569,5; p<0,05). Kadınların puan sıra ortalamaları 103,94 iken erkeklerin puan ortalamaları 132,12'dir. Ameliyat geçiren erkeklerin konfor düzeyi kadınlara göre daha yüksek bulundu. Hastaların yaş grupları, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, gelir düzeyi, alışkanlıklarına göre konfor ölçeği puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (U=36,500; p>0,05). Kronik hastalığı olan ve olmayanlar arasında konfor puan ortalaması açısından anlamlı farklılık bulunmadı (U=3740,000; p>0,05). Kronik hastalığı dolayısıyla ilaç kullanan ve kullanmayan grupların puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmadı (U=430,500; p>0,05).

Tablo 2'de cerrahi girişim uygulanan bireylerin hastalık ve ameliyata ilişkin özelliklerine göre konfor ölçeği puan ortalamaları görülmektedir. Çalışmaya katılan hastalardan önceden

ameliyat geçiren ile geçirmeyen grupların konfor puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (U=3817,00; p<0,05). Ameliyat geçirmiş olan hastaların konfor puan ortalamaları 109,30 iken ameliyat geçirmeyenlerin 89,76'dır. Planlı ameliyat geçiren hastaların konfor ölçeği puan ortalaması 110,37 iken acil ameliyat geçirenlerin ise 100,63'dir. Planlı ameliyat geçirenlerin konfor puanı diğerlerinden daha yüksek olmasına karşın fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (U=4323,500; p>0,05).

Cerrahi girişim uygulanan hastalarda ameliyat tipine göre konfor puanı incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark bulundu ($\chi^2=13,483$; p<0,05). Kolesistektomi ameliyatı geçiren hastaların konfor puanı sıra ortalamaları 144,97; apendektomi ameliyatı geçirenlerin 129,08; herni ameliyatı geçirenlerin 128,81 bulundu. Apendektomi yapılan hastaların konfor düzeyinin herni ameliyatı olanlara göre daha yüksek olduğu, kolesistektomi yapılanların konfor düzeyinin diğerlerinden yüksek olduğu belirlendi. Anestezi tipine göre konfor puanları incelendiğinde spinal anestezi alan hastaların konfor puan

ortalaması genel anestezi alanlarinkinden yüksek bulundu ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($U=2596,500$; $p>0,05$).

Cerrahi girişim uygulan bireylerde ameliyattan 24 saat sonrasında hafif, orta ve şiddetli ağrısı olan grupların konfor puanları arasında anlamlı fark bulundu ($\chi^2=11,515$; $p<0,05$). Orta şiddette ağrısı olanların konfor puanı ortalamaları 120,75 iken şiddetli ağrısı olanların konfor puan ortalaması 89,32'dir. Şiddetli ağrısı olanların konfor düzeyi hafif ve orta şiddette ağrısı olanlardan düşük bulundu. Kesi yeri ağrısı yaşayanların konfor puan ortalaması 106,08, diğer türde ağrısı olanların konfor puan ortalaması 103,33'dur, her iki grubun ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($U=3556,500$; $p>0,05$). Farklı tipte ağrı kesici verilen gruplar arasında konfor puanı açısından anlamlı farklılık bulunmadı ($\chi^2=,739$; $p>0,05$). Bulantı durumuna göre ve antiemetik ilaç kullanımına göre grupların konfor puanı arasında anlamlı fark bulunmadı ($U=3415,00$; $p>0,05$ ve $z=2330,00$; $p>0,05$, Tablo 3).

Tartışma

Cerrahi girişimler, yaşamı doğrudan güvence altına almayı amaçlayan uygulamalar olmakla beraber hasta bireyi tüm boyutları ile etkileyen bir travma olduğundan konforun bozulmasına neden olabilmektedir (13). Sağlık bakımı veren merkezlerin fiziksel ve sosyal yönden sağladığı konfor, sağlık bakımı veren hemşirelere olan güveni ve hasta memnuniyetini arttırmaktadır (14). Konforun birçok yönü bulunduğundan, konforu geliştirmek üzere yapılan girişimlerin, konfor düzeyi üzerinde beklendiğinden çok daha büyük etkisi olabilmektedir ve perioperatif bakım sürecinde bu girişimler yer almaktadır (2).

Ameliyat geçiren bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre incelendiğinde çalışmamıza katılan bireylerin % 81'inin kadın %19'unun erkek olduğu ve erkek hastaların konfor düzeyinin kadınlara göre daha yüksek olduğu bulundu. Üstündağ'ın koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeyi çalışmada hastaların %71.2'sinin erkek olduğu ve erkek hastaların konfor düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (15). Çalışmamızda kadın hastaların konfor düzeyinin düşük bulunması kadınların ev ve çocuklarına yönelik sorumluluklarının fazla olması

nedeniyle konfor düzeyinin etkileneceğini düşündürmüştür.

Araştırmamızda katılımcıların %91,3'ünün evli olduğu, medeni durumun konfor puanını etkilemediği bulundu. Sönmez'in "Koroner arter bypass greft ameliyatı uygulanan hastaların konfor ve kaygı deneyimlerinin değerlendirilmesi" adlı çalışmasının bulguları çalışma bulgularımızla paraleldir (16). Öte yandan Sayedfatemi ve ark.'nın çalışmasında tek başına yaşayan hastaların konfor düzeyinin evli olanlardan düşük olduğu, boşanmış kişiler ailenin sosyal desteğini kaybettiğinden cerrahi girişimin konforu olumsuz etkileyen sorunları tetiklediğini ifade etmişlerdir (17).

Araştırmamızda ameliyat geçiren hastaların %33,9'nun lise mezunu olduğu ve eğitim durumlarına göre gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olmadığı görüldü. Günçayır'ın kalça protezi ameliyatı olacak hastalara verilen eğitimin ameliyat sonrası konfor düzeyi ve günlük yaşam aktivitelerine etkisi isimli çalışmasında da eğitim düzeyinin konforu etkilemediği bulunmuştur (18). Ancak Üstündağ'ın ve Sayedfatemi'nin çalışmalarında eğitim düzeyi yükseldikçe konfor düzeyinin arttığı belirtilmiştir (15,17). Çalışmamızda gelir düzeyine yönelik gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı. Ekonomik yönden iyi durumda olmanın beraberinde kendine güveni, rahatlığı getirdiği varsayılmaktadır. Bu varsayım Üstündağ'ın koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeyi bulgularında da desteklenmekte olup, gelir düzeyi düşük olan hastaların konfor düzeylerinin de düşük olduğu belirtilmiştir (15).

Ameliyat geçiren bireylerin hastalık ve ameliyata ilişkin özelliklerine göre dağılımı ele alındığında katılımcılardan %60,2'sinin daha önce ameliyat geçiren bireyler olduğu ve ameliyat deneyimi, hasta konforunu doğrudan etkilediği ve hasta konforunu arttırdığı bulundu. Sönmez'in koroner arter bypass greft ameliyatı uygulanan hastaların konfor ve kaygı deneyimlerinin değerlendirilmesi adlı çalışmasında ve Üstündağ'ın koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeyi çalışmasında daha önceki cerrahi deneyimlerin konfor düzeyi üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı fark oluşturmadığı belirtilmiştir. Çalışmamızda daha önceki cerrahi deneyimlerin hastanın hastane ortamını

benimsemesi, önceden cerrahi ve anestezi sürecine ait bilgisinin olması, hastanede yatış sürecinde konfor gereksinimlerini deneyimlemiş olması konfor düzeyini olumlu yönde etkileyeceğini düşündürmüştür.

Cerrahi girişim geçirdikten sonra hastaların %65,9'unun önceki sağlık bakım deneyimini "iyi" olarak değerlendirdikleri görüldü. Ameliyat geçiren bireylerin %86,2'sinin şimdiki ameliyatına karşı tutumunun "iyi" olduğu görüldü. Çalışmamızda hastaların sağlık bakımı verenlerden memnun olması konfor düzeylerini olumlu yönde etkilediğini düşündürmektedir.

Çalışmamıza alınan bireylerin %69,3'üne planlı ameliyat uygulandığı belirlendi. Planlı cerrahi girişim geçiren hastaların konfor ölçeği puan ortalaması 110,37 iken acil cerrahi girişim geçiren hastaların 100,63 olduğu görüldü, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Acil cerrahi geçiren hastalarda konfor puanındaki farklılığın ameliyat öncesi fiziksel ve psikolojik hazırlık için yeterli zaman olmamasından kaynaklandığı, planlı cerrahi girişimlerde ameliyat öncesi hazırlıkta hemşireler tarafından verilen hasta eğitimin konfor düzeyinin artmasına yönelik girişimler için yeterli zamanın olmasına bağlı olduğu düşünülebilir.

Ameliyat tiplerine göre konfor düzeyleri incelendiğinde ise kolesistektomi ameliyatı geçiren hastaların en yüksek konfor düzeyinde olduğu, sezaryen geçirenlerin ise en düşük konfora sahip oldukları bulundu. Pınar ve ark.'nın 2009 yılında yaptıkları annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler adlı araştırmada sezaryen ile doğum yapan annelerin konfor düzeylerinin normal doğum yapan annelerden düşük olduğu belirtilmiştir (19). Metinoğlu'nun çalışmasında (2016) da sezaryen ile doğum yapan annelerin konfor düzeyleri normal doğum yapanlara göre düşük olduğu belirtilmiştir (20). Kolesistektomi ameliyatları laparoskopik cerrahi tekniği ile uygulandığından dolayı bu hastalarda konfor düzeyinin yüksek olduğu düşünülmüştür. Sezaryen geçiren hastaların konfor düzeyinin düşük olması ameliyat sonrası yenidoğan bebeklerin bakım gereksinimlerine bağlı olabileceği düşündürmüştür.

Çalışmamıza alınan hastaların %90,4'üne açık cerrahi girişim, diğerlerine ise laparoskopik cerrahi işlem uygulandığı belirlendi. Konfor puan ortalamalarına bakıldığında laparoskopik ameliyat olanların konfor puan ortalamaları 130,50 iken açık cerrahi girişim geçirenlerin konfor puan ortalaması

107,26 bulundu, konfor puan ortalamaları yönünden gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. Literatür bilgisine göre laparoskopik ameliyat geçirenlerde konfor düzeyinin açık ameliyata göre yüksek olması beklendiği halde böyle bir bulgu elde edilememiştir. Bu durumun laparoskopik ameliyat geçiren vaka sayısının azlığından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Uygulanan anestezi türüne göre yapılan değerlendirmede hastaların %85,8'inin genel anestezi ve %14,2'sinin spinal anestezi yöntemi ile cerrahi girişim uygulandığı saptandı. Çalışmamızda anestezi yönteminin hastanın konfor düzeyini etkilemediği istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturmadığı görüldü. Ünülü'nün perikardiyum 6 noktasına bilek bandı ile akupresürün ameliyat sonrası bulantı kusma ve konfor düzeyine etkisi çalışmasında da anestezi yöntemlerinin hastanın konfor düzeyi üzerine etkisi olmadığı bildirilmiştir. Çalışma bulgumuz Ünülü'nün çalışması ile benzerdir (21).

Ağrı değerlendirmesinde ölçek kullanımı hasta ile hastanın bakımını sürdüren hemşire ve hekimler arasında objektif değerlendirmeyi sağlamaktadır (22). Bu çalışmada numerik ağrı ölçeği ile hastaların ağrı durumları değerlendirildiğinde ameliyat geçiren bireylerde ağrı şiddeti farklı olan grupların konfor puanı arasında anlamlı fark bulundu. Sönmez'in koroner bypass ameliyatı uygulanan hastaların konfor ve kaygı deneyimlerinin değerlendirilmesi çalışmasında ağrı düzeyi ile konfor karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu, hafif ağrı çeken hastaların konfor düzeyinin, orta ve şiddetli ağrısı olanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda orta düzeyde ağrısı olan hastaların hafif ağrı çeken hastalardan daha fazla konfora sahip olmaları hastanın ağrı düzeyi düştükçe diğer konfor gereksinimlerine yönelik beklentilerini arttırdıklarını düşün-dürmüştür.

Ağrı yerine göre yapılan karşılaştırmada istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görüldü. Ameliyat sonrası hastaların %79,8'inin insizyon yerine bağlı ağrı yaşadığı %20,2'sinin baş ağrısı, gaz sancısı veya sırt ağrısı yaşadığı görüldü. Ağrı kesici ilaçlarla konfor arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü. Ağrı gidermek amacı ile hastaların %28,8'ine NSAİ verildiği ve ilaç grupları ile konfor arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olmadığı görüldü. Nonfarmakolojik yöntemlerin farmakolojik yöntemler ile

kullanılmasının da hasta konforunu etkileyeceği düşünülebilir.

Ameliyat sonrası hastayı rahatsız eden ve en sık rastlanan sorunlardan biri bulantı ve kusmadır. Çalışmaya alınan bireylerin ameliyat sonrası bulantı durumları incelendiğinde %17,4'ünün ameliyat sonrası bulantı yaşadığı görüldü. Postoperatif dönemde görülen bulantı ve kusma nedenleri arasında; hastanın bulantı kusmaya yatkınlığı, anestezi ilaçları ile cerrahi bölgenin ve tipinin özelliği, hareket kısıtlılığı, postoperatif ağrı yoğunluğu ve postoperatif ilaç uygulaması yer almaktadır Hastaların ameliyat sonrası dönemde bulantı hissetmesinin de konforu azaltıcı bir etken olabileceği belirlenmiştir.

Sonuç ve öneriler

Bu çalışmada ameliyat geçiren bireylerin konfor puan ortalamaları $4,82 \pm 0,61$ bulunmuştur. Bu puan ortalamaya yakın ve üzerinde bir puan olarak değerlendirilmektedir. Araştırmada erkek hastaların konfor düzeyinin kadınlarınkinden yüksek olduğu, daha önce ameliyat geçirmiş olmanın konfor düzeyini arttırdığı, kolesistektomi ameliyatı geçiren hastaların konfor düzeyinin diğer ameliyatları geçiren hastalardan daha yüksek olduğu, şiddetli ağrının konfor düzeyini düşürdüğü belirlenmiştir. Elde edilen bu sonuçlara dayanarak ameliyat geçiren hastalarda bütüncül yaklaşımla konfor girişimlerinin planlanması, ameliyat sonrası ağrı hasta konforunu olumsuz etkilediğinden ağrının giderilmesi için etkin bakım girişimlerinin yapılması önerilebilir. Bireyin konforunu arttırmak amacıyla benzer çalışmaların özgün ölçme araçları ile daha geniş örneklem gruplarında farklı zaman dilimlerinde yapılması önerilebilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma İstanbul ilinde bulunan bir özel hastaneye başvuran hastalar üzerinde uygulandığı için bulgularımız tüm ameliyat geçiren hastalara genellenemez.

Kaynaklar

1. Williams AM, Irurita VF. Emotional comfort: the patient's perspective of a therapeutic context. *Int J Nurs Stud* 2006; 43: 405-415.
2. Kolcaba K, Wilson L. Comfort care: a framework for perianesthesia Nursing. *J Perianesth Nurs* 2002; 17:104-114.

3. Kolcaba K, Kolcaba R. An Analysis of the Concept of Comfort. *J Adv Nurs* 1991;16:1301-1310.
4. Malinowoski A, Stamler LL. Comfort Exploration of The Concept In Nursing. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 39 (6), 599-606.
5. Kolcaba K, Wykle M. Comfort Research: Spreading Comfort Around The World. *Reflections* 1997; 23:12-13.
6. Kuşuoğlu S, Karabacak Ü. Genel Konfor Ölçeğinin Türkçe 'ye uyarlanması. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 61 (16), 16-23.
7. Kolcaba K. Evolution of The Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research. *Nurs Outlook* 2001;49:86-92.
8. Kolcaba KY. Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Image J Nurs Sch* 1991;23(4):237.
9. Shumaker RP. Perioperative Nursing. In: Black JM, Matassarini-Jacobs E, Eds. *Medical-Surgical Nursing*. 5th Ed. Philadelphia: WB Saunders; P.449-96. 1997.
10. Uğurlu SB. Postoperative neuropsychiatric system. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2007; 3 (27):23-8.
11. Krenziscek D, Wilson L, Newhouse R, Mamaril M, Kane HL. Clinical evaluation of the aspan pain and comfort clinical guideline. *J Perianesth Nurs* 2004;19(3):150-9.
12. Mace L. An audit of post-operative nausea and vomiting, following cardiac surgery: scope of the problem. *Nurs Crit Care* 2003; 8:187-96.
13. Üstündağ H, Aslan FE. Perianestezi Konfor Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2010; 2(2):94-9.
14. Gray LY, Sedhom L. Client satisfaction: traditional care versus cluster care. *J Prof Nurs* 1997; 13: 56-61.
15. Üstündağ H. Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konfor Düzeyi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2009.
16. Sönmez A. Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatı Uygulanan Hastaların Konfor ve Kaygı Deneyimlerinin Değerlendirilmesi, Yüksek lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tekirdağ, 2013.
17. Seydefatemi N, Rafii F, Rezaei M, Kolcaba KJ. Comfort and Hope in the Preanesthesia Stage in

- Patients Undergoing Surgery Perianesthesia Nurs. 2014; 213-220.
18. Günçayır D. Kalça Protezi Ameliyatı Olacak Hastalara Verilen Eğitimin Ameliyat Sonrası Konfor Düzeyi ve Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi, Yüksek lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Erzurum, 2011.
 19. Pınar, G, Doğan, N, Algier, L, Kaya, N, Çakmak, F. Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. Dicle Tıp Dergisi 2009; 184-190 .
 20. Metinoğlu, M. Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Doğum Konfor Düzeyine Göre Karşılaştırması. Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi. Ankara, 2016.
 21. Ünülü M. Perikardiyum 6 Noktasına Bilek Bandı İle Akupresürün Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma ve Konfor Düzeyine Etkisi, Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2014.
 22. Karadakovan A, Aslan Eti F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Ağrı. 127-149. Ankara: Akademisyen. 2014.

Bornova'da Yaşayan 20 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevelansı ve Risk Faktörleri

Urinary Incontinence Prevalance and Risk Factors in Women at the Age of 20 and Over Living in Bornova

Ummahan YÜCEL^a, Aytül HADIMLI^b, Yeliz ÇAKIR KOÇAK^c, Aysun BAŞGÜN EKŞİOĞLU^d
Dilek SARI^e, Birsen KARACA SAYDAM^f

ÖZ Amaç: Kesitsel tipteki bu alan araştırması, Bornova İlçesi'nde ikamet eden kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığını ve risk faktörlerini incelemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Bornova ilçesinde yürütülen çalışmanın evrenini, Bornova belediyesinde çalışan ebelerin hizmet verdiği dokuz mahallede ikamet eden 20 yaş üstü kadınlar (n=32.284) oluşturmuştur. Alınması gereken en küçük örnek büyüklüğü Statcalc (EpiInfoVersion 6) kullanılarak %95 güven aralığında, %26 görülme sıklığı ve %5 hata payı ile 293 olarak belirlenmiştir. Örneklem grubuna alınacak kadın sayısı tabakalı örnek seçim yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Veriler kadınların sosyodemografik özellikleri ile literatür doğrultusunda oluşturulan inkontinans etyolojisinde rol oynayan faktörlerin sorgulandığı anket ve ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form) (Chronbach alfa=0.71) kullanılarak toplanmıştır. ICIQ-SF cut-off değeri 8'dir. **Bulgular:** Araştırmaya alınan kadınların yaş ortalaması 42.86±1.51 (min:20 max:81)'dir. Kadınların %72.5'inin vajinal doğum yaptığı, %59.2'sine doğumda epizyotomi uygulandığı, %7.3'ünün doğumlarında vakum kullanıldığı, %63.1'ine doğumda kristeller manevrası uygulandığı, %19.2'sinin iri bebek doğumu olduğu, %11.1'inin jinekolojik operasyon geçirdiği saptanmıştır. Kadınların üriner inkontinans prevelansı %28.2'dir. Üriner inkontinans sorunu olan kadınların %31.0'inin karışık tipte idrar kaçırması olduğu, %74.7'sinin ise az miktarda idrar kaçırdığı belirlenmiştir. İdrar kaçıranların %73.6'sının idrar kaçırma nedeniyle doktora başvurmadığı, %58.6'sının ped/koruyucu materyal kullanmadığı saptanmıştır. ICIQ-SF puan ortalaması 7.67±4.28 (min:2 max:18) olarak bulunmuş, ayrıca idrar kaçıran kadınların %42.5'inin rahatsız edici düzeyde idrar kaçırma problemi yaşadığı tespit edilmiştir. **Sonuç:** Yaklaşık olarak üç kadından birinin üriner inkontinans sorunu yaşadığı belirlenmiştir Yaş, eğitim durumu, BMI, vajinal doğum, doğum sayısı, menapoz ve jinekolojik operasyon öyküsü ve sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme ile üriner inkontinans arasında ilişki saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Üriner incontinans, prevelans, risk faktörleri

ABSTRACT Aim: The study has been planned as cross-sectional type with the aim of examining the frequency of urinary incontinence and risk factors in women living in Bornova town. **Method:** The women over 20 living in nine districts where the midwife provide service have formed the population (n=32.284). The bigness of the smallest sample that had to be taken has been determined as 293 with a margin of error of 5% and 26% prevalence in 95% confidence interval by using Statcalc (Epi Info Version 6). The number of women who would be taken into sample group has been determined by using stratified sample selection. The data has been gathered by using a survey questioning women's sociodemographic features and factors having a role in incontinence etiology that has been created in accordance with the literature and also by using ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form) (Chronbachalfa=0.71) adapted by Çetinel and et al. (2004) to be used for Turkish society. ICIQ-SF cut-off value is 8. **Findings:** The age average of women taken into the study is 42.86±1.51 (min:20 max:81). 72.5% of women have been determined to have had vaginal delivery, 59.2% of them to have been applied episiotomy, in 7.3% of them vacuum has been used during delivery, 63.1% of them have been applied kristeller maneuver during delivery, 19.2% of them have undertaken bulky baby delivery, 11.1% of them have undertaken gynecological operation. 28.2% of women have been determined to had urinary incontinence, 31.0% of those who has urinary incontinence have been stated to have mixed type urinary incontinence 74.7% of them has a little incontinence. 73.6% of them have been determined not to consult doctor due to this problem. 58.6% of them do not

Geliş Tarihi/Received:29-01-2018 / **Kabul Tarihi/Accepted:**08-08-2018

^a Dr. Öğr. Üyesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, e-mail:ummahan.yucel@ege.edu.tr, ORCID:0000-0003-3531-8644

^b Dr. Öğr. Üyesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, e-mail:aytul.pelik@ege.edu.tr, ORCID: 0000-0003-4096-7964

^c Arş. Gör. Dr., Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, e-mail: yeliz.cakir@ege.edu.tr, ORCID:0000-0002-8674-9092

^d Arş. Gör. Dr., Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, e-mail:aysun.basgun@ege.edu.tr, ORCID:0000-0002-8769-3289

^e Doç. Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, e-mail: dilek.sari@ege.edu.tr, ORCID:0000-0002-1859-2855

^f Doç.Dr., Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, e-mail:birsen.saydam@ege.edu.tr, ORCID:0000-0001-5601-8064

Sorumlu yazar /correspondence: Dr. Öğr. Üyesi Ummahan Yücel Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, e-mail:ummahan.yucel@ege.edu.tr, ORCID:0000-0003-3531-8644

use pad/protective material. ICIQ-SF score average has been found as 7.67 ± 4.28 (min:2 max:18), besides 42.5% of women have been found out to have urinary incontinence with an irritating level. **Result:** Approximately one of three women were found to have urinary incontinence problems. Age, education status, BMI, vaginal delivery, number of births, menopause, gynecologic operation history, and frequent urinary tract infections were found to be correlated with urinary incontinence.

Keywords: Urinary incontinence, prevalence, risk factors.

Giriş

Üriner inkontinans (UI), Uluslararası inkontinans topluluğu -International Continence Society (ICS)- tarafından kişinin iradesi dışında idrar kaçırmaları olarak tanımlanmıştır. Bu tanım epidemiyolojik çalışmalar için yeterli olmakla birlikte topluma getirdiği ekonomik yük ve birey üzerindeki psikososyal etkileri nedeniyle “sosyal ve ekonomik sorunlara neden olan istemsiz idrar kaybı olarak” güncellenmiştir (1). Üriner inkontinansın en sık görülen tipleri stres, sıkışma (urge) ve karışık (mix) tipte idrar kaçırmadır. Semptom olarak, stres inkontinans; “hapşırma, öksürme ve efor ile istemsiz idrar kaybı şikayeti”, urge inkontinans; “sıkışma hissinden hemen önce ya da sıkışma ile birlikte oluşan istemsiz idrar kaybı şikayeti” olarak tanımlanmaktadır. Miks inkontinans her iki inkontinans durumunun birlikte bulunması durumu olup, semptom olarak; “öksürme, hapşırma, efor sırasında ve sıkışma ile birlikte oluşan istemsiz idrar kaybı” şikayeti olarak ifade edilmektedir (2-4).

Üriner inkontinans kadınlarda, erkeklerden 2-3 kez daha sık görülür ve oran yaşla birlikte artmaktadır. Sağlık Araştırması ve Kalite Kurulu'nun (Agency for Healthcare Research and Quality) raporunda, genç kadınların %25'inde, menopoz sonrası kadınların %44-57'sinde ve huzurevinde yaşayan yaşlı kadınların ise %75'inde inkontinans görüldüğü bildirilmiştir (5). Üriner inkontinans ile ilgili risk faktörleri vajinal doğum, yaş, menopoz, parite, obezite, ve geçirilmiş pelvik organ ameliyatları olarak bildirilmiştir (4-8).

Üriner inkontinans, tüm kadınların yaklaşık yarısından fazlasının hayatlarının bir döneminde yaşadıkları bir sorundur ve kadınlar tarafından genellikle yaşlanma sürecinin bir parçası ve tedavi edilmez bir sonucu olarak görülmektedir (2,8). Aynı zamanda kadınlarda stigma ve utanma duygusu yaratarak tıbbi yardım arama davranışında da azalmaya neden olur (9). Ülkemizde farklı bölgelerde gerçekleştirilen çalışmalarda üriner inkontinans oranı %20.9'dan %46'ya kadar

değişiklik göstermektedir (10-12). Gerek ülkemizde gerekse yurtdışında yapılan çalışmalarda kadınların büyük kısmının sağlık yardımı almaksızın koruyucu önlemlerle yaşantısına devam etmekte oldukları ve inkontinans nedeni ile yaşam kalitelerinde düşme meydana geldiği belirtilmektedir (13-15).

Çok boyutlu bir sorun olan üriner inkontinans hastaların tedavi ve bakımlarında multidisipliner bir ekip yaklaşımı sağlanmalıdır. Sağlık ekibinin üyesi olan ebe ve hemşirelerin üriner inkontinansı olan kadına yaklaşımı bütüncül bakım anlayışı çerçevesinde olmalıdır. Bu çalışma, Bornova belediyesinde çalışan ebelerin ev ziyaretini sürdürdükleri bölgede yaşayan 20 yaş üzerindeki kadınlarda üriner inkontinans sıklığını ve risk faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır. Prevelans oranının ve risk faktörlerinin bilinmesi üriner inkontinansa yönelik sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında veri sağlaması açısından önemlidir.

Gereç ve Yöntem

Bornova ilçesinde yürütülen kesitsel tipteki bu alan araştırmasının evrenini, Bornova belediyesinde çalışan ebelerin hizmet verdiği dokuz mahallede ikamet eden 20 yaş üstü kadınlar (n=32.284) oluşturmuştur. Alınması gereken en küçük örnek büyüklüğü Statcalc (EpiInfoVersion 6) kullanılarak %95 güven aralığında, %26 görülme sıklığı ve %5 hata payı ile 293 kişi olarak saptanmıştır. Üriner inkontinans sıklığı yapılan çalışmalara bakılarak belirlenmiştir (11,12,16). Çalışmanın örnek grubuna alınacak kadınların sayısı tabakalı örnek seçim yöntemi kullanılarak belirlenmiştir (17). Dokuz farklı mahalledeki kadın nüfusu dikkate alınarak, tabakalı örnek seçim yöntemi ile belirlenen sayıda kadın olasılıksız örnek seçim yöntemi ile gönüllülük ilkesine dayalı olarak araştırmaya dahil edilmiştir. Doğanlar Mahallesi'nden 53 (%18), Naldöken Mahallesi'nden 21 (%7), Mevlana Mahallesi'nden 53 (%18), Altındağ Mahallesi'nden 20 (%7), Kızılay Mahallesi'nden 47

(%26), Yunus Emre Mahallesi'nden 6 (%2), Zafer Mahallesi'nden 41 (%14), Serintepe Mahallesi'nden 26 (%9) ve Birlik Mahallesi'nden 26 (%9) kadın araştırmaya alınmıştır.

Verilerin toplanmasında kadınların sosyo-demografik özellikleri ile literatür doğrultusunda oluşturulan ve inkontinans etyolojisinde rol oynayan faktörlerin sorgulandığı soru formu ve ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form)

Tablo 1. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri		
Özellik	Sayı	%
Yaş		
20-29	64	21.8
30-39	72	24.6
40-49	65	22.2
50-59	46	15.7
60 ve üzeri	46	15.7
Medeni durum		
Bekar	40	13.7
Evli	253	86.3
Eğitim durumu		
Okuma yazma biliyor	68	23.2
İlkokul	141	48.1
İlköğretim	32	10.9
Lise	52	17.8
Çalışma durumu		
Çalışıyor	32	10.9
Çalışmıyor	261	89.1
Gelir durumu		
Gelir Giderden Az	130	44.4
Gelir Gidere Denk	163	55.6
Toplam	293	100.0

Türkçe Formuna ait soruların yer aldığı toplam 27 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Çalışma yalnız kadınlarda yürütüleceği için ICIQ-SF'de yer alan cinsiyet sorusu ankete eklenmemiştir. ICIQ-SF'in Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2004 yılında Çetinel ve ark. tarafından yapılmıştır. Üriner inkontinansın tanımlanmasında kullanılan form, inkontinansın tipi, derecesi, psikososyal etkilerini değerlendirdiği gibi vizüel analog skala ile yaşam kalitesini de sorgulamaktadır. Form son dört haftalık süreci değerlendirmekte ve altı sorudan oluşmaktadır (18). ICIQ-SF'in (Chronbach alfa=0.71) cut-off değeri 8'dir (18).

Araştırmada kullanılan ICIQ-SF Türkçe form için Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapan

Prof. Dr. Bülent Çetinel'den gerekli izin alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için T.C.SB. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Kurulu'ndan izin (Toplantı No:44, Karar No:12) alınmıştır.

Ayrıca görüşme öncesi bireylere, araştırmanın amacı ve görüşme için harcanan zaman konusunda açıklamalar yapılmış ve sözlü onamları alınmıştır.

Bulgular

Araştırmada tüm çalışma grubu için üriner inkontinans prevalansı %29.7 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 43.25 ± 1.51 (min=20, max=81)'dir. Kadınların %86.3'ü evli, %48.1'i ilköğretim mezunudur. Araştırma grubunun %10.9'unun gelir getiren bir işte çalıştığı ve %55.6'sının gelir durumunun giderine denk olduğunu saptanmıştır (Tablo 1).

Kadınların bazı obstetrik ve jinekolojik özellikleri de incelenmiştir. Buna göre kadınların çoğu doğum yapmış olup (%93.5, n=274), ortalama ilk doğum yaşı 21.04 ± 4.34 'tür. Ortalama doğum sayısı 2.99 ± 1.89 olup, %68.3'ü vajinal, %25.3'ü sezaryen doğum yapmıştır. Normal doğum yapanların %45.1'ine doğumda epizyotomi işlemi uygulanmıştır. Doğumların %63.5'i bir sağlık kuruluşunda, %19.1'i ise evde gerçekleşmiştir. Kadınların %11.3'ü bir jinekolojik bir rahatsızlık nedeniyle operasyon geçirmiştir. Kadınların %37.2'si "Sık idrar yolu geçirir misiniz?" sorusuna evet yanıtını vermiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %37.5'inin menopoza girdiği, %29.7'sinde inkontinans problemi olduğu ve inkontinansı olanların %42.5'inde rahatsız edici düzeyde inkontinans varlığı belirlenmiştir. İnkontinans türünün özelliği incelendiğinde kadınlarda en sık olarak stres inkontinans görülmekle birlikte (%44.8), %24.1'inde urge ve %31'inde miks inkontinans saptanmıştır. Kadınların %26.4'ü idrar kaçırma şikayeti ile doktora başvurduğunu belirtirken, %73.6'sı başvurmadığını; %41.4'ü ped/koruyucu kullanıyorken, %58.6'sı ise kullanmadığını ifade etmiştir (Tablo 2).

İnkontinans sıklığının farklı değişkenler açısından ele alındığı Tablo 3'te kadınlarda inkontinans sıklığı, 20-29 yaş arasında %12.5, 30-39 yaş arasında %15.3, 40-49 yaşları arasında

%44.6, 50-59 yaşları arasında %45.7, 60 ve üzeri yaşta %39.1 olarak bulunmuştur. Farklılığın hangi

Tablo 2: Kadınların Üriner İnkontinansa Yönelik Sağlık Bulguları

Özellik		n	%
İnkontinans varlığı	Evet	87	29.7
	Hayır	206	70.3
İnkontinansın rahatsızlık verme durumu*	Rahatsız eden	37	42.5
	Rahatsız etmeyen	50	57.5
İnkontinans türü*	Stres İnkontinans	39	44.8
	Urge İnkontinans	21	24.1
	Miks İnkontinans	27	31.1
İnkontinans nedeniyle doktora gitme durumu*	Evet	23	26.4
	Hayır	64	73.6
İdrar kaçırma nedeniyle ped/koruyucu kullanma durumu*	Evet	36	41.4
	Hayır	51	58.6
Toplam		293	100.0

*n=87 üzerinden verilmiştir.

gruptan kaynaklandığına bakıldığında; 20-29 yaş grubu kadınlarda diğer yaş gruplarına göre inkontinans sıklığını anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Tüm yaş grupları arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Eğitim durumuna göre, en yüksek inkontinans sıklığı okuma yazma bilen (%47.1) ve ilkokul mezunu kadınlardadır (%29.8). Gruplar arasındaki farkın sadece okuma yazma bilen gruptan kaynaklandığı belirlenmiş olup, bu grupta inkontinans görülme oranı diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$). Çalışmamızda Beden kitle indeksi yüksek olan kadınlarda inkontinans sıklığının normal kiloda olanlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Tablo 3'te görüldüğü üzere kadınlarda doğum sayısı arttıkça inkontinans sıklığı artmaktadır. Doğumu 3'ün altında olanlarda inkontinans sıklığı %25.6 iken, 3 ve üzeri

doğumlarda %47.9 olarak tespit edilmiş olup anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Normal doğum yapan kadınlar (%36.5) ile sezaryen ile doğum yapanlar (%17.6) arasında anlamlı bir fark söz konusudur ($p<0.05$). Epizyotomi uygulanan kadınlarda (%30.3) inkontinans görülme sıklığı, uygulanmayanlara (%42.4) göre daha düşüktür. Menapoza girme, kadın hastalığı nedeni ile ameliyat olma ve sık idrar yolu enfeksiyonu geçirmenin inkontinansı etkileyen önemli faktörler olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Üriner inkontinansı olan bireylerin ICIQ-SF puanları rahatsız edici olma durumuna göre değerlendirildiğinde %57.5'i (n=50) 8'in altında (rahatsız etmeyen UI), %42.5'i (n=37) 8'in üzerindedir (Rahatsız eden UI).

Rahatsız edici olan ve rahatsız etmeyen üriner inkontinans sıklığı ile bazı değişkenler arasındaki ilişki Tablo 4'te verilmiştir. Beden kitle indeksi, doğum yapma durumu, doğum şekli ve iri bebek doğurma, doğumda vakum-forseps uygulanması ve konstipasyon durumu açısından rahatsız edici UI ve rahatsız etmeyen UI olan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Yaş, doğum sayısı, doğumda epizyotomi uygulanma durumu, menopozda olma, sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme ile rahatsız edici inkontinans arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlılık vardır ($p<0.05$).

Tartışma

Türkiye'de Üİ sıklığını inceleyen farklı çalışmalar yapılmıştır. İdrar kaçırmanın görülme sıklığı çeşitli çalışmalarda kadınlarda %4.5-53 gibi geniş bir aralıkta verilmektedir (8,19,20). Üİ oranı Ege Bölgesi'nde bir şehirde yapılan ve 1.012 kadının (>18 yaş) incelendiği bir çalışmada %24; İç Anadolu Bölgesi'nde bir şehirde yapılan ve 625 kadının (≥ 20 yaş) incelendiği bir çalışmada %26; Doğu Anadolu Bölgesi'nde bir şehirde yapılan ve 2.275 kadının (≥ 17 yaş) incelendiği çalışmada ise %46 olarak bulunmuştur (21). Bu konudaki en geniş çalışmalardan biri Dursun ve arkadaşları (2014) tarafından Türkiye'nin farklı bölgelerinde ve illerinde yürütülen ve toplam 6.473 kadının dahil edildiği araştırmadır. Dursun ve arkadaşları bu çalışmada Üİ prevelansını %21 olarak bildirmiştir (10). Çalışmamızda kadınların %29.7'sinde Üİ saptanmıştır. Farklı çalışmalarda görülme sıklı-

Tablo 3: Kadınların Bazı Özellikle Göre İnkontinans Sıklığı

Özellikler	İnkontinansı olan (n=87)		İnkontinansı olmayan (n=206)		Toplam (n=293)		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş								
20-29	8	12.5	56	87.5	64	21.8	30.73	0.000
30-39	11	15.3	61	84.7	72	24.6		
40-49	29	44.6	36	55.4	65	22.2		
50-59	21	45.7	25	54.3	46	15.7		
60 ve üzeri	18	39.1	28	60.9	46	15.7		
Eğitim Durumu								
Okuma yazma biliyor	32	47.1	36	52.9	68	22.7	17.96	0.000
İlkokul	42	29.8	99	70.2	141	46.9		
Ortaokul	5	15.6	27	84.4	32	11.0		
Lise ve üzeri	8	15.4	44	84.6	52	19.4		
Beden Kitle İndeksi Ort.^a (n=264)								
Normal (18.5 - <24.9)	11	12.8	75	87.2	86	32.6	14.73	0.001
Toplu hafif şişman (25.0 - <29.9)	26	29.2	63	70.8	89	33.7		
Şişman (30.0 - < 39.9)	34	38.2	55	61.8	89	33.7		
Doğum Sayısı^b (n=86)								
3'ün altı	52	25.6	151	74.4	203	74.1	12.11	0.001
3 ve üzeri	34	47.9	37	52.1	71	25.9		
Doğum Şekli^b (n=86)								
Normal doğum	73	36.5	127	63.5	200	73.0	8.99	0.002
Sezaryen doğum	13	17.6	61	82.4	74	27.0		
Epizyotomi uygulanma durumu^b (n=79)								
Evet	40	30.3	92	69.7	132	58.9	3.47	0.043
Hayır	39	42.4	53	57.6	92	41.1		
Menopozda olma								
Evet	48	43.6	62	56.4	110	37.5	16.40	0.000
Hayır	39	21.3	144	78.7	183	62.5		
Jinekolojik operasyon geçirme								
Evet	15	45.5	18	54.5	33	11.3	4.43	0.031
Hayır	72	27.7	188	72.3	260	88.7		
Sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme								
Evet	48	44.0	61	56.0	109	37.2	17.11	0.000
Hayır	39	21.2	145	78.8	184	62.8		

^a Yanıt verenler, ^b Doğum yapan kadınlar

Tablo 4: Kadınların Bazı Özelliklerine Göre Rahatsız Eden İnkontinas Yaşama Durumu

	Risk Faktörleri	ICIQ-SF< 8 (n=50)		ICIQ-SF ≥8 (n=37)		Toplam (n=87)		X ²	p
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş	39 ve altı	14	73.7	5	26.3	19	21.9	14.62	0.006
	40-49	14	48.3	15	51.7	29	33.3		
	50-59	17	81.0	4	19.0	21	24.1		
Beden Kitle İndeksi Ortalaması ^a	Normal	10	83.3	2	16.7	12	16.9	3.21	0.200
	Toplu hafif şişman	14	53.8	12	46.2	26	36.6		
	Şişman	19	57.6	14	42.4	33	46.5		
Doğum sayısı (n=86) ^b	3'ün altı	37	72.5	15	27.5	52	60.0	11.58	0.001
	3 ve üzeri	12	35.3	22	64.7	34	40.0		
Doğum şekli (n=86) ^b	Vajinal doğum	43	58.9	30	41.1	73	85.9	0.33	0.392
	Sezaryen Doğum	6	50.0	6	50.0	13	14.1		
Epizyotomi uygulanma durumu (n=79) ^b	Evet	28	70.0	12	30.0	40	50.6	5.61	0.016
	Hayır	17	43.6	22	56.4	39	49.4		
İri bebek doğurma(n=86) ^b	Evet	12	57.1	10	42.9	22	24.7	0.003	0.577
	Hayır	37	57.8	27	42.2	64	75.3		
Menopozda olma	Evet	23	47.9	25	52.1	48	55.2	3.98	0.037
	Hayır	27	69.2	12	30.8	39	44.8		
Sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme	Evet	22	45.8	26	54.2	48	55.2	5.93	0.013
	Hayır	28	71.8	11	28.2	39	44.8		
Konstipasyon sorunu yaşama	Evet	17	48.6	18	51.4	35	40.2	1.89	0.124
	Hayır	33	63.5	19	36.5	52	59.8		
İdrar kaçırma tipi	Stres	24	63.2	14	36.8	38	44.2	9.91	0.007
	Urge	16	76.2	5	23.8	21	24.4		
	Miks	9	33.3	18	66.7	27	31.4		
İdrar kaçırma miktarı	Az miktarda	49	75.0	16	25.0	65	74.7	33.98	0.000
	Orta/çok miktarda	1	4.5	21	95.5	22	25.3		
İdrar kaçırma sıklığı	Haftada bir veya daha seyrek	38	88.4	5	11.6	43	49.4	42.56	0.000
	Haftada 2 veya üç kez	5	83.3	1	16.7	6	6.9		
	Günde bir kez	2	28.6	5	71.4	7	8.1		
	Günde birden fazla kez	5	16.1	26	83.9	31	35.6		

^a Yanıt verenler, ^b Doğum yapan kadınlar, ICIQ-SF 8 ve üzeri rahatsız eden inkontinans, Toplu hafif şişman =25.0 - <29.9, Şişman =30.0 - < 39.9)

ğının bu kadar geniş bir aralıkta olması birçok yazarın da belirttiği gibi araştırma grubunun ve Üİ tanımındaki farklılıklardan ileri gelmektedir (8,19,20,22). Üİ tipleri de farklı popülasyon ve gruplarda farklılık göstermektedir. EPIC

çalışmasına göre, Üİ olan kadın ve erkeklerin %61.0'inde mikst tip inkontinans mevcuttur (23). Ülkemizde, Aydınoglu ve arkadaşları (2012) ile Altıntaş ve arkadaşlarının (2013) çalışmalarında (%52.0) mikst tip idrar kaçırmanın en yüksek

oranda görüldüğü bildirilmiştir (20,24). Bizim çalışma sonuçlarımızda ise; Hampel ve ark. (1997), Minassian ve ark. (2012) ile Özkan ve Sapmaz (2015) benzer şekilde stres tipi Üİ en yüksek oranda (%44.8) saptanmıştır (25-27). Çalışmalar-daki bu değişik oranlar, Şentürk ve Kara (2010)'nın da belirttiği gibi sorulan soruların ve Üİ sınıflandırılmasında kullanılan metodolojilerin farklı olması ile açıklanabilir (19).

Üİ sıklığı, kadınlarda yaşın artması ile paralel artış göstermektedir. EPIC çalışmasında Üİ sıklığı ≤ 39 yaş %7.3; 40-59 yaşları arasında %13.6 ve ≥ 60 yaş %19.3 olarak belirlenmiştir (23). Bizim sonuçlarımızda kadınlarda yaş grupları arttıkça Üİ sıklığının arttığı görülmüştür. İlerleyen yaşla beraber üretral kas yapısının bozulması ve üretra ön duvarında bulunan çizgili kas liflerinin sayısının azalmasına bağlı olarak Üİ sıklığında artış olması beklenen bir durumdur. Öte yandan dünya nüfusunda yaşlı popülasyonda artış olduğu bilinmektedir. Önümüzdeki birkaç on yıl içinde dünya nüfus yapısında hızlı değişimlerle yaşlı sayısı oranının artacağı tahmin edilmektedir. Yaşlıların çoğunluğunu kadınların oluşturduğu gelişmekte olan ülkelerde kadınların sağlık ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmaması önümüzdeki yıllarda önemli bir sorun olarak ortaya çıkabileceği öngörülmektedir (28).

Güneş ve ark. (2000) yirmi yaş üstü 459 hasta ile Doğu Anadolu Bölgesi'nde bir şehirde yaptıkları çalışmalarında; inkontinansla yaş, doğum, kabızlık ve şişmanlık arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, Minassian ve ark. (2008) risk faktörlerinin yaş, menopoza, parite, obezite, vajinal doğum ve histerektomi olduğunu, Öztürk ve ark. (2012) ise menopoza, obezite ve yaşın Üİ için önemli risk faktörleri olduğunu belirtmişlerdir (19,26,27,29,30). Molander ve Milsom (1990) yaşları 70-90 arasında olan 4206 kadında yaptıkları bir araştırmada yaş ile birlikte idrar yolları enfeksiyonlarının da arttığını bildirmişlerdir (31). Demir ve ark. (2017) İzmir'de yaptıkları kohort araştırmasında multiparite, BMI ve düşük eğitim düzeyinin risk faktörleri olduğunu saptamıştır (8). Çalışmamızın sonuçları literatürü destekler şekilde kadınların inkontinans olma durumlarını yaş, eğitim durumu, obezite, doğum sayısı ve şekli, menopoza, jinekolojik operasyon ve sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme etkilemektedir. Literatürde Üİ ile ilişkisi kanıtlanmış olan risk faktörlerini ayrı ayrı inceleyen araştırmalar da yer almaktadır. Qui

ve arkadaşları (2011) stres Üİ ile BMI veya bel çevresi arasında anlamlı bir ilişki saptamışlardır (32). Branch ve arkadaşları (1994) 65 yaş üzeri hastalarda Üİ çalışmışlar ve eğitimin önemini vurgulamışlardır (33). Pelvik taban yetmezliği patofizyolojisinde nörolojik komponent önemli yer tutmaktadır. Primer obstetrik hasar, pelvik taban kaslarını inerve eden sinirlere özellikle de pudental sinire olmaktadır. Pudental sinirin hasar görmesi levator aninin özellikle medial bölümü ve perine çizgili kaslarının atrofisine neden olur. Ciddi pelvik yetmezliğin en sık nedeni çocuk doğumu ve histerektomi travmasıdır (34). Jedrzejczyk ve arkadaşları (2010) Üİ şikayeti olan 33-85 yaşları arasında 200 kadın hasta ile yaptıkları çalışmalarında kadınların %35.5'inin anamnezlerinde obstetrik-jinekolojik operasyon (abdominal veya vajinal histerektomi, vajinal rekonstrüktif operasyonlar, sezaryen vb) geçirmiş olduklarını belirtmektedirler (35).

Yapılan çalışmalar, Üİ'ın utanma ve kendine güvende azalmaya, kadınların yaşantılarında özellikle de eş ve iş ilişkilerinde bağımlılığa, ciddi engellere neden olduğu ve stres yaratıcı bir durum olduğunu göstermektedir (36,37). ICIQ-SF, son uluslararası idrar kaçırma konsültasyonlarında tavsiye edilen ve Türkçe geçerliliği olan, idrar kaçırma yakınmalarını ve yaşam kalitesini sorgulayan bir formdur. ICIQ-SF yaşam kalitesi skalası puanları arttıkça yaşam kalitesinin kötüleştiği belirlenmektedir (37). Öztürk ve arkadaşları (2012) çalışmalarında ICIQ-SF'in skorlamasına göre Üİ olan hastalarda ortalamının 9.70 ± 4.30 olduğunu belirlemiş ve Üİ olan hastaların yaşamlarının etkilenme derecesi ortalamasını 5.05 ± 2.63 (min:1, max:10) olarak saptamışlardır (30). Çalışmamızda belirlediğimiz ICIQ-SF'a göre (8'in üzerinde olan) rahatsız eden ve yaşam kalitesini etkileyen inkontinansı olan kadınların oranı (37 kadın) örneklem grubunda %11.9 iken inkontinansı olan kadınlar arasında %42.5'dir. Yaşam kalitesini kötüleştiren rahatsızlık veren inkontinansı etkileyen etmenler ise; yaş, doğum sayısı, doğumda epizyotomi uygulanma durumu, menopozda olma, sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme, idrar kaçırma tipi, miktarı ve sıklığı olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmanın kısıtlılığı Üİ tiplendirmesinin herhangi bir klinik muayene ya da geçerli ürodinamik incelemeler yapılmaksızın hastaların klinik semptomlarının ve sorulan bir dizi ayrıntılı

soruya alınan yanıtların değerlendirilmesine göre yapılmasıdır.

Sonuç ve Öneriler

Bornova ilçesinde ebelerin hizmet verdiği bölgelerde yaşayan 20 yaş üzeri kadınların yaklaşık olarak üçte birinde görülen inkontinansın türü ağırlıklı olarak stres inkontinansıdır. İleri yaş, düşük eğitim, BKİ ve doğurganlık özellikleri gibi bazı faktörlerin üriner inkontinans görülme sıklığında etkili olduğu görülmüştür. Araştırma sonucunda idrar inkontinansının sık yaşanan ve rahatsızlık veren bir sağlık sorunu olduğu ve kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür. Sağlık çalışanları kadınlarda idrar kaçırma şikâyetini uygun şekilde sorgulamalı ve gerekli eğitim ve danışmanlık ile kadınları uygun merkezlere yönlendirmelidir.

Üİ prevalansı yüksek olup, bütün yaş gruplarındaki kadınları ve onların sosyal ve psikolojik durumunu negatif olarak etkileyebilmektedir. Yüksek başarı oranı ile tedavi edilebilen Üİ'nin toplum içindeki prevalansının ve risk faktörlerinin bilinmesi ve bu sağlık sorununu yaşayan kadınların tanınması önemlidir. Üİ'ye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve kadınların yaşam kalitesinin yükseltilmesine katkıda bulunacaktır. Bu sağlık sorununun ortaya çıkmasında etkili olabilecek nedenlere yönelik koruyucu yaklaşımların Üİ prevalansını azaltmada ve yaşam kalitesini artırmadaki etkisini belirlemeye yönelik çalışmalara gereksinim vardır.

Kaynaklar

1. Abrams P., Andersson KE., Birder L., Brubaker L., Cardozo L., Chapple C., et. al. 4th International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse and Faecal Incontinence, 2009. http://www.ics.org/Publications/ICI_4/files-book/recommendation.pdf.
2. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontinence. <http://www.icud.info/PDFs/INCONTINENCE%202013.pdf>, 2013. Erişim: 10.07.2017
3. Çetinel B. İdrar Kaçırma (Üriner İnkontinans): Tanımlama, Sınıflandırma, Değerlendirme Ve Tipleri. Türk Üroloji Dergisi; 2005; 31(2):246-252.
4. Hunskaar S, Arnold EP, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Mallett VT. Epidemiology and Natural History of Urinary Incontinence. International Urogynecology Journal; 2000; 11:301-319.
5. Shamliyan T, Wyman J, Bliss DZ, Kane RL, Wilt TJ. Prevention of Urinary and Fecal Incontinence in Adults. Agency for Healthcare Research and Quality (US). 2007. Report No.: 08-E003. <https://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/fuiad/fuiad.pdf> Erişim Tarihi: 26 Nisan 2017.
6. Cıtegez S, Onal B, Erdogan S, Demirdag C, Korkmaz M, Demirkesen O, Talat Z, Erozcenci A, Cetinel B. Risk Factors for Women to Have Urodynamically Stress Urinary Incontinence at A Turkish Tertiary Referral Center: A Multivariate Analysis Study. Urol J; 2015; 12(3):2187-91.
7. Kaşıkçı M, Kılıç D, Avşar G, Şirin M. (2015). Prevalence of urinary incontinence in older Turkish women, risk factors, and effect on activities of daily living. Arch Gerontol Geriatr; 2015; 61(2):217-223.
8. Demir O, Sen V, Irer B, Bozkurt O, Esen A. Prevalence and Possible Risk Factors for Urinary Incontinence: A Cohort Study in the City of Izmir. Urol Int; 2017;99(1):84-90
9. Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population: a review. Arch Gynecol Obstet; 2008; 277(4):285-90.
10. Dursun P, Dogan NU, Kolusari A, Dogan S, Ugur MG, Komurcu O, Altuntas B, Gultekin M, Celik NY, Karaca M, Guzel AB, Cim N, Ege S, Koc O, Yigit FA. Differences in geographical distribution and risk factors for urinary incontinence in Turkey: analysis of 6,473 women. Urol Int. 2014; 92(2):209-14.
11. Koçak I, Okyay P, Dündar M, Erol H, Beşer E. Female Urinary Incontinence in the West of Turkey: Prevalence, Risk Factors and Impact on Quality of Life. European Urology. 2005; 48:634-641.
12. Onur R, Deveci SE, Rahman S, Sevindik F, Acik Y. Prevalence and risk factors of female urinary incontinence in eastern Turkey.

- International Journal of Urology; 2009;16:566–569.
13. Akgün G, Süt N, Kaplan PB. Kırk Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst; 2010; 20(6):378-86.
 14. Balcı E, Gürlevik Ö, Gün İ, Günay O. The effects of stres urinary incontinence on the quality of life of Turkish women in the reproductive age group. Turk J Med Sci; 2012; 42(5): 845-851.
 15. Senra C, Pereira MG. Quality of life in women with urinary incontinence. Rev Assoc Med Bras; 2015; 61(2):178-183
 16. Özerdoğan N, Kızılkaya NB. Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya illerinde 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinansın prevalansı, risk faktörleri, yaşam kalitesine etkisi. Hemşirelik Dergisi; 2003;13(51):37-50.
 17. Aksakoğlu G. Sağlıkta araştırma ve çözümlenme, 3. yazım, DEÜ Rektörlük Basımevi, İzmir; 2013. ss: 230-235.
 18. Çetinel B, Özkan B, Can G. ICIQ-SF Türkçe Versiyonu Validasyon (Geçerlilik) Çalışması. Türk Üroloji Dergisi; 2004; 30 (3): 332-338.
 19. Şentürk Ş, Kara M. 2010. Menopoz Dönemindeki Üriner İnkontinans Prevalansı ve Risk Faktörleri, [The Risk Factors and Prevalence of Urinary Incontinence at Postmenopausal Women]. Van Tıp Dergisi [Van Medical Journal]; 2010;17(1): 7-11.
 20. Aydınoglu E, Bal K, Özçift B, Bölükbaşı A. Üriner inkontinans ve veya alt üriner sistem semptomlarının kadın cinsel sağlığı üzerine etkisi. Yeni Üroloji Dergisi - The New Journal of Urology; 2012; 7 (1): 33-41.
 21. Yayıcı M. Dile Getirilmeyen Sorgulanması Gereken Bir Problem Üriner İnkontinans. Dirim Tıp Gazetesi;2010;85(1):1-7.
 22. Terzi H., Terzi R., Kale A. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler. Ege Tıp Dergisi 2013;52(1):15-19.
 23. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Kopp KZ, Herschom S, Coyne K, Kelleher C, Hampel C, Artibani W, Abrams P. Population-Based Survey of Urinary Incontinence, Overactive Bladder, and Other Lower Urinary Tract Symptoms in Five Countries: Results of the EPIC Study. European Urology; 2006; 50:1306-1315.
 24. Altıntaş R, Beytur A, Oguz F, Taşdemir C, Kati B, Cimen S, Colak C, Gunes A. Assessment of urinary incontinence in the women in Eastern Turkey. Int Urogynecol J; 2013; 24(11):1977-1982.
 25. Hampel C, Wienhold D, Benken N, Eggersmann C, Thuroff JW. Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. Urology; 1997;50(6A Suppl):4-14.
 26. Özkan ZS, Sapmaz E. Reprodüktif Çağdaki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Etkileyen Faktörler [Prevalence and Risk Factors of Female Urinary Incontinence During the Reproductive Stage]. J Kartal TR; 2015;26(2):101-106.
 27. Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary incontinence in women. Obstet Gynecol;2008;111:324-31.
 28. Mandıracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye’de yaşlıların demografik özellikleri (Demographic characteristics of the elderly population in Turkey and the world). Ege Tıp Dergisi (Ege Journal of Medicine), 2010;49(3):39-45.
 29. Güneş G, Güneş A, Pehlivan E. Malatya Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgesindeki Erişkin Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Etkili Faktörler. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi; 2000; 7(1):54-57.
 30. Öztürk GZ, Toprak D, Basa E. 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi [The frequency and the affecting factors of urinary incontinence in women over 35 years old]. SETB; 2012;6(4):170-176.
 31. Molander U, Ekelund P, Mellström D, Milsom I, L Norlén. Neurological examination of elderly women under investigation for urinary incontinence. Archives of Gerontology and Geriatrics 1990;9(1):77-85.
 32. Qiu J.,Lv L., Lin X, et al. Body mass index, recreational physical activity and female urinary incontinence in Gansu, China. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2011;159(1):224–229.
 33. Resnick NM. Urinary incontinence knowledge among community-dwelling people 65 years of age and older. Journal of the American Geriatrics Society; 1994; 42(12):1257-1262

34. Kuliyeva S. Postmenopozal Dönemdeki Kadınlara Uygulanan Hormon Tedavisi Ve Antimuskarinik İlaçların Üriner İnkontinans Üzerine Etkisi. TC Çukurova Üniv.Tıp Fak.Kadın Hast.ve Doğum AD, Uzmanlık Tezi. Adana, 2007.
35. Jedrzejczyk S, Lau K, Rutkowska B, Rzanek A, Bobeff A, Wieczorek M. Urinary incontinence after obstetric-gynecological surgery-urodynamic studies. *Ginekol Pol.* 2010; 81(5):370-3.
36. İlçe A, Ayhan F. Yaşlılarda Üriner ve Fekal İnkontinansın Belirlenmesi, Yaşam Kalitesine Etkisi: Bilgilendirme ve Eğitim. *Anatol J Clin Investig;* 2011;5(1):15-23.
37. Mertoğlu O, Şahin A, Altok M, Zorlu F. ICIQ-kısa form Türkçe, idrar kaçırın kadınlarda yaşam kalitesini değerlendirmekte yeterli mi? I-QOL formu ile karşılaştırma. *Türk Üroloji Dergisi;* 2008;34:332-334.

Radius Distal Uç Kırığı Volar Plaklama Sonrası Fizyoterapi Uygulanan Hastalarda Radyolojik Ölçümler İle Fonksiyonel Ölçümler İlişkili Midir?

Do Radiological and Functional Outcomes Correlated for Patients Receiving Physiotherapy After Volar Plating of Distal Radius Fracture?

Murat TOMRUK^a, Nihal GELECEK^b, Onur BAŞÇI^c, Mustafa Hulisi ÖZKAN^d

ÖZ Amaç: Radius distal uç kırığına bağlı volar plaklama yapılan hastaların radyolojik ölçümleri ile eklem hareket açıklıkları, kavrama kuvveti ve fonksiyonel sonuçları arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya radius distal uç kırığı sonrası volar plaklama yapılan ve 12 haftalık süpervize fizyoterapi programını tamamlayan 31 hasta (18 kadın, 13 erkek) alındı. Hastaların radyolojik ölçümleri postoperatif 1. haftada içinde çekilen direkt grafileri üzerinde yapıldı. Volar tilt, radyal uzunluk, radyal inklinasyon ve ulnar varyans değerleri kaydedildi. Postoperatif 12 haftada hastaların el bileği ve önkol eklem hareket açıklıkları, kavrama kuvveti ve fonksiyonel düzeyleri (Hasta Bazlı El Bileği Değerlendirme Anketi "PRWE" ve Kol, Omuz ve El Yaralanması Anketi "DASH") ölçüldü. Radyolojik sonuçlar ile fonksiyonel sonuçlar arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman Korelasyon Analizi yapıldı. **Bulgular:** Radyolojik ölçümlerden "ulnar varyans değeri" ile PRWE ağrı skoru ve PRWE toplam skoru arasında pozitif yönde anlamlı ilişki belirlendi (sırasıyla $p=0.030$, $r=0.443$; $p=0.039$, $r=0.424$). Diğer radyolojik ölçümler ile hiçbir parametre arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon yoktu ($p>0.05$). El bileği fleksiyon ve ekstansiyon dereceleri de kavrama kuvveti ile (sırasıyla, $r=0.660$, $r=0.619$) ve PWRE fonksiyon skorları ile (sırasıyla, $r=-0.497$, $r=-0.520$) anlamlı korelasyon gösterdi ($p<0.05$). **Sonuç:** Bu çalışma radius distal uç kırığı sonrası volar plaklama yapılan ve fizyoterapi programına alınan hastalarda, radyolojik ölçümlerden yalnızca ulnar varyans değerinin fonksiyonel sonuçları etkilediğini göstermiştir. Daha kesin sonuçlar için farklı redüksiyon tiplerinde ve farklı hasta sayılarında çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar kelimeler: Radius kırıkları, fizyoterapi, radyolojik, fonksiyonel, sonuç.

ABSTRACT Objective: The aim of this study was to investigate the relationships between radiological outcomes and range of motions, grip strength, and functional outcomes in patients receiving physiotherapy after volar plating of distal radius fracture. **Methods:** 31 patients (18 female, 13 male) who completed the 12-week supervised physiotherapy program after volar plating of distal radius fracture were enrolled. Radiographic measurements of the patients were made by direct radiographs taken at 1 week postoperatively. Volar tilt, radial length, radial inclination and ulnar variance values were recorded. Wrist and forearm range of motions, grip strength and functional level (Patient Rated Wrist Evaluation "PRWE" and Disabilities of Arm, Hand and Shoulder "DASH") were assessed at the end of the 12-week physiotherapy program postoperatively. Functional scores of the wrist, grip strength and range of motions were measured. Spearman's correlation analysis was performed to determine the relationship between radiological and functional outcomes. **Results:** Significant positive correlations were found between "ulnar variance value", which is one of the radiological measurements, and PRWE pain score and PRWE total score ($p=0.030$, $r=0.443$; $p=0.039$, $r=0.424$, respectively). There was no statistically significant correlation between other radiological measurements and none of the parameters ($p>0.05$). Wrist flexion and extension were significantly correlated with grip strength ($r=0.660$, $r=0.619$, respectively) and PRWE function score ($r=-0.497$, $r=-0.520$, respectively). **Conclusion:** This study showed that only ulnar variance value has an effect on functional outcomes in patients receiving physiotherapy after volar plating of distal radius fracture. For more precise results, studies with various reduction types and different number of patients were needed.

Keywords: Radius fracture, physiotherapy, radiological, functional, outcome.

Giriş

Radius distal uç (RDU) kırığı en sık karşılaşılan kırık olup (1), tüm kırıkların %14'ünü (2), acil servise gelen kırıkların ise altıda birinden fazlasını oluşturur (3). RDU kırığının cerrahi

tedavi yöntemlerinden volar plaklama, iyi redüksiyon ve erken fonksiyonel tedavilere olanak sağlaması sebebiyle en sık tercih edilen yöntemdir. Kilitli plakların kullanımı RDU

Geliş Tarihi/Received:24-01-2018/ **Kabul Tarihi/Accepted:**01/04/2018

^aUzm. Fzt. Dokuz Eylül Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, murat.tomrukdu.edu.tr, ORCID:0000-00023941-816X

^b Prof. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, nihal.gelecek@deu.edu.tr, ORCID:0000-0003-1780-2520

^cYrd Doç. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü, Ortopedi Ve Travmatoloji Anabilim Dalı, omur.basci@deu.edu.tr, ORCID: 0000-0003-1689-0346

^d Prof. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü, Ortopedi Ve Travmatoloji Anabilim Dalı, mustafa.ozkan@deu.edu.tr, ORCID:0000-0001-9274-3060

Sorumlu yazar /correspondence: Uzm Fzt. Murat TOMRUK, murat.tomrukdu.edu.tr

kırığının cerrahi tedavisinde standart bir prosedür haline gelmiştir (4). Bu hastalarda cerrahi sonrası el bileği etkilenimine bağlı uzun dönem özürlülük riski oldukça yüksek olduğundan, postoperatif rehabilitasyon bütünlüğü tedavi yaklaşımının ayrılmaz bir parçasıdır (5, 6). Postoperatif dönemde görülen kompleks bölgesel ağrı sendromu Tip 1 (KBAS-1), osteoartroz, karpal tünel sendromu, parmak sertliği, yanlış kaynama gibi komplikasyonların (7) önlenmesi için etkili fizyoterapi ve rehabilitasyon programlarına ihtiyaç vardır (8, 9).

RDU kırığının tedavisinde amaç el bileği anatomisi ve fonksiyonunun normale en yakın biçimde yeniden kazanılmasıdır (10). Anatomik restorasyon genelde radyolojik ölçümlerle, fonksiyonel restorasyon ise fonksiyonel ölçümlerle değerlendirilmektedir (11-14). El bileği ve önkol eklem hareket açıklıkları ve el kavrama kuvvetinin yanında birtakım skorlama sistemleri, elin fonksiyonel düzeyini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Literatürde el bileği fonksiyonu ve özürlülüğü değerlendirmede en sık kullanılan anketler “Hasta Bazlı El Bileği Değerlendirmesi (“HBEBD” Patient Rated Wrist Evaluation)” ve “Kol, Omuz ve El Yaralanması Anketi (Disabilities of Arm, Shoulder and Hand “DASH”)”dir.

RDU kırıkları sonrası tedavinin başarısını veya fonksiyonel sonuçları etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Postoperatif fizyoterapi uygulamaları (ev programları, süpervize programlar) bunlardan biridir (8). Literatürde yaygın görüş, RDU kırığı olan hastalarda iyi anatomik restorasyonun iyi fonksiyonel sonuçlara yol açacağıdır (15-17). Bu yüzden radyolojik ölçümlerle fonksiyonel ölçümler arasında ilişki olması beklenmektedir. Ancak yapılan çalışmaların bazılarında bu ilişki bulunurken (17-19), bazılarında ise ilişki saptanmamıştır (12, 20-22). Ayrıca literatürdeki çalışmaların çoğu opere olmayan RDU kırıklarında bu ilişkiyi incelemiştir. Opere hastalarda bu ilişkiyi inceleyen yalnızca bir çalışmada bulunmaktadır, ancak bu çalışmada da hastalara postoperatif fizyoterapi programı uygulanmamıştır (13). Bu çalışmanın amacı RDU kırığı volar plaklama sonrası fizyoterapi uygulanan hastalarda

radyolojik ölçümler ile fonksiyonel ölçümler arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem

Prospektif olarak düzenlenen çalışma Ekim 2015 – Ağustos 2017 yılları arasında, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı’na RDU kırığı sonrası aynı cerrahi ekip tarafından volar plaklama yapılan, 18 yaş üstü, gönüllü hastalarda yapıldı. Etkilenen tarafta daha önceden geçirilen ön kol kırığı ve eş zamanlı kontralateral üst ekstremitede de kırığı olanlar ile inflamatuvar eklem hastalıklarına sahip olanlar çalışmadan çıkarıldı. Volar plaklama cerrahisi sonrası postoperatif 1. günde hastalara ulaşıldı, hastaların demografik ve klinik özelliklerini içeren ilk kayıtları alındı. Tüm hastalar postoperatif birinci günden itibaren fizyoterapi programına alındı ve taburcu olduktan sonra da 12 hafta süresince haftada iki kez olarak planlanan ve bir seansı 45-60 dk süren fizyoterapi programı hastalara uygulandı. Aktif el bileği hareketlerine postoperatif birinci haftanın sonunda alçı atel çıkarıldıktan sonra başlandı. Sekizinci haftada dirençli egzersiz eğitimine başlandı. Postoperatif 12. haftada tüm hastaların fonksiyonel ölçümleri yapıldı. Radyolojik ölçümler ise postoperatif birinci hafta içinde yapıldı.

Çalışmanın etik kurul onayı, ilgili üniversitenin Etik Kurulu’ndan, 10.09.2015 tarih ve 2258-GOA protokol numaralı 2015/21-04 karar numarası ile alındı. Araştırmaya alınmadan önce tüm bireylere araştırma hakkında sözlü ve yazılı bilgi verildi ve “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” imzalatılıp, katılımcıların onamları alındı.

Veri Toplama Araçları

Fonksiyonel Sonuçlar

Çalışmada fonksiyonel sonuç ölçümleri olarak el bileği fonksiyonu, özürlülük, kavrama kuvveti ve eklem hareket açıklıkları değerlendirildi.

Hasta Bazlı El Bileği Değerlendirme Anketi (HBEBD): HBEBD el bileği ağrısının şiddetini ve günlük yaşam aktivitelerindeki özürlülük düzeyini ölçen 15 sorudan oluşur. İki alt bölümü vardır. Ağrı alt bölümü ağrı şiddeti ve frekansı üzerine dört sorudan oluşurken, Fonksiyon alt bölümü ise spesifik aktiviteler üzerine altı

sorudan ve günlük aktiviteler üzerine dört sorudan oluşur. Her soruya 0 – 10 arasında yanıt verilir ve skorlanır. Toplam skor 100 üzerinden hesaplanır. Yüksek skorlar ağrı ve özürllülük düzeyinin fazla olduğunu gösterir (23). Anketin ülkemizdeki geçerliliği ve güvenilirliği Öztürk ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (24).

Kol, Omuz ve El Yaralanması Anketi (Disabilities of Arm, Shoulder and Hand “DASH”): DASH hastaların kendilerinin doldurduğu, bölgeye spesifik bir ankettir. Üst ekstremitesinde bir veya daha fazla muskuloskeletal hastalığı bulunan hastalarda fiziksel fonksiyonu ve semptomları sorgulayan 30 maddeden oluşmaktadır. Her madde beşli Likert-tipi olarak oluşturulmuştur. 30 soru için tüm cevaplara verilen değerler basit olarak toplanır ve ortalamaları alınır, böylece 5 üzerinden bir puan elde edilir. Bu puandan daha sonra 1 çıkartılıp 25 ile çarpılır ve 100 üzerinden bir puana dönüştürülür. Toplam puan 0 (özürllülük yok) ile 100 (çok ağır özürllülük) arasında olup, yüksek puan yüksek özürllülük düzeyini göstermektedir (25). Anketin ülkemizdeki geçerliliği ve güvenilirliği Düger ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (26).

Hidrolik El Dinamometresi: El kavrama kuvvetinin ölçümünde Amerikan El Terapistleri Derneği (AETD) tarafından önerilen ve birçok çalışmada geçerlilik ve güvenilirliği yüksek bulunan ve bu nedenle de altın standart olarak kabul edilen “Hidrolik el dinamometresi (The North Coasttm Medical Precision Instruments, Hydraulic Hand Dynamometer, Seri Numarası: 07060775)” kullanıldı. El kavrama kuvvetinin ölçümü AETD tarafından önerilen standart pozisyon olan; kalça ve diz 90° fleksiyonda olacak biçimde oturma pozisyonunda, omuz addüksiyonda ve nötral rotasyonda, dirsek 90° fleksiyonda, ön kol mid-rotasyonda ve destekli, el bileği nötralde ve 0-15° ulnar deviasyonda olacak şekilde yapıldı (27). Hastadan dinamometreyi bütün gücüyle sıkması ve en az üç saniye tutması istendi. Ölçüm ilk olarak etkilenmemiş taraf ekstremitede yapıldı. Toplamda üç ölçüm yapıldı ve üç ölçüm içinden en yüksek değer kg cinsinden kaydedildi (28). Ölçümler sağlam taraf elin

kavrama kuvveti yüzdesi (%) cinsinden hesaplandı.

Evrensel Gonyometre: El bileği ve radioulnar eklemlerin hareket açıklıklarını ölçmek için “Evrensel Gonyometre (Whitehall Manufacturing Hydrotherapy and Health Care Products Goniometer)” kullanıldı. Her iki üst ekstremitenin el bileği fleksiyonu ve ekstansiyonu, ön kol supinasyonu ve pronasyonu, el bileği radial ve ulnar deviasyonları aktif olarak ölçüldü. Ölçümler sağlam taraf elin hareket açıklığı yüzdesi (%) cinsinden hesaplandı.

Radyolojik Ölçümler

Postero-anterior ve Lateral Direkt Grafi: Hastaların radyolojik ölçüm sonuçları postero-anterior ve lateral direkt grafi görüntülemelerinden yapıldı. “Sectra Workstation IDS7, Sürüm 18.2.18.4066” programı kullanılarak açılar ve uzunluklar hesaplandı. Volar tilt, radial uzunluk, radial inklinasyon ve ulnar varyans değerleri kaydedildi (29).

Volar tilt: Lateral grafide radiusun anterior ve posterior uçlarını birleştiren doğru ile radiusun uzun eksenine çizilen dik çizgi arasındaki açıdır. Normal sınırları 0°-22° arasında olup, ortalama 11°-12°’dir (29, 30) (Şekil 1).



Şekil 1. Volar tilt

Radial uzunluk: Posteroanterior (PA) radyografide radial stilodin ucundan ve ulna başının eklem yüzünden geçen, birbirine paralel iki çizgi arasındaki mesafedir. Normal sınırları 8-18 mm arasında olup, ortalama 11-12 mm’dir (29, 30) (Şekil 2).



Şekil 2. Radial uzunluk

Radial inklinasyon: PA radyografide radial stiloidin ucu ve DRUE'nin radial kısmını birleştiren çizgi ile radiusun uzun eksenine çizilen dik çizgi arasındaki açıdır. Normal sınırları 13° - 30° arasında olup, ortalama 22° - 23° 'dir (29, 30) (Şekil 3).



Şekil 3. Radial inklinasyon

Ulnar varyans: Radiusun lunat faseti ile ulna başının eklem yüzü arasındaki vertikal mesafedir. Normalde bu iki yapı yaklaşık olarak aynı mesafede olup, normal anatomik varyans 0 ± 2 mm' dir (29, 30) (Şekil 4).



Şekil 4. Ulnar varyans

Radyolojik olarak yeterli redüksiyon (ya da iyi radyolojik sonuç) kriterleri Nana ve ark. (31) ve Shauver ve ark.'nın (13) belirttiği volar tilt $<20^{\circ}$, radial inklinasyon açısı $>15^{\circ}$, pozitif ulnar varyans <5 mm ve radial uzunluk >10 mm olarak kabul edildi. Bu kriterlerden herhangi birine uymayan radyolojik değere sahip bireylerde yetersiz redüksiyon varlığı kabul edildi.

İstatistiksel Analiz

Elde edilen verilerin analizi "IBM SPSS 25.0 for Windows (International Business Machines Statistical Package for the Social Sciences Inc; Chicago, IL, ABD)" programıyla yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun tespiti için "Shapiro Wilk Testi" kullanıldı. Bazı verilerde normal dağılım görülmediği için non-parametrik testler uygulandı. Sayısal veriler ortanca, minimum ve maksimum değerler ve çeyrekler arası uzaklık ile ifade edildi. Kategorik veriler n (%) şeklinde gösterildi. Yetersiz redüksiyon olan ve olmayan grupların ölçümlerini karşılaştırmada Mann-Whitney U Testi kullanıldı. Parametreler arası ilişki düzeyi Spearman korelasyon analizi kullanılarak yapıldı. Tüm analizlerde $p < 0.05$ (iki yönlü) değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

RDU kırığı olan ve volar plaklama yöntemi ile redüksiyonu yapılan toplam 49 hastanın postoperatif 1. gün değerlendirmeleri yapıldı. Ancak dışlanma kriterlerine sahip olan, tedavi ve kontrollere düzenli katılmayan hastalar çıkarıldıktan sonra 31 hasta ile çalışma tamamlandı. Hastaların %58.1'i kadın (n=18), %41.9'u erkekti (n=13). Hastaların demografik özellikleri ile klinik özellikleri Tablo 1 ve 2'de verildi.

Hastaların yaş ortancası (min-maks) 52 (23-76) idi. Hastaların yaşı el bileği ekstansiyonu ve kavrama kuvveti ile negatif yönde anlamlı ilişki gösterirken (sırasıyla $p=0.014$, $r=-0.496$; $p=0.009$, $r=-0.524$), HBEED ağrı skoru, HBEED fonksiyon skoru, HBEED toplam skoru ve DASH skoru ile pozitif yönde anlamlı ilişki gösterdi (sırasıyla $p=0.031$, $r=0.440$; $p < 0.001$, $r=0.738$; $p=0.001$, $r=0.621$; $p=0.002$, $r=0.596$).

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özelliklerine göre dağılımları

Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	18	58.1
	Erkek	13	41.9
Eğitim Durumu	İlkokul	8	25.8
	Ortaokul	4	12.9
	Lise	6	19.4
	Lisans	8	25.8
	Lisansüstü	5	16.1
Medeni Durum	Bekar	4	12.9
	Evli	24	77.4
	Dul	3	9.7
Mesleki Durum	Çalışmıyor	8	25.8
	Çalışıyor	18	58.1
	Emekli	5	16.1
Dominant Taraf	Sağ	30	96.8
	Sol	1	3.2
Yaralanan Taraf	Sağ	11	35.5
	Sol	20	64.5
Anestezi Tipi	Genel	20	64.5
	Lokal	11	35.5
Kemik Kalitesi*	Normal	13	41.9
	Osteopenik	14	45.2
	Osteoporotik	4	12.9
Redüksiyon	Yeterli	25	80.6
	Yetersiz	6	19.4

* Kemik mineral yoğunluğu ölçümü dansitometri T-spine değerine göre (normal>-1.0, -1.0>osteopenik>-2.5, -2.5>osteoporotik) belirlenmiştir

Çalışmanın sonuçlarına göre radyolojik ölçümlerden “ulnar varyans değeri” ile HBEBD ağrı skoru ve HBEBD toplam skoru arasında pozitif yönde anlamlı ilişki belirlendi (sırasıyla p=0.030, r=0.443; p=0.039, r=0.424). Volar tilt, radial inklinasyon, radial uzunluk ölçümleri ile kavrama kuvveti, eklem hareket açıklığı ve fonksiyonel skorlar arasındaki korelasyonların zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü (p>0.05) (Tablo 3).

Eklem hareket açıklığı ölçümlerinden “el bileği fleksiyonu” ile el kavrama kuvveti arasında pozitif yönde anlamlı (r=0.660), HBEBD ağrı skoru (r=-0.735), HBEBD fonksiyon skoru (r=-0.497) ve HBEBD toplam skoru (r=-0.689) arasında ise negatif yönde anlamlı ilişki bulundu (Tablo 3). “El bileği ekstansiyonu” ise el kavrama kuvveti ile pozitif yönde (r=0.619), HBEBD ağrı

skoru (r=-0.525), HBEBD fonksiyon skoru (r=-0.520) ve HBEBD toplam skorları (r=-0.541) ile negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gösterdi.

Tablo 2. Hastaların klinik özellikleri

	Median (min – maks)	Çeyrekler arası uzaklık
Preoperatif süre* (saat)	139.2 (45.5 – 816.0)	177.5
Cerrahi süre (dk)	135.0 (55.0 – 260.0)	67.5
Radyolojik Ölçümler		
Radial inklinasyon (°)	20.0 (10.9 – 34.5)	5.3
Radial uzunluk (mm)	12.2 (6.1 – 30.4)	5.1
Ulnar varyans (mm)	0.3 (-3.8 – 9.5)	3.3
Volar tilt (°)	11.7 (1.2 – 32.8)	5.5
Fonksiyonel Ölçümler		
EB fleksiyonu (%) [±]	82.1 (38.9 – 120.0)	26.3
EB ekstansiyonu (%) [±]	83.3 (25.0 – 106.4)	28.4
Ön kol supinasyonu (%) [±]	100.0 (64.4 – 100.0)	2.2
Ön kol pronasyonu (%) [±]	100.0(100.0– 100.0)	100.0
EB ulnar deviasyonu (%) [±]	85.7 (33.3 – 114.3)	24.4
EB radial deviasyonu (%) [±]	87.5 (42.9 – 150.0)	31.7
El kavrama kuvveti (%) [±]	66.7 (27.3 – 100.0)	37.8
HBEBD ağrı skoru	9.0 (0.0 – 38.0)	11.0
HBEBD fonksiyon skoru	3.5 (0.0 – 17.0)	10.0
HBEBD toplam skoru	13.0 (0.0 – 44.0)	18.5
DASH skoru	12.9 (0.0 – 32.5)	16.7

* Yaralanma tarihinden cerrahi tarihine kadar geçen süre

[±] Sağlam tarafa göre ölçülen yüzde değer

EB El Bileği, HBEBD Hasta Bazlı El Bileği Değerlendirmesi, DASH Disabilities of Arm, Shoulder and Hand anketi, min minimum, maks maksimum

Tablo 3. Hastaların Klinik Değerlendirme Parametreleri Arasındaki İlişki

	Ulnar varyans (°)	EB fleksiyonu (%)±	EB ekstansiyonu (%)±	Ön kol supinasyonu (%)±	EB ulnar deviasyonu (%)±	El kavrama kuvveti (%)±	HBEBD ağrı skoru	HBEBD toplam skoru	DASH skoru
Ulnar varyans (°)	--	r=-0.324 p=0.122	r=-0.300 p=0.154	r=0.023 p=0.915	r=-0.160 p=0.454	r=-0.048 p=0.823	r=0.443* p=0.030	r=0.424* p=0.039	r=0.212 p=0.319
EB fleksiyonu (%)±	--	--	r=0.553* p=0.005	r=0.334 p=0.111	r=0.645* p=0.001	r=0.660* p<0.001	r=-0.735* p<0.001	r=-0.689* p<0.001	r=-0.314 p=0.135
EB ekstansiyonu (%)±	--	--	--	r=0.714* p<0.01	r=0.582* p=0.003	r=0.619* p=0.001	r=-0.525* p=0.008	r=-0.541* p=0.006	r=-0.426* p=0.038
Ön kol supinasyonu (%)±	--	--	--	--	r=0.400 p=0.053	r=0.644* p=0.001	r=-0.395 p=0.056	r=-0.403 p=0.051	r=-0.444* p=0.030
EB ulnar deviasyonu (%)±	--	--	--	--	--	r=0.532* p=0.007	r=-0.333 p=0.112	r=-0.327 p=0.119	r=-0.117 p=0.586
El kavrama kuvveti (%)±	--	--	--	--	--	--	r=-0.550* p=0.005	r=-0.672* p<0.001	r=-0.550* p=0.005
HBEBD ağrı skoru	--	--	--	--	--	--	--	r=0.942* p<0.001	r=0.591* p=0.002
HBEBD toplam skoru	--	--	--	--	--	--	--	--	r=0.746* p<0.001

*p<0.05, ± Sağlam tarafa göre ölçülen yüzde değer, EB El Bileği, HBEBD Hasta Bazlı El Bileği Değerlendirmesi, DASH Disabilities of Arm, Shoulder and Hand anketi

Tablo 4. Grupların redüksiyon yeterliliğine göre ölçümlerinin karşılaştırılması

	Yetersiz Redüksiyon Grubu (n=6) <i>Median (min-maks)</i>	Yeterli Redüksiyon Grubu (n=25) <i>Median (min-maks)</i>	p değeri
Radyolojik Ölçümler			
Radial inklinasyon (°)	14.0 (10.9 – 34.5)	20.7 (16.8 – 30.2)	0.026*
Radial uzunluk (mm)	9.7 (6.1 – 18.1)	13.2 (10.2 – 30.4)	0.022*
Ulnar varyans (mm)	1.7 (-1.7 – 9.5)	0.0 (-3.8 – 3.8)	0.289
Volar tilt (°)	13.3 (5.0 – 32.8)	12.0 (6.3 – 18.5)	0.887
Fonksiyonel Ölçümler			
EB fleksiyonu (%) [±]	71.4 (38.9 – 89.6)	82.1 (46.7 – 120.0)	0.297
EB ekstansiyonu (%) [±]	76.1 (57.8 – 86.2)	87.5 (25.0 – 106.4)	0.235
Ön kol supinasyonu (%) [±]	100.0 (64.4 – 100.0)	100.0 (88.9 – 100.0)	0.877
EB ulnar deviasyonu (%) [±]	81.2 (66.7 – 97.5)	87.5 (33.3 – 114.3)	0.446
EB radial deviasyonu (%) [±]	90.0 (80.0 – 153.8)	87.5 (45.4 – 160.0)	0.297
El kavrama kuvveti (%) [±]	57.4 (42.9 – 93.7)	68.2 (27.3 – 100.0)	0.534
HBEBD ağrı skoru	11.0 (3.0 – 38.0)	9.0 (0.0 – 23.0)	0.891
HBEBD fonksiyon skoru	6.0 (0.0 – 9.5)	2.0 (0.0 – 17.0)	0.793
HBEBD toplam skoru	14.5 (3.0 – 44.0)	13.0 (0.0 – 40.0)	0.534
DASH skoru	12.9 (1.7 – 30.0)	10.3 (0.0 – 32.5)	0.629

*p<0.05; [±] Sağlam tarafa göre ölçülen yüzde değer, EB El Bileği, HBEBD Hasta Bazlı El Bileği Değerlendirmesi, DASH Disabilities of Arm, Shoulder and Hand anketi, min minimum, maks maksimum

“Ön kol supinasyonu”nun da benzer şekilde hem kavrama kuvvetini ($r=0.644$) hem de HBEBD fonksiyon skorunu ($r=-0.488$) anlamlı etkilediği görüldü. DASH skorunun ise sadece el bileği ekstansiyon ve önkol supinasyon değerleri ile arasında anlamlı bir ilişki vardı (Tablo 3). “El kavrama kuvveti” değeri ile HBEBD ağrı skoru, HBEBD fonksiyon skoru, HBEBD toplam skoru ve DASH skoru arasında negatif yönde anlamlı korelasyon tespit edildi (sırasıyla $r=-0.638$; $r=-0.638$; $r=-0.672$; $r=-0.550$) ($p<0.05$) (Tablo3).

Analizde hastalar redüksiyon yeterliliğine göre iki gruba ayrıldığında, gruplar arasında

yalnızca radial inklinasyon açıları ve radial uzunluk değerlerinde anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0.05$). Yetersiz redüksiyon olan grubun radial inklinasyon açıları ve radial uzunluk değerleri anlamlı olarak daha düşüktü (sırasıyla; $p=0.026$, $p=0.022$). Bunun dışında iki grubun fonksiyonel ölçüm sonuçları arasında herhangi bir anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4).

Tartışma

Çalışmada RDU kırığı sonrası volar plaklama cerrahisi yapılan ve fizyoterapi programın alınan

hastaların radyolojik ölçümleri ile kavrama kuvveti, el bileği normal eklem hareketleri ve fonksiyonel sonuçları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Sonuçlarımız radyolojik ölçümlerden yalnızca ulnar varyans değerinin fonksiyonel sonuçları etkilediğini, beklenenin aksine volar tilt, radial uzunluk ve radial inklinasyon açılarının ölçülen parametrelerin hiçbirinde etkili olmadığını göstermiştir. Ek olarak el bileği hareketlerindeki artışın, kavrama kuvvetini ve fonksiyonel sonuçları artırdığı belirlenmiştir.

Literatürde genel görüş olarak iyi bir anatomik redüksiyonun ve radyolojik sonuçların daha iyi fonksiyonel sonuçlara sebep olabileceği düşünülmekle birlikte çalışmaların sonuçları tartışmalıdır (15-17). Konuyla ilgili bazı çalışmalarda iyi anatomik sonuçlar ile fonksiyonel sonuçlar arasında doğrudan bir ilişki olduğu rapor edilirken (18), bazılarında radyolojik ölçümler ile fonksiyonel sonuçlar arasında herhangi bir ilişki olmadığı gösterilmiştir (12, 21, 22). Konuyla ilgili Kumar ve ark. 2008 yılında yaptıkları çalışmada kapalı redüksiyon ve alçı ile fiksasyon yapılan 95 hastayı analiz etmişler ve radyolojik sonuçları kötü olan hastalarda bile iyi fonksiyonel sonuçlar elde edilebileceğini belirtmişlerdir (14). Jaremko ve ark. da benzer şekilde RDU kırığı sonrası opere olmayan 74 hastada kötü radyolojik sonuçların DASH skorunu etkilemediğini göstermişlerdir (20).

RDU kırığı olan hastalarda iyi sonuçların göstergesi olarak hangi radyolojik ölçümün en iyi prediktör olduğuna dair literatürde fikir birliği bulunmamaktadır. Ancak normal volar tiltin sağlanmasının, karpal kemiklerin dizilimi ve el bileği fonksiyonları açısından oldukça önemli olduğu vurgulanmaktadır (17, 32). Karnezis ve ark. yaptıkları çalışmada, RDU kırığı olan hastalarda volar tilt kaybı arttıkça HBEED içerisinde değerlendirilen ağrı skorunda da artış olduğunu ve volar tilt açılarının fonksiyonel sonuçlar kadar ağrı şiddetinde de etkili olabileceğini belirlemişlerdir (19). Çalışmamızda ise volar tilt değerinin fonksiyonel sonuçları etkilemediği, ancak radyolojik ölçümlerden sadece ulnar varyans değerinin ağrı skorları ve fonksiyonelliği etkilediği görülmüştür. Bu

farklılığın nedeni kırık sonrası uygulanan redüksiyonların açık veya kapalı olması ile ilgili olabilir. Çünkü kapalı redüksiyonun 6-8 haftalık alçı ile immobilizasyon sürecinde eklem yapılarında meydana gelen olumsuz değişikliklerin miktarı ile erken harekete izin veren açık redüksiyonla volar plaklama yönteminin avantajları, fonksiyonel sonuçlar ve ağrı açısından farklılık yaratmaktadır.

Bazı araştırmalar opere olmayan RDU kırıklarında, redüksiyon öncesi yapılan radyolojik ölçümler arasında en önemli ölçümün radial kısılma olduğunu belirtmektedir (33, 34). Ancak redüksiyon öncesi yapılan radyolojik ölçümler ile fonksiyonel sonuçlar arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda çoğunlukla görülen, dorsal angulasyon değerinin fonksiyonel sonuçlarla korele olduğudur (11, 14, 17). Çalışmamızda ise bu çalışmalardan farklı olarak RDU kırığı sonrası volar plaklama yapılan hastaların postoperatif yapılan radyolojik ölçümleri değerlendirilmiş ve fonksiyonel ölçümlerle ilişkili tek değer ulnar varyans olmuştur. Dolayısıyla opere RDU kırıklarında fonksiyonel sonuçlar için en önemli radyolojik ölçümün ulnar varyans olduğu söylenebilir. Ancak bu görüşü güçlendirecek çalışmalara ihtiyaç vardır.

Chung ve ark. çalışmamıza benzer popülasyonda, RDU kırığı sonrası açık redüksiyon internal fiksasyon yapılan hastalarda bu konuyu araştırmış ve sonuç olarak radyolojik ölçümler ile fonksiyonel sonuçlar arasında anlamlı ilişki bulmamışlardır (35). Yazarlar, çalışmaya alınan hastalar opere olduğundan dolayı radyolojik değerlerinin normal değerlere yakın olduğunu, bu sebeple analizlerinin kısıtlandığını belirtmişlerdir. Çalışmamızda da RDU kırığı sonrası opere olan hastalar alınmakla birlikte hastalarımızın radyolojik değerlerine bakıldığında minimum ve maksimum değerler arasındaki açıklığın yeterli genişlikte olduğu görülmüştür. Buna rağmen ulnar varyans değeri dışındaki ölçümlerin fonksiyonel sonuçları etkilemediği belirlenmiştir. Bu durumun temel nedeni hastalara 12 hafta boyunca, haftada 2 gün süpervize fizyoterapi programının uygulanmış olması olabilir.

Wilcke ve ark. yaptıkları çalışmada radial inklinasyon değeri ile DASH skoru arasında

anlamli ilişki bulunmuştur (11). Diğer benzer çalışmalarda da radial uzunluk kaybının kötü fonksiyonel sonuçlarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (36, 37). Çalışmamızda hastaları redüksiyon yeterliliğine göre iki gruba ayırdığımızda, gruplar arasında radial inklinasyon ve radial uzunluk değerleri açısından anlamlı fark bulunmasına rağmen fonksiyonel sonuçlar açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Sonuçlarımızın literatürdeki çalışmaların sonuçlarından farklı olmasının nedeni, diğer çalışmalarda hastaların opere olmamaları ve radyolojik ölçümlerinin postoperatif dönemde yapılmamış olması olabilir.

Çalışmamızda özürüllüğü ölçmek için kullanılan DASH skoru da radyolojik ölçümlerle ilişkili bulunmamıştır. Özürüllük ölçümleri subjektif ölçümlerdir ve asıl ölçülen hastaların algıladığı özürüllüktür. Hastaların algıladığı özürüllüğün birçok faktörden etkilendiği bilinmektedir. Radyolojik ölçümlerle belirlenen faktörler bunların yalnızca bir kısmını oluşturur (19, 35, 38). Ayrıca, radyolojik ölçümlerin yansıtmadığı diğer dokulardaki etkilenimler (yumuşak doku yaralanması ya da kırıldak hasarı gibi) de hastaların özürüllük düzeyini etkileyebilmektedir. Çalışmamızda yapılan radyolojik ölçümlerin hiçbirini, yalnızca DASH skoru ile değil, kavrama kuvveti ve eklem hareket açıklıkları ile de anlamlı ilişki göstermemiştir. Teorik bilgi olarak normalin üzerindeki pozitif ulnar varyansın el bileği hareketlerini kısıtlaması beklenmektedir (39). Çalışmamızda ulnar varyans fonksiyonel ağrı skorunu ve toplam skoru etkilerken, el bileği ve önkol hareketlerini etkilememiştir. Bu durumun nedeni pozitif ulnar varyansın ağrıda artışta, ağrının varlığının da fonksiyonel skorun toplam değerini kötüleştirmede önemli rol oynamasıdır.

Çalışmada fonksiyonel ölçümlerin kendi aralarındaki ilişkiler incelendiğinde ise el bileği ekstansiyon hareketinin tüm fonksiyonel ölçümlerle, el bileği fleksiyon hareketinin ise kavrama kuvveti ile güçlü bir ilişkisi olduğu belirlenmiştir. Bu istatistiksel sonuç, el bileği hareket kalitesinin kavrama başta olmak üzere üst ekstremite fonksiyonları için önemli bir role sahip olduğunu göstermiştir. Diğer taraftan önkol hareketleri, Karnezis ve arkadaşlarının

çalışmalarında belirttikleri gibi (40) bizim çalışmamızda da ne fonksiyonel skorlara ne de kavrama kuvvetine etki etmiştir.

Çalışmanın örneklem büyüklüğünün azlığı en önemli kısıtlılıklarından biridir. Bunun nedenleri çalışmamızın 2 yıllık kesitsel çalışma olması, aynı ekip tarafından volar plaklama yapılma zorunluluğu ve 12 haftalık fizyoterapi programına düzenli katılım şartı olarak düşünülebilir.

Sonuç

Bu çalışma RDU kırığı sonrası volar plaklama yapılan ve fizyoterapi programına alınan hastalarda, radyolojik ölçümlerden yalnızca ulnar varyans değerinin fonksiyonel sonuçları etkilediğini göstermiştir. Ayrıca el bileği hareketlerinin de kavrama kuvveti ve fonksiyonel skorları arttırmada önemli olduğu belirlenmiştir. Daha kesin sonuçlar için farklı redüksiyon tiplerinde ve farklı hasta sayılarında çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Teşekkür

Biyoistatistiksel değerlendirmeye katkılarından dolayı Prof. Dr. Şerife Reyhan UÇKU'ya teşekkürlerimizi sunarız.

Kaynaklar

1. O'Neill TW, Cooper C, Finn JD, Lunt M, Purdie D, Reid DM, et al. Incidence of distal forearm fracture in British men and women. Osteoporosis international : a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA. 2001;12(7):555-8.
2. Wakefield AE, McQueen MM. The role of physiotherapy and clinical predictors of outcome after fracture of the distal radius. The Journal of bone and joint surgery British volume. 2000;82(7):972-6.
3. Chung KC, Spilson SV. The frequency and epidemiology of hand and forearm fractures in the United States. The Journal of hand surgery. 2001;26(5):908-15.
4. Wiemer P, Koster G, Felderhoff J, Weber U. Frakturen am distalen Radius: Wandel der therapeutischen Strategien. Der Orthopäde. 1999;28(10):846-52.
5. Dekkers M, Soballe K. Activities and impairments in the early stage of rehabilitation after Colles'

- fracture. Disability and rehabilitation. 2004;26(11):662-8.
6. Hegeman JH, Oskam J, van der Palen J, Ten Duis HJ, Vierhout PA. The distal radial fracture in elderly women and the bone mineral density of the lumbar spine and hip. *Journal of hand surgery (Edinburgh, Scotland)*. 2004;29(5):473-6.
 7. Handoll HH, Madhok R, Howe TE. Rehabilitation for distal radial fractures in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2006(3):CD003324.
 8. Valdes K, Naughton N, Michlovitz S. Therapist supervised clinic-based therapy versus instruction in a home program following distal radius fracture: a systematic review. *Journal of hand therapy : official journal of the American Society of Hand Therapists*. 2014;27(3):165-73; quiz 74.
 9. Handoll HH, Madhok R. Conservative interventions for treating distal radial fractures in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2003(2):CD000314.
 10. Sato K, Furumachi K, Nishida J, Tajima K, Kaiyama J, Suzuki Y, et al. Comparison of the volar locking plate and the bridging external fixator in the treatment of distal radius fracture based on range of wrist motion assessed by functional radiography. *Medical Science Monitor*. 2010;16(5):CR207-CR12.
 11. Wilcke MK, Abbaszadegan H, Adolphson PY. Patient-perceived outcome after displaced distal radius fractures: a comparison between radiological parameters, objective physical variables, and the DASH score. *Journal of Hand Therapy*. 2007;20(4):290-9.
 12. Bentohami A, Bijlsma T, Goslings J, de Reuver P, Kaufmann L, Schep N. Radiological criteria for acceptable reduction of extra-articular distal radial fractures are not predictive for patient-reported functional outcome. *Journal of Hand Surgery (European Volume)*. 2013;38(5):524-9.
 13. Shauver MJ, Chang KW-C, Chung KC. Contribution of functional parameters to patient-rated outcomes after surgical treatment of distal radius fractures. *The Journal of hand surgery*. 2014;39(3):436-42.
 14. Kumar S, Penematsa S, Sadri M, Deshmukh SC. Can radiological results be surrogate markers of functional outcome in distal radial extra-articular fractures? *International orthopaedics*. 2008;32(4):505-9.
 15. Smilovic J, Bilic R. Conservative treatment of extra-articular Colles' type fractures of the distal radius: prospective study. *Croatian medical journal*. 2003;44(6):740-5.
 16. Broos P, Fourneau I, Stoffelen D. Fractures of the distal radius. Current concepts for treatment. *Acta orthopaedica belgica*. 2001;67(3):211-8.
 17. Gliatis J, Plessas S, Davis T. Outcome of distal radial fractures in young adults. *Journal of Hand Surgery*. 2000;25(6):535-43.
 18. Stewart HD, Innes AR, Burke FD. Factors affecting the outcome of Colles' fracture: an anatomical and functional study. *Injury*. 1985;16(5):289-95.
 19. Karnezis I, Panagiotopoulos E, Tyllianakis M, Megas P, Lambiris E. Correlation between radiological parameters and patient-rated wrist dysfunction following fractures of the distal radius. *Injury*. 2005;36(12):1435-9.
 20. Jaremko J, Lambert R, Rowe B, Johnson J, Majumdar S. Do radiographic indices of distal radius fracture reduction predict outcomes in older adults receiving conservative treatment? *Clinical radiology*. 2007;62(1):65-72.
 21. Young C, Nanu A, Checketts R. Seven-year outcome following Colles' type distal radial fracture. A comparison of two treatment methods. *Journal of Hand Surgery*. 2003;28(5):405-8.
 22. Young BT, Rayan GM. Outcome following nonoperative treatment of displaced distal radius fractures in low-demand patients older than 60 years. *The Journal of hand surgery*. 2000;25(1):19-28.
 23. MacDermid JC, Turgeon T, Richards RS, Beadle M, Roth JH. Patient rating of wrist pain and disability: a reliable and valid measurement tool. *Journal of orthopaedic trauma*. 1998;12(8):577-86.
 24. Ozturk O, Sari Z, Ozgul B, Tasyikan L. Validity and reliability of the Turkish "Patient-Rated Wrist Evaluation" questionnaire. *Acta orthopaedica et traumatologica turcica*. 2015;49(2):120-5.
 25. Hudak PL, Amadio PC, Bombardier C. Development of an upper extremity outcome measure: the DASH (disabilities of the arm, shoulder and hand) [corrected]. *The Upper Extremity Collaborative Group (UECG)*. *American journal of industrial medicine*. 1996;29(6):602-8.
 26. Düger T, Yakut E, Öksüz Ç, Yörükan S, Bilgütay BS, Ayhan Ç, et al. Kol, Omuz ve El Sorunları (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand - DASH) Anketi Türkçe uyarlamasının güvenilirliği ve geçerliği. *Fizyoter Rehabil*. 2006;17(3):99-107.
 27. Shechtman O, Gestewitz L, Kimble C. Reliability and validity of the DynEx dynamometer. *Journal of Hand Therapy*. 2005;18(3):339-47.

28. Budziareck MB, Pureza Duarte RR, Barbosa-Silva MC. Reference values and determinants for handgrip strength in healthy subjects. *Clinical nutrition* (Edinburgh, Scotland). 2008;27(3):357-62.
29. Green DP. *Rockwood and Green's fractures in adults*: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
30. Ruedi TP, Buckley R. *AO principles of fracture management Vol 2 specific fractures*: New York: Thieme, 2007; 2007.
31. Nana AD, Joshi A, Lichtman DM. Plating of the distal radius. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2005;13(3):159-71.
32. McQueen M, Hajducka C. Redisplaced unstable fractures of the distal radius. *Bone & Joint Journal*. 1996;78(3):404-9.
33. Dixon S, Allen P, Bannister G. Which Colles' fractures should be manipulated? *Injury*. 2005;36(1):81-3.
34. McQueen M, Caspers J. Colles fracture: does the anatomical result affect the final function? *Bone & Joint Journal*. 1988;70(4):649-51.
35. Chung KC, Kotsis SV, Kim HM. Predictors of functional outcomes after surgical treatment of distal radius fractures. *The Journal of hand surgery*. 2007;32(1):76-83.
36. Hove LM, Fjeldsgaard K, Skjeie R, Solheim E. Anatomical and functional results five years after remanipulated Colles' fractures. *Scandinavian journal of plastic and reconstructive surgery and hand surgery*. 1995;29(4):349-55.
37. Villar R, Marsh D, Rushton N, Greatorex R. Three years after Colles' fracture. A prospective review. *Bone & Joint Journal*. 1987;69(4):635-8.
38. Forward D, Sithole J, Davis T. The internal consistency and validity of the Patient Evaluation Measure for outcomes assessment in distal radius fractures. *The Journal of Hand Surgery: European Volume*. 2007;32(3):262-7.
39. Sammer DM, Rizzo M. Ulnar impaction. *Hand clinics*. 2010;26(4):549-57.
40. Karnezis I, Fragkiadakis E. Association between objective clinical variables and patient-rated disability of the wrist. *Bone & Joint Journal*. 2002;84(7):967-70.

Örgütsel Adalet ve İş Tatmini: Sağlık Sektöründeki Önemi

Organizational Justice and Job Satisfaction: The importance in Health Care Sector

Selma SÖYÜK^a

ÖZ Bir örgütte çalışanların iş yerindeki tüm algılamaları ve tutumları (örgütsel adalet, örgütsel güven, iş tatmini vb.) iş performanslarını önemli ölçüde etkiler. Özellikle çalışanların örgütsel adalet algıları, örgütsel bağlılık, iş tatmini, örgütsel vatandaşlık davranışı, örgütsel güven, işe yabancılaşma gibi pek çok örgütsel sonuca neden olur. Örgüt içindeki çalışanların iş doyumsuzluğu tıpkı örgütsel adalet algısı gibi kişiye ve örgüte zarar verecek olumsuz sonuçlar yaratabilir. Bu nedenle hem örgütsel adalet algısı, hem de iş tatmini yöneticiler tarafından iyi bilinmeli ve çalışanın iş tatminini artıracak iş ortamı yaratılmaya çalışılmalıdır. İş tatmini kavramı, sonuçlarının taşıdığı bu önem dolayısı ile örgütsel davranış, sosyoloji, sağlık yönetimi, insan kaynakları yönetimi, psikoloji alanlarında en çok araştırma yapılan konuların başında gelmektedir. Özellikle insan emeğinin yoğun olduğu sağlık sektöründe çalışan personelin iş tatminsizliğinin sonuçları doğrudan hastalara yansır. Buna paralel olarak da hasta memnuniyeti düşer ve bu da kuruma ekonomik açıdan zarar verir. İş tatminsizliği ve örgütsel adalet algısının düşük olduğu çalışanlarda iş gücü devri ve devamsızlık oranlarının fazla olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Yine iş tatminsizliği sağlık çalışanlarında oldukça sık görülen tükenmişlik sendromuna da neden olması nedeniyle ayrıca önem taşır. Bu derleme çalışmasında her iki konuya dikkat çekmek amaçlanmış ve sağlık sektöründeki önemine değinilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Örgütsel adalet, iş tatmini, sağlık kurumları yönetimi

ABSTRACT The success of individuals in an organization can vary greatly depending on each other and their interaction with management. Individuals' perceptions of the organizational environment and its elements related to this environment (organizational justice, job satisfaction, etc.) may also affect their performance. The sense of organizational justice is an issue that should be emphasized because it is the result of many organizational consequences, especially job satisfaction. Job satisfaction of the employee who is not perceived fairly will be adversely affected. The fact that even an employee in organizations is not happy sometimes can cause all jobs to stop. Since both organizational justice perception and job satisfaction are the causes of many organizational consequences, healthcare institutions must be well known by their managers and an attempt should be made to create a business environment that will increase the employee's job satisfaction. Job satisfaction is one of the most studied topics in organizational behavior, sociology and health management. In case of unfair perception of the employee organization and its manager, it can reduce job performance, productivity, trust, organizational commitment and result in job dissatisfaction. The employee who is not satisfied with his job will reflect this on his business results. As a result, all of these will be reflected in the health institutions and patient satisfaction will be reduced. Employees who are experiencing job dissatisfaction are also over-represented in the labor force. Also, organizational silence, alienation to work and burnout syndrome, which is common in the health sector, are undesirable consequences in organizations as a result of job dissatisfaction. This review explains how to draw attention to both issues and touches on its importance in the health sector.

Key words: Organizational justice, job satisfaction, health institutions

Giriş

Son yıllarda yapılan araştırmalara bakıldığında çalışmaların daha çok bireyler arası etkileşim ve bu etkileşimden kaynaklanan sorunlar/sonuçları üzerinde olduğu görülmektedir. Değişen iş yaşamı koşulları, yoğun rekabet gibi unsurlarla örgütün baş edebilmesi için bu bireysel ve bireylerarası etkileşimin iyi bilinmesi gereklidir. Artık tüm örgütlerin

çalışanlarının etkin ve verimli şekilde çalışmalarına imkân sağlayacak ortamı hazırlamaları zorunlu hale gelmiştir. Çalışanlar örgütlerinin kendilerine verdiği örgütsel desteğe, kendilerine adil davranıp davranılmadığına, kendilerine huzurlu iş ortamı sağlanmasına, örgüte katkılarının önem ve değerinin bilinmesine göre inanış ve tutum

Geliş Tarihi/Received:10-08-2018 / **Kabul Tarihi/Accepted:**20-09-2018

^a İ.Ü-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü,e-mail: ssoyuk@istanbul.edu.tr

ORCID: 0000-0001-9822-9417

geliştirirler ve sonuçta bu inanış ve tutumlara göre davranış biçimlerini belirlerler. Bu tutumların en önemlilerinden biri iş tatminidir. Örgütler, amaç ve hedeflerine iş tatmini yüksek bireyler sayesinde ulaşacaktır. İşgörenlerin örgütsel amaçlar doğrultusunda katkılarını arttıran en önemli faktörlerin iş tatmini ve örgütsel adalet algısının olduğu söylenebilir.

Örgütsel Adalet Kavramı

Örgütlerde kişiler arası etkileşim ve etkileşime bağlı sonuçların önem kazanmaya başlaması ile birlikte ilk olarak “sosyal adalet” kavramı ortaya atılmıştır. Sosyal adalet konusunda yapılan çalışmalar zamanla örgüt içindeki bireylerarası ilişkilerin sonucunda ortaya çıkan “örgütsel ve kişisel her türlü çıktının, ödül ve cezanın adil dağıtımına gelen örgütsel adalet (organizational justice)” kavramı geliştirilmiştir (1).

Örgütsel Adaletin Tanım ve Önemi

Adalet ile ilgili ilk araştırmalar sosyal psikoloji alanında başlamıştır ve zaman içerisinde gelişimini sürdürmüştür. Örgütsel adalet; bireyin iş arkadaşları, üstleri ve kurumla olan ilişkileri açısından algılamalarını içeren bir sosyal sistemdir (2). Greenberg’ e göre örgütsel adalet; “iş yerinde adaletin, bireye ve örgüte olan etkilerini ortaya çıkarmaya yarayan terim” dir (3). Daha net bir tanımlama yapılacak olursa; örgütsel adalet, örgüt içinde çalışanların ne kadar adil davranıldığı konusundaki algılarını ve bu algının diğer sonuçları (örgüte bağlılık, iş tatmini, örgütsel güven, vb.) nasıl etkilediğini içeren bir kavramdır (4).

Örgütsel adalet algısı bireye özgüdür. Bu algı, bireyden bireye değişebildiği gibi ülkeler, toplumlar, medeniyetler ve zamana göre de farklılık gösterebilir (3).

Örgütsel adalet kavramı örgütlerde pek çok süreç ve uygulamalarda ön plana çıkmaktadır. Eleman seçimi, eğitim ve görevlendirme, kariyer planlama, terfi, performans değerlendirme, malzeme ve gereçlerin dağıtımını, ücret, işten çıkarma bunlardan birkaçıdır (5-6).

Adalet kavramı örgütlerde üç ana noktada önem kazanır. Bunlar “sonuçların dağıtımını, dağıtım kararının verilmesi, dağıtım sırasında kullanılan yöntemler ve kişiler arası ilişkiler” şeklinde ifade edilmektedir. Bu üç temel nokta örgütsel adalet türlerini de ortaya koymaktadır (4).

Örgütsel Adaletin Türleri

Literatürde örgütsel adaletin türleri konusunda farklı ayırımlar yapılmıştır. Ancak çoğu yazar örgütsel adaletin “dağıtım adaleti, prosedür adaleti ve etkileşim adaleti” olmak üzere üçe ayırdığını ifade etmişlerdir.

Dağıtım Adaleti (Distributive Justice):

Dağıtım adalet, çalışanların eline geçen sonuçların adillik algılanmasını ifade eden adalet türüdür. Dağıtım adaleti, terfi, ödül ve ceza, ücret gibi unsurların paylaşımını ve çalışanların bu paylaşımların adillik konusundaki algısını ifade eder (7,8). Dağıtım adaletini kavramı Adams’ın Eşitlik Teorisi sonucunda ortaya çıkmıştır. Çalışanlar kurum içinde kendi ortaya koydukları girdileri (tecrübe, kıdem, eğitim, iş stresi) ve çıktıları (terfi, ödül, maaş) iş arkadaşlarının girdi-/çıktıları ile karşılaştırırlar. Karşılaştırma sonucunda girdileriyle aldıkları sonuçlar arasında bir eşitsizlik olduğunu algılayarlarsa adaletsizlik duygusu yaşarlar. Bu algı sonucunda çalışan kendi girdi ve sonuçlarını değiştirmeye çalışacağı gibi iş arkadaşlarına da müdahale yollarına başvurabilir (9-11). Dağıtım adaleti algısında tüm kaynakların adil dağıtımını önemlidir bunun yanında ceza ve ödül dağıtımını da önemli rol oynar (12). Birey dağıtım adaletini düşük algılayarsa strese girer ve iş performansı düşer (13).

Prosedür Adaleti (Procedural Justice):

Prosedür adaleti; çalışanların prosedür ve sonuçlar konusunda bilgilendirilmeleri ve tüm işlemlerin kişiler arasında eşit uygulanmasıdır. Literatürde prosedür adaleti kavramı yerine işlemsel adalet ya da uygulamaya ilişkin adalet gibi tanımlamaların yapıldığı da görülmektedir. Örgüt içinde alınan kararlarda elemanların da fikirleri ve onayları alındığı zaman prosedür adaleti algısı yükselir (14). Prosedür adaleti tüm karar verme süreçleri, kaynak ve sonuçların dağıtım prosedürlerinin açıklanması ve doğru yönetilmesi, çatışma çözümü yöntem ve süreçlerinden etkilenir. Çalışanların prosedür adaleti algıları, kurum içinde pek çok sonuca neden olabilmektedir (8). Prosedür adaletinde diğer önemli bir nokta ise çalışanların yöneticilerine duydukları güvenidir. Yöneticiye güven ile adalet algısı arasında pozitif yönde bir ilişki vardır. Yöneticiye güven duyulan örgütlerde çalışanların prosedürleri ve alınan pek çok kararı sorgulamamadan kabul ettikleri görülmüştür. Ancak yöneticiye güven

duyulmayan örgütlerde ise prosedür ve kararlar çok fazla incelenir (15).

Etkileşim Adaleti (Interactional Justice):

Etkileşim adaleti, prosedürleri uygulayanların çalışanlara gösterdikleri tutum ve davranışlarla ilgilidir. Bu nedenle prosedür adaletine bağlı bir boyut olduğu da söylenmektedir (16). Etkileşim adaletinin insani boyutu önemlidir. Etkileşim adaleti, örgütlerde tüm uygulamalar sırasında kişiler arası davranışların algılanması sonucunda ortaya çıkar (1). Etkileşim adaleti algısı, haberleşme sürecinden etkilenmektedir. Örgütlerde kişilerarası ilişkilerde nezaket, dürüstlük, saygı unsurları önemlidir (17). Etkileşim adaleti algısı düşük olduğunda çalışanlar bireylere değil yöneticilere karşı olumsuz tutum sergilerler. Etkileşim adaleti ölçülürken yönetici davranışı sorgulanır ve bireylerden bu yönde karar vermesi istenmektedir.

Etkileşime dayalı olan adaletin bu boyutu pek çok teorisyen tarafından “bilgilendirmeye dayalı adalet algısı” olarak da isimlendirilmektedir (18,17). Etkileşim adaleti alınan kararların çalışanlara söylenme tarzından etkilenir (9). Gereenberg'e göre, yöneticiler daima astları tarafından adil olarak algılanmak isterler. Adil olarak algılanmanın bir yolu, bir şeylerin kötü gitmesi esnasında çalışanlara yöneticiler tarafından olayların nedenleri ve sonuçları hakkında açıklama yapılmasıdır (19). Çalışanlar, sonucunda kendilerinin etkileneceği kararlarda, düşünceleri alınır, karar olumsuz ve sonucu kötü de olsa bu sonuçlara katlanmakta ve bundan da tatminsizlik duymaktadırlar.

Örgütsel Adalet Sonuçları

Örgütsel adalet kavramı ortaya çıkardığı önemli sonuçlardan dolayı farklı disiplinler tarafından ele alınmıştır (7,20). Örgütsel adalet algısının en önemli sonuçlarından biri örgütsel vatandaşlık davranışlarıdır. Adalet algısının düşük olması işe devamsızlık ve iş gücü devrini etkiler. Bu da kurumdaki verimlilik ve iş performansını düşürür. Örgütsel adalet saygınlık algısı ve işe bağlılık üzerinde de önemli rol oynar. Adalet algısı düşük olan çalışanın alınan kararlara tepkileri artar ve yönetime/yöneticiye güven duyguları azalır, bağlılığının azalması ile işe devamsızlık oranı da artar. Bu olumsuz sonuçlar çalışanların sağlığını da etkiler. Ayrıca örgütsel adaletin önemli sonuçları arasında örgütsel vatandaşlık

karşıtı davranışlar, iş tatmini, işe yabancılaşma sayılabilir. İş tatmini bu faktörler arasında en fazla etkilenen unsurdur (11,13,21,22). Adalet algısı çalışma ortamında işbirliğinin gelişmesine yardımcı olur. Çalışanlar arasındaki sosyal bağları güçlendirir.

Çalışanlar, yöneticilerini adil olarak algılayorsa iş birliği yaparlar, tüm kararlara katılır ve onlar yokken alınan kararlara destek verirler (23,24). Adalet algısı, çalışanları birbirleri ve örgüt ile bütünleştirir. Adil algılanan örgütlerde belirsizlik durumları da azalır.

Örgütsel adalet algısının sonuçlarının bilinmesi oldukça önemlidir. Özetle adalet algısının yüksek olması çalışanlarda pozitif davranış ve tutumlara neden olmaktadır. Yüksek adalet algısı çalışanın iş performansını, verimini artırır, bu tüm örgütsel sonuçlara hatta müşteri memnuniyetine yansır (4,7,8,25).

İş Tatmini

Tüm dünyada iş yaşamında insan ön plana çıkmıştır ve insan kaynağına verilen önem artmıştır. Çalışan performansı işinden duyacağı haz ile doğru orantılı olarak artacaktır. Örgütler hedeflerine ancak insan faktörüyle ulaşacaklarını anlamışlardır. Örgütlerin kullandıkları kaynaklar arasında en karmaşık ve değişken olanı insan gücüdür. Çalışanın küçük bir bölümünün bile memnuniyetsizliği bütün kurum faaliyetlerini etkileyebilir.

İş Tatmini Kavramının Tanımı ve Önemi

İş tatmini, örgütsel olarak 20 yy. da en çok araştırma yapılan kavramlar arasındadır. İş tatmini çeşitli boyutlara sahip çok boyutlu bir yapıdır (26). İş tatmini bireylerin gerek iş yaşamı, gerekse iş dışındaki yaşamı açısından önemli olarak değerlendirilmektedir. İş tatmini modern yönetim anlayışının en önemli faktörlerinden biridir.

Literatürde en yaygın kullanılan iş tatmini tanımının Davis'in tanımı olduğu görülmüştür. Bu tanıma göre iş tatmini; “kişilerin işlerinden duydukları memnuniyet ya da memnuniyetsizlik” tir (27). İş tatmini, çalışanların işin kendisi ve ilgili çevresi hakkındaki bir tutum veya görüşleri, iş rollerine tamamen duygusal bir tepkidir (21). “İş tatmini; bireyin işine, çalışma ortamına, karşılaştığı davranışlara ve aldığı hizmetlere ilişkin gösterdiği olumlu veya olumsuz duygusal tepkilerdir” (28). İş tatmini kavramı Maslow'un “İnsan İhtiyaçları Hiyerarşisi Kuramı (1954)” ile ilk kez ortaya atılmıştır onu Herzberg'in “Çift

Faktör Kuramı (1959)" izlemiştir (29). İş tatmini, iş şartlarının ve işten elde edilen sonuçların bireysel değerlendirmesidir (30).

Çalışanların örgüt içinde üretken, verimli, başarılı ve mutlu olmalarını sağlayan en önemli unsurdur. İş tatmini bireyin işinden algıladığı hoşnutluk duygusudur. Genel olarak iş tatmini, sosyolojik ve psikolojik boyutları olan ve bireysel gereksinimler ile kurumsal beklentiler arasındaki bir uzlaşma işlevi olarak tanımlanabilir (31).

Bazı kişilerin diğerlerine göre daha fazla iş tatmini duyması bireysel özelliklerin iş tatminin de önemli rol oynadığı düşüncesini akla getirmiştir. Bu konuda yapılan bilimsel araştırmalar da bu düşüneyi desteklemiştir. İş tatmininin eğitim, meslek, yaş, kişilik, cinsiyet, zeka ve kültürel çevre gibi bireysel özelliklerden etkilendiği bilimsel araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur (15,32,33).

İş tatmini örgüte bağlı nedenlerden de etkilenmektedir. Alınan ücret miktarı, yapılan iş, terfi ve yükselme imkanları, iş ortamı ve koşulları, güvenlik önlemleri, yönetici davranışları, iş arkadaşları ile olan ilişki ve etkileşim biçimi iş tatminini etkileyen örgütsel ve çevresel faktörler arasında (15,34). Bu faktörler bireysel değildir. Analiz edilebilmekte ve ölçülebilmektedirler.

İş Tatminsizliğinin Sonuçları

İş tatmini bireylerin gerek iş yaşamı, gerekse iş dışındaki yaşamı açısından önemli olarak değerlendirilmektedir. İş tatmini yüksek olan kişi özel yaşamında da daha iyimser ve mutlu olmaktadır. İş tatminsizliği hem örgütsel hem de bireysel pek çok olumsuz sonuca neden olabilmektedir (35).

İş tatmininin düşük olması örgüt içinde pek çok durumu olumsuz etkiler. İş tatmini düşük olduğunda örgütsel başarı, örgütsel bağlılık, iş performansı ve verimlilik düşer, devamsızlık, işgücü devri ve işte hata oranı artar, işe yabancılaşma, tükenmişlik sendromu ve kişilik bozuklukları görülür. Yine iş tatminsizliği durumunda çalışan iş saatlerinde özel işleri ile uğraşır, uzun uzun dinlenme arası verir, iş yapar gibi görünür ama yapmaz, sürekli gereksiz sohbet ederek iş arkadaşlarını meşgul eder, sürekli ve kasıtlı olarak yönetim kademelerini eleştirir ve tartışma çıkarır, iş arkadaşlarına saldırgan davranış ve tutum sergiler. İş tatminsizliği yaşayan birey, ister istemez kurumuna karşı olumsuz tepkiler içine girmektedir (36,37).

İş tatmininin davranışlara, fiziksel ve ruhsal sağlığa doğrudan etkileri bulunmaktadır. Beklentilerin karşılanamaması sonucunda ortaya çıkan iş tatminsizliği çalışan sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu durumda kişinin psikolojisi bozulmakta ve istenmeyen davranışlara neden olabilmektedir. İş tatminsizliği psikosomatik rahatsızlıklara da neden olabilmekte ve sigara-alkol gibi kötü alışkanlıklara da neden olabilmektedir. İş tatminsizliğinin yukarıdaki olumsuz sonuçlarının yanı sıra çalışan üzerinde psikolojik sonuçları da bulunmaktadır. Tatminsiz birey işe gitmede çok isteksiz davranmaktadır (15,38). Çalışanın iş doyumunu organizasyonun performansını da belirlemektedir. Düşük iş doyumunu olan birey yeni iş arayacaktır. Dolayısıyla iş doyumunu örgütsel performansı etkilemektedir (39).

Örgütsel Adalet ve İş Tatmini

Dikkatli bakıldığında iş tatmini ve örgütsel adalet algısına neden olan unsurlar hemen hemen aynı unsurlardır. İş tatminini etkileyen unsurlara bakıldığında, adil ücret dağıtımı, kararlara katılım, bilgilendirme, adil terfi, iş arkadaşları ile iyi ilişkiler, yönetici davranışları sayılmıştır. Bu etmenler örgütsel adalet algısını etkileyen etmenlerle aynıdır. Dolayısıyla adalet algısı olumlu olan iş görenin tatmin olması da doğal bir süreçtir.

Literatüre bakıldığında, yapılan bilimsel çalışmalar sonucunda örgütsel adalet algısı ile iş tatmini arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür. Çalışmaların çoğunda adalet algısının yüksek olduğu örgütlerde iş tatmini, örgütsel güven, örgütsel bağlılık, yüksek iş performansı gibi pek olumlu sonuca rastlandığı ifade edilmiştir. Son yıllarda örgütsel adalet ve iş tatmini ilişkisini inceleyen pek çok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaların bazıları; Yuan ve arkadaşları (2016), Iqbal (2013), Usmani ve Jamal (2013), Dugguh ve Ayaga (2014), Addai ve arkadaşları (2018), Karavardar (2015), Yıldız, 2014, Altaş ve Çekmecelioğlu (2015), Emre ve Ağca (2018), Yürür, (2005), Keklik ve Us (2013), Koyutürk, (2015), Söyük (2007) tarafından yapılmıştır. Çalışmalarda iş tatmini ile örgütsel adalet algısı arasında pozitif yönde ilişki olduğunu bulmuşlardır (7-8,10,15-38,40-43).

Palamutçuoğlu ve arkadaşları 2016 yılında 64 yerli ve yabancı çalışmayı içeren bir metaanaliz yapmışlar ve metaanaliz sonucunda örgütsel adalet algısının iş tatminin de etkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır (44). Kişilerin

adalet algıları çok düşük olursa, doğrudan iş performanslarını azaltma yerine örgütsel bağlılıklarını ve grup arkadaşlarına olan bağlılıklarını azaltma yoluna giderler. Bunun sonucunda da iş tatminini düşer (15,19).

Ücret hem iş tatmininde hem de dağıtım adaleti algısında etkili olmaktadır. Yine iş tatmininde önemli rol oynayan herkese eşit yükselme imkanının sağlanması, karar alımında çalışanların fikirlerinin sorulması prosedür adaleti algısında da önemli rol oynar. Kurum içi iyi ilişkiler, çalışanları ilgilendiren konularda açıklama yapılması etkileşim adaleti algısı ve iş tatmininde oldukça etkilidir. Ücret örgütsel adalet algısı ve iş tatminsizliğinin önemli belirleyicileri arasında gelmektedir. İş tatminini etkileyen unsurlara bakıldığında bunlar arasında ücret önemli bir yer tutmaktadır. Çalışan ücretin yanı sıra prim dağıtımı, izin dağıtımı, terfi kararları gibi uygulamalarda da eşitlik arar ve bu eşitliği bulamazsa tatminsizlik yaşar.

Kariyer taahhüdü ve örgütsel adalet çalışanın iş tatminini önemli ölçüde etkileyebilir. Prosedür adaleti algısı pek çok örgütsel sonuca neden olur (45). Tüm insan kaynakları fonksiyonlarının uygulanmasında (personel seçimi, eğitim, performans değerlendirme, ücret vb.) adil davranılması iş tatminini olumlu yönde etkiler. Örneğin hizmet içi eğitim uygulamalarında, eğitime katılacakların hangi kriterlere göre seçildiğinin açık bir şekilde anlatılması veya terfi durumunda neden o kişilerin seçildiğinin çalışana açıklanması, çalışanın etkileşim adaleti algısı ve bunun sonucunda iş tatmini algısında rol oynayacaktır.

Sağlık Kurumlarında Örgütsel Adalet Ve İş Tatmininin Önemi

Bir sağlık kurumunun başarısı çalışanlarını kurumsal amaçlar doğrultusunda istekli ve yüksek motivasyonla harekete geçirmesine bağlıdır. Kurum ne kadar gelişmiş teknolojiye sahip olursa olsun bu teknolojiyi kullanan insan kaynaklarını etkileyerek istekli biçimde harekete geçirmediği amaçlarını gerçekleştiremez. Sağlık kurumlarında hizmet sunumunun temel belirleyicisi olan personel, verilen hizmetin kalitesini de büyük ölçüde belirlemektedir. Bu nedenle çalışan memnuniyetinin önemini hiçbir kurum göz ardı edemez (37).

Sağlık sektörü yoğun stres yaşayan hasta bireye hizmet vermenin yanı sıra, bu sektörde çalışanların iş yaşamlarında sık sık stres yaratan olaylarla karşı karşıya kalmaları

nedeniyle, diğer sektörlerden farklılık göstermektedir. Sağlık sektöründe hata ve yanılığa hoşgörü gösterilememektedir. Çünkü hata ve yanılığın insan hayatına mal olabilmektedir. Sağlık çalışanlarının iş tatminlerinin yüksek olması hasta memnuniyetini de etkiler. Özellikle hastanelerde çalışan sağlık personeli işlerin acil ve ertelenemez olması nedeni ile hızlı karar vermek zorundadırlar. Bu nedenle sağlık yöneticileri adil yönetimin ve iş tatmininin önemini çok iyi bilmeli ve çalışanlarını nelerin tatmin edeceğinin yollarını aramalıdırlar. Hastanelerde, iş analizleri, iş tanımları, eğitim ve yasal alanlardaki düzenlemeler yetersiz kalmaktadır. Pek çok uygulamanın kimin tarafından yapılacağı kesin değildir. Bu da rol çatışmalarına neden olabilmektedir. Ayrıca, malzeme ve personel eksikliği, çalışma ortamının yetersizliği gibi olumsuz koşullar çalışan tatminini olumsuz yönde etkilemektedir. Birçok çalışma, hemşirelerin işten ayrılma niyetlerinin temel göstergesi olarak iş tatminsizliğini işaret etmektedir. İşten ayrılma niyeti, hemşirelerin işten gerçek olarak ayrılmalarını tahmin eden temel bir göstergedir (46). Topluma sağlık hizmeti sunarken temel amaç, kaliteli ve doğru hizmet sunmaktır. Bu amaç iyi eğitilmiş ve işini doğru yapan sağlık çalışanlarının yüksek örgütsel adalet ve iş tatmini hissetmeleri ile mümkün olacaktır. Sağlık sektöründe yapılan bilimsel çalışmalara bakıldığında; çalışanların iş tatminsizliklerinin her geçen gün arttığı görülebilir.

Sağlık sektöründeki tüm gelişme ve problemler çalışanları olduğu hastaları ve hasta yakınlarını da etkiler. Hasta memnuniyetinin sağlanması için öncelikle sağlık çalışanlarının işinden memnun olmalarının sağlanması önemlidir (47). Hastanelerde zaten iş yükü çok fazladır ve çalışanlar olumsuz duygular yaşamaktadır. İş yükü fazlalığına bir de adaletsiz dağılımın yapılması çalışanların dağıtım adaleti algılarını kötü etkilemekte ve bu durum çalışanın performansında da etkili olmaktadır. Hastanelerde çok sayıda farklı meslek grupları bulunmaktadır. Bu meslek gruplarının kendi aralarında da sorunlar yaşanabilmektedir. Bu nedenle hastanelerde iyi bir haberleşme sisteminin kurulması, birlikte toplantılar yapılarak kararlar alınırken çalışanın fikrinin alınması etkileşim adaleti algısı ve iş tatmininin yükselmesinde etkili olmaktadır.

Sonuç

Çalışan personelin psikolojik durumu, tutumları, algı ve inanışları onların tüm iş gününü etkileyebilir. Bir personelin bile iş doyumsuzluğu örgütteki tüm sonuçların olumsuz olmasını etkileyebilir. Personel, yöneticilerin ve iş arkadaşlarının tutum ve davranışlarına, ödül ve cezanın dağıtımına, karar alma süreçlerinde kendi fikirlerinin alınmasına, örgütteki bireylerarası ilişkilere bakarak tutum ve davranış geliştirir. Bu tutumların içinde en önemlisi ve pek çok örgütsel sonuca neden olanı iş tatminidir. Yöneticilerin kendisine ve fikirlerine değer verdiğini düşünen, o kurumda örgütsel adaletin olduğuna inanan personelin iş tatmini de yüksek olacaktır. Pek çok farklı meslek grubunun (44 meslek) bir arada çalıştığı ve her bir sağlık çalışanının çıktısının bir diğerinin girdisi olduğu sağlık sektöründe her bir çalışanın tutum ve davranışı diğer çalışanları da önemli ölçüde etkiler.

Örgütler, rekabet avantajını koruyabilmek için iş tatmini yüksek ve işlerini iyi yapan bireyler ile çalışmak isterler. Sağlık sektöründeki hızlı değişimlere ayak uydurabilecek iş tatmini yüksek çalışanlara örgütlerin her zaman ihtiyacı vardır. Örgütsel adalet iş tatminini etkileyen en önemli unsurlardan biri olması nedeniyle konuya dikkat çekilmeli ve yapılan araştırmaların sayıları artırılmalıdır.

Kaynaklar

- 1- Cohen-Charash Y C, Spector P E. The role of justice in organizations: A meta analysis. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*. 2001;86(2):278-321.
- 2- Beugre C D, Baron R A. Perceptions of systemic justice: The effects of distributive, procedural and interactional justice. *Journal of Applied Psychology*. 2001;31(2):324-338.
- 3- Greenberg J. Setting the justice agenda: seven unanswered questions about “what, why, and how”, *Journal of Vocational Behavior*. 2001, 58:210-219.
- 4- Söyük S. Örgütsel adalet [Organizational Justice]. *Sağlıkla Dergisi [Health Journal]*. 2013; 34-35.
- 5- Gürbüz S, Mert TİS. Örgütsel adalet ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik uygulaması: kamuda görgül bir çalışma [The validity and reliability of the organizational justice scale: a pragmatic study in the public]. *Amme İdaresi Dergisi*

- [Amme İdaresi Journal].2009;42(3):117-139.
- 6- İyigün NÖ. Örgütsel adalet: Kuramsal bir yaklaşım [Organizational justice: a theoretical approach]. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi [Istanbul Commerce University Journal of Social Sciences]*.2012; 11(21): 49-64.
- 7- Addai P, Kyeremeh E, Abdulai W, Sarfod J O. Organizational justice and job satisfaction as predictors of turnover intentions among teachers in the Offinso South District of Ghana. *European Journal of Contemporary Education*.2018; 7(2):234-243.
- 8- Usmani S, Jamal S. Impact of distributive justice, procedural justice, interactional justice, temporal justice, spatial justice on job satisfaction of banking employees. *Review of Integrative Business & Economics Research*. 2016;2(1):351-383.
- 9- Moorman R H. Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: Do fairness perceptions influence employee citizenship? *Journal of Applied Psychology*.1991;76(6):845-855.
- 10- Iqbal K. Determinants of organizational justice and its impact on job satisfaction. A Pakistan based survey. *International Review of Management and Business Research*.2013; 2(1):48-56.
- 11- Cropanzano R, Bowen D E, Gilliland S W. The management of organizational justice. *Academy of Management Perspectives*. 2007;21(4):34-48.
- 12- Skarlicki DP, Folger R. HRM special issue: Fairness and Human Resources Management. *Human Resource Management Review*.2003;13:1-5.
- 13- Sia LA, Tan TA. The influence of organizational justice on job satisfaction in a hotel setting. *DLSU Business & Economics Review*.2016;26(1):17-29.
- 14- Greenberg J, Baron RA. *Behavior in Organizations*. USA: Prentice Hall Inc. 2000;340-345.
- 15- Söyük S. (2007). Örgütsel Adaletin İş Tatmini Üzerine Etkisi Ve İstanbul İlindeki Özel Hastanelerde Çalışan Hemşirelere Yönelik Bir Çalışma, Doktora Tezi, İstanbul:İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2007.
- 16- Ramamoorthy N, Flood PC. Gender and employee attitudes: The role of

- organizational justice perceptions. *British Journal of Management*. 2004;5:247-258.
- 17- Yürür S. Ödüllendirme Sistemleri İle Örgütsel Adalet Arasındaki İlişkinin Analizi ve Bir Uygulama, Doktora Tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2005.
- 18- Karavardar G. Örgütsel adaletin iş tatmini, örgütsel bağlılık ve işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisi [The effect of organizational justice on job satisfaction, organizational commitment, and intent to leave work]. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi [International Management Economics and Business Review]*.2015;11(26):139-150.
- 19- Greenberg J. Stres fairness to fare stres: Managing workplace stres by promoting organizational justice. *Organizational Dynamics*. 2004;33(4):352-365.
- 20- Adusei H, Sarfo JO, Manukure P, Cudjoe J. If I should stop teaching now, where will I go? Turnover intentions among high school teachers in Ghana. *European Journal of Contemporary Education*. 2016;17(3): 263-271.
- 21- Yuan G, Jiab L, Zhaoc J. Organizational identification moderates the impact of organizational justice on job satisfaction. *Work*. 2016;54(1):189-195.
- 22- Begley T M, Lee C, Hui C. Organizational level as a moderator of the relationship between justice perceptions and work-related reactions. *Journal of Organizational Behavior*. 2006;26:705-721.
- 23- Bos K Van Den. Assimilation and contrast in organizational justice: The role of primed mindsets in the psychology of the fair process effect. *Organizational Behaviour And Human Decision Processes*. 2002;89:866-880.
- 24- Cropanzano R, Thomas A W. Procedural justice and organizational staffing: a tale of two paradigms. *Human Resource Management Review*. 2003;13:187-211.
- 25- Anderson DM, Shinew K J. Gender equity in the contex of organizational justice: a closer look at a reoccurring issue in the field. *Journal of Leusire Research*. 2003;35(2):216-232.
- 26- Sharma P. Organizational culture as a predictor of job satisfaction: The role of age and gender. *Journal of Contemporary Management*. 2017;22(1):35-48.
- 27- Davis K. İşletmelerde Örgütsel Davranış [Organizational Behavior in Businesses]. Çeviren: K. Tosun, İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları. 1998:45-47.
- 28- Toker B. Demografik değişkenlerin iş tatminine etkileri: İzmir'deki beş ve dört yıldızlı otellere yönelik bir uygulama [The effects of demographic variables on job satisfaction: An application for five and four star hotels in İzmir]. *Doğuş Üniversitesi Dergisi [Dogus University Journal]* .2007;8(1):92-107.
- 29- Bakan İ, Büyükbeşe T. Örgütsel iletişim ile iş tatmini unsurları arasındaki ilişkiler: akademik örgütler için bir alan araştırması [Relations between organizational communication and job satisfaction elements: a field research for academic organizations]. *Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi [Akdeniz University Faculty of Economics and Administrative Sciences Journal]*. 2004;7:1-30.
- 30- Altaş SS, Çekmecelioğlu HG. Örgütsel adalet algısının iş tatmini, örgütsel bağlılık ve iş performansı üzerindeki etkileri: Okul öncesi öğretmenleri üzerinde bir araştırma [The effects of organizational justice perception on job satisfaction, organizational commitment and job performance: A survey on preschool teachers]. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi [Journal of Economics and Administrative Sciences]* 2015;29(3):421-438.
- 31- Haris EG, Artis AB, Walters JH, Licata JW. Role stressors, servis worker job resourcefulness and job outcomes: an empirical analysis. *Journal of Business Research*. 2006;59(4):407-415.
- 32- Seo Y, Ko J, Price J L. The Determinants of job satisfaction among hospital nurses: A model estimation in Korea. *International Journal of Nursing Studies*.2004;41:437-446.
- 33- Uyargil C. İş Tatmini ve Bireysel Özellikler [Job Satisfaction and Individual Characteristics]. İstanbul:İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları [İstanbul University Business Administration Publications]. 1998:22-23.
- 34- Tzeng HM. Relationship of nurses assessment of organizational culture, job satisfaction and patient satisfaction with

- nursing care. *International Journal of Nursing Studies*. 2002;39:280-296.
- 35- Eun KCC, Hyun WJ. Employee job satisfaction and customer-oriented behavior: A study of frontline employees in the foodservice industry. *Journal of Human Resources in Hospitality & Tourism*. 2017;6 (3):235-251.
- 36- Bowling NA, Beehr TA, Lepisto LR. Beyond job satisfaction: a five year prospective analysis of the dispositional approach to work attitudes. *Journal of Vocational Behavior*. 2006;69:315-330.
- 37- Söyük S. Sağlık sektöründe iş tatmini [Job satisfaction in the health sector]. *Hastane Dergisi [Hospital Journal]*. 2012;13(74):94-95.
- 38- Koyutürk A. Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Adalet Ve İş Doyumu Bir Kamu Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul:Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2015
- 39- Yen CH, Hsie, TY. A Study on the management styles and job satisfaction of employees at Taiwan's architectural firms. *International Journal of Organizational Innovation*. 2017;10(1):185-204.
- 40- Dugguh SI, Ayaga D. Job satisfaction theories:Traceability to employee performance in organizations. *IOSR Journal of Business and Management* 2014;16(5):11-18.
- 41- Yıldız S. Örgütsel adaletin örgütsel vatandaşlık davranışına etkisinde iş tatmininin aracı rolü [The role of organizational justice as an intermediary of job satisfaction in influencing organizational citizenship behavior]. *Ege Akademik Bakış [Aegean Academic Overview]*.2014;14(2):199-210.
- 42- Emre Ş S, Ağca A. Örgütsel adaletin muhasebecilerin iş memnuniyeti üzerine etkisi: Kütahya örneği [The effect of organizational justice on job satisfaction of accountants: Kütahya example]. *Muhasebe ve Finansman Dergisi [Journal of Accounting and Finance]*. 2018:27-45.
- 43- Keklik B, Us N. Örgütsel adalet algılamalarının iş tatminine etkisi: hastane çalışanları üzerinde bir araştırma [The impact of perceptions of organizational justice on job satisfaction: a survey of hospital staff] *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi [Süleyman Demirel University Faculty of Economics and Administrative Sciences Journal]*.2013; 8(2):143-161.
- 44- Palamutçuoğlu BT, Çavuşoğlu S, Palamutçuoğlu A. Örgütsel adalet ile iş tatmini arasındaki ilişkiye meta analitik (meta analytical) bir yaklaşım [A meta-analytical approach to the relationship between organizational justice and job satisfaction]. *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi [International Alanya Business Administration Journal]*. 2016;8(2):203-216.
- 45- Mazerolle L, Antrobus E, Bennett S, Tyler T R. Shaping citizen perceptions of police legitimacy: Arandomized field trial of procedural justice. *Criminology* 2013;51(1):33-63.
- 46- Atencio B L, Cohen J, Gorenberg B. Nurse retention: Is it worth it? *Nurse Econ*. 2003;2(6):265- 292.
- 47- Çarıkçı İ, Oksay A. Doktorlar ve hemşireler aynı ekipte farklı tutumlar [Doctors and nurses have different attitudes towards the same team]. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi [Modern Hospital Management Review]*. 2006;10(1):28-40.

Aşırı Aktif Mesaneli Bireylerde Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli Doğrultusunda Planlanan Davranışsal Tedavi Girişimleri

Behavioral Treatment Interventions in Individuals with Overactive Bladder in Line with Pender's Health Promotion Model

Gülşen ÇAYIR^a, Nezihe KIZILKAYA BEJİ^b

ÖZ Aşırı aktif mesane belirtileri rahatsız edicidir ve bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini önemli ölçüde azalttığından çok can sıkıcı bir problem olabilmektedir. Aşırı aktif mesane tedavisinde başlangıçta; yaşam tarzı değişiklikleri, davranışsal tedaviler, mesane eğitimi, pelvik tabanı güçlendirici uygulamalar, elektriksel uyarılar veya bunların kombinasyonları önerilir. Başlangıç tedavisi ile birlikte veya bir sonraki aşamada antimuskarinik ilaçlar kullanılmaktadır. Davranışsal girişimler; sağlıklı yaşam biçimi davranış değişiklikleri (sıvı alımını düzenleme, diyetten mesane iritasyonuna neden olan yiyecekleri çıkarma, kilo kontrolü, defekasyonu düzenleme, sigarayı bırakma vb) kapsamaktadır. Davranışsal girişimlerin temeli, sabırlı olmak, bireyin normal ve anormal mesane fonksiyonunu anlamasını sağlamak, daha sonra aşırı aktif mesane ve acil idrar kaçırmayı önleme veya yönetme stratejilerini öğretmektir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışı ile birey sağlığını etkileyecek davranışlarını kontrol etmekte ve kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçerek günlük aktivitelerini düzenlemektedir. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, egzersiz ve beslenmedir. Bireyin kendisinin sağlığını kontrol etme sorumluluğu olması modelin odağı kabul edilir. Sağlığını kontrol etme sorumluluğu kendisinde olan bireye model, sağlığı geliştirici davranışların nasıl kazanılması/kazandırılacağı konusunda yol gösterici olmaktadır. Aşırı aktif mesaneli bireylere, Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda verilen sağlıklı yaşam biçimi davranış eğitimi tedavi başarısının artmasında etkili olmaktadır. Bu çalışma, aşırı aktif mesaneli bireylerde Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli Doğrultusunda planlanan davranışsal tedavi girişimleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranış değişikliğinin tedavi üzerindeki etkisinin güncel literatür ile açıklanması amacıyla yapılmıştır.

Anahtar kelimeler: Aşırı aktif mesane; Sağlıklı yaşam biçimi davranışı; Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

ABSTRACT Overactive bladder symptoms are disturbing, and overactive bladder can be a very annoying problem since it significantly reduces individuals health-related quality of life. At the beginning of overactive bladder treatment, the individuals are recommended lifestyle changes, behavioral treatments, bladder training, pelvic floor strengthening exercises, electrical stimuli, or combinations of these practices. Antimuscarinic medications are used with the initial therapy or at the following stage. Behavioral interventions include healthy lifestyle behavior changes (regulation of fluid intake, removal of food that causes bladder irritation from the diet, weight control, regulation of defecation, quitting smoking, etc.). The basis of behavioral interventions is to be patient, help the individual to understand the normal and abnormal bladder function, and then to teach strategies to prevent or manage overactive bladder and urge urinary incontinence. With healthy lifestyle behaviors, the individuals control the behaviors affecting their health through the healthy lifestyle behaviors and regulate their daily activities by choosing behaviors according to their own health conditions. According to Pender's Health Promotion Model, healthy lifestyle behaviors are health responsibility, spiritual improvement, interpersonal relations, stress management, exercise, and nutrition. The responsibility of the individual in relation to controlling his/her health is considered as the focus of the model. The model guides the individual, who has the responsibility to control his or her own health, about how to gain/learn the health promoting behaviors. Healthy lifestyle behavior training given to the people with overactive bladder in line with the Health Promotion Model is effective in increasing the success of the treatment. This study was aim to explain the effect of the behavioral treatment interventions and the healthy lifestyle behavior change on the treatment of Pender's Health Promotion Model in the current literature.

Keywords: Overactive Bladder; Healthy Lifestyle Behavior; Pender's Health Promotion Model

Geliş Tarihi/Received:19-09-2017/ **Kabul Tarihi/Accepted:**27-02-2018

^a Yrd. Doç. Dr., Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beceri Laboratuvarı, gulsencayir@gmail.com, ORCID:0000-0002-6254- 624X

^b Prof. Dr., Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, nezihebeji@yahoo.com, ORCID:0000-0002-6254- 4412

Sorumlu yazar/Correspondence: Yrd. Doç.Dr. Gülşen Çayır, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beceri Laboratuvarı, e-mail: gulsencayir@gmail.com 10. Yıl Caddesi Protokol Yolu No: 45 34010 Topkapı / İstanbul.

*T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik, Doktora Tezi,2017

Giriş

Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) tarafından aşırı aktif mesane (AAM); ani sıkışma hissi (urgency), acil idrar kaçırma (UÜİ- urge üriner inkontinans) veya idrar kaçırma olmaksızın genellikle gündüz ve gece idrara çıkma sayısında artma” olarak tanımlanmıştır (1-4). AAM, mesanenin dolum fazında istemsiz gelişen ve inhibe edilemeyen kontraksiyonlar ve bunun sonucunda gelişen üriner yakınmalarla ilgili bir durumdur (5). AAM, ABD’de 18 yaş ve üzeri kadınlarda yaklaşık %17 olarak bulunmuştur. AAM, ICS tarafından yapılan çalışmalarda, dört Avrupa ülkesi ve Kanada’da, yaklaşık kadınlarda %13, erkeklerde %11 olarak gözlenmiştir (4). ABD’de 40 yaş üstü yetişkin kadınlar arasında AAM %33-%43 arasında olduğu tahmin edilmektedir (6). Uluslararası toplum tabanlı çalışmalara göre 40 yaş ve üzeri bireylerde AAM prevalans oranları %12 ile %17 arasında rapor edilmiştir (7).

AAM belirtileri rahatsız edicidir ve bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini önemli ölçüde azalttığından çok can sıkıcı bir problem olabilmektedir (4,8). AAM, bireylerin iş verimliliğini ve psikolojisini olumsuz yönde etkilemekte, aktivitelerini kısıtlamakta, sürekli tuvalet, ped, yedek kıyafet ihtiyacı olmakta, artmış komorbid hastalıklarla (eşlik eden hastalıklar) ilişkilendirilmekte ve rahatsız edici olabilmektedir. Gece idrar yapma sıklığı nedeniyle uykudan kalkma sık olduğundan düşmeler ve kırıklar daha fazla görülmektedir. Ayrıca hastalar tuvalete gitmemek için sıvı alımlarını kısıtladıklarından böbrekler üzerine negatif bir etki oluşmaktadır (9,10). AAM nedeniyle bireyler kendilerini izole ettiklerinden sosyal aktivitelere katılma eğilimi azalmakta ve depresyona yatkınlıkları artmaktadır (8). Coyne ve ark. (2008)’nın, 5 ülkede (Kanada, Almanya, İtalya, İsveç ve İngiltere) yaptıkları EPİC çalışmada, aynı yaş vaka-kontrol grubu karşılaştırıldığında AAM’li bireylerde, vaka grubunda depresyon %11,4, cinsel sorunlar, işle ilgili sorunlar %24,7 ve işsizliğin %42 olarak kontrol grubuna göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (11).

Bu çalışma, aşırı aktif mesaneli bireylerde Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli Doğrultusunda planlanan davranışsal tedavi girişimleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranış değişikliklerinin tedavi üzerindeki etkisinin güncel literatür ile açıklanması amacıyla yapılmıştır.

Aşırı Aktif Mesane Tedavi Yöntemleri

AAM tedavisinde başlangıçta; yaşam tarzı değişiklikleri, davranışsal tedaviler, mesane eğitimi, pelvik tabanı güçlendirici uygulamalar, elektriksel uyarılar veya bunların kombinasyonları önerilir. Başlangıç tedavisi ile birlikte veya bir sonraki aşamada antimuskarinik ilaçlar kullanılmaktadır (4,12).

Aşırı Aktif Mesane Semptomlarını Önlemek ve Yönetmek için Uygulanan Davranışsal Girişimler

Davranışsal tedaviler basit, ucuz, etkili, iyi tolere edilebilen ve güvenli tedavi seçenekleridir (13). Bireylerin mesane sağlığını artırma veya semptomları hafifletme, alışkanlıklarının değiştirilmesi ile olabilmektedir. Davranışsal girişimler; sağlıklı yaşam biçimi davranış (SYBD) değişikliklerini kapsamaktadır (4,14,15).

Sıvı alımı: Aşırı sıvı alımı, idrar kaçırma belirtilerini artırabilir. Sıvıların kısıtlanması ise idrar konsantrasyonunda bir artışa neden olabileceğinden İYE, sık idrar yapma, ani sıkışma hissi (urgency) ve mesane mukozasında irritasyonu teşvik edebilir (4,13). Çok fazla miktarda veya çok az miktarda sıvı alımı olan hastalara sıvı alımını düzenlemeleri önerilmektedir (Öneri derecesi C) (16). SYBD Önerisi: Günlük sıvı alımı, 24 saatte yaklaşık 6-8 bardak (1500 ml veya 30 ml/kg vücut ağırlığı) olmalıdır. Gece idrara çıkmayı azaltmak için, yaklaşık olarak yatmadan 3-4 saat önce sıvı alımının azaltılması tavsiye edilir (4,17,18). Ani sıkışma hissi veya UÜİ korkusu nedeniyle sıvı alımı kısıtlanmamalıdır (19).

Diyet: Kafein içeren yiyecek ve içecekler diüretik etkilidir, detrüör kasını uyarır ve detrüör basıncının artması ile AAM semptomlarında artış olabilir (4,17,20,21). UÜİ’in konservatif tedavisinde yiyecek/sıvı gibi iritanların yönetimi önerilir (20). Üriner inkontinanslı yetişkinlere, kafein alımını azaltmanın ani sıkışma hissi ve sık idrara gitme belirtilerini iyileştirebileceğini tavsiye edilmesi önerilmektedir (Öneri derecesi B) (16). SYBD Önerisi: Kafeinli ve gazlı yiyecek ve içecekler, alkol diürezisi artırdığı için diyet menüsünden çıkarılmalıdır. Karbonatlı içecekler, süt ürünleri, asitli içecekler ve meyve suları şeker, fazla baharatlı yiyecekler ve domates gibi yiyeceklerin diyetle azaltılması mesane kontrolünü

artırmaya yardımcı olabilir (17,18,20). Limonsuz bitki çayları, süt, beyaz çikolata, kavun, karpuz, elma, üzüm, sarımsak, çam fıstığı ve badem gibi gıdaların ise şikâyetleri azalttığı bilinmektedir (10,21). Ani sıkışma hissi ve sık idrara gitmeyi azaltmak için alınan kafein oranının günde 200 mg'ın altında (2 fincan kahve) olması önerilmektedir. Mesane sorunlarına neden olabilecek yiyecek ve içecekleri sırayla 3-5 gün diyetten çıkararak azalma olup olmadığı denenebilir ve daha sonra sürekli olarak diyetten çıkarılabilir (4,17,21).

Defekasyon: Klinik olarak haftada 3'ten az defekasyon olması veya birey açısından defekasyon sırasında zorlanma mevcut ise konstipasyon olarak tanımlanır. Defekasyonda zorluk ve kronik kabızlık perineal sinir ve pelvik tabanı travmatize ederek pelvik taban güçsüzlüğüne neden olmaktadır (4). Kontipasyonu olan üriner inkontinanslı erişkinlere iyi tıbbi uygulamalar doğrultusunda bağırsaklarının yönetimi hakkında tavsiyeler verilmelidir (Öneri derecesi C) (16). SYBD Önerisi: Kronik konstipasyon, AAM ve UÜİ için olası bir risk faktörü olduğundan SYBD değişikliği olarak diyetle lifin, sıvı alımının artırılması, düzenli egzersiz yapma ve rutin defekasyon programının düzenlenmesi tavsiye edilir (4).

Kilo kontrolü: Obezite, AAM semptomlarının başlamasında, UÜİ'nin gelişiminde kendi başına bir risk faktörüdür. Çalışmalarda, Beden Kitle İndeksi (BKİ) 25'ten [kg/boy(m²)] fazla olanlarda idrar kaçırmanın daha yaygın olduğu ve 30'dan fazla olduğunda ise AAM için tek başına bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (4,20,22). Herhangi bir idrar kaçırma hastası olan obez kadınları >%5 kilo vermeye özendirilmesi önerilmektedir (Öneri derecesi A) (16). Obezite tedavisinin temelini 'davranış değişikliği' oluşturmaktadır. SYBD Önerisi: Alınan kalori kısıtlanmalı, vücudun harcadığı enerji artırılmalıdır (24). Amerikan Üroloji Derneği (AUA/SUFU) rehberinde, kilolu kadınların, 6 aylık kilo verme davranış girişimi sonucunda %8'lik bir ağırlık kaybı rapor edilmiş, tüm tiplerde idrar kaçırma sayısında haftada anlamlı olarak %47 azalma ve sıkışarak idrar kaçırma sayısında %42 azalma olduğu ancak anlamlı fark olmadığı rapor edilmiştir (23).

Sigara: Araştırmalar, ani sıkışma hissi ve UÜİ ile sigara arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (4). Danforth ve ark. (2006) yaptığı

çalışmada, hem önceden hem de halen sigara içenlerde sıklık ve şiddetli inkontinans oranıyla pozitif ilişki olduğu, halen sigara içenler arasında ise biraz daha güçlü ilişki olduğu belirtilmiştir (25). Sigarada bulunan nikotin detrusörü irrite ederek mesane kontraksiyonlarına ve ani sıkışma hissine neden olmaktadır. Sigara, östrojen hormonunun etkisini de engeller. Kronik öksürük, mesane içi basıncını artırarak Üİ probleminin ortaya çıkmasına neden olmakta, Üİ kolaylaştırmakta ve anatomik hasarlanmaya sebep olmaktadır (5). Sigara içen üriner inkontinansı olan hastalara sigarayı bırakma tavsiyesi önerilmelidir (Öneri derecesi A) (16). SYBD Önerisi: Antihipertansifler de kronik öksürüğe sebep olabildiğinden gerekirse başka bir ilaçla değiştirilmelidir (5).

Kronik hastalıklar, kullanılan ilaçlar: Kronik akciğer hastalıkları (astım bronşiale, bronşit), diabetes mellitus (DM) ve insipitus, kas hastalıkları, omurganın kaza sonucu travması ve bazı sinir sistemi hastalıkları aşırı işeme ve Üİ'ye neden olabilmektedir. Bundan dolayı kronik hastalıkların tedavisi önemlidir (19). Üriner inkontinanslı tüm hastalardan ilaç öyküsü alınması önerilmektedir (Öneri derecesi A) (16). SYBD Önerisi: Diüretikler, antikolinerjikler, antidepresan, antiparkinson ve antihistaminikler, sedatif ve narkotik analjezik ilaçlar idrar yapma fonksiyonunu etkileyerek idrar kaçırmaya neden olabildiğinden ilaç tipinde, dozunda, alım saatinde değişiklikler yapılarak düzenleme yapılabilir (19).

İdrar yol enfeksiyonu (İYE): Özellikle genç kadınlar ve yaşlılarda en sık görülen bakteriyel enfeksiyondur. Kadınların %10-35'inin yaşamının belli bir döneminde İYE geçirdiği bilinmektedir (26,27). Çetin'in (2010) yaptığı çalışmada tekrarlayan İYE öyküsü bulunan grupta idrar kaçırma sıklığı (%77,2) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (28). Enfeksiyon, mukozada inflamasyon oluşturduğundan istem dışı detrusor kontraksiyonları olabilmekte, enfeksiyon ajanlarının salgıladıklarının etkisi ile de üretral sfinkterde yetmezlik gelişebilmektedir (29). Genellikle ani başlayan ağırlı ve sık idrar yapma, ani sıkışma hissi ile şikâyetler başlar (26). Tekrarlayan İYE sonucunda böbrek yetmezliği, sepsis, yapışıklıklar ve tıkanıklıklar gibi kalıcı hasarlar gelişebilir (27,30).

Stres yönetimi: Stres; organizmanın dengesini ve fonksiyonlarını bozabilen etkenler, otonom sinir sistemi, endokrin, immün ve gastrointestinal gibi sistemlerini etkileyerek

zorlanma, gerilme ve baskı oluşturmaktadır. SYBD Önerisi: Stres yönetimi, sağlıklı yaşam tarzının önemli bir bileşenidir. Bireylerin stres yönetimi-nde, sağlığı geliştirme modeli kullanarak eğitim yapılmasının faydalı olduğu belirtilmektedir (31,32). Irwin ve ark. (2005), 40-64 yaş arası (n=11521) bireylerde sosyal etkileşim ve psikolojik duruma AAM'nin etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmada; AAM'li bireylerden depresyonda hissedenler %32, çok stresli hissedenler ve endişe kaynağı olduğunu belirtenler %28 olarak saptanmıştır (33).

Aşırı Aktif Mesane Semptomlarını Önlemek ve Yönetmek İçin Uygulanan Teknikler

Davranışsal girişimlerin temeli, sabırlı olmak, bireyin normal ve anormal mesane fonksiyonunu anlamasını sağlamak, daha sonra AAM ve UÜ'ü önleme veya yönetme stratejilerini öğretmektir (4). AAM sorunu nedeniyle Üİ olanlarda ilaç tedavisi daha çok kullanılır (13). Çalışmalar, AAM için kullanılan ilaç tedavisi ile birlikte ani sıkışma hissini baskılamayı öğrenmenin, ilaç tedavisinin etkinliğini artırdığını göstermektedir (4). AAM ve Üİ için davranışsal tedavinin genellikle iki temel yaklaşımı vardır. Birinci yaklaşım, mesane eğitimi ve işemenin geciktirilmesi gibi işeme alışkanlıklarını değiştirerek mesane fonksiyonunun düzenlenmesine odaklanır. Diğer yaklaşımda ise, mesane çıkış kontrolü ve sıkışma hissini baskılama davranışını geliştirmek için pelvik taban kas gücü eğitimi ve egzersiz becerilerini geliştirme hedeflenir (14,17).

İşeme aralığı (Timed voiding): Bireylerin, mesanelerini 3-4 saatte bir boşaltma gerekliliğini öğrenmesi amaçlanır. İdrara çıkma ihtiyacını dikkate almama alışkanlığı, mesanenin fazla gerilmesine ve mesanede boşaltım sorunlarına neden olabilir. SYBD Önerisi: Özellikle yaşlı, yatağa bağımlı ve Alzheimer'lı hastalarda önerilir (4,22,34).

Tuvalete gitme programı oluşturma: SYBD Önerisi: Bu yöntemle bir işeme programı oluşturmak için düzenli aralıklarla (2-4 saat) tuvalete gidilmesi önerilir. Düzenli bir işeme programı oluşturarak, idrar kaçırmadan önce idrar yapma ve kuru kalma amaçlanır (34,35).

Mesane eğitimi (Bladder training): Mesane eğitimi, UÜ'ü'nün tedavisi için geliştirilmiş ve ilk basamak tedavi olarak sık uygulanan bir davranış tedavisi şeklidir. Mesane eğitimi

amaç, işeme aralıklarını giderek açmak, mesane kapasitesini geliştirmek, bireyin ani sıkışma hissini kontrol etmesini sağlamak, kendine güvenini artırmaktır. Ayrıca belirli zamanlarda mesaneyi boşaltarak mesane fonksiyonu üzerindeki serebral korteks otoritesini sağlayabilmektir (4,17,22,35). Ani sıkışma hissi ile kaçırılan veya karışık tip idrar kaçırılan yetişkinler için birinci basamak tedavisi olarak mesane eğitimi önerilmektedir (Öneri derecesi A) (16). SYBD Önerisi: Mesane eğitimi yer alan teknikler, idrar yapma gereksinimini bastırmak için gevşeme, oyalama tekniklerini kullanma, pelvik taban kas kontraksiyonu ve pelvik taban kas eğitimi uygulamayı öğrenme, işeme aralığını artırmayı kapsamaktadır (4,15). Yaşlı kadınlarda mesane eğitiminin etkisini belirlemek için yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, %57 oranında inkontinans sıklığında azalma olduğu bulunmuştur (17).

Zihinsel konsantrasyon: Ani sıkışma hissi hissedildiği zaman, hemen tuvalete koşmak yerine zihinsel konsantrasyon ile oyalama tekniklerinin uygulanması işemeyi geciktirme ve ani sıkışma hissi yoğunluğunu azaltmada yararlı olabilmektedir. SYBD Önerisi: "Mesanemin kontrolü bende" veya "ben bekleyebilirim" gibi zihinsel konsantrasyon uygulamaları yapılabilir. Oyalama teknikleri için telefon etme, kitap okuma, yavaş ve derin nefes alma gibi egzersizler de uygulanabilir (4,17).

Pelvik taban kas kontraksiyonu: Detrüsör kontraksiyonu sırasında, ani sıkışma hissi şikâyetini bastırmak, Üİ'ü önlemek, üretrayı kapamak ve normal işeme aralığını düzenlemek için pelvik taban kas kontraksiyonu kullanılabilir. SYBD Önerisi: Sıkışma hissedildiği zaman, hareket etme yerine mümkünse oturma, tüm vücudu gevşetme, bekleme, defalarca pelvik taban kas kontraksiyonu yapma, sıkışma azaldığı zaman normal tempoda yürüyerek tuvalete gitmek kaçırmayı önleyebilir (4,14,17). Sıkışma şikâyeti 30 saniye engellenebilirse genellikle bireyin hissi ortadan kalkmaktadır (10).

Pelvik taban kas egzersizleri (PTKE-Kegel egzersizleri): Pelvik taban kasları, üretral kapanma basıncını sağlayan ve pelvik organlara (üretra, vagina ve rektum) yapısal ve fonksiyonel destek veren kas gruplarıdır (37). PTKE uygulanarak pelvik taban kas gücü ve motor becerisi artırılır (2,4,14,17). Üİ/Ani sıkışma hissi şikâyetlerini hafifletmek ve işeme aralıklarını

genişletmek için kullanılır ve ilaç tedavisinin etkisini de artırmaktadır (13). Yapılan araştırmalar, PTKE kullanımının idrar kaçırma %50-%80 arasında iyileşme sağladığını göstermektedir. SYBD Önerisi: PTKE programının her gün düzenli şekilde (en az haftada 3-4 kez) 15-20 hafta boyunca uygulanması ve belli bir kas tonüsüne ulaşınca ömür boyu sürdürülmesi önerilir, düzenli uygulanmadığında şikâyetler tekrarlayabilmektedir. Egzersizin fizyolojik etkileri, iki hafta sonra ortaya çıkmaya başlar. 6-8. haftada şikâyetler azalır ve 6. ayda da düzelme/iyileşme olur (17,37).

Biofeedback: Pelvik taban kas aktivitesinin bir ekran ve ses düzeni ile görsel ve işitsel sinyaller şeklinde bireye yansıtılmasıdır. Bireyin, vücut fonksiyonlarının farkına vararak, istemli olarak değiştirebilmesini sağlayan tedavi yöntemidir (4,17,37). Çeşitli çalışmalarda, biofeedback destekli davranış eğitimi ile ortalama %60-%85 arasında idrar kaçırma oranında azalma olduğu bulunmuştur (17).

Fonksiyonel elektriksel stimülasyon (FES): Perineal, anal veya vajinal yolla bir cihaz kullanılarak pelvik taban kaslarına elektrik akımı verilir. Bu yöntemle, pelvik taban kaslarının uyarılarak güçlenmesi, üretral sfinkter fonksiyonunun artması ve mesane kontraktilesinin azalması sağlanmaktadır. Ü tipine ve nedenine göre dozu ve süresi ayarlanmaktadır (19,36). FES ile ilgili yapılan çalışmalarda subjektif başarı oranları %35-70 arasında değişmektedir. Kızılkaya ve Yalçın'ın elektriksel stimülasyon ve kegel egzersizlerinin pelvik kas gücü üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, 6 seans FES uygulanan hastaların pelvik kas gücünde anlamlı bir artış sağladığı bulunmuştur (19). Ani sıkışma hissi ile idrar kaçıran hastalarda davranışsal tedaviye yardımcı olarak elektrik stimülasyonunun düşünülmesi önerilmektedir (Öneri derecesi B) (16).

Nöromodülasyon: Mesane ve üretra fonksiyonunun kontrolünü yapan periferik sinirlerin çeşitli metotlarla stimülasyonu ve modülasyonu ile mesane ve üretral fonksiyonunun düzenlenmesini amaçlayan bir tedavi yöntemidir. Transkütanöz elektriksel sinir uyarımı-TENS, nöromodülasyon olarak uygulanan yöntemlerden biridir (36).

Elektromanyetik stimülasyon (EMS): EMS tedavi yönteminde, internal prob kullanılmadığından daha çok kabul görmektedir. Tüm

kaçırma tiplerinde kullanılabilir. Diğer kaslar, sinirler ve hatta uterus bile stimuluslara yanıt vermektedir (10). Yetişkin kadınlarda idrar kaçırma veya AAM tedavisinde manyetik uyarı önerilmektedir (Öneri derecesi B) (16).

Aşırı Aktif Mesaneli Bireylerde Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM)'ne Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

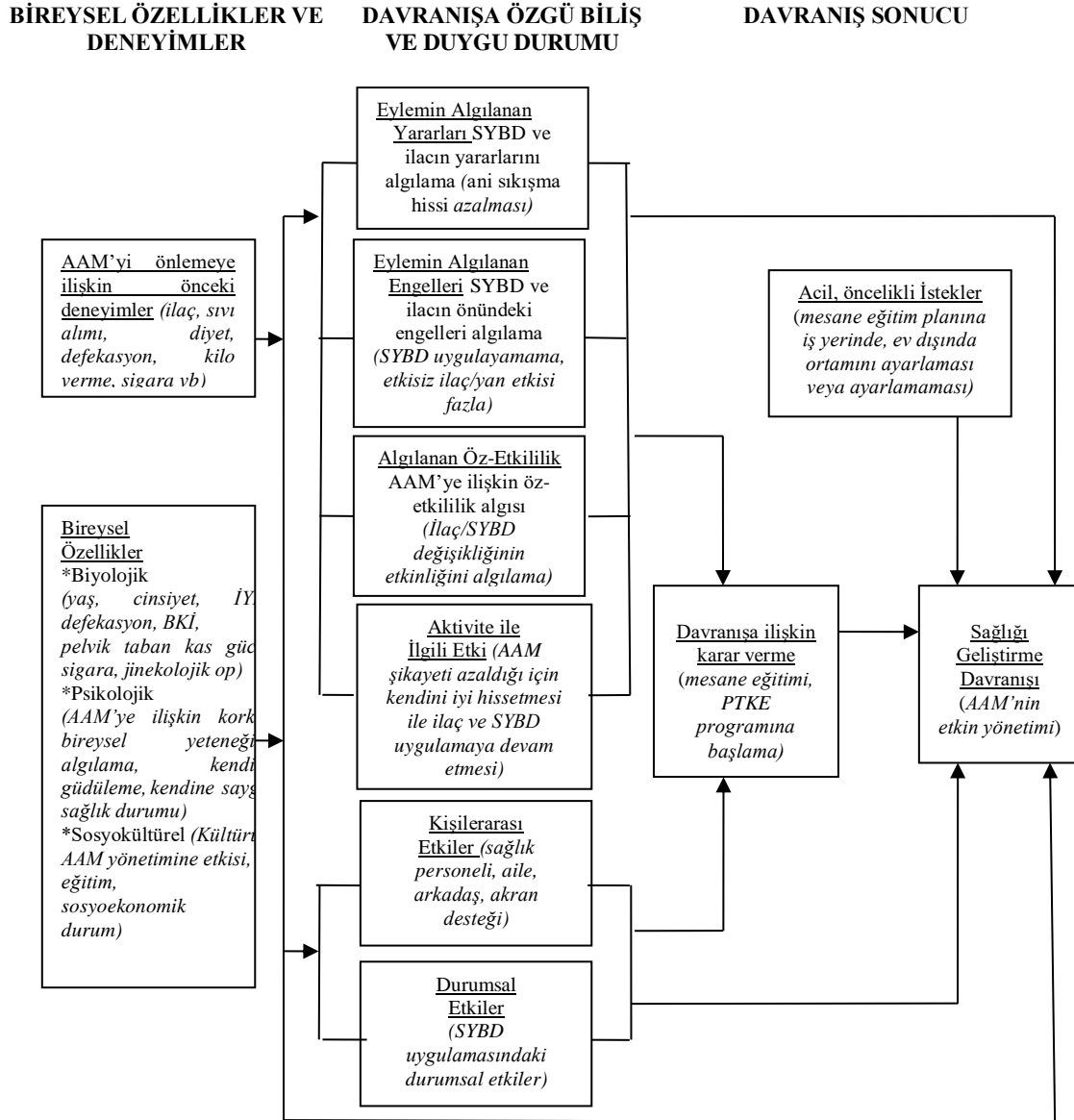
SYBD, bireyin sağlıklı kalma ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünü olarak tanımlanmaktadır (38). SYBD ile birey kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçerek günlük aktivitelerini düzenlemektedir. Bu davranışlar tutum haline dönüştürülerek sağlıklı olma sürdürülebilir ve sağlık durumu daha iyi seviyeye getirilebilir (39).

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne (SGM) göre SYBD'ları sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, egzersiz ve beslenmedir (31). Pender'e göre istenilen davranışın ortaya çıkması için bir girişim planına karar verilmesi, caydırıcı faktörlerin belirlenmesi ve ne yapılacağına önceden saptanması sağlığı geliştirme davranışı kazanılmasında etkili faktörlerdir. Sağlığını kontrol etme sorumluluğu kendisinde olan bireye model, sağlığı geliştirici davranışların nasıl kazanılması /kazandırılacağı konusunda yol gösterici olmakta ve motivasyonun kaynağı olarak korku ve tehdidi içermemektedir (24,40). Pender, sağlığı geliştirme davranışını etkileyen faktörleri "Bireysel Özellikler ve Deneyimler", "Davranışa Özgü Biliş ve Duygu Durum" ve "Davranış Sonucu" olarak üç grupta sınıflandırmıştır. Şekil 1'de AAM'li bireylerde Pender'in SGM'ne göre, sağlığı geliştirme davranışı etkileyen faktörler ve davranış sonucu arasındaki ilişki gösterilmektedir.

Sağlığı Geliştirme Modeli'nin Temel Kavram ve Tanımları

Bireysel özellikler ve deneyimler

Önceki deneyimler: Aynı veya benzer davranışın geçmişte yapılma sıklığına göre doğrudan veya dolaylı sağlığı geliştirme davranışlarına katılma ihtimalini etkilemesidir (24,40). Örneğin: AAM'yi önlemeye ilişkin önceki deneyimler olumlu ya da olumsuz olabilir. AAM tedavisi için kullandığı ilaç ve önerilen davranış değişikliklerini uygulaması (sıvı alımı, diyet, defekasyon, kilo verme, sigara



Şekil 1: AAM tedavisinde Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline göre SYBD Geliştirme (22,38).

vb) ile şikâyetlerinde azalma olan bir bireyin yeniden önerilen davranış değişikliklerini uygulaması ve ilaca başlamasının daha kolay olmasıdır.

Bireysel özellikler: Belirli bir davranışın biyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel özelliklerle önceden tahmin edilmesi ve dikkate alınan hedef davranış ile şekillenmesidir. Modelde bireyin davranışlarının kişisel özelliklerden ve olumlu ya da olumsuz deneyimlerden etkilendiği belirtilmektedir (24,40,41);

Bireysel biyolojik özellikler: Bu etkenler; yaş, kadın olmak, İYE, defekasyon, BKİ, pelvik taban kas gücü, sigara, jinekolojik operasyon gibi değişkenleri içerir. **Bireysel psikolojik özellikler:** AAM'ye ilişkin korku, bireysel yeteneğini algılama, kendini güdüleme, kendine saygı, sağlık durumu ve sağlığın ne ifade ettiği gibi değişkenleri içerir. **Bireysel sosyokültürel özellikler:** Kültürün AAM yönetimine etkisi, eğitim, sosyoekonomik durumu gibi değişkenleri içerir.

Davranışa özgü biliş ve duygu durum

Aşağıdakiler, temel motivasyonel önemdeki davranışa özgü kavrayış ve etkilerdir; bu değişkenler hemşirelik faaliyetleriyle değiştirilebilir.

Eylemin algılanan yararları: Birey, eğer sağlığı geliştirme davranışının/eyleminin yararlarının fazla olduğunu düşünüyorsa o davranışa başlama veya davranışı sürdürme konusunda daha istekli olabilmektedir (24,40). Örneğin: Önerilen SYBD/ilacın yararlarını algılama davranış değişikliklerini uygulayarak ve ilaç kullanarak AAM'nin getireceği problemlerden (ani sıkışma hissi azalması gibi) korunmaktır.

Eylemin algılanan engelleri: Bireyin herhangi bir eylemi, davranışı uygulamasının zor veya imkânsız olduğuna dair inancı var ise o eyleme başlama niyeti etkilenebilir (24,40). Örneğin: Daha önce AAM için SYBD değişikliklerini uygulayamaması, ilaç kullanımında AAM şikâyetlerinin azalmaması veya ilacın yan etkilerinin fazla olması nedeniyle yeniden bir tedaviye başlama kararını olumsuz etkileyebilir.

Algılanan öz-etkililik: Sağlığı geliştirme davranışı, bireyin kişisel yargısının örgütlenmesi, bir sonuca ulaşabileceğine inanması ile gerçekleştirilir ve daha etkin davranarak yaşamına kendisi yön verir (24,40). Bireyde "yapabilirim" inancı, içinde bulunduğu koşulları kontrol altına alma duygusunu yansıtır. Düşük öz etkililik duygusu olan bireyler anksiyete, çaresizlik, depresyon yaşarlar, düşük öz güvene sahip olurlar ve bireysel başarıları ve gelişimleri hakkında yetersiz olduklarını düşünürler. Bir bireyin o davranışın olanaklı olduğuna olan güçlü inancı o davranışı yapmasını etkiler (24). Örneğin: AAM için verilen ilacı düzenli kullanarak ve önerilen SYBD değişikliklerini uygulayarak şikâyetlerinin geçeceğine olan inancının olmasıdır.

Aktivite ile ilgili etki: Bireyin davranışı tekrarlayıp tekrarlamayacağı veya davranışı uzun süre devam ettirip ettirmeyeceğini, davranışla ilgili oluşan duyguları etkiler. Davranışa yönelik olumlu duygular tekrarlamaya olasılığını artırır, olumsuz duygular tekrarlanmasına engel olabilmektedir (24,40,41). Örneğin: AAM şikâyetleri azaldığı için kendini iyi hissetmesi ile ilaç ve SYBD davranış değişikliklerini uygulamaya devam etmesidir.

Kişilerarası etkiler: Sağlıklı davranışı kazanma ve devam ettirmede kişilerarası etkilerin önemli olduğu belirtilmektedir. Aile, arkadaş ve

akranların düşüncesi, inancı, tutumları, beklentilerinin önemi, sosyal destek bireyi etkilemekte, sağlık personelinin ve diğerlerini gözlemleyerek model alma ve öğrenme oluşmaktadır (24,40,41). Örneğin: AAM şikâyetlerinin geçmesi için sağlık personelinin önerilerini uygulaması, aile, arkadaş, akran desteği olarak davranış değişikliğini yapmasıdır.

Durumsal etkiler: Bireysel algılar, ortamdaki herhangi bir durum veya ortamın şartları davranışı kolaylaştırır ya da engel olur. Bireyin içinde bulunduğu çevresi sağlık davranışını doğrudan etkileyebilir. SGM kullanılarak yapılan çalışmalarda durumsal etkilerin %56'sı sağlık davranışının belirleyicisi olduğu gösterilmektedir (24,40,41). Örneğin: Çok yoğun çalışıyor olması, tuvalete ulaşmada zorluklar yaşaması nedeniyle dış ortamda yeterli sıvı almaması veya mesane eğitimi uygulamaması, aile ve arkadaş toplantılarında ikramlarda ısrar edilmesi gibi SYBD uygulamasındaki durumsal etkilerdir.

Davranış sonucu

Davranışa ilişkin karar verme: Planlamayla ve belirli stratejilerle davranışla ilgili amacı gerçekleştirmeyi içermektedir. Göz ardı edilemeyen veya karşı durulamayan bir tercih ortaya çıkmadıkça davranışa ilişkin plan yapma, bu plana bağlılık bireyde davranış oluşumuna neden olmaktadır (24,40,41). Örneğin: Bireyin sağlık personeli ile birlikte planlanmış bir mesane eğitimi, PTK programına başlamasıdır.

Acil, öncelikli istekler ve hedefler: Acil bir gereksinimin, planlanmış olan sağlığı geliştirme davranışının hemen öncesinde ortaya çıkması davranışın sonucunu etkileyecektir. Aktivite kararlaştırılmadan, öncede planlanan davranış için alternatif olarak "yarar ve engel" kavramı belirlenmelidir. Bireyin kontrollü davranışlarının sayısı artıkça, doğru davranışların da sayısı artar (24,40,41). Örneğin: Mesane eğitim programına başlayan bireyin işyerinde veya ev dışında planlanan zamanına uyabilmesi için ortamını ayarlamasıdır.

Sağlık geliştirme davranışı: Sonuç olarak, birey sağlığını geliştirmesi için gereken en uygun davranışları yaparak olumlu sonuca ulaşmasıdır (24,40). Örneğin: Bireyin ilacı kullanması, SYBD değişikliğini (sıvı alımı, diyet düzenleme, BKİ kontrolü, stresi yönetme, sigara bırakma, defekasyon düzenleme, komorbid hastalıkların tedavisi, mesane eğitimi, PTK

yapma vb), yaparak AAM şikâyetini etkin yönetebilmesidir.

Sonuç

Davranışsal tedaviler basit, ucuz, etkili, iyi tolere edilebilen ve güvenli tedavi seçenekleridir. Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda hazırlanan sağlıklı yaşam biçimi davranış eğitimi ile kadınlarda; aşırı aktif mesane semptomları azalır, yaşam kalitesi artar. Böylece aşırı aktif mesaneli kadınların tedavisinde bütüncü yaklaşım ve Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda verilen sağlıklı yaşam biçimi davranış eğitimi tedavi başarısının artmasında etkili olacaktır. Kadınlarda geliştirilen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sürdürmek için motivasyonun devamlılığı gerekmektedir. Bir model doğrultusunda hazırlanacak eğitim programları ile davranış değişikliği ve sürdürülebilirliği sağlanabilir.

Kaynaklar

1. Cardozo L, Thorpe A, Warner J, Sidhu M. The cost-effectiveness of solifenacin vs. fesoterodine, oxybutynin immediate-release, propiverine, tolterodine extended-release and tolterodine immediate-release in the treatment of patients with overactive bladder in the UK National Health Service. *BJU International* 2010; 106:506–514.
2. Chancellor MB, Kianifard F, Beamer E, Mongay L, Ebinger U, Hicks G, et al. A Comparison of the efficacy of darifenacin alone vs. darifenacin plus a behavioural modification programme upon the symptoms of overactive bladder. *Int J Clin Pract* April 2008; 62(4): 606–613.
3. Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL, Chai TC, Clemens JQ, Culkin DJ, et al. Diagnosis and treatment of overactive bladder (Non-Neurogenic) in adults: AUA/SUFU Guideline. American Urological Association Education and Research 2014. www.auanet.org/content/media/OAB_guideline.pdf
4. Wyman JF, Burgio KL, Newman DK. Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. *Int J Clin Pract* 2009; 63:1122–3.
5. Özdemir E. Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 yaş ve üzeri evli kadınlarda üriner inkontinansın yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon üzerine etkisi [Effect of urinary incontinence on quality of life and on sexual function of 20-years old and older married women in Gülveren Primary Health Care Service area] [Yüksek Lisans Tezi]. T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, Eskişehir Osmangazi University], Eskişehir, Türkiye, 2009.
6. Cardozo L, Staskin D, Currie B, Wiklund I, Globe D, Signori M, et al. Validation of a bladder symptom screening tool in women with incontinence due to overactive bladder. *Int Urogynecol J* 2014; 25(12): 1655–63.
7. Bunn F, Kirby M, Pinkney E, Cardozo L, Chapple C, Chester K, et al. Is there a link between overactive bladder and the metabolic syndrome in women? A systematic review of observational studies. *Int J Clin Pract* February 2015; 69(2): 199–217.
8. Banakhar MA, Al-Shaiji TF, Hassouna MM. Pathophysiology of overactive bladder. *Int Urogynecol J* 2012; 23: 975–982.
9. Milsom I, Altman D, Cartwright R, Lapitan MC, Nelson R, Sillén U, et al. Epidemiology of urinary incontinence and other lower urinary tract symptoms, pelvic organ prolapse and anal incontinence. In: *Incontinence. European Association of Urology-The International Consultation on Urological Diseases*. Eds: Abrams P., Cardozo L., Khoury S., Wein A., [5th International Consultation on Incontinence Paris February-2012], 2013; p.15-107.
10. Yüce T. Aşırı Aktif Mesane Sendromu tedavisinde antikolinergikler ile ağırlıklı vajinalkoniler ile yaptırılan pelvik taban kas egzersizlerinin etkisinin karşılaştırılması [To Compare Effect Of Anticholinergic Agents And Pelvic Floor Muscle Training With Vaginal Cones In Treatment Of Overactive Bladder Syndrom] [Tıpta Uzmanlık Tezi]. T.C. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı [Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara University School of Medicine], Ankara, Türkiye, 2010.
11. Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE., Kopp ZS, Kelleher Con J., Milsom I. The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional

- well-being in men and women: results from the EPIC study. *BJU International* 2008; 101: 1388-1395.
12. Rosenberg MT, Witt ES, Barkin J, Miner M. A practical primary care approach to overactive bladder. *Can J Urol* 2014; 21(Suppl 2):2-11.
 13. Kurul Ş. Üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisi, tedavi öncesi - sonrası dönemde objektif ve subjektif parametrelerin karşılaştırılması [Impact of urinary incontinence on quality of life and comparison of objective and subjective pre-and post-treatment parameters] [Yüksek Lisans Tezi]. T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, Eskişehir Osmangazi University], Eskişehir, Türkiye, 2013.
 14. Burgio KL. Update on Behavioral and Physical Therapies for Incontinence and Overactive Bladder: The Role of Pelvic Floor Muscle Training. *Curr Urol Rep* 2013; 14: 457-464.
 15. Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L, Vella M. Management of overactive bladder syndrome. *Postgrad Med J* 2007; 83: 481-486
 16. Burgio KL. Behavioral treatment of urinary incontinence, voiding dysfunction, and overactive bladder. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2009; 36: 475-491.
 17. Lukacz ES, Sampselle C, Gray M, MacDiarmid S, Rosenberg M, Ellsworth P, et al. A healthy bladder: a consensus statement. *Int J Clin Pract*, October 2011; 65(10): 1026-1036.
 18. Akgün G. 40 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinansın görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi [Identification of the prevalence of urinary incontinence in women aged over 40 and its effect on quality of life] [Yüksek Lisans Tezi]. T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, Trakya University], Edirne, Türkiye, 2009.
 19. Lucas MG., Bedretdinova D., Berghmans LC., Bosch JLHR., Burkhard FC., Cruz F., Nambiar AK., Nilsson CG., Tubaro A., Pickard RS. (2015) Guidelines on urinary incontinence. European Association of Urology. (Erişim: 11.01.2018)
 20. Cameron AP, Jimbo M, Heidelbaugh JJ. Diagnosis and office-based treatment of urinary incontinence in adults. Part two: treatment. *Therapeutic Advances in Urology* 2013; 5(4): 189-200.
 21. Gungor I, Kızılkaya Beji N. Lifestyle changes for the prevention and management of lower urinary tract symptoms in women. *International Journal of Urological Nursing* 2011; 5(1).
 22. Christofi N, Hextall A. An evidence-based approach to lifestyle interventions in urogynaecology. *Menopause International* 2007; 13: 154-158.
 23. Subak LL., Wing R., West DS., Franklin F., Vittinghoff E., Creasman JM., et al. (2009) Weight Loss to Treat Urinary Incontinence in Overweight and Obese Women. *The New England Journal Of Medicine*, 360;5, s. 481-90.
 24. Eren Fidancı B. Nola J. Pender' in sağlığı geliştirme modelinin obez çocuklarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve özgüven kavramına etkisinin değerlendirilmesi [Assesment of The Affects of Nola J. Pender' s Health Promotion Model on Obese Children's Healthy Life Behaviours and Self-Confidence] [Doktora Tezi]. T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı [Child Health and Disease Nursing Program, Institute of Medical Sciences, General Staff Headquarters Gülhane Military Medical Academy Command], Ankara, Türkiye, 2010.
 25. Danforth KN, Mary K, Townsend BA, Lifford K, Curhan GC, Resnick NM, et al. Risk Factors for Urinary Incontinence among Middle-aged Women *Am J Obstet Gynecol* February 2006; 194 (2): 339-345.
 26. Gönen İ, Akçam FZ, Yaylı G. Kadınlarda sık görülen üriner enfeksiyonlara yaklaşım [Approach to common urinary infections in women]. *Sted [Journal of Continuing Medical Education]* 2004; 13(4): 128-130.
 27. Mody L., Juthani-Mehta M. Urinary tract infections in older women. *JAMA* February 2014; 26, 311(8): 874.
 28. Çetin C. Edirne ili merkezinde 20 yaş üstü popülasyonda üriner inkontinans prevalansı ve üriner inkontinansı etkileyen faktörler [Prevalence of urinary incontinence and risk factors in adult population aged over 20 years in edirne city] [Uzmanlık Tezi]. T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı [Department of Family

- Medicine, Trakya University Faculty of Medicine], Edirne, Türkiye, 2010.
29. Kulakçı H. Huzurevinde verilen hemşirelik hizmetlerinin yaşlıların özyeterlilik algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi [Evaluation of the Effect of Nursing Services Provided in Nursing Home to Self-Efficacy Perceptions and Healthy Lifestyle Behaviors of the Elderly] [Doktora Tezi]. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı [Public Health Nursing Program, Institution of Health Sciences, Hacettepe University], Ankara, Türkiye, 2011
 30. Tehrani FJ, Nikpour S, Kazemi EAH, Sanaie N, Panahi SAS. The Effect of education based on Health Belief Model on Health Beliefs of women with urinary tract infection, IJCBNM [International Journal of Community Based Nursing and Midwifery] January 2014; 2(1): 2-11.
 31. Bahar Z, Beser A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması [Healthy Life Style Behavior Scale II: A Reliability And Validity Study]. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi [Journal of Nursing School] 2008; 12(1).
 32. Moonmuang N. Stress management and health promotion behaviours in young men in tertiary education settings [PhD thesis]. University of Victoria, Australia, 2005.
 33. Irwin DE, Milsom I, Kopp Z, Abrams P, Cardozo L. Impact of overactive bladder symptoms on employment, social interactions and emotional well-being in six European countries. BJU International 2005; p: 96-100. DOI: 10.1111/j.1464-410X.2005.05889.x
 34. Jayarajan J, Radomski SB. Pharmacotherapy of overactive bladder in adults: a review of efficacy, tolerability, and quality of life. Research and Reports in Urology. Research and Reports in Urology 2014; 6: 1-16.
 35. Kızılkaya Beji N. Üriner günlük ve mesane eğitimi [Urinary daily and bladder training]. Yalçın Ö. Edit. Temel Ürojinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2009. s. 283-291.
 36. Yamaguchi O, Nishizawa O, Takeda M, Yokoyama O, Homma Y, Kakizaki H, et al. Clinical guidelines for overactive bladder. International Journal of Urology 2009; 16: p.126-142.
 37. Cangöl E, Aslan E, Yalçın Ö. Kadınlarda pelvik taban kas egzersizleri ve hemşirenin rolü [Pelvic Floor Muscle Exercises for Women and the Nurse's Role]. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi [Journal of Nursing Education and Research] 2013; 10(3): 49-56.
 38. Cihangiroğlu Z, Devenci SE. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve etkileyen faktörler [Healthy Life Style Behaviours and Related Influencing Factors of the Students of Elazığ High School of Health Sciences of Fırat University]. Fırat Tıp Dergisi [Fırat Medical Journal] 2011; 16(2): 78-83.
 39. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları [The Health-Promoting Lifestyles of Nurses Working at Hospital]. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi [Fırat Health Services Journal] 2008; 3(7).
 40. Sakraida TJ. Health Promotion Model. Alligood M.R., Tomey A.M. Ed.: Nursing Theorists and Their Work. Mosby Elsevier, USA, 2010.
 41. Ersin F, Bahar Z. Sağlığı geliştirme modelleri'nin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi: Bir literatür derlemesi [Effects of Health Promotion Models on Breast Cancer Early Detection Behaviors: A Literature Review]. DEUHYO ED [[Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi](#)], 2012; 5(1): 28-38.

Sihirli Gülüşlerle Yaşama Bir Dokunuş: Mizah Terapi**A Touch to Life With Magical Smiles: Humor Therapy**Ebru BAŞKAYA^a, Satı DEMİR^b

ÖZ Mizah; komik, eğlendiren hareket veya ifade, kişinin hoşça vakit geçirmesine katkıda bulunan her şey ya da gülmeyi oluşturan nesne şeklinde tanımlanabilmektedir. Mizahın, hastaların stresini azaltmadaki gücü anlaşıldıkça, hemşireler tarafından da terapötik amaçlı kullanılmaya başlanmıştır. Mizah terapi; bireysel ya da grup terapisi şeklinde yaşlılara, çocuklara, onkoloji ve psikiyatri hastalarına uygulanabilir. Mizah terapide; gülme egzersizleri, komik videolar, komik kitaplar ve fotoğraflar, şakalar, komik ses kasetleri, komedi klipleri gibi birçok teknik kullanılmaktadır. Bu çalışmada amaç mizah terapinin yararları, mizah terapide kullanılan teknikler ve mizah terapi ile ilgili yapılan çalışmaları incelemektir. Yapılan çalışmalarda mizah terapinin, hastaların yaşadığı yalnızlık algısını azalttığı, yaşam doyumunu arttırdığı ve medikal tedavilere ek olarak kullanılmasının bireylerin yaşam kalitesi ile çabuk iyileşme üzerine olumlu etkilerinin olduğu görülmüştür. Mizah terapi, hemşireler tarafından hastaların tedavisinde tamamlayıcı bir terapi olarak kolaylıkla uygulanabilir. Bu alanda yapılmış ulusal çalışmaların sayısı da oldukça sınırlıdır. Bu nedenle hemşirelik uygulamalarında mizah terapinin kullanımı ve etkilerine yönelik çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, tamamlayıcı terapi, mizah terapi.

ABSTRACT Humor can be defined as a funny, entertaining movement or expression, anything that contributes someone to have fun or as a laughing object. As the power of humour in decreasing the stress of patients was understood, it was begun to be used as therapeutically by nurses. Humour therapy can be applied to elderly people, children and oncology and psychiatry patients as individual or group therapy. Many techniques can be used in humour therapy such as laughing exercises, comic videos, books and photographs, jokes, comic audio cassettes and comedy clips. Purpose of this study is to analyze the benefits of humour therapy, used techniques and the conducted studies about humour therapy. It has been observed in the conducted studies that humor therapy reduces the perception of loneliness experienced by patients, increases life satisfaction and it has positive effects on the quality of life and quick recovery of individuals when it is used additionally to medical treatments. Humor therapy can easily be applied by nurses as a complementary therapy in the treatment of patients. The number of national studies conducted in that field is also highly limited. For that reason, it is required the studies on the use and effects of humour therapy in nursing practices.

Keywords: Nursing, complementary therapy, humor therapy.

Giriş

Mizah, sürekli ciddi olmak yerine durumların ya da olayların hoş ve güldüren tarafını görebilme becerisi olup, kültürel değerler ile birlikte düşünceleri şakalarla anlatan esprilerdir (1). Mizah; komik, eğlendiren ifade ya da davranış, gülmeyi oluşturan nesne veya kişinin güzel vakit geçirmesini sağlayan her şeydir. Mizah, genellikle eğlenceli bir dürtüyle başlayan, gülme ya da gülümseme gibi bir eylemle son bulan ve kişiyi mutlu eden bir durum olarak da tanımlanabilmektedir (2). Mizahın tartışılmış uzun bir tarihi vardır. Platon, Descartes

Aristoteles, Kant, Darwin, Freud, Twain ve Hobbes gibi büyük düşünürler mizahı tanımlamaya çalışmışlardır. Mizahın tipoloji ve fonksiyonu M.Ö. 4. ve 5. yy.da Yunanistan'a kadar uzanmaktadır. Eski Yunan'da insan organizması içerisinde dört sıvının olduğu, bunların da insan sağlığını etkilediği düşünülmektedir. Bu dört sıvı; siyah, sarı sıvı ile balgam ve kandır. Bu sıvıların; duyarsızlık, saygı, güven, melankoli ve öfke davranışlarını oluşturduğu ve insanların ruh halini etkilediği varsayılmaktadır. Buna bağlı olarak mizah, tarih boyunca sosyoloji,

Geliş Tarihi/Received:28-09-2017/ **Kabul Tarihi/Accepted:**27-02-2018

^a Öğretim Görevlisi, Uşak Üniversitesi, ebru.kurdal@usak.edu.tr, 05077695270

^b Doç. Dr., Gazi Üniversitesi, satunal@gmail.com, 05323627056

*Bu derleme 16 – 18 Mart 2017 Grand Park Lara Convention Center, Lara – Antalya, Turkey International Congress On Nursing (Icon-2017) ' de poster bildiri olarak sunulmuştur.

psikoloji, edebiyat, felsefe gibi birden fazla birbirinden farklı disiplinlerden yazar, araştırmacı ve düşünürün dikkatini çekmiştir ve hala bugün de üzerinde tartışılmaya devam eden bir kavramdır (3).

Mizahın Yararları

Mizahın; psikolojik, fizyolojik, sosyal ve bilişsel olmak üzere birçok olumlu etkisi vardır (4).

Psikolojik olarak; kişilerin stresli durumları ile baş etmesine yardımcı olur. Bireylere yaşadıkları olayların çok da ürkütücü olmadığını göstermeye çalışır ve stres yaratan olaylara karşı koruyucu etki oluşturur (1). Shakespeare bunu “hiçbir şey iyi ya da kötü değildir, onu iyi ya da kötü yapan şey düşüncelerdir” şeklinde ifade etmiştir. Mizah, kişilerin sıkıntı oluşturan yaşam olaylarından uzaklaşmalarını ve problemlerine daha geniş bir perspektiften bakmalarını sağlar (5). Mizah, insanların eylem ve hareketleri üzerine de etkiye sahiptir. Çünkü espri yapan kişi etkileşim içerisinde olduğu bireyle daha çok göz iletişimi kurar ve kendini daha iyi ifade eder. Bireylerin yaşam tarzları içerisinde mizah duygusunun yer almamasının benlik saygısının düşük olmasıyla doğrudan ilgili olduğu belirtilmektedir (6).

Fizyolojik olarak; gülme sırasında göğüs, abdominal, yüz ve gastrointestinal sistemdeki kaslar uyarılır. Buna bağlı olarak solunum derinliği ile sindirim hızı artar. Dolaşım uyarılır, kan basıncı yükselir, kalp hızı artar (6). Gülme sırasında kaslar kasılır ve gevşer, ağrıya tolerans artar, kas gerginliği azalır. Ayrıca gülme sırasında immün globülin A (IgA) seviyesi artar ve buna bağlı olarak bağışıklık sistemi güçlenir (1). Gülme, öğrenmeyi ilerletmek için beynin her iki tarafını uyurarak beyin fonksiyonlarını artırır.

Sosyal olarak; mizah kişilerin birbirleriyle iletişim kurmasını kolaylaştırır. Gülmek; yakınlık, arkadaşlık, birliktelik ve samimiyet duygularını artırır (7). Kişinin, benlik saygısının yükselmesine katkı sağlayarak ve güvensizlik duygusunu azaltarak sosyal ve çevresel ilişkilerini güçlendirir (8). Grupta yer alan üyeler arasındaki aidiyet ve birliktelik duygusunu yükseltir.

Bilişsel olarak; mizah, olaylar karşısında bireylerin dikkatini artırarak hatırlama ve öğrenme sürecini kolaylaştırır. Mizahın etkin şekilde yer aldığı bir ortamda kişinin daha hızlı öğrendiği, daha çabuk hatırladığı ve öğrenme yeteneğinin arttığı ifade edilmektedir (9). Albert Ellis (1986) tarafından geliştirilen Akılcı Duygusal Terapi (ADT), Frank Farrelly ve ark. (1974-1987) tarafından ortaya konulan Provokatif (Kışkırtıcı) Terapi, Walter O'Connell (1981-;1987) tarafından geliştirilen Doğal Yüksek Terapi (Natural High Therapy)'de de mizahın önemi üzerinde durulmuştur. Akılcı Duygusal Terapi (ADT), duygusal rahatsızlıkların mizah duygularını kaybetmesinden, kişinin kendisini fazla ciddiye almasından ve yaşamda karşılaştığı olaylar hakkındaki olumsuz bakış açısından kaynaklandığını ileri sürer. Mizahın, hastaların kendilerini daha az ciddiye almalarını sağlamada önemli bir işleve sahip olduğunu belirtir. Provokatif terapi, aslında kronik şizofreninin tedavisi için geliştirilen bir yaklaşımdır. Daha sonra birçok psikolojik sorun türü için yararlı olduğu düşünülmüştür. İşlevsiz davranış kalıplarına sahip olan hastalarda mizah kullanılarak, hastaların fonksiyonel olmayan davranış, düşünce ve inanışlarının düzelebileceği öne sürülür. Doğal Yüksek Terapi'nin amacı; hastaların çevreden ve içten gelen zorlamalarla baş etmesini sağlamak, kendini gerçekleştirmesini sağlamak ve benlik saygısının artmasına yardımcı olmaktır (10).

Mizah ve Hemşirelik

Hemşireler, mizahı iş ortamında ve hasta bakımında kullanabilirler. Hemşirelerin çalışma alanları oldukça zordur. Bu çalışma alanları, ölüm ve hastalık gibi yaşam olaylarını içermekte, hata yapma şansı tanımamaktadır. Aynı zamanda hemşirelerin çalışma alanları; genellikle doğru ve hızlı karar alabilmeyi, etkili iletişim becerileri kullanabilmeyi, durumlarla ilgili iyi düzeyde deneyim ve bilgiyi gerektirmektedir (11). Mizah, hemşirelerin bu zor durumlarla etkili bir şekilde baş edebilmelerinde önemli bir rol oynar. Mizah enerjiyi arttırarak üretkenliği yükseltir, gerginliği azaltır, tükenmişliği ve hayal kırıklığını önler (12). Günümüzde iş ortamında yaşanan bireysel çatışmalar ve gerginlikler gittikçe artmaktadır. Bu durum hemşirelerin bakım kalitesini ve iş doyumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Mizah,

olumsuz duyguları ve düşünceleri açıklamayı kolaylaştırır. Mizah aynı zamanda bireylerin olaylara bakış açısını değiştirerek strese neden olan durumların olumsuz algılanmasını ve değerlendirilmesini önlemektedir (11). Hemşireler mizahı kullanarak klinikte yaşanan gergin ortamları azaltabilirler.

Mizah Terapi

Mizah terapi; sağlığı destekleyen herhangi bir girişim olarak tanımlanabilir. Uygulamalı Terapötik Mizah Derneği (The The Association for Applied and Therapeutic Humor) mizah terapisini; hasta bireylerin bilişsel, sosyal, psikolojik olarak iyi olma ve hastalıklarıyla baş etmelerini kolaylaştıran tamamlayıcı bir tedavi yöntemi olarak tanımlamıştır. Mizah terapide, hayatın aykırılık veya saçmalıklarını değerlendirme, keşfetme ve ifade etmede şaka kullanılarak mutlu ve sağlıklı olma desteklenir. Saper (1987), mizah terapiyi; kişinin duygusal, bilişsel, estetik bakış açısına katkı sağlayarak hayatındaki durumlara gülerek, gülümseyerek tepki vermesini sağlayan bir terapi yöntemi olarak tanımlamıştır. Salameh (1987), terapötik mizahı; iyi zamanlamayla hastanın duyarlı ve hassas olduğu durumlara dikkati çekerek ona yardımcı olma durumu olarak tanımlamıştır (13). Martin ve Lefcourt' in (2004) mizahın sağlığı doğrudan ve dolaylı şekilde pozitif yönde etkilediği yönünde hipotezleri vardır. Doğrudan etkide; mizah anksiyeteyi azaltarak stres hormonlarını düşürmektedir. Dolaylı etkide ise; mizah, baş etme yeteneğini geliştirerek stresin bilinen negatif etkilerini azaltır (14). Mizah, hasta bireylerde sağlığı geliştirme amacıyla ilk kez Coser tarafından kullanılmış ve günümüzde hemşirelik bakımının bir parçası olmuştur (1,9). "Mizah terapötik bir metod olarak kullanılabilir mi?" sorusu Sigmund Freud'dan beri birçok bilim adamı tarafından sorulan sorudur ve hala da sorulmaya devam etmektedir (15). Mizahın hastaların stresini azaltmadaki etkisi görüldükçe, hemşireler tarafından da terapötik amaçlı araştırılmaya ve kullanılmaya başlanmıştır. Mizah terapisinin, kullanımı kolaydır, pahalı değildir, doğal şekilde uygulanabilen terapötik metotlardandır ve farklı terapötik ortamlarda da kullanılabilir (16). Yaşlılara, çocuk hastalara, onkoloji hastalarına ve psikiyatri hastalarına

uygulanabilir. Bireysel ya da grup terapisi şeklinde yapılabilir.

Mizah Terapisinin Kullanım Ölçütleri

Mizah terapisi uygulanmadan önce terapinin hastanın ihtiyacına uygun olup olmadığının dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerekir. Bu değerlendirme için belli kriterler vardır. Bu kriterler şunlardır:

1. Uygun zaman, mizahın krizin doruğunda uygulanması kabul edilemez olarak düşünülür.
2. Algısalılık, bir hasta için komik olan şey bir başka hasta için komik olmayabilir.
3. Kapsam, hastanın içinde bulunduğu kötü durumu düzeltmeye yönelik uygun yöntemler içermelidir.

Mizahın uygun bir zamanda kullanılması önem teşkil etmektedir. Mizahı kullanan kişi bunu dikkate almazsa ortam daha gergin bir hal alır ve iletişim olumsuz yönde etkilenir. Mizahı kullanma sırasında kişinin bunu nasıl algılayacağı öngörülmelidir. Hemşirenin, bireyin mizaha tepkisi ve yaklaşımı konusunda bilgiye sahip değilse, mizahı kullanması uygun olmayabilir. Hemşire bakım verdiği kişiyi yeteri kadar tanımadığı sürece mizahı kullanmamalıdır. Mizahın kapsamı da önemlidir. Özellikle etnik köken ve cinsellik ilgili bireyi aşağılayan, alaycı espirilerden kaçınılmalıdır (4). Bu kriterlerin yanı sıra mizaha verilen tepkiye cinsiyet, yaş, kültür ve anksiyete gibi birden fazla faktör etki eder (1). Buna bağlı olarak hemşire mizahı kullanırken bu faktörleri de göz önünde bulundurmalıdır.

Mizah Terapide Kullanılan Teknikler

Gülme egzersizleri, komik videolar, komik kitaplar ve fotoğraflar, şakalar, komik ses kasetleri komedi klipleri ve çizgi filmleri, eğlenceli ve ilginç haber klipleri, komik fıkralar, dans etme, grupla birlikte şarkı söyleme, komik makaleler ve hikayeleri paylaşma, bireylerin yaşadıkları mutlu olayları paylaşma gibi teknikler mizah terapide kullanılan uygulamalar arasında yer almaktadır (15, 17-19).

Mizah Terapisiyle İlgili Yapılmış Çalışmalar

Mizah terapi üzerinde önemle durulan bir terapi yöntemidir. Mizah terapisi sonrasında hastalarda pozitif yönde değişikliklerin olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle psikiyatri servislerinde mizah

terapilerinin etkisini değerlendirmek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Witztum ve ark. (1999) 12 şizofreni hastasına buldukları psikiyatri servisinde 3 ay boyunca 30 dk. süren günlük tartışma seansları düzenlemişlerdir. Bu seanslarda hastaların davranış, düşünce ve olayları yorumlama durumları üzerinde durulmuştur. Takip eden üç aylık süre boyunca şakalar düzenlenmiştir. Terapinin hastalığın semptomları üzerine pozitif etkisinin olduğu saptanmıştır. Bu pozitif etkiler; genel motivasyon düzeyleri, işbirliği, iletişim kurabilme durumlarında görülmüştür. Ancak psikopatolojik davranışlarında herhangi bir değişiklik olmamıştır (20). Cai ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmada şizofreni tanısı alan 15 hastaya 5 hafta süren ve haftada 2 seans olarak düzenlenen toplam 10 seanstan oluşan mizah terapi uygulanmıştır. Her seans 45-60 dk. sürmüştür. Terapi grup terapisi şeklinde verilmiştir. Her seansın başlangıcında eğlenceli aktivite ile açılış yapılmış ve sonrasında hastalardan boş zamanlarında geliştirdikleri yeni yeteneklerini uygulamaları istenmiştir. Çalışmada pre-test ve post-test puanları karşılaştırıldığında mizah terapi alan hastalarda depresyon ve anksiyete düzeylerinde azalma, değerlendirme, tutum ve baş etme mekanizmalarında ise artma olduğu saptanmıştır (21). Ganz ve Jacobs (2014) tarafından yapılan çalışmaya toplam 92 birey katılmıştır. Bunların 42'si kontrol grubunda, 52'si mizah terapi workshoplarında yer almıştır. Mizah terapi workshopları yaklaşık 5 ay sürmüştür. Haftada bir defa 2- 3 saatlik seanslardan oluşmuştur. Terapinin 1.-4. haftaları arasında içerik olarak günlük yaşam ile mizahın işbirliği, destekleyici ve neşeli bir çevre geliştirme; 5.-12. haftalar arasında mizah içeren video kayıtları ve diğer haftalarda mutlu oldukları durumları hatırlama, yaşadıkları mutlu olayları paylaşma gibi etkinliklere yer verilmiştir. Çalışmanın sonunda; mizah terapi workshoplarının ruh sağlığını olumlu yönde etkilediği bulunmuştur (19). Tse ve ark. (2010) tarafından yaşlı bireylerin mutluluklarını artırmak ve kronik ağrıları azaltmak için yapılan terapiye toplam 70 yaşlı birey katılmıştır. Deney grubunda 36, kontrol grubunda 34 birey yer almıştır. Terapi haftada bir kez ve 1 saat olmak üzere toplam 8 seanstan oluşmuştur. Çalışmada ilk haftada, her bir katılımcı için "Benim Mutlu Koleksiyonum" adlı portföy oluşturulmuştur. Portföylerde, komik

kitaplar ve fotoğraflar, şakalar, komik ses kasetleri ve videoları, komedi klipleri ve çizgi filmleri, eğlenceli ve ilginç haber klipleri, makaleler ve hikâyeler yer almaktadır. 2. haftadan 8. haftaya kadar, her oturum günün şakasıyla ve komik şakaların okunmasıyla başlamıştır. Terapi grubundaki katılımcılar ayrıca, gündelik hayatlarında kendi eğlenceli hikâyelerini paylaşmışlardır. Çalışmanın sonunda deney grubunda yer alan bireylerin yalnızlık algısı ve ağrı duygusunda önemli bir azalma; mutlu olma ve yaşamdan doyum alma duygularında ise önemli bir artış olduğu bulunmuştur (18). Hirsch ve ark. (2010) yüksek düzeyde depresyonu olan yaşlı hastalara kliniklerde, standardize edilen mizah terapiyi grup terapisi şeklinde uygulamışlar ve etkisini incelemişlerdir. Hastaların 52'si deney, 38'si kontrol grubunda yer almıştır. Çalışmanın içeriğinde Mc Ghee (1996) tarafından geliştirilen çerçeve planını kullanmışlardır. Depresyonu olan yaşlı hastalara uygulanan bu terapinin her biri 45-60 dakika süren 8 seanstan oluşmuştur. Seanslarda gülme egzersizleri, yaşamış olduğu ilk komik olayları hatırlatma egzersizleri, kişiye mutluluk veren düşüncelerini hatırlatmaya yönelik etkinliklere yer verilmiştir. Bu eğitimlerin sonunda deney grubunda yer alan hastaların sahip oldukları hastalıkların belirti ve bulgularında anlamlı bir şekilde azalma olduğu ve mizah terapinin medikal tedavilere ek olarak kullanılmasının bireylerin yaşam kalitesi ile çabuk iyileşme üzerine olumlu etkileri olduğu görülmüştür (17). Ulloth (2002) hemşirelik eğitiminde mizah kullanımının etkisini incelemek amacıyla nitel bir araştırma yapmıştır. Çalışmaya üç ayrı bölgede hemşirelik lisans programında okuyan öğrenciler katılmıştır. Araştırmada öğrenciler, mizahın streslerini azalttığını, öğrenmeyi daha eğlenceli hale getirdiğini, odaklanmayı artırdığını ve sosyal ilişkilerini güçlendirdiğini ifade etmişlerdir (9). Kong ve ark. (2014) mizah terapisinin sadece ruhsal alanda değil aynı zamanda solunum, kardiyovasküler, immün, sinir ve kas-iskelet sistemini de içeren birçok sistem üzerinde olumlu etkisi olduğunu saptamışlardır (22).

Sonuç

Sonuç olarak; mizah terapisi, hemşireler tarafından hastaların tedavisinde tamamlayıcı bir terapi olarak kolaylıkla uygulanabilir. Ancak

sahadaki uygulaması az olduğu kadar, bu alanda yapılmış ulusal çalışmaların sayısı da yok denecek kadar azdır. Hemşireler, mizahı çalışma ortamında ve hasta bakımında kullanabilirler; mizah terapi farmakolojinin tamamlayıcısı olarak

bireysel ya da grup eğitimi şeklinde yürütülebilir. Hemşirelik uygulamalarında mizah terapinin kullanımı ve etkilerine yönelik müdahale tipi çalışmalar yapılabilir.

Kaynaklar

1. Astedt-Kurki P, Isola A. Humour between nurse and patient, and among staff: analysis of nurses' diaries. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;35(3):452-458.
2. Yardımcı İ. Mizah Kavramı ve Sanattaki Yeri. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2010;3(2):1-41.
3. Çakmak A. Mizah Ve Mizahın Terapötik Kullanımı. II. Uluslararası VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. Erzurum: 2012.
4. Aydın A. Hemşirelik Ve Mizah. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005;-9(1):1-5.
5. Yerlikaya, E. Üniversite Öğrencilerinin Mizah Tarzları ile Algılanan Stres, Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Doktora tezi) Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Adana, Türkiye. 2009.
6. Sultanoff S. Levity defies gravity: Using humor in crisis situations. AATH 2001. http://www.aath.org/art_sultanoff02.html (Erişim tarihi: 25.Kasım 2015).
7. Beck C.T. Humor İn Nursing Practise: A Phenomenological Study. *International Journal of Nursing Studies*. 1997;34(3):346-352.
8. Miller J. Humour - An Empowerment Tool For The 1990s. *Empowerment in Organisations*. 1996;4(2):16-21.
9. Ulloth JK. The benefits of humor in nursing education. *Journal of Nursing Education*. 2002;41(11): 476-48.
10. Martin R.A. *The Psychology of Humor An Integrative Approach*. Elsevier Academic Press, 2007:335-371.
11. Öz F, Hiçdurmaz D. (2010) Stresle Başetmede Önemli Bir Yol: Mizahın Kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010;13(1):83-88.
12. Thornton J, White, A (1999) A hedeggerian investigation into the lived experience of humour by nurses in an intensive unit. *Intensive and Critical Care Nursing*. 15(5):266-278.
13. Franzini L. Humor in Therapy: The Case for Training Therapists in Its Uses and Risks. *The Journal of General Psychology*. 2001;128(2): 170-193.
14. Martin RA, Lefcourt HM. Sense of humor and physical health: theoretical issues recent findings, and future directions. *Humor*. 2004; 17(1): 1–20.
15. Konradt B, Hirsch R, Jonitz M, Junglas K. Evaluation of a standardized humor group in a clinical setting: a feasibility study for older patients with depression. *Internatiol Journal of Geriatric Psychiatry*. 2012;28(8): 850–857.
16. Falkenberg I, Buchkremer G, Bartels M, Wild B. Implementation of a manual-based training of humor abilities in patients with depression: a pilot study. *Psychiatry Research*. 2011;186(2-3):454-7.
17. Ganz F.D, Jacobs J.M. The effect of humor on elder mental and physical health. *Geriatric Nursing*. 2014;35(3):205-211.
18. Tse M, Lo A, Cheng T, Chan E, Chan A, Chung H. Humor Therapy: Relieving Chronic Pain and Enhancing Happiness for Older Adults. *Journal of Aging Research*. 2010;9:1-9.
19. Hirsch RD, Junglas K, Konradt B, Jonitz MF. Humor therapy in the depressed elderly: results of an empirical study. *Z Gerontol Geriatri*. 2010;43(1):42-52.
20. Witztum E, Briskin S, Lerner V. The Use of Humor with Chronic Schizophrenic Patients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 1999;29(3):223-234.
21. Cai C, Yu L, Rong L, Zhong H. Effectiveness of humor intervention for patients with schizophrenia: A randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research* 2014;59: 174-178
22. Kong M, Shin S.H, Lee E, Yun E.K. The effect of laughter therapy on radiation dermatitis in patients with breast cancer: a single-blind prospective pilot study. *OncoTargets and Therapy* 2014;7: 2053–2059.

Plasenta Tüketimi ve Olası Yarar-Zarar Profili

Placenta Consumption and Probable Benefit-Damage Profile

Neriman GÜDÜCÜ^a, Neslihan KESER ÖZCAN^b

ÖZ Plasenta tüketimi (placentophagy); doğum sonrası plasentanın ve bileşenlerinin değiştirilmiş (pişmiş, kurutulmuş, sıvı içinde demlenmiş) veya değiştirilmemiş (herhangi bir işleme uğramamış) formda annenin kendisi ya da herhangi biri tarafından yenmesidir. Plasentanın imhasına dair kültürlerarası farklılıklar bulunmaktadır. Bazı kültürlerde plasentanın imhası için kullanılan prosedürler, annenin gelecekteki sağlığını koruyucu önlemler olarak işlev görürken, bazılarında çeşitli hastalıkları iyileştirme aracı olarak görülmekte, bazılarında ise hastalıkların kaynağı olarak değerlendirilmektedir. Bazı araştırmacılar plasentanın östrojen, progesteron, laktojen, demir, β -endorfinler ve oksitosin de dahil olmak üzere çeşitli hormonlar ve besinler açısından oldukça zengin olduğunu ve bu zenginliğin doğumdan sonra da plasentada kaldığını öne sürmüştür. Böylece plasenta tüketiminin, annenin doğum sırasında kaybettiği besin maddelerini, hormonlarını tekrar yerine koyması için bir aracı olabileceği, bu sayede postpartum ruh halinin düzenlenmesinin sağlandığı, maternal bağlanmayı desteklediği, bağışıklığı güçlendirdiği, ağrıyı azalttığı, yorgunluğu ve anemiye önlediği, doğum sonu kanamayı engellediği, laktasyonu ve demir düzeylerini arttırdığı, saç ve deri dokusunu iyileştirdiği düşünülmektedir. Bu derlemede plasenta tüketiminin, geçmişten günümüze kültürden kültüre değişen ritüelleri ve olası yararları, zararları güncel bilgiler ışığında tartışılarak, doğum öncesi, doğum ve doğum sonu hizmetlerinde sorumluluğu olan sağlık çalışanlarının konuya dikkatini çekmek amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Plasenta; plasenta tüketimi; maternal plasenta tüketimi

ABSTRACT Placentophagy is the consumption of postpartum placenta and its components in the modified (cooked, dried, or brewed in liquid) or unmodified (unprocessed) form by the mother herself or any other person. There are intercultural differences in disposing of the placenta. The procedures used for disposing of placenta in some cultures are deemed as protective measures for the future health of the mother, while these procedures are considered as means of healing for or as sources of various diseases in some other cultures. Some researchers suggest that placenta is quite rich in terms of various nutrients and hormones including estrogen, progesterone, lactogen, iron, β -endorphins and oxytocin, and assert that this richness remains in the placenta after the birth. Therefore, it is thought that consumption of placenta may be used as a means of restoring the mother's nutrients and hormones lost during the birth, which makes the mother regain her postpartum mood. It is also thought that placenta consumption may support maternal-infant bonding, strengthen immunity, reduce postpartum pains, relieve tiredness and anemia, prevent postpartum hemorrhage, increase lactation and iron level, thicken hair, and heal skin texture. This review aims to draw attention of health professionals working in prenatal, delivery and postnatal services to the placenta consumption, by examining the changing rituals of consumption of placenta from past to present and discussing the possible benefits-damages of consumption of placenta in the light of up-to-date information

Keywords: Placenta; placentophagy (placenta consumption); consumption of maternal placenta

Giriş

Plasenta kan damarları sayesinde memeli bir yavruyu annesinin uterusuna bağlayan, anne ile fetus arasında gaz alışverişi, fetusun beslenmesi, fetusun metabolizma atıklarının eliminasyonu, anneden fetusa antikor transferi, bazı hormon ve opioidlerin üretimi ve düzenlenmesi, fetusun zararlı maddelere maruziyetten korunması gibi farklı görevleri olan oldukça karmaşık bir yapıdır (1-3). Plasenta doğumdan sonra, deri kan akımını ve elastik liflerin esnekliğini arttırdığı gerekçesiyle kozmetik alanında ve içerdiği hormon ve elementlerden dolayı farklı formlarda tüketilmesi

suretiyle sağlık alanında kullanılabilmektedir (2-10).

Plasenta tüketimi (placentophagy); doğum sonrası insan plasentasının ve bileşenlerinin (amniyon sıvısı ve ilişkili zarlar) değiştirilmiş (pişmiş, kurutulmuş, sıvı içinde demlenmiş) veya değiştirilmemiş (herhangi bir işleme uğramamış) formda anne ya da herhangi biri tarafından yenmesidir. Plasentanın maternal olarak tüketilmesi; annenin doğum sonrası kendi plasentasını herhangi bir zamanda herhangi bir formda yemesi; plasentanın maternal olmayan tüketimi ise

Geliş Tarihi/Received:07-12-2017/ **Kabul Tarihi/Accepted:**09-04-2018

^a Arş. Gör., İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, ORCID: [0000-0001-9365-5337](https://orcid.org/0000-0001-9365-5337)

^b Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, ORCID: 0000-0003-1311-6646

Sorumlu yazar /Correspondence: Arş. Gör. Neriman GÜDÜCÜ, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, İstanbul, e-mail: nerimanteker@windowslive.com

plasentanın anneden başka herhangi bir kişi tarafından herhangi bir zamanda alınması olarak tanımlanmıştır (2,3,8,11). Plasentaya dair inanç ve uygulamaların bilinmesi, plasenta tüketiminin doğum sonrası iyileşme, duygudurum değişiklikleri ve süt üretimi ile ilişkisi, geçmişten günümüze kimler tarafından uygulandığının bilinmesi yarar ve zararlarını tartışabilmek açısından önemlidir.

Geçmişten Günümüze Plasentayla İlgili Kültürel Ritüeller

Plasentayla ilgili çeşitli kültürel ritüeller bulunmaktadır. Young ve Benyshek (2010), kültürlerarası plasental inançların ve uygulamaların incelenmesinde 179 toplumun etnografik kültürel bir araştırmasını gerçekleştirmişlerdir. Bu araştırmaya göre 109 kültürde toplam 169 kabul edilebilir imha yönteminin olduğu saptanmıştır. Gömü, en yaygın bertaraf yöntemidir ve bildirilen uygulamaların 93'ü (%55) organın gömülmesi biçimindedir. Birçok kültür, gömü için evin bahçesi veya doğum yerinde belirli bir yer tespit etmiştir. Diğer uygulamalar çok daha nadir görülen uygulama-lardır. Bu nadir uygulamalardan biri de plasentayı gömmeden bir yerlere yerleştirmektir (%14,8). Bu uygulamalar plasentayı göle atmak, bazılarında yakmak, bazılarında ağaca asmak veya yerleştirmek olarak raporlanmıştır. Bu uygulamalarda en sık belirtilen inanç, plasentanın anne ve bebeği tedavi edeceği, geleceği değiştireceği veya tahmin edeceğidir. Kuzey Amerika Seminölünün geleneksel inançların da, plasentanın gömüldüğü deliğin üzerine ağır bir kaya konulması durumunda gelecekteki gebeliklerin önlenebileceği, yine bazı bölgelerde plasentanın gömüldüğü ağacın büyüme biçiminin çocuğun sağlığını öngöreceğine inanılmaktadır. Bazı bölgelerde de tıpkı Antik Mısır'da olduğu gibi plasentanın çeşitli hastalıkları önleme ve iyileştirme aracı olarak görülmesinin yanında, hastalıkların kaynağı olarak da kabul edildiği rapor edilmiştir. Araştırmaya dahil edilen kültürlerin yaklaşık %18'inde bir hayvanın plasentayı yemesi ya da temas etmesine izin verilirse anneye veya çocuğa zarar gelebileceğine, %11,9'unda plasentanın kirli veya kirletici veya bulaşıcı bir etkiye sahip olduğuna inanıldığı belirlenmiştir (3).

Davidson'un Latin Amerika'da yaptığı bir çalışmaya göre en sık rastlanan plasenta imha yöntemi gömü ve akan suya atmak olarak

belirlenirken, bu yöntemin kullanılma nedeni olarak da geleneklere uymak ve anne ve bebeğin zarar görmesini engellemek olarak açıklanmıştır. Bu araştırmaya dahil edilen 45 yaşında bir kadın plasentayla ilgili şunları söylemiştir: "Anne vücudunda iki yaşam taşır; biri bebeğin biri de plasentanın. Bebek doğar doğmaz plasenta gömülmeli, eğer gömülmezse, bebeğe verilen ilgiyi kıskanacaktır ve bu kıskançlık köyde bir salgın yaratacaktır." Bu insanlar plasentanın yaşadığına ve eğer düzgün gömülmezse, topluluklarına zarar verme potansiyeline sahip olduğuna inanmaktadır ve bu nedenle plasentayı gömmeden önce gereken özen ve saygıyı göstermek adına onu koka yaprakları, çeşitli otlar, şeker, alkol ve/veya örümcek ağına sararak gömme işlemini gerçekleştirmektedirler (12). Plasentanın bu sihirli ve görünmeyen gücü Jung'un gölge arketipini çağrıştırmaktadır. Jung'a göre, gölge insanın yardımsever doğasının tam tersi, tüm kötülüklerin kaynağıdır. Doğum sürecinde gölge, yaşayan bebeğe eşlik eden taraf olarak plasenta ile temsil edilir. Bebeğin tanınabilir insan formu onu bilindik, tanıdık ve kabul edilebilir kılarken, plasenta şekilsiz, belirsiz ve kötülük yapma potansiyeline sahiptir. Bebek anneye ve topluma sevinç katarken, plasenta ölüm ve talihsizliğin habercisi olarak algılanabilmektedir. Bebeğin karanlık tarafıdır. Plasentaya dikkatli yaklaşılmalıdır, dikkatsizlik korkunç sonuçlar doğurabilir (13).

Plasenta Tüketimi

Bazı araştırmacılar plasentada östrojen, progesteron, laktojen, demir, β -endorfinler ve oksitosin de dahil olmak üzere çeşitli hormonların ve besinlerin bulunduğunu (2-8) ve bunların doğumdan sonra da plasentada kaldığını öne sürmüştür. Böylece plasenta tüketiminin, annenin doğum sırasında kaybedilen besin maddeleri ve hormonlarını tekrar yerine koyması için bir fırsat sağlayabileceği ve plasentadan alınacak bu maddelerin kadının doğum sonu ruh halinin düzenlenmesi (postpartum depresyonun önlenmesi) ve fiziksel iyileşme hızını artırmasına katkı sağlayacağına inanılmıştır (2,3). Plasenta tüketiminin aynı zamanda maternal bağlanmayı teşvik ettiği, bağışıklığı güçlendirdiği, ağrıyı azalttığı (2,6,14-16) yorgunluğu önlediği, doğum sonu kanamayı bastırdığı, laktasyonu ve demir düzeylerini artırdığı, saç ve deri dokusunu iyileştirdiği ve uygulamaya katılanların çoğunda doğum sürecinden uterus iyileşmesine kadar

yardımcı olduğu düşünülmektedir (2). Memeli hayvanlar doğumlarında plasentalarını yerken bu uygulama günümüzde insanlarda çok yaygın olmayan bir durumdur. Placenta yenilmesine bilimsel ilgi ancak 1970'lerden sonra olmasına rağmen çok eski tarihlerde kültürel bir uygulama olduğuna ilişkin kanıtlara rastlanmaktadır. Placenta'nın yenilmesiyle ilgili ilk yazılı bilgiye Talmud'da rastlanılmaktadır ve çok zayıf ve solunum güçlüğü çeken bir çocuğa yardım için ilaç olarak önerilmiştir (12). Maternal placenta yenilmesini işaret eden ilk tıbbi kaynak, on altıncı yüzyılda tıbbi özelliklere sahip maddelerin Çinli bir kaydı olan "Compendium Materia Medica" dır. Bu kitapta bir metin, insan plasentasının tıbbi kullanımına yönelik bir bölüm ayırmakta ve "doğum yapan kadın, plasentasını yer" ifadesini içermektedir (3).1935 yılında İtalyan kadınların, süt üretimini arttırması ve ağrıları azaltması için plasentalarını yedikleri bilinmektedir (17). 1970'lerde Kuzey Amerika'da bu durum bir gelenek olarak belgelenmiştir (6,16,18-20). Bir kasabada yaşayan genç bir kadın doğumunu arkadaşlarının yardımıyla yapmış, doğumdan sonra buharla pişirdiği plasentasını diğer kişilerle paylaşarak yemiş ve "harika bir yenilenme ve harika bir lezzet" olarak nitelendirmiştir (18).

Plasenta'nın çiğ olarak yenilmesinin yanında kurutulmuş olarak tüketimine yine Çin tıbbında rastlanmaktadır. Kurutulmuş insan plasenta için Çin terimi olan Zi He Che kullanılmaktadır ve doğum sonrası insanlarda çeşitli hastalıkların (örneğin, iktidarsızlık, karaciğer ve böbrek problemleri, infertilite, anemi ve düşük enerji) tedavisinde kullanılmıştır (2,3,6,16).

Haiphong'da Çekoslovak-Vietnam Dostluk Hastanesinde çalışan bir patolog tarafından 1958-1960 yıllarında Kuzey Vietnam dağlarında yaşayan Çinli ve Taylandlı kabilelerin plasentayı kotiledonlarına ayırarak soğanla kızartıp yedikleri belirlenmiştir (18). Davidson'un aktardığına göre, Peru'da görüşülen bir kişi, plasentayı yakıp, küllerini su ile karıştırdıklarını ve bu karışımı içecek olarak kullandıklarını belirtmiştir. Bu içeceğin, hayvanlara fertilitelerini arttırmak için verildiği ve bazen de zor ve uzun süreli bir doğumu hızlandırmak için doğum sırasında verildiği belirtilmiştir. Kolombiya'da, soğuk ve ölü gibi görünen bir bebeği canlandırmak için plasenta'nın ısıtıldığı anekdotuna rastlanmıştır (12).

Placenta Tüketiminin Olası Yararları ve Zararları

Progesteron, demir, kalsiyum ve oksitosin gibi bazı bileşenlerin varlığı termde plasentada gösterilmiş olmasına rağmen (4,5,21-23), bunların bakımı, hazırlığı ve çiğ dokuda dayanıklılığı, ayrıca doğum sonrası yenilmesinin kadın üzerindeki etkileri demir düzeyi haricinde test edilmemiştir. Placenta'nın uyku sorunları, enfeksiyonlar, cilt ve saç sorunları, menstruasyon ve menopoza sırasında yaşanan güçlükler gibi sorunlarda da kullanılabilirliği ön görülmeyle beraber, bu kullanımı destekleyecek bilimsel veri yoktur (16). Diğer taraftan placenta steril değildir. Placenta'nın bir fonksiyonu da, fetusu zararlı maddelere maruziyete karşı korumaktır. Selenyum, kadmiyum, cıva ve kurşun gibi elementlerin yanı sıra bakteriler de placenta'nın bu süzgeç görevinden dolayı post-term plasental dokularda bulunabilir (4,7,24-27). Postpartum dönemde uterus kaynaklı ya da kontaminasyona bağlı olarak bakteri ya da virüsler placenta dokularında kalabilir. Böyle bir placenta'nın postpartum dönemde yenilmesinin bebeğe potansiyel olumsuz etkileri bilinmemektedir (16).

Gebe kadınlar gebelikleri boyunca çok çeşitli yabancı kimyasallara maruz kalmaktadır. Bu maruziyet genellikle, maternal ilaçlar, sigara, alkol, madde tüketimi veya mesleki ve çevresel kaynaklar gibi yaşam tarzı faktörlerinden kaynaklanmaktadır. Çevresel maruziyet coğrafi olarak değişkenlik gösterebilir. Örneğin, plasental kurşun ve kadmiyum seviyeleri kentsel-endüstriyel alanlarda kırsal alanlardan daha yüksektir. Bu maddelere maruziyet değerlendirmesi genellikle kan veya idrar laboratuvar incelemesine dayanmaktadır. Kadmiyum gibi ağır metaller genellikle gebelik sırasında plasental dokuda biyolojik olarak birikir. Sigara kullanımı da plasental selenyum, çinko ve kadmiyumu arttırır (7,28). Bir çalışmada sigara içen annelerin plasentalarındaki progesteron miktarının sigara içmeyen annelerin plasentalarında bulunanın yaklaşık yarısı olduğu gösterilmiştir (29). Azalan progesteron seviyeleri, kadmiyum seviyelerinin yükselmesi ile korelasyon göstermiştir. Gebelik sırasında kadmiyuma maruz kalmanın, over hormonları özellikle de östradiol üretimini etkilediği gösterilmiştir (30).

Diğer çevresel metallere veya zararlı maddelere hangilerinin tek başına veya kombinasyon ile evrimsel geçmişimizde

plasentalarını tüketen annelerin üreme sağlığına önemli ölçüde zarar vermiş olabileceği kesin olarak bilinmemektedir. Yüksek dozda metale maruz kalmak, annelerin üreme sağlığını çeşitli yollarla azaltabilir. Kadmiyum, solunum yoluyla alınan ve dolaşıma katılan toksik bir metaldir ve vücuda girdiğinde, bir takım doku ve organlara zarar verebilme kapasitesine sahiptir. Yapılan incelemeler kadmiyumun karaciğer, böbrekler ve overler dahil olmak üzere üreme organlarında biriktiğini göstermektedir. Birkaç çalışma, kadmiyumun bir endokrin bozucu olarak işlev gördüğünü ve düşük doz maruziyetin bile üreme hormonlarının üretimini ve işlevini etkilediğini kanıtlamaktadır. Bitkiler, büyüme sırasında toprakta biriken metalleri tuttuğu için tütün yapraklarında bulunan kadmiyum, sigara aracılığıyla solunur ve dolaşıma katılır. Sigara içen annelerin plasentalarında yükselmiş kadmiyum düzeyleri bulunmuştur (29,31). Placenta tüketimi kısa süreli bir uygulama olsa bile eğer placenta çok yüksek bir toksik konsantrasyon içeriyorsa, annenin ve bebeğin (emzirme yoluyla) sağlığına uzun süreli zararlı sonuçlar doğurabileceği unutulmamalıdır (19).

Ağır metaller dışında plasentada β -endorfin (PBE) bulunmaktadır. PBE gebeliğin son trimesterında üretilmeye başlanır ve doğuma kadar maternal plazmada artışını sürdürür. Doğum esnasında ağrıyı azaltmada ve anneyi annelik davranışlarına hazırlamada işlev görür. Anne tüm yatırımını var olan gebeliğine yapamaz, türünün devamı için sonraki gebelikleri için de var olan kaynaklarını en uygun şekilde kullanmak zorundadır. Oysa annenin kendisi için belirlediği bu en uygun kullanım fetus için yeterli değildir ve daha fazla kaynak elde edebilmek için fetus PBE aracılığı ile anneyi manipüle etmektedir. Endorfin intrauterin ebeveyn-yavru çatışmasına aracılık eder, diğer bir deyişle fetusların annelerini endorfine bağımlı hale getirdiği ve plasentaya besin ögesi tahsis edilmesini arttırdığı düşünülmektedir. İnsanlarda doğum sonu psikolojik belirtilerin (annelik hüznü, depresyon ve psikoz), endorfin-yoksunluk belirtileri olarak yorumlanabilen bu mekanizmanın yan etkileri olduğu savunulmaktadır. Doğumdan hemen sonra plasentanın yenilmesi, fetal manipülasyonun negatif yan etkilerini azaltmada etkili bir strateji olarak değerlendirilebilir. Yani kadının doğum ağrısının giderilmesi ve doğum sonu psikolojik değişikliklerin etkisinin azaltılması için placenta tüketimi bir

alternatif olarak görülebilir. Hayvanlarda içgüdüsel olarak görülen placenta yemenin biyolojik kaynağı aslında PBE'nin yarattığı bir istek olarak yorumlanmaktadır. Zaten bir süre sonra anne sütü ile indüklenen, maternal hipofizinin endorfin salınımı, anneyi daha fazla yoksunluk semptomundan kurtaracak bir işlev görmektedir. Üzerinde yeterli bilimsel kanıtlar olmasa da anekdotal olarak rapor edilen doğumun hemen ardından placenta yiyen annelerde de görülen öforik haller, plasentadaki PBE etkisi olarak değerlendirilmektedir (15).

Gebeliğin son trimesterında ve doğumda plasentanın yüksek düzeyde salgılandığı ve depoladığı kortikotropin salıcı hormon (CRH), stresle daha iyi baş etmeye ve postpartum depresyonu önlemeye yardımcı olmaktadır (6). Placenta CRH'ı gebelik öncesindeki miktarından 60 ile 700 kat daha yüksek seviyelerde anne kan dolaşımına salmaktadır (32). Hipotalamustan CRH salınması, HPA (Hipotalamik-Pitüiter-Adrenal) eksen döngüsünü başlatır ve hipofizden periferik kan dolaşımına adrenokortikotropik hormonun (ACTH) salınmasını, dolayısıyla da kortizol salınmasını tetikler (33). Placental kaynaklı CRH (pCRH) ise, HPA eksenini aktivitesinde ters rol oynamaktadır. pCRH hipotalamusu etkileyerek daha önce salgılanan kortizole tepki olarak CRH üretimini düşürürken, kortizole maruz kalan placental doku da pCRH üretimini artırır. Bu HPA eksenini aktivitesinin düzensizliği, gebelik boyunca pCRH düzeylerinin katlanarak artmasına ve diğer HPA ürünlerinde (örneğin kortizol ve ACTH gibi) daha ılımlı artışlara neden olur. Doğum sonrası dönem, HPA eksenini tarafından pCRH'ın geri çekilmesi için yeniden ayarlama zamanı olarak düşünülebilir. Gebelikte anormal derecede yüksek pCRH düzeyleri, doğumdan hemen sonra ani bir düşme göstermektedir. Bu ani düşmenin riskli bireylerde postpartum depresyonu tetiklediği varsayılmaktadır (33-36). Hahn-Holbrook, gebeliğin son trimesterındaki yüksek pCRH düzeylerinin doğum sonu depresyonu öngördüğünü iddia etmektedir (33). Aynı şekilde Iliadis ve ark. da 17. gebelik haftasındaki yüksek CRH düzeyleri ile postpartum depresif belirtilerin gelişimi arasında bir ilişki saptamıştır (37). Daha sonra pek çok çalışmada da depresif durumlar ile beyindeki yüksek CRH seviyeleri ilişkilendirilmiştir (38-41). Depresyonda HPA eksenini aktivitesinin düzensizliği de bilinen etiyolojik faktörlerdendir.

Depresif belirtiler ile pCRH arasında ilişki bulunmayan çalışma sonuçları da bulunmaktadır. Rich-Edwards ve ark. yükselmiş pCRH düzeylerinin doğum öncesi depresyon semptomları ile aynı yönde ilişkide iken, doğum sonrası depresyon ile arasında ise herhangi bir ilişki olmadığını (42); Meltzer-Brody ve ark. ise doğum öncesi ve doğum sonrası depresyon semptomları ile CRH düzeyleri arasında ilişki olmadığını bildirmiştir (43). Aynı şekilde Glynn ve Sandman da doğum sonrası depresyon semptomları ile CRH düzeyleri arasında ilişki olmadığını saptamıştır (44). Bu çelişkili araştırma sonuçları, CRH düzeyleri ile perinatal depresyon belirtileri arasındaki ilişkiye dair daha fazla çalışmaya gereksinim olduğunu göstermektedir. Perinatal depresyon ile annenin demir depoları arasında ilişki kuran çalışmalar da bulunmaktadır. Bazı araştırmacılar plasenta tüketiminin annenin demir depolarını destekleyerek, annenin enerjisinin artacağını ve dolaylı olarak postpartum depresyonu önleyeceğini bildirmişlerdir (6). Beard ve ark. postpartum depresyonun, demir eksikliği anemisi ile ilişkili olduğunu ve demir takviyesinin depresyonu tedavi edebileceğini belirtmişlerdir (45). Başka bir çalışmada da düşük hemoglobin düzeylerinin depresif belirtilerin görülme olasılığını arttırdığı bildirilmektedir (46). Ancak demir düzeyleri ile postpartum depresyon arasında herhangi bir ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (47-49). Çalışma sonuçlarına baktığımızda, plasentada varlığı gösterilen progesteron, oksitosin, endorfin gibi hormonların ve demir gibi elementlerin plasenta tüketimi yoluyla alınmasının yararları konusunda hala bir fikir birliğinin olmadığı görülmektedir.

Selander ve ark. 18 yaş üstü, internet kullanan ve en az bir çocuğun doğumundan sonra plasentasını kapsülleterek tüketen 189 kadının dürtü ve deneyimleri üzerine yaptıkları internet tabanlı bir çalışmada; katılımcıların yaklaşık yarısı (%49) daha önce doğum sonu bir duygudurum bozukluğu (%24'ü anelik hüznü, %19'u anksiyete ve %47'si depresyon) yaşadığını bildirmiştir (2). Bu kadınların %52'si duygudurum bozukluğunun ciddiyetini "hafif" ve %43'ü "şiddetli" olarak tanımlarken; küçük bir azınlığı, rahatsızlığını "çok ciddi" (%3) veya "çok hafif" (%2) olarak değerlendirmiştir. Plasentasını kapsül olarak tüketen 103 kadının %34'ü ruhsal durumunu iyileştirmek için bu yolu denediğini söylerken,

%40'ı bu tüketimin duygu durumlarının düzelmesine katkı sağladığını bildirmiştir. Katılımcıların %26'sı enerji artışı, %15'i de emzirmeyi iyileştirmesi ve %7'si de doğum sonu kanamayı engellemesi için plasenta tükettiklerini bildirmiştir. Kişisel olarak bildirilen diğer olumlu etkiler; aneminin önlenmesi veya tedavi edilmesi, canlılık duygusunun artışı, kilo kaybı, baş ağrıların önlenmesi/rahatlaması, bebekle bağlanmayı desteklemesi, ağrının azalması, hormonların yenilenmesi/düzenlenmesi, uyku kalitesinin veya süresinin artışı, uterus involüsyonu ve libido artışı olarak sıralanmıştır. Tek yaygın olarak belirtilen olumsuz etki hoş olmayan tat ve koku olarak belirlenmiş, bunu da baş ağrısı (%4) izlemiştir. Katılımcıların %20'si, plasenta tüketimiyle ilgili hoş olmayan yönler de değinmiştir; bunlar kapsül almayı hatırlamakta güçlük çekme, uterus kramplarında artma, vajinal kanamada artma, sindirim güçlüğü, enfeksiyon, sıcak basması, sosyal stigma, mide bulantısı, aşırı laktasyon, konstipasyon, cilt lekelerinde artış, bebeğin etkilenmesi (döküntü gibi) ve kapsülleme işlemiyle ilgili kaynak sınırlığı ve maliyetidir. Araştırmaya katılanların %98'i bu yöntemi tekrar kullanacağını bildirmiştir.

Plasenta tüketimiyle ilgili bilgi ve tutumların değerlendirildiği internet tabanlı başka bir çalışmada, %78,7'sinin kadın, %19,9'unun erkek olduğu 216 kişiden sadece 6 kadın ve 1 erkek pişmiş, bir kadın da çiğ plasenta yediğini belirtmiştir. Plasenta yemeyi tecrübe eden katılımcılar, besleyici ve tıbbi olarak yararlı olduğu için veya bir ebe tarafından önerildiği için plasenta yediklerini bildirmişlerdir. Katılımcıların yaklaşık dörtte biri (%26,8) doğum sonu depresyonun önlenmesi de dahil olmak üzere bildirilen sağlık yararlarından dolayı gelecekte de plasenta yemeyi düşündüklerini bildirmişlerdir. Plasental dokuyu yeme istekliliğinde, cinsiyet veya etnik köken üzerinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (50).

Young ve Benyshek, Afrika, Asya, Avrupa, Amerika, Karayipler, Orta Doğu ve Okyanusya topluluklarını içeren 179 topluma ait kültürlerarası plasental inançları ve uygulamaları inceledikleri sistematik bir araştırmada, maternal plasenta tüketimine sadece Meksikalılarda rastladıklarını bildirmişlerdir (3). Yine aynı araştırmacılar plasentanın maternal olmayan tüketimiyle ilgili üç farklı durum belirlemişlerdir. Birincisi babanın plasenta ve kanını pişirdikten

sonra yemesi, ikincisi çocuğun kendi plasentasından yapılan çayı içmesi (çocuğa musallat olacak kötü ruhları engellemek için), son olarak ta tüberküloz hastalarının hastalaktan kurtulmak için plasentayı yemesi biçimindedir. Asya, Orta Amerika / Karayipler, Güney Amerika, Afrika ve Ortadoğu'da çok az sayıda toplum plasentanın infertilite, ayaklardaki çatlaklar, kellik gibi durumların tedavisinde etkinliğine dair inançlarını dile getirmiştir. Bazı topluluklarda ise plasentanın kirli veya bulaşıcı olduğuna inanıldığı rapor edilmiştir (3).

Maternal plasenta tüketimini savunanlar, plasenta tüketiminin laktasyonu geliştirdiğini iddia etmişlerdir. Çekoslovakya'da, Soykov'a-Pachnerov'a ve ark. tarafından yapılan eski tarihli bir çalışmada plasenta yenilmesinin süt üretimine fizyolojik etkileri araştırılmıştır (51). Dondurularak kurutulmuş insan plasentaları ile beslenen 210 katılımcının %86'sı süt salınımı "iyi" (süt üretiminde en az 20 gr artış) veya "çok iyi" (en az 30 gr artış) olarak bildirilmiştir. Araştırmacılar, annelerin kendi plasenta dokularını mı yoksa donör plasentasını mı aldıklarını açıklığa kavuşturmuşlardır. Bu çalışmada kontrol grubu bulunmamasına rağmen, dondurularak kurutulmuş plasenta ile beslenen 21 kadından 7'sinde süt üretiminde "pozitif" bir artış görülürken, plasentayı kurutmadan yiyen 21 kadından 14'ünde süt artışı görülmemiştir. Ancak, bu çalışma sonuçlarının yorumlanmasında, metodolojisinin güncel bilimsel kriterlere uygun olmaması nedeniyle dikkat edilmelidir (6,16). Blank ve Friesen'in sıçanlarda yaptığı çalışma da, laktasyon ve doğum sonrası hormonların düzenlenmesine katkıları nedeniyle, plasenta tüketiminin yararlı etkilerini destekleyen bir kanıt olarak gösterilmiştir. Plasenta yiyen dişi sıçanlarda daha yüksek prolaktin düzeyi belirlenmiştir (52).

Plasenta tüketiminin diğer bir yararı da, postpartum dönemde opioid aracılı analjeziyi artırmasıdır (53,54). Bu mekanizma kemirici hayvanlarda belirlenmiş olup, diğer memeli türlerinde de benzer mekanizmaların olabileceği savunulmuştur (2,6,53). Kristal ve arkadaşları, doğum sonrası plasenta ve eklerinin -20°C'de dondurulduğu durumlarda, plasenta ve eklerinde bulunan POEF'in (Plasental Opioid Arttırıcı Faktör) faydalı etkilerinin (analjezi gibi) aylarca korunduğunu bildirmişlerdir. Yararlı etkilerin oda sıcaklığında 24 saat sonra azaldığı belirlenmiştir.

Dondurulmuş dokunun etkisini 35°C ile 40°C 'ye kadar koruyabildiği, daha yüksek sıcaklıklarda etkisini kaybettiği saptanmıştır (55).

Plasenta aynı zamanda fetal genomu taşıyan ve bu nedenle de bir allogreft olarak işlev gören immünolojik açıdan aktif bir organdır. Fetüs, maternal bağışıklık sistemi tarafından reddedilmeyen, paternal antijenleri de içeren antijenik bir karışıma sahiptir. Buna göre, plasentanın yutulması, özellikle Rh uyumsuzluğu bulunan gebeliklerde zarar verebilecek alloimmünizasyonu tetikleyebilir (56).

Plasental dokuda bol miktarda bulunan östrojen ve progesteron, doku reddi ile ilgili immünolojik süreçleri bastırır. Plasental doku yutulması, doğumdan sonra uterusu kalan plasental hücrelerin artmasına neden olabilir ve bu da anneye tehdit oluşturabilir ve koryokarsinoma yol açabilir. Bununla birlikte, bunlar sadece varsayımdır ve henüz bunları destekleyen hiçbir bilimsel kanıt bulunmamaktadır (56).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC), kontamine olmuş plasenta kapsüllerinin alınmasının, geç başlangıçlı B grubu streptococcus agalactiae'nin (GBS) enfeksiyonlarına neden olabileceği konusunda anektodal vakalardan yola çıkarak uyarılarda bulunmaktadır (57). Plasenta kapsüllerinin yetersiz ısı ile hazırlanması, HIV, hepatit virüsü veya zika virüsü gibi virüsleri ortadan kaldırmak için yetersiz kalabilmektedir (56).

Plasenta tüketimiyle ilgili web tabanlı bilgi içeren sitelerin sayısı ve bu bilgilere ziyaretçi erişimi son yıllarda önemli ölçüde artmıştır. Örneğin, 2006 yılında plasenta yeme ile ilgili kadınlara bilgi sağlamak ve annelerin postpartum iyileşmesini desteklemek için (<http://Placenta-Benefits.info>) web sitesi kurulmuş-tur. 2007'de, plasenta kapsülleme konusunda uzman arayışına yönelik artan talebe yanıt olarak "Plasenta Fayda Organizasyonu-(PBI)" aracılığıyla plasenta kapsülleme uzmanı yetiştirme programları başlatılmıştır (2).

Sonuç

Plasenta yemeyle ilgili hayvan araştırmaları daha çok maternal temas ve ağrı eşiği ile ilgili iken; insanlarla ilgili araştırmalar doğum sonrası iyileşme, duygu durum bozukluğu ve süt üretimi üzerine odaklanmaktadır (8). Davidson ise, plasenta ritüellerinin doğumla ilgili anksiyeteyi

azaltma mekanizmaları olarak hizmet ettiğini ileri sürmektedir (12).

Plasenta tüketiminin insanlarda laktasyonu artırması, uterusun involüsyonunu kolaylaştırması veya hormon seviyelerini modüle etmesine yardımcı olduğu iddialarını destekleyecek veriler yeterli değildir. İncelenen araştırmalara dayanarak, insan sağlığı ile ilgili herhangi bir sonuç çıkarmak mümkün değildir.

Plasenta tüketimiyle ilgili ciddi risklerin olabileceği de her zaman dikkate alınmalıdır. Eldeki bilgilere dayanarak, plasenta tüketilmesinin terapötik yararlarını ve güvenliğini daha iyi tanımlamak için insan organizmasına en yakın hayvanlar üzerinde yapılacak daha fazla bilimsel araştırmaya ihtiyaç vardır.

Özetle; bu derleme, başta ebeler ve kadın doğum uzmanları olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına plasenta tüketimi ile ilgili yapacağı bilimsel araştırmalara zemin oluşturması, son zamanlarda hızla artan konuyla ilgili merak ve taleplere cevap verebilmesi, bireylere riskler ve faydalarla ilgili danışmanlık verebilmeleri ve profesyonel olarak sorumlu bir yaklaşım sergileyebilmeleri için kaynak oluşturması açısından önemlidir.

Kaynaklar

1. Taşkın L. Gebeliğin oluşumu ve fetusun fizyolojisi. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş XIII. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2016. p.75.
2. Selander J, Cantor A, Young SM, Benyshek DC. Human maternal placentophagy: A survey of self-reported motivations and experiences associated with placenta consumption. *Ecol Food Nutr.* 2013; 52(2): 93–115.
3. Young SM, Benyshek DC. In search of human placentophagy: a cross-cultural survey of human placenta consumption, disposal practices and cultural beliefs. *Ecology of Food and Nutrition* 2010; 49: 467–484.
4. Young SM, Gryder LK, David WB, Teng Y, Gerstenberger S, et al. Human placenta processed for encapsulation contains modest concentrations of 14 trace minerals and elements. *Nutrition Research* 2016a; 36: 872–878.
5. Young SM, Gryder LK, Zava D, Kimball DW, Benyshek DC. Presence and concentration of

- 17 hormones in human placenta processed for encapsulation and consumption. *Placenta* 2016b; 43: 86–89.
6. Beacock M. Does eating placenta offer postpartum health benefits? *Br J Midwifery* 2012; 20(7): 464–469.
7. Myllynen P, Pasanen M, Pelkonen O. Human placenta: A human organ for developmental toxicology research and biomonitoring. *Placenta* 2005; 26(5): 361–371.
8. Marraccini ME, Gorman KS. Exploring placentophagy in humans: problems and recommendations. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2015; 60(4): 371–379.
9. Mevlitoğlu İ, Engin B, Kaplan M. Yaşlanmayı geciktiren ürünler ne kadar etkili?. *Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm* 2009; 43(1): 2–6.
10. Kim BY, Kim TG, Kang WY, Baek H, Cheon HY et al. Functional cosmetic effect of porcine placenta. *Korean Chemical Engineering Research* 2010; 48(3): 327–331.
11. Kristal MB, DiPirro JM, Thompson AC. Placentophagia in humans and nonhuman mammals: causes and consequences. *Ecology of Food and Nutrition* 2012; 51: 177–197.
12. Davidson JR. The shadow of life: Psychosocial explanations for placenta rituals. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1985; 9(1): 75–92.
13. Jung CG. *Man and his symbols*. Anchor Press. New York 1964.
14. DiPirro JM, Kristal MB. Placenta ingestion by rats enhances γ - and n -opioid antinociception, but suppresses a -opioid antinociception. *Brain Research* 2004; 1014: 22 – 33
15. Apari P, Rozsa L. Deal in the womb: Fetal opiates, parent offspring, conflict, and the future of midwifery. *Med Hypotheses* 2006; 67(5):1189–1194.
16. Coyle CW, Hulse KE, Wisner KL, Driscoll KE, Clark CT. Placentophagy: therapeutic miracle or myth? *Arch Womens Ment Health* 2015; 18(5): 673–680.
17. Ploss H, Bartels M, Bartels P. “Woman: An historical, gynaecological and anthropological compendium. Whitefriars Press. London 1935.
18. Ober WB. Notes on placentophagy. *Bull N Y Acad Med.* 1979; 55(6): 591–599.
19. Young SM, Benyshek DC, Lienard P. The conspicuous absence of placenta consumption in human postpartum females: The fire

- hypothesis. *Ecology of Food and Nutrition* 2012; 51:198–217.
20. Enning C. *Placenta: The gift of life*. Motherbaby Press. Eugene, Oregon 2007.
 21. Sakamoto M, Yasutake A, Domingo JL, Chan HM, Kubota M. et al. Relationships between trace element concentrations in chorionic tissue of placenta and umbilical cord tissue: Potential use as indicators for prenatal exposure. *Environ Int.* 2013; 60: 106–11.
 22. Mancini EA, Blackburn WR. Regional variations in the levels of zinc, iron, copper, and calcium in the term human placenta. *Placenta* 1987; 8(5): 497–502.
 23. Phuapradit W, Chanrachakul B, Thuvasethakul P, Leelaphiwat S, Sassanarakkit S, et al. Nutrients and hormones in heat-dried human placenta. *J Med Assoc Thai.* 2000; 83(6): 690–694.
 24. Aagard K, Ma J, Antony KM, Ganu R, Petrosino J et al. The placenta harbors a unique microbiome. *Sci Transl Med.* 2014; 6(237):1–11.
 25. Stout MJ, Conlon B, Landeau M, Lee I, Bower C et al. Identification of intracellular bacteria in the basal plate of the human placenta in term and preterm gestations. *Am J Obstet Gynecol.* 2013; 208(3): 226.e1-7.
 26. Fardini Y, Chung P, Dumm R, Joshi N, Han YW. Transmission of diverse oral bacteria to murine placenta: evidence for the oral microbiome as a potential source of intrauterine infection. *Infect Immun.* 2010; 78: 1789–1796.
 27. Osman K, Akesson A, Berglund M, Bremme K, Schütz A et al. Toxic and essential elements in placentas of Swedish women. *Clin Biochem.* 2000; 33(2): 131–138.
 28. Kantola M, Purkunen R, Kroger P, Tooming A, Juravskaja J, et al. Selenium in pregnancy: Is selenium an active defective ion against environmental chemical stress? *Environ Res.* 2004; 96: 51-61.
 29. Piasek M, Blanus M, Kostial K, Laskey JW. Placental cadmium and progesterone concentrations in cigarette smokers. *Reproductive Toxicology* 2001; 15: 673–681.
 30. Eisenmann CJ, Miller RK. Cadmium and glutathione: Effect on human placental thromboxane and prostacyclin production. *Reprod Toxicol.* 1995; 9(1): 41-48.
 31. Shiverick KT, Salafia C. Placenta, cigarette smoking and pregnancy I: Ovarian, uterine and placental effects. *Placenta* 1999; 20: 265–272.
 32. Campbell EA, Linton EA, Wolfe CDA, Scraggs PR, Jones MT, et al. Plasma corticotropin-releasing hormone during pregnancy and partition. *Journal of Clinical Metabolism* 1987; 64 (5): 1054–1059.
 33. Holsboer F. Stress, hypercortisolism and corticosteroid receptors in depression: implications for therapy. *Journal of Affective Disorders* 2001; 62 (1-2): 77–91.
 34. Hahn-Holbrook J, Schetter CD, Arora C, Hobel CJ. Placental corticotropin-releasing hormone mediates the association between prenatal social support and postpartum depression. *Clinical Psychological Science* 2013; 1(3): 253–265.
 35. Vitoratos N, Papatheodorou DC, Kalantaridou SN, Mastorakos G. “Reproductive” corticotropin-releasing hormone. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2006; 1092: 310–318.
 36. Hochberg Z, Pacak K, Chrousos GP. Endocrine withdrawal syndromes. *Endocrine Reviews* 2003; 24(4): 523–538.
 37. Iliadis SI, Sylvén S, Hellgren C, Olivier JD, Schijven D, et al. Mid-Pregnancy corticotropin-releasing hormone levels in association with postpartum depressive symptoms. *Depression And Anxiety* 2016; 33: 1023–1030.
 38. Chrousos GP, Torpy DJ, Gold PW. Interactions between the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and the female reproductive system: Clinical implications. *Annals of Internal Medicine* 1998; 129(3): 229–240.
 39. Smith SM, Vale WW. The Role of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in neuroendocrine responses to stress. *Dialogues In Clinical Neuroscience* 2006; 8: 383–395.
 40. Gold PW, Licinio J, Wong ML, Chrousos GP. Corticotropin releasing hormone in the pathophysiology of melancholic and atypical depression and in the mechanism of action of antidepressant drugs. *Annals of the New York Academy of Science* 1995; 771: 716–729.
 41. Arborelius L, Owens MJ, Plotsky PM, Nemeroff CB. The role of corticotropin-releasing factor in depression and anxiety

- disorders. *Journal of Endocrinology* 1999; 160 (1): 1–12.
42. Rich-Edwards JW, Mohllajee AP, Kleinman K, Hacker MR, Majzoub J, et al. Elevated midpregnancy corticotropin-releasing hormone is associated with prenatal, but not postpartum, maternal depression. *J Clin Endocr Metab.* 2008; 93(5): 1946-1951.
43. Meltzer-Brody S, Stuebe A, Dole N, Savitz D, Rubinow D, et al. Elevated corticotropin releasing hormone (CRH) during pregnancy and risk of postpartum depression (PPD). *J Clin Endocr Metab.* 2010; 96(1): 40-47.
44. Glynn LM, Sandman CA. Evaluation of the association between placental corticotrophin-releasing hormone and postpartum depressive symptoms. *Psychosom Med.* 2014; 76(5): 355-362.
45. Beard JL, Hendricks MK, Perez EM, Murray-Kolb LE, Berg A, et al. Maternal iron deficiency anemia affects postpartum emotions and cognition. *J Nutr.* 2005; 135(2): 267-272.
46. Corwin EJ, Murray-Kolb LE, Beard JL. Low hemoglobin level is a risk factor for postpartum depression. *J Nutr.* 2003; 133(12): 4139-4142.
47. Armony-Sivan R, Shao J, Li M, Zhao G, Zhao Z, et al. No relationship between maternal iron status and postpartum depression in two samples in China. *J Pregnancy* 2012: 521431.
48. Paterson JA, Davis J, Gregory M. A study on the effects of low hemoglobin on postnatal women. *Midwifery* 1994; 10(2): 77-86.
49. Gryder LK, Young SM, Zava D, Norris W, Cross CL et al. Effects of human maternal placentophagy on maternal postpartum iron status: A randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2017; 62(1): 68-79.
50. Cremers GE, Low KG. Attitudes toward placentophagy: A brief report. *Health Care for Women International* 2014; 35: 113–119.
51. Soykov'a-Pachnerov'a E, Brutar V, Golov'a B, Zvol'sk'a E. Placenta as a lactagogen. *Gynaecologia* 1954; 138(6): 617-627.
52. Blank MS, Friesen HG. Effects of placentophagy on serum prolactin and progesterone concentrations in rats after parturition or superovulation. *J Reprod Fertil* 1980; 60(2): 273–278.
53. DiPirro JM, Kristal MB. Placenta ingestion by rats enhances Y- and N-opioid antinociception, but suppresses a-opioid antinociception. *Brain Research* 2004; 1014: 22–33
54. Kristal MB. Enhancement of opioid-mediated analgesia: A solution to the enigma of placentophagia. *Neurosci Biobehav Rev.* 1991; 15: 425–35.
55. Kristal MB, Abbott P, Thompson AC. Dose-Dependent enhancement of morphine-induced analgesia by ingestion of amniotic fluid and placenta. *Pharmacology Biochemistry And Behavior*; 1988; 31(2): 351–356.
56. Farr A, Chervenak FA, McCullough LB, Baergen RN, Grunebaum A. Human placentophagy: A review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2017.
57. Buser GL, Mato S, Zhang AY, Metcalf BJ, Beall B et al. Notes from the field: Late onset infant group B streptococcus infection associated with maternal consumption of capsules containing dehydrated placenta—Oregon, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* 2017; 66: 677-678.

Okul Yaralanmalarını Önlemede Sağlık İnanç Modeli Temelli Girişimlerin Etkisi

The Effect of Health Belief Model Based Initiatives in Preventing School Injuries

Eda KILINÇ^a Kamer GÜR^b

ÖZ Okul çağı çocukları, dış etkenlerle oluşabilecek zararlara karşı kendini korumada savunmasız gruplardır. Bu nedenle yaralanmaları sıklıkla maruz kalmaktadırlar. Kaza sonucu meydana gelen yaralanmalar çoğunlukla bu gruplarda, özellikle çocuk ve adölesanlarda görülmektedir. Ancak bu konuda alınan önlemlerin çoğu zaman yetersiz olduğu ve göz ardı edildiği bilinmektedir. Ülkemizde özellikle öğrencilere sunulan okul sağlığı hizmetlerinin oldukça sınırlı olduğu bir gerçektir; oysaki okul kazalarına yönelik basit kişisel ve çevresel tedbirlerle istenmeyen yaralanmaların önlenebileceği bildirilmektedir. Okullarda geliştirilecek programların çevre değişimi, davranış değişimi, denetim ve politikaların geliştirilmesi konularını kapsamaması, ders müfredatına entegre edilmesi önerilmektedir. Programların etkililiğini artırmada modeller her zaman yol gösterici olmuştur. Sağlığı geliştirme modellerinden biri olan Sağlık İnanç Modeli (SİM), kişilerin sağlığını; bireysel özellikler (sosyo-demografik özellikler), algılar (duyarlılık, durumun ciddiyeti, yarar, engeller, öz-etkililiği) ve eyleme geçiriciler (hazır oluşluk) ile etkilendiğini belirtmektedir. Bu derleme makalede amaç, okul sağlığı hemşireleri olarak; yaralanma riski yüksek olan öğrenci toplumunda okul yaralanmalarını önlemede bir rehber olan Sağlık İnanç Modelini tanıtmak; modelin okul yaralanmalarını önlemedeki etkisini yapılmış araştırmalarla ortaya koymak ve bu model ile yapılacak çalışmalara yol göstermek amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Okul yaralanmaları; sağlık inanç modeli; araştırma kanıtları

ABSTRACT School children are a vulnerable group in protecting themselves from harm caused by external factors. For this reason, students are often exposed to injuries. Injuries from the accident are often seen in these groups, especially in children and adolescents. However, it is also known that the measures taken in this subject are often inadequate and ignored. Especially, it is a fact that the school health services offered to students in our country is very limited, but it is reported that simple personal and environmental measures against school accidents can prevent these injuries which are not wanted. It is suggested that the programs to be developed should be integrated into the course curriculum to cover environmental change, behavior change, supervision and development of policies. The model has always been a guide in increasing the effectiveness of programs. The Health Belief Model (HBM), one of the health promotion models, states that people's health is influenced by individual characteristics, (socio-demographic characteristics), perceptions (susceptibility, seriousness, benefit, barriers, self-efficacy) and cues the action (readiness). In this review article, as school health nurses; it is aimed to introduce the Health Belief Model which is a guide to prevent school injuries in the student society with high risk of injuries and to show the effect of the model on the prevention of school injuries and to lead the studies with this model.

Keywords: School injuries; health belief model; research evidences.

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre kaza, insan iradesi dışında ani olarak ortaya çıkan, bedensel ve ruhsal hasara yol açan, beklenmeyen bir olay olarak tanımlanmaktadır. Kaza sonucu meydana gelen yaralanmalar; trafik kazası, boğulma, zehirlenme, düşme, yanma, şiddet görme, kasten kendine zarar verme ve savaşın olması şeklinde

sıralanabilmektedir. Küresel olarak, yaralanma majör bir halk sağlığı sorunudur ve yaralanmalar sıklıkla genç gruplarda, özellikle çocuk ve adölesanlarda ortaya çıkmaktadır (1-3). Yaralanmalar sonucu yılda beş milyondan fazla kişi ölmekte, milyonlarca insan zarar görmektedir ve bu sonuç dünyanın her ülkesinde sağlık için bir

Geliş Tarihi/Received: 05-12-2017 **Kabul Tarihi/Accepted:** 19-07-2018

^a Arş. Gör., Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, mail adresi: ekilinc@pau.edu.tr, ORCID: 0000-0003-1857-4953

^b Dr. Öğr. Üyesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, mail adresi: kamergur@gmail.com, ORCID: 0000-0002-2424-323X

Sorumlu yazar /correspondence: Eda KILINÇ, Arş. Gör., Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, mail adresi: ekilinc@pau.edu.tr

tehdit oluşturmaktadır. Yaralanmalardan sağ kurtulan insanların büyük bir kısmında ise geçici veya kalıcı özürler meydana gelmektedir (2).

Okul, çocukların evleri dışında toplum hayatına girdikleri başkaları ile sosyal etkileşimde buldukları (yeni arkadaşlar edinme) ilk yerdir. Çocuklar fiziksel olarak okulda daha aktif oldukları için okul kazaları da beraberinde gelmektedir. Kazalar, çocuğun sağlığına olumsuz etki ederek fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden hastalanmasına, sakatlanmasına hatta ölümüne neden olurken, aileye de ağır maddi yük getirmektedir. Bu sebeple üzerinde önemle durulması gereken bir konudur (4-6).

Bir kazanın, okul kazası sayılabilmesi için; okul saatleri içinde oluşması, öğrencinin okul etkinlikleri (spor etkinlikleri, geziler) için veya görevli olarak okul dışında başka yere gönderilmesi sırasında, okul yönetimince sağlanan bir taşıtla etkinliğin veya bir işin yapıldığı yere toplu halde götürülüp getirilmesi sırasında olması okul kazası olarak nitelendirilmektedir. Okul yaralanmalarının nedenleri, öğrencilerin bireysel özelliklerine (agresif davranış, lokomotor beceriler, fiziksel aktivite, öğrenci profilleri, kazaya yatkınlık, sosyo-ekonomik ve ailesel faktörler, okul arkadaşlarıyla etkileşim) ve okulların özelliklerine (ekolojik özellikler, tehlikeli aktiviteler, spor aktiviteleri, oyun alanı) bağlanabilir (7). Okul kazalarının en sık görüldüğü yerler; okula gidiş yolu, sınıf ortamları, spor salonları, bahçe, koridorlar, yemekhane, kantin önleri ve eve dönüş yoludur. Gür (2005)'ün çalışmasında okul kazaları en çok %37,2 ile okul bahçesinde, %25,5 ile sınıfta, %14,2 ile koridorda, %10,4 ile spor salonunda meydana gelmiştir. Öğrencilerin yaralanma ile karşı-laştıkları en tehlikeli alan ise spor salonları ve okul bahçeleridir (3,4,5,7). Her yıl, dünyada yaklaşık dört milyon çocuk ve ergen okulda yaralanmakta ve 10 ila 17 yaşlarındaki çocuklarda 1 milyondan fazla sporla ilgili yaralanma meydana gelmektedir (8).

Ülkar ve ark. (2002)'in çalışmasında Türkiye'de polikliniğe başvuran olgularda en çok futbol (%23,3), basketbol (%17,2), voleybol (%14,4) oynayan çocuk ve gençlerde spor yaralanmalarının görüldüğü bildirilmiştir (9). Bu nedenle spor ve oyunların okul çağında ki çocuklarda ciddi bir programla ele alınması yaralanmalardan korunma ve kazaları önleme açısından önem taşımaktadır (10).

Gür (2005)'ün çalışmasında okul kazalarının %16'sının hassasiyet, %14,8'inin sıyrık, %14,8'inin kanama, %10,5'inin kesik, %7,4'ünün morluk, %4,6'sının kırık, %5,3'ünün burkulma ile sonuçlandığı tespit edilmiştir. En sık rastlanan şiddetli yaralanma çeşidi ise kırık ve çıkıktır. Yaralanmalar en çok kafada (%48,1), bilekte ve kollarda (%48) oluşmaktadır (11).

Ayrıca öğrencilerde yaralanma ile ilgili önemli nedenlerden biri olan okul trafik yaralanmaları da ciddi bir sorundur. Öğrenciler okula çeşitli yollarla yolculuk eder bunlar: okul otobüsü (okuldan ve okula ulaşım araçlarından en güvenilir olanı), yürüyüş, bisiklet, toplu taşıma araçları veya ailelerinin araçlarıdır. Trafik yaralanmaları özellikle; yolda karşıdan karşıya geçmeye çalışırken, bisiklet sürerek okula olan ulaşımı sağlarken, velisi tarafından motorlu araçlarla okula ulaşımı sağlanırken meydana gelmektedir (12-15). Gündüz saat 7-8 arası ve öğleden sonra 3-4 arası trafik yaralanmasına maruz kalan okul çağındaki yayalar günün diğer saatlerine göre daha çoktur. Okul saatlerinde okul dışında meydana gelen kazalar ciddi yaralanmalar ile sonuçlanabilmekte ve gün geçtikçe artmaktadır. Ulusal Karayolu Trafik Güvenliği İdaresi (NHTSA) verilerine göre, 2004-2013 arası, okula gidip gelirken ölen 327 öğrenci vardır; bu ölümlerin 54'ü okul servis araçlarında, 147'si diğer araçlarda, 116'sı yaya olarak, 9'u ise bisiklet sürerken meydana gelmiştir (16). Her türlü araç taşımacılığında olduğu gibi, okul servisleri için de kazalar kaçınılmazdır. Hastane acil servislerine okul servisleriyle ilgili yaralanmalar sebebiyle her yıl, yaklaşık 17.000 çocuk için başvuru yapılmaktadır (17). Bu riskli grubun sağlığının korunması ve geliştirilmesi için okul trafik yaralanmalarına ilişkin etkili ve devam eden koruyucu davranışlarla riskli grubun eğitilmesi gereklidir. Trafik kazalarının önlenmesi için özellikle trafikle ilgili bilgi verilmesi, yaralanma durumunda müdahale edebilmek için ilk yardımın öğretilmesi gerekmektedir (18).

Yaralanmaya yönelik önlemlerin uygun bir şekilde alınabilmesi için risklerin tanınması öncelikli bir hedeftir. Bu nedenle öğrencilerin okul kazalarına yönelik güvenlik önlemlerinin ne kadarını bildiğinin belirlenmesi oldukça önemlidir. Okul sağlığı hemşireleri için okul kazalarını ve yaralanmalarını önlemek temel bir roldür ve bu nedenle okul sağlığı hemşireleri eğitim verme,

çevresel koruma stratejilerini geliştirme yoluyla yaralanmaların önlenmesi ve kontrolünü teşvik edebilir (5,19). Kaza ve yaralanma risklerine karşı gerekli önlemlerin alınmasında duyarlı davranması gereken diğer önemli grup ise okul yönetimidir. Onların da okul çevresinden kaynaklanan kaza risklerini bilmeleri önlem alma konusunda oldukça önemlidir. Okul yönetiminin gerekli planlama ve düzenlemeyle her türlü önlemi almasının yanı sıra, çocukların da kazalardan korunma ile ilgili gerekli bilgiye sahip olması, kazalardan korunmada oldukça önem taşımaktadır. İlgili kişilerin gerekli önlemleri almasının yanı sıra, çocuklar da yeterli düzeyde güvenlik önlemlerini tanırsa ve bu konuda yeterli bilgi ile donatılırsa, güvenli davranış becerileri gelişir böylece pek çok yaralanmalar ve ölümler önlenir. Bu konuda ebeveynlere önemli görevler düşmektedir. Çünkü ebeveynlerin okul çevresinden kaynaklanan kaza risklerini azaltmada ve kazalardan çocukları korumada, kaza olmadan veya kaza olduktan sonra gösterdikleri davranışları oldukça önem taşımaktadır (5,7,19).

Okul sağlığı hemşireleri olarak öğrencilere, belirtilen durumun ciddiyetini kavraması yoluyla olumlu koruyucu davranışları, davranış biçimi haline getirmeleri sağlanmalıdır. Bu da çocukların olumlu koruyucu sağlık davranışları kazanmasında önemi kanıtlanan Sağlık İnanç Modeli (SİM) ile mevcuttur. Bireyin sağlık davranışı geliştirmesi, benimsemesi ve uygulamasıyla ilgili çeşitli modeller vardır. Bu sağlık modellerinden biri olan "SİM" kişilerin sağlığını bireysel özellikler (sosyo-demografik özellikler), algıları (duyarlılık, durumun ciddiyeti, yarar, engeller, öz-etkililiği) ve eyleme geçiriciler (hazır oluşluk) etkilemektedir. SİM, bireyin inanç ve davranışları arasında ilişki olduğunu bireylerin sağlık davranışlarının; inanç, değer ve tutumlarından etkileneceğini savunmaktadır. Sonuç olarak, bireyin harekete geçmesi kendi sağlık davranışıyla ilgili yararları ve engelleri algılamasına bağlıdır (20,21). Okullarda SİM'e göre, okul personeli ve öğrencilerin sağlığını geliştirmede algılara duyarlılığı ve engellerinin tanınması ve daha sonra buna yönelik sürekli girişimlerde bulunulması başarıyı artıracığı bildirilmiştir. Okul personeli ve öğrencilerin sağlık inançlarının öğrenilmesi ve bunları olumlu yönde geliştirmeye yönelik girişimlerden sonra sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılması ile sağlığı geliştirme davranışlarının pekişmesi

sağlanacaktır (21). Bu derleme makalenin amacı, okul yaralanmalarını önlemede bir rehber olan Sağlık İnanç Modeli'ni tanıtmak, modelin okul yaralanmalarını önlemedeki etkisini yapılmış araştırmalarla ortaya koymak ve bu model ile yapılacak çalışmalara yol göstermektir.

Sağlık İnanç Modeli (SİM)

SİM, Amerikan sosyal psikologları tarafından geliştirilen ilk sosyal biliş kuramlarından biridir (22). 1950'lerin başından beri SİM sağlıkla ilgili davranış araştırmalarında, hem sağlıkla ilgili davranışların değişimini ve sürdürülmesini açıklamak hem de sağlık davranış müdahaleleri için yol gösterici bir çerçeve olarak en yaygın kullanılan modellerdendir (23).

Başlangıçta bu model bireylerin ücretsiz tarama testlerine neden katılmadığını açıklamak için geliştirilmiştir (22). O dönemde hastalıkları önleme ve erken teşhis için tarama programlarına büyük önem verilmiştir. Halk Sağlıkçılar, tarama yapmayı istemesine rağmen halk, belirtileri olmayan hastalıklar için test yapılmasını istememiştir. Bu karmaşa özellikle de tüberküloz (TB) için oluşan bir durum olmuştur. TB tarama programları, bazı insanların dikkatini çekmesine rağmen, hastalık riski altında olan geniş bir kitlenin dikkatini çekmemiştir (24). Hochbaum, (1958) bireylerin tüberküloza duyarlı olup olmadıklarına ve erken teşhisin kişisel faydaları hakkındaki inançlarına ilişkin algılarını incelemiştir. Bireylerin, bu handikaplı duruma karşı yarar algısı engeller algısına ağır basar ise kendi istekleri ile taramaları yaptırma oranının artacağını bildirmiştir (23).

Modelin odak noktası, insanların kendi inançlarını anlamalarına ve değiştirmelerine yardımcı olmaktır (22). SİM'in başarılı olması için iki temel önerme vardır: ilki, birey mevcut sağlık davranışını bir tehdit olarak görmesi diğeri ise belirli bir değişikliğin kabul edilebilir bir maliyet ve zamanla olumlu sonuç vereceğini düşünmesidir (23). SİM, insanların hastalık durumlarını önlemek ya da kontrol altına almak için bireylerin nasıl harekete geçeceğini önceden tahmin etmeyi kolaylaştıran birkaç temel kavramı içerir; bunlar, duyarlılık, ciddiyet, bir davranışa yönelik yarar ve engeller, eyleme geçirici ipuçları ve en son olarak öz-etkililiktir (23).

Modele Ait Bileşenler;

Hassasiyet/Duyarlılık Algısı: Bireyin hastalık veya kötü bir duruma yakalanma ihtimaline ilişkin inançlarını ifade eder (22). Birey mevcut sağlık sorununun kendisine zarar vereceğine yönelik hassas/duyarlı ise, eyleme geçtiği zaman kendine gelecek zararların azalacağını düşünür (23).

Ciddiyet/Önemseme Algısı: Bir hastalığa yakalanma ya da hastalığın veya durumun (örneğin; ölüm, engellilik ve ağrı) tedavi edilememesinin ciddiyetiyle ilgili duygulardır. Duyarlılık ve ciddiyet kombinasyonu algılanan tehlike olarak etiketlenmiştir (23). Diğer bir deyişle ciddiyet algısı bir hastalığın sonuçlarına karşı bireyde oluşan tepkinin şiddetini gösterir. Ciddiyet algısı kişinin kendi sağlığı hakkında olan bilgisine göre değişir (24). Örneğin, bir öğrencinin bisikletle yaralanması, kendinin fiziksel, sosyal durumunu ve okul yaşantısını ne derecede etkileyeceği kaygısı ciddiyet algısını oluşturur.

Yarar Algısı: Bireyin hastalık veya hastalık tehdidini azaltmak için önerilen koruyucu davranışın etkililiğini algılaması anlamına gelir. Eğer birey bunun yararlı olduğu düşünürse önerilen sağlık davranışını kabul eder (23,24).

Engel Algısı: Kişinin önerilen bir sağlık davranışını yapma konusundaki engelleri (maliyet, zaman, tehlike) ifade eder (24). Bu engeller (maliyet, zaman) olumlu sağlık davranışının potansiyel olarak olumsuz yönleridir. Algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar, algılanan engellerin etkisini azaltırsa, davranışlar gerçekleşir (23).

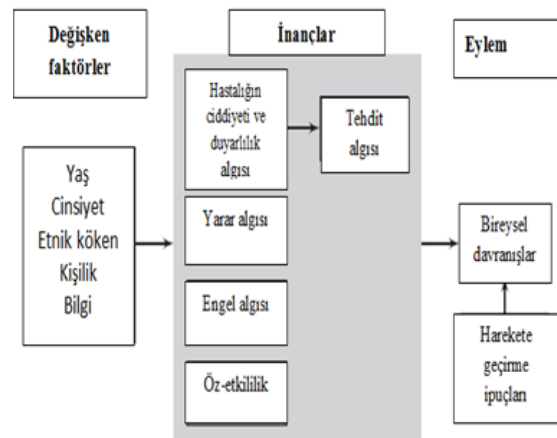
Eyleme Geçiriciler: Bireylerin önerilen bir sağlık davranışını kabul etmesi için karar verme sürecini tetikleyen uyaranlardır. Eyleme geçiriciler, davranışları tetikleyebilecek ipuçlarına yönelik kavramları içerir. Model, harekete geçmek için hastalığın şiddetinin, algılanan duyarlılık ve algılanan tehdit ile ilgili hazır bulunmanın önemli olduğunu belirtmektedir. Bu ipuçları içsel (yaralanmalara bağlı ağrı, kanama, hassasiyet vb.) veya dışsal (örneğin; başkalarının önerileri, aile üyelerinin hastalık/kaza deneyimleri, akran deneyim/görüşleri, medya vs.) uyaranlar olabilir (23).

Öz-etkililik: Güçlükler ile karşılaşıldığında bile gerekli olan davranışın başarıyla uygulanabileceğine dair bireyin inancı olarak tanımlanmaktadır. Sonuç beklentileri SİM'in algılanan fayda kavramına benzer fakat farklıdır. Öz-etkililik, başlangıçta SİM'in formülasyonlarına dâhil edilmemiştir. 1988'de Rosenstock, Strecher ve Becker, duyarlılık, ciddiyet, yararlar ve engeller gibi orijinal kavramları da içererek öz-etkililiğin ayrı bir yapı olarak SİM'e eklenmesini önermiştir ve SİM'e dâhil edilmiştir (23).

Diğer Değişkenler: Çeşitli demografik, sosyo-psikolojik ve yapısal değişkenler algıları etkileyebilir böylelikle sağlıkla ilişkili davranışları da dolaylı olarak etkiler. Örneğin, sosyo-demografik faktörlerin, özellikle eğitim kazanımının, duyarlılık, ciddiyet, yarar ve engellerin algılanmasını etkileyerek davranış üzerinde dolaylı bir etkiye sahip olduğuna inanılmaktadır.

SİM bileşenleri şekil 1 de gösterilmektedir.

Şekilde ki oklar yapılar arasındaki ilişkileri belirtir. Değişken faktörler, sağlık algılarını etkileyebilecek bilgi ve sosyo-demografik faktörleri içerir. Sağlık inançları, SİM'in başlıca yapılarını içerir: duyarlılık, ciddiyet, fayda, engeller ve öz-yeterlik. Değişken faktörler, eylem ipuçları gibi bu algılamaları da etkiler. İnançların bileşimi davranışa neden olur. "İnançlar" kutusunda, duyarlılık algısı ve ciddiyet tehdidi tanımlamak için birleştirilmiştir.



Şekil 1: Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri ve Bağlantıları (23).

Tablo 1: Sağlık İnanç Modeli Rehberliğinde Yapılmış Tanımlayıcı ve Deneysel Çalışmaların Etkililiğini Gösteren Girişimler ve Sonuçlar (26,30)

Yazar	Çalışmanın Başlığı	Girişimler	Sonuçlar
Wang ve ark. 2014 (27)	Toplum bağlamında lise öğrencileri arasında yaralanmanın önlenmesi için okul sağlığı eğitimi programının sağlık inanç modeli temelli değerlendirilmesi	Bu çalışma, lise öğrencilerinde yaralanma ile ilişkili sağlık inancı üzerine girişim öncesi ve sonrası kendi kendini uygulanan bir anket kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Girişim olarak verilen okul sağlığı eğitiminin içeriğinde; seminer, güvenlik dersi broşürü, kitapçık ve yangın tatbikatı vardır. Yaralanma ile ilişkili sağlık eğitim faaliyetleri toplum, okul ve aileler dâhil olmak üzere üç düzeyde yürütülmüştür. Girişim sonrası inceleme için girişimden altı hafta sonra aynı anket kullanılarak anketler tekrar uygulanmıştır.	SİM'e dayalı yapılan bu çalışmada sağlık inanç puanlarının girişim sonrası girişim öncesinden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Girişim sonrasında sağlık inancı skorunun önemli derecede arttığı görülmüş (p < 0.001). Girişim öncesi ve girişim sonrası arasındaki sağlık inanç puanını artması yaralanmanın önlenmesi için toplum temelli sağlık eğitim programının önemli olduğunu ortaya koymaktadır ve bu şekilde sağlık inanç modelinin geçerliliğini de doğrulamaktadır.
Zhang ve ark. 2013 (26)	Yaralanmayla ilişkili riskli davranışlar: Şanghay'da güvenli bir toplumdaki ilköğretim öğrencilerinin sağlık inanç modeli temelli bir çalışması	Şanghay'daki bir ilkokulun 3. ve 4. sınıflarına uygulanan anket öğrencilerin SİM'e dayalı riskli davranışlarını ve sağlık inançlarını araştırmak üzere tasarlanmıştır. Anket esas olarak üç bölümden oluşmaktadır: 1) yaralanmayla ilişkili riskli sağlık davranışları, 2) sağlık inancı ve 3) öz-etkililik.	İlköğretim öğrencilerinin yaralanma ile ilişkili riskli davranışlarda bulunduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle bazı spesifik davranışlarda risk alma oranları yüksektir bunlar; spordan önce ısınma hareketi yapmam (%45,17), spor faaliyetlerinde koruyucu ekipman (dizlik, kask vb.) kullanmam (%37,77), araç kullanırken emniyet kemeri/kask kullanmam (%23,82). Bu çalışma okullarda yaralanmaları önlemek için SİM teorisinin önemini vurgulamaktadır.
Rezapur-Shahkoai ve ark. 2016 (28)	İlköğretim öğrencileri arasında trafik kazalarına bağlı yaralanmalarla ilgili koruyucu davranışlar üzerine sağlık inanç modelinin kullanılması	Çalışma, ilkokul öğrencileri arasında deney ve kontrol gruplu düzen oluşturularak uygulanmıştır. Deney grubu eğitim programına katılırken, kontrol grubu herhangi bir eğitim almamıştır. Eğitim amacı ile ders, soru/cevap ve kitapçık gibi farklı eğitim yöntemleri kullanılmıştır. SİM rehberliğindeki eğitimden iki ay sonra veriler toplanmıştır.	Girişim öncesinde, kontrol ve deney grupları arasında bilgi konusunda anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p=0,247). Ancak, girişim sonrasında, trafik kazaları ve korunma ile ilgili bilgi verilmesi nedeniyle öğrencilerin bilgisi, deney grubunda önemli bir artış göstermiştir (p=0,001). SİM temelli eğitim, ilkokul öğrencilerinin trafik yaralanmasına ilişkin önleyici davranışları üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Mevcut çalışma sonuçları, çocukların ve öğrencilerin trafik kazalarının önlenmesi alanında eğitilmeleri gerektiğini ve bu eğitimin bu önemli alanda koruyucu davranışları artırabileceğini göstermiştir.

Tablo 1: Sağlık İnanç Modeli Rehberliğinde Yapılmış Tanımlayıcı ve Deneysel Çalışmaların Etkililiğini Gösteren Girişimler ve Sonuçlar (26,30) (Tablo 1'in devamı)

Ross ve ark. 2010 (29)	Bisiklet kaskı tutum ölççeği: öğrencileri arasında sağlık inanç modelini kullanarak kask kullanımını belirleme	lisans	Çalışmada, SİM rehberliğinde bisiklet kaskı tutum ölççeği geliştirilmiştir. Katılımcılar, üniversite öğrencilerinden oluşmaktadır, öğrencilerin bisiklet kaskı kullanımıyla ilgili tutum ve davranışları belirlenmiştir. SİM'in tüm alt ölçekleri ile ilişkili 127 maddelik bir anket oluşturulmuş ve öğrencilere cevaplaması için verilmiştir.	Örneklemin %53'ü yılda çok az bisiklet kullanırken %12'si sıklıkla kullandığını ifade etmiştir. Öğrencilerin %75'i daha önceden bisiklet kullandığında yaralanma yaşadığını bildirirken, %12'si yaralanmalarının tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyduğunu bildirmiştir. Öğrencilerin %46'sı bisiklet kaskına sahip olduklarını bildirirken bunların yalnızca %12'si kask kullandığını bildirmiştir. %72 si kask takmadığını ve gelecekte de takmayı düşünmediğini bildirmiştir. Tüm SİM boyutları, Bisiklet Kask Tutum Ölçeği alt ölçeklerinin her biri, kask kullanıcıları ve kullanmayan kişiler arasında anlamlı farklılık göstermiştir. Bu sonuçlar, koruyucu sağlık programlarında bisiklet kaskı kullanımını artırmak için kritik öneme sahiptir.
Farhadi ve ark. 2014 (30)	Famenin Öğrencileri arasında Sağlık İnanç Modeli Temelli Eğitim Programının, Okul Yaralanmalarını Önleme Üzerine Etkisi	Ortaokul	Bu deneysel çalışma Mart-Mayıs 2014 tarihleri arasında İran'ın Hamadan kentindeki Famenin ortaokullarında ki öğrenciler üzerinde deney ve kontrol gruplu düzen oluşturularak yürütülmüştür. Çalışmada toplam 144 öğrenci rastgele seçilmiştir. Veriler, öğrencilerin demografik özelliklerini ve Sağlık İnanç Modeli yapıları ile ilgili bilgilerini içeren kendi kendine uygulanan bir anket kullanılarak toplanmıştır. Bu çalışma, iki grupta da ön test-son testi ve deney grubu için bir eğitim kitapçığı ile beş seans eğitim girişimini içermektedir.	Sağlık İnanç Modeli temelli eğitimsel girişimin ardından ve dayalı olarak, bilgi, uygulama, algılanan duyarlılık, eyleme geçiriciler ve öz-etkililik için öğrencilerin elde ettikleri ortalama puanlar, deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek iken ($p<0.001$), deney grubunda algılanan engeller toplam puanı kontrol grubundan anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0.001$). Bu çalışmanın sonucu olarak; öğrencilerde Sağlık İnanç Modeli temelli eğitimsel girişimlerin okul yaralanmalarını önlemede kendini koruma becerilerini artırdığı söylenebilir.

Sağlık İnanç Modelinin Okul Yaralanmalarını Önlemede Etkililiğine İlişkin Kanıtlar

Okul yaralanmalarını önlemede SİM'e dayalı sağlık eğitimlerinin, bir dizi davranış değişikliğinin geliştirilmesinde etkili olduğu görülmüştür (25,26). SİM'in performans ve faydası geniş deneysel çalışmalarla onaylanmıştır. Okul yaralanmalarına karşı birçok çalışmada SİM'in önemli bir rol oynadığı belirlenmiştir.Yapılan literatür taramasında Türk toplumunda okul yaralanmalarını önlemede SİM'e dayalı herhangi

bir çalışma yapılmamıştır. Bu konuda dünyada yapılan çalışmalar rehber alınarak SİM'in etkin rol oynadığına dair kanıtlar bulunmuştur (26-31). Literatür taraması hakemli dergilerin bulunduğu Science Direct, Web of Science, Ulakbim, Google Akademik vb. sitelerin incelenmesi ve Marmara Üniversitesi e-kütüphane veri tabanının kullanılması ile yapılmıştır. SİM'in etkinliğini gösteren tanımlayıcı ve deneysel çalışma örnekleri ve bu çalışmalar sonucunda yaralanmalara karşı

oluşan olumlu davranışlar Tablo 1'de özetlenmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak; sağlık inancı, sağlık davranışlarını öngördüğü ve olumsuz sağlık davranışlarını değiştirmede etkili olduğu için önemlidir. Okullar, öğrencilerin akademik, sosyal ve duygusal gelişimlerini destekleyen kendilerini tam olarak geliştirebilecekleri güvenli bir ortam olmalıdır bu sebeple okulların sağlıklı ortamlar olarak rolünün güçlendirmesi çok önemlidir. SİM'in etkililiği yapılan araştırmalar ile kanıtlanmıştır. SİM'e göre, okullarda yaralanmaları önlemek için idari personel, okul personeli ve öğrencilerin yaralanmalara karşı duyarlılık algıları ve yaralanmalardan korunmada ki engel algılarının tanınması başarıyı artıracaktır. Bu amaçla öğrencilerin okul yaralanmalarından korunmaya yönelik sağlık inançlarının öğrenilmesi ve olumsuz

olan sağlık inançlarını olumlu yönde geliştirmeye yönelik girişimlerde bulunulması ile okul yaralanmalarının önlenmesi sağlanacaktır.

Sonuç olarak, okul sağlığı hemşirelerinin, okulda kasıtlı ve kasıtsız yaralanmaları önlemeye yönelik hemşirelik planları geliştirirken SİM'in en iyi şekilde nasıl uygulanacağı konusunda daha fazla araştırma yapması ve daha fazla çaba harcaması gerekecektir. Bu derleme ile okul hemşirelerinin okul yaralanmalarını önlemede sağlık inanç modeli temelli girişimlerin etkisini bilmeleri ve etkililiğine inanmaları hedeflenmiş olup bu modeli temel alarak yapılacak çalışmalara yol göstereceği ve kaynak olacağı düşünülmektedir.

Teşekkür

Bu derleme makalenin Türkçe yazım kurallarına uygunluğunu değerlendiren Uzman Dil Bilimci Zerrin Çetindağ'a teşekkürlerimizi sunarız.

Kaynaklar

1. Wang SM, Dadal K. Safe communities in China as a strategy for injury prevention and safety promotion programmes in the era of rapid economic growth. *J Community Health*. 2013; 38(1): 205–214.
2. World Health Organization. Injuries. (Güncelleme tarihi: 2017; Erişim Tarihi: 27 Mayıs 2017). Erişim adresi: <http://www.who.int/topics/injuries/en/>.
3. Eraslan R, Aycan S. Bir İlköğretim Okulu İkinci Kademe Öğrencilerinde Okul Kazası Görülme Sıklığının İncelenmesi [The study of the frequency of the school accidents in the secondary school children]. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi [Turkish Journal of Pediatric Disease]* 2008; 2(3): 8-18.
4. Ayvaz Ö, Tümerdem Y, Özel S, Önal E, Erdoğan, A. Ortaöğretim Öğrencilerinde Kazalar [Accidents in secondary school students]. 8. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Kitabı, Sivas 2003: 79-80.
5. Gür K, Yıldız A. Öğrencilerin Okul Kazalarında Güvenlik Önlemlerine Yönelik Bilgi Ve Davranış Ölçeklerinin Geçerlik Ve Güvenirliği [Validity and reliability of scales children's knowledge and attitude towards the security prevention against school accidents]. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi [Maltepe University Journal of Nursing Science and Art]*, 2009; 2(1): 10-21.
6. Bostancı N, Albayrak B, Bakoğlu ÇS. Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Depresif Belirtileri Üzerine Etkisi [The impact of depressive symptom levels from childhood abuse in university students]. *New Symposium Journal*, 2006; 44(2); 100-106.
7. Gür K. Okul Sağlığında Özel Sorunlar; Okul Kazaları [Special Problems in School Health; School Accidents]. Gözüm S, editör. *Okul Dönemindeki Çocukların Sağlığının Geliştirilmesi*. 1. Baskı. İstanbul: Vize; 2016.p.399-410.
8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Healthy youth! Unintentional injuries, violence and the health of young people. (Güncelleme tarihi: 11 Ekim 2016; Erişim tarihi: 30 Ocak 2017). Erişim adresi: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/injury/facts.htm>
9. Ülkar B, Güner R, Ergen E. Fiziksel Olarak Aktif Çocuk Ve Ergenlerde Yaralanma Özellikleri [Injury characteristics in physically active children and adolescents]. 7. Uluslararası Spor Bilimleri Kongresi. Antalya: 2002.

10. Ergen E. Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Spor Yaralanmalarının Nedenleri, Epidemiyolojisi, Risk Faktörleri [Sports injuries in children and adolescents: etiology, epidemiology, and risk factors]. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 2004; 38(1): 27-31.
11. Gür K. İstanbul ili ilköğretim okullarında kaza epidemiyolojisi ve öğrencilerin okul kazalarında güvenlik önlemlerine yönelik bilgi ve davranış ölçeklerinin geliştirilmesi [Epidemiology of accident in the elementary schools of İstanbul and development of scales of children`s knowledge and attitude towards the security prevention against school accidents] [Doktora Tezi]. T. C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Health Science, Marmara University], İstanbul, Türkiye, 2005.
12. Posner M. Getting there and back: School bus, motor vehicle, bicycle, and pedestrian injuries. preventing school injuries. In: A comprehensive guide for school administrators teachers, and staff. 1nd ed. New Brunswick, New Jersey, and London: Rutgers University Press; 2000. p.53-85.
13. National Highway Traffic Safety Administration. Traffic safety facts: 2014 data – occupant protection. Washington, DC: US Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration. (Güncelleme tarihi: 15 Şubat 2017; Erişim tarihi: 30 Haziran 2017). Erişim adresi: <https://crashstats.nhtsa.dot.gov/Api/Public/ViewPublication/812262>.
14. Centers for Disease Control and Prevention. WISQARS (Web-based Injury Statistics Query and Reporting System). Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC. (Güncelleme tarihi: 11 Ekim 2016; Erişim tarihi: 30 Ocak 2017). Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>
15. Winston F, Kallan M, Senserrick T, Elliott M. Risk factors for death among older child and teenaged motor vehicle passengers. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2008; 162(3): 253–260.
16. Back to School Safety Advisory: NHTSA encourages everyone to be responsible for getting children to and from school safely. NHTSA 41-15 Washington DC. (Güncelleme tarihi: 25 Ağustos 2015; Erişim tarihi: 20 Eylül 2017). Erişim adresi: <https://www.nhtsa.gov/press-releases/back-school-safety-advisory-nhtsa-encourages-everyone-be-responsible-getting-children>
17. Lucile Packard Children`s Hospital Stanford, Stanford Children`s Health (Güncelleme tarihi: 2017; Erişim tarihi: 20 Eylül 2017). Erişim adresi: <http://www.stanfordchildrens.org/en/topic/default?id=how-safe-is-the-school-bus-1-1133>
18. Yıldız E. [School health nursing]. Erci B, editör. Halk sağlığı hemşireliği. [Public health nursing]. 2. Baskı. Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri; 2016. p.112-118.
19. Philbrook JK, Kiragu A, Geppert J, Graham P, Richardson L, Kriel R. Pediatric injury prevention: Methods of booster seat education. *Pediatric Nursing*, 2009; 35(4): 215–220.
20. Gözüm S, Çapık C. Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli [A guide to the development of health behaviors: Health Belief Model (HBM)]. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi [Dokuz Eylul University School of Nursing Electronic Journal]*, 2014; 7(3): 230-237.
21. Öncel S, Akcan A, Meydanlıoğlu A. [Health Promotion and Disease Prevention; Health Belief Model]. Gözüm S, editör. Okul dönemindeki çocukların sağlığının geliştirilmesi. 1. Baskı. İstanbul: Vize; 2016. p. 195-196.
22. Gottwald M, Goodman- Brown J. Health Belief Model. A Guide To Practical Health Promotion. 1nd ed. England, McGraw-Hill Education; 2012. p. 73-78.
23. Champion VL, Skinner CS. The Health Belief Model. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editör. *Health Behavior and Health Education: theory, research, and practice*. 4nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p. 45-62.
24. Hayden J. Health belief model. Introduction to Health Behavior Theory. 2nd Ed. Canada: Jones and Barlett Publishers; 2014. p. 63-107.
25. Webb TL, Snihotta FF, Michie S. Using theories of behaviour change to inform interventions for addictive behaviours. *Addiction*, 2010; 105 (11): 1879–1892.
26. Zhang LL, Dalal K, Wang SM. Injury related risk behavior: a health belief model-based study

- of primary school students in a safe community in Shanghai. *PLoS One*, 2013; 8(8).
27. Wang SM, Cao ZJ, Chen Y. Health belief model based evaluation of school health education programme for injury prevention among high school students in the community context. *BMC Public Health*, 2014. DOI <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-26>
 28. Rezapur-Shahkolai F, Ebrahimikhah M, Hazavehei S MM, Moghimbeigi A. Using health belief model on preventive behaviors related to road traffic injuries among primary school students. *Journal of Research Health* 2016, Erişim adresi: <http://jrh.gmu.ac.ir/files/site1/files/Ebrahimikhahi26.4.95.pdf>
 29. Ross TP, Ross LT, Rahman A, Cataldo S. The bicycle helmet attitudes scale: using the health belief model to predict helmet use among undergraduates. *J Am Coll Health*, 2010; 59(1): 29–36.
 30. Farhadi Z, Roshanaei G, Bashirian S, Rezapur-Shahkolai F. The effect of an educational program on school injury prevention in junior high school students of famenin based on the health belief model. *Journal of Education and Community Health*, 2014; 1(3): 1-11.
 31. Lajunen T, Rasanen M. Can social psychological models be used to promote bicycle helmet use among teenagers? A comparison of the health belief model, Theory of planned behavior and the locus of control. *Journal of Safety Research*, 2004; 35(1): 115–123.

Ameliyathane Ergonomik Faktörler ve Çalışan Güvenliği Ergonomic Factors and Staff Safety in the Operating Room

Esma ÖZŞAKER^a

ÖZ Ameliyathane sağlık çalışanları için birçok tehlike alanı mevcuttur. Çalışan güvenliğini etkileyen faktörlerden biri de ergonomik faktörlerdir. Sağlık çalışanları, ameliyathane fiziksel, bilişsel ve örgütsel ergonomik risk faktörlerine maruz kalabilirler. Ameliyathane ergonomik koşullar çalışanların sağlığını, iş doyumunu ve performansı etkiler. Bu makalenin amacı, ameliyathane ortamında ergonomik faktörlerin çalışan güvenliğine olan etkilerini literatür ışığında incelemektir. Bu kapsamda ameliyathane ergonomik tasarımın, kullanılan araç-gereçlerin çalışan güvenliğine olan etkilerine ve ergonomik risk faktörlerine yönelik önerilere yer verildi.

Anahtar sözcükler: Ergonomi, ameliyathane, güvenlik, çalışan güvenliği

ABSTRACT There are many danger areas for health professionals in the operating room. One of the factors that affect the safety of staff are ergonomic factors. Operating room's staff can be exposed to physical, cognitive and organizational ergonomic risk factors. Ergonomic conditions in operating rooms effects staff's health, job satisfaction and performance. The purpose of the article is to examine the potential impact of the ergonomic factors on staff safety in the operating room in the light of the literature. In this context, the impact of ergonomic design in the operating room and the tools used on the staff safety and recommendations for the ergonomic risk factors was addressed.

Keywords: Ergonomics, Operating room, Safety, Staff safety

Giriş

İnsan ve çalışma ortamı arasındaki etkileşim olarak da ifade edilen ergonomi “insan faktörleri” olarak da bilinen ve çalışma ortamında insanı merkeze alan bir tasarım bilimidir (1-2). Ergonomi, insanların ihtiyaçları, yetenekleri ve sınırlılıkları bakımından insanlarla etkileşimde olan her şeyin/nesnenin insanların ihtiyaçları, bilgi ve yetenekleri ile uyum içinde olmasını sağlar (2-3).

Çalışanın sağlığı ile çalışma ortamı arasında iki yönlü bir etkileşim vardır. Çalışma koşulları çalışanın sağlığını, sağlık da bireyin çalışma kapasitesini etkilemektedir. Ameliyathaneler özel bilgi, beceri ve eğitim gerektiren çeşitli tıbbi malzeme ve ekipmanın yanı sıra, yeni teknolojilerle donatılmış stresli ve karmaşık çalışma alanlarıdır (3).

Çalışma ortamında sağlığı ve güvenliği etkileyen unsurlardan biri de ergonomik risk faktörleridir (3-4). Yeni teknolojiler ve ürünler ortaya çıktıkça, ergonomi sağlık sektöründe giderek daha önemli bir unsur haline gelmiştir (5-6). Ergonomiyle ilgili sorunların özelliklerini anlamak, etkin müdahaleye yönelik gerekli tedbir-

erin alınması bakımından önemlidir (6). Multidisipliner bir alan olan ergonomi ‘Uluslararası Ergonomi Birimi’ tarafından fiziksel, bilişsel ve örgütsel olmak üzere üç alt bileşende tanımlanmaktadır (2,4). Sağlık çalışanları ameliyathane ergonomik risk faktörlerine maruz kalabilmektedirler (3).

Ameliyathane Ortamında Karşılaşılan Fiziksel Ergonomik Risk Faktörleri

Çalışanların anatomik, antropometrik, fizyolojik ve biyomekanik özellikleri, çalışma sırasındaki duruşları, taşıma/kaldırma eylemleri, tekrarlanan hareketler, fiziksel iş yükü, fiziksel ergonominin alanıdır (1,2,4). Ameliyathane ortamında karşılaşılan fiziksel ergonomik risk faktörleri arasında; hasta/malzemeleri taşıma ve kaldırma, pozisyon (duruş), fiziksel ortam ve kullanılan araç/gereçler yer almaktadır (3,7,8). Kaygan ve ıslak zeminler, pürüzlü zemin yüzeyleri, dağınık ve düzensiz odalar, dar geçitler ve özellikle akşam vardiyalarında yetersiz aydınlatma, çalışma ortamına bağlı fiziksel ergonomik risk faktörleridir (3). Hastaları

Geliş Tarihi/Received:201-12-2017/ Kabul Tarihi/Accepted:27-03-2018

^aDr.Öğr.Üyesi Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, email: esmaozseker@yahoo.com, ORCID: 0000-0002-4878-1841

ve ağır yükleri; tek başına taşıma/kaldırma, vardiya başına birden fazla kaldırma, elle taşıma, obez ve bilinçsiz hastaları taşıma, vücut mekaniklerine dikkat etmeden taşıma ve kaldırma, omuz yüksekliğinin üzerinde ve diz yüksekliğinin altında çalışma, ağır aletleri uzun süre vücuttan uzakta tutma, aşırı çaba uygulama, tepsiler, monitörler, hastalar gibi ağır yükleri itme, çekme, indirme gibi uygulamalar taşıma ve kaldırmaya bağlı fiziksel ergonomik risk faktörleridir (3,7,8). Ergonomik olmayan, kırık/bozuk araç-gereç kullanma ve röntgen kullanılan ameliyatlarda kurşun önlük giyilmesi araç gereçle ilişkili fiziksel ergonomik risk faktörlerini oluşturmaktadır (3).

Ameliyathanede sağlık personelinin yanlış vücut biyomekaniği kullanması, tekrarlanan hareketler, sırtın hiperekstansiyonu / fleksiyonu, uygun olmayan postür, uzun süre ayakta kalma, uzun süre aynı pozisyonda kalma, güç gerektiren görevler, ameliyathane ekipmanına / arabalara çarpma pozisyona bağlı fiziksel ergonomik risk faktörleridir (3,6,7,9). Abdullahzade ve ark. (2016) tarafından ameliyathane hemşirelerinin çalışma pozisyonlarına ilişkin yapılan çalışmada; çalışma ortamında hemşirelerin çalışma postürleri hızlı vücut değerlendirme yöntemi (Rapid Entire Body Assessment - REBA) ile değerlendirilmiş ve REBA skor ortalaması 7.7 bulunmuş. Yüksek REBA puanı, çalışma koşullarının hatalı olduğunu ve hemşirelerin iş sırasındaki duruşlarının sürdürülmesinin zor olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sonuç ameliyathane hemşirelerinin genelde yüksek risk taşıdığını göstermektedir (10). Voss ve ark. (2017) tarafından ameliyatlarda ergonomik tehlikelere ilişkin yapılan bir çalışmada çalışanların pozisyonlarının ergonomik olmadığı saptanmıştır (11). Matern ve Koneczny (2007) genel çalışma pozisyonlarının, cerrahların %84'ü tarafından rahatsız ya da ağrı verici olduğunu belirtmişlerdir (5). Albayrak ve ark. (2007) ise cerrahların ameliyata çok yoğunlaştıklarından, duruşlarını ihmal etme eğiliminde olduklarını ve bu nedenle vücut desteğine ihtiyacın arttığını bildirmişlerdir (12).

Robot destekli cerrahinin endoskopik cerrahiden daha rahat olduğu düşünülse de çalışmalar mevcut konsol kurulumunda ergonomik açıların kaldığı göstermiştir. Da Vinci konsolun optimum kol dayama yüksekliğinin kısa ve çok uzun boylu kişiler için ayar aralığının dışında olduğu saptanmıştır (13). El Ata ve ark. (2016)

tarafından ameliyathane hemşirelerinde işe bağlı kas iskelet sistemi hastalıklarının (İBKİSH) incelendiği çalışmada, ameliyathane hemşirelerinde saptanan mesleki risk faktörleri sırasıyla boynu fleksiyonda tutarak çalışma (%95), uygun olmayan postür (%90.2), el ve bileğin deviasyonu (%84.8), el ve bileğin tekrarlayan hareketi (%84.8), dört saat ve üzeri ayakta durma (%81), ağır nesnelere hareket ettirme/kaldırma (%64.7), ağır nesnelere itme/çekme (%64.1) ve kolu uzatarak çalışma (%26.1) olduğu saptanmıştır. Ameliyathane hemşirelerindeki mevcut mesleki risk faktörleri ile kas iskelet sistemi rahatsızlıkları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (9).

Matern ve Koneczny (2007) ameliyathanedeki güvenlik, tehlikeler ve ergonomi konusunda yaptıkları çalışmada; cerrahların %78'inin ameliyathane masalarının ayarlanabilir olmasını rahat bir çalışma pozisyonu elde etmek için yeterli gördüklerini, %45'inin daha iyi çalışma pozisyonu için bir ayak desteğine ihtiyaç duyduklarını, cerrahların dörtte birinin bazı uygulamalar için masa yüzeylerini çok dar/çok geniş bulduklarını ve hastanın doğru konumlandırılmasında zorluk yaşadıklarını rapor edilmişlerdir (5). Araştırmacılar ayrıca, ameliyathanelerin %83'ünde ekipman kablolarının tökezleme tehlikesi yarattığını, cerrahların çoğunun (%79) ameliyat sırasında bu kabloların üzerine bastığını ve kabloların çalışmalarını engellediğini hissettiklerini (%53) saptamışlardır (5).

Ameliyathanede Karşılaşılan Bilişsel Ergonomik Risk Faktörleri

Ergonomi sadece iş ortamının, çalışanların iş yapış şekillerine göre uyumlaştırılması süreci olarak düşünülmemelidir. Kişilerin psikolojik ve fizyolojik doyum düzeyleri, çalışma çevresiyle olan teması, araç-gereç kullanım yeterlilikleri gibi değişkenlerin, insan faktörleri ile olan etkileşimlerinin hasta memnuniyeti ve güvenliği üzerine olan etkilerini de görmeyi gerektirmektedir (1). Eğitim programlarını geliştirme, araç ve teknolojilerin tasarımı ve değerlendirilmesi, zaman baskısı altında karar verme, zihinsel iş yükü, kullanıcılara geribildirim sağlama, insan sistem tasarımıyla ilişkili beceri kazandırma bilişsel ergonomiyi kapsamaktadır (1,2,4).

Ameliyathanede, yüksek zihinsel iş yükü, iş stresi, iletişim eksikliği, şiddet, fiziksel zorlanma, ağrı, yorgunluk, cerrahi kompli-

kasyonlar, gecikmeler, insanın dayanıklılığı, iş memnuniyetsizliği, hemşireler arası tutarsızlık, işi bitirmek için sınırlı zaman, meslektaş ve yönetici desteği, insan-bilgisayar etkileşimi ve karar vermede yetersizlik bilişsel ergonomik risk faktörlerini oluşturmaktadır (3). Abdullahzade ve ark. (2016) ameliyathane hemşirelerinin yaptıkları işlemlerde doğru ergonomik yöntemler hakkında eğitim ve uygulama gereksinimi olduklarını saptanmışlardır (10). Sheikhzadeh ve ark. (2009) cerrahi ortamda hemşireler ve teknisyenlerin ergonomik risk faktörlerini algılama durumlarını inceledikleri çalışmada; dolaşıcı ve steril hemşirelerin, ameliyathaneyi; zorlayıcı, stresli ve karmaşık bir çalışma ortamı olarak algıladıkları ve kas iskelet sistemi rahatsızlığıyla sonuçlanan yorucu fiziksel çalışma faaliyetlerinin olduğu belirtilmektedir (14).

Ameliyathane Karşılaşılan Örgütsel Ergonomik Risk Faktörleri

İletişim, ekip kaynak yönetimi, çalışma saatlerinin belirlenmesi, ekip çalışması, iş birliği içinde uyumlu çalışma, kalite yönetimi, güvenlik kültürü vb. örgütsel ergonominin konusudur (1,2,4). Ameliyathane, uzun çalışma saatleri, vardiya arası zaman azlığı, hastayken izin gününde veya hafta sonu çalışma, zorunlu fazla mesai, insan kaynakları yönetimi, iş ve çalışma saatlerinin organizasyonu, ekip çalışması, iş birliği ve kalite yönetimi örgütsel ergonomik risk faktörlerini oluşturmaktadır (3).

Ergonomik Risklerin Sağlık Üzerine Etkisi

Ameliyathane çalışanları iş ile ilgili kas-iskelet bozukluklarına neden olabilen ergonomik risk faktörlerine maruz kalmaktadır (6). Çalışma ortamının ergonomik olarak düzenlenmesi önemlidir, çünkü uygun olmayan yetersiz ergonomik tasarım, çalışanlarda incinme, stres ve yorgunluk gibi problemlere neden olmaktadır. Aynı zamanda çalışan verimliliği azalarak istenilen düzeyde kaliteli bir bakım hizmeti verilmesini de engellemekte ve hasta güvenliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (1).

Ameliyathaneler cerrahi ekip için yüksek fiziksel ve bilişsel iş yükü oluşturabilen karmaşık bir ortamdır (15). Tekrarlayan hareketler, güç uygulama, uygun olmayan postür, uzun süre aynı pozisyonda kalma ve titreşim gibi işle ilgili fiziksel risk faktörleri ve iş memnuniyetsizliği, monoton iş,

zaman baskısı, yetersiz iş arkadaşı desteği, dinlenme molalarının eksikliği gibi psikososyal risk faktörleri kas iskelet sistemi rahatsızlığına neden olabilmektedir (16).

Kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, tüm dünyada önemli bir meslek hastalığı olarak kabul edilmekte ve işle ilgili yaralanmalar ve sakatlıkların ana nedenlerini oluşturmaktadır (9,17). Ameliyathane yapılan eylemler ergono-mik yapılmazsa bel ve sırt ağrılarında yol açar (6). Ameliyathane, İBKİSH açısından risk taşıyan uygulamalar arasında; hastanın sedye- ameliyat masası arasında transferi, gövde ve boyun fleksiyonu, ameliyat yatağında hastaya pozisyon verilmesi, deri hazırlığı için baş, kol ve bacakların kaldırılması, uzun süre ayakta kalma, tekrarlayan hareketler, aletlerin taşınması ve kaldırılması ve aletlerin çekilmesi/itilmesi yer almaktadır (7,9,17-19).

Uzun süreli ayakta kalma sonucu kan akışı sınırlanır, kaslarda yorgunluk ve zedelenmeler oluşur (14,20-22). Düşen bir hastayı tutma çabası, her vardiyada 20'nin üzerinde kaldırma işi, tek başına kaldırma da kas, tendon, eklem ve ligamentlerdeki zedelenmeyi artırmaktadır (4). Fırçalanmış ekip üyeleri genellikle ayakta durma ve oturma arasında değişime giremeyecekleri için uzun süre ayakta kalmaya bağlı İBKİSH riski daha yüksektir (23).

El Ata ve ark. (2016) tarafından ameliyathane hemşirelerinde İBKİSH saptanması amacıyla yapılan çalışmada etkilenen bölgelerin sırasıyla; bel (%76.1), dizler (%67.9), omuz/kol (%60.9), ayak bilekleri/ayaklar (%60.9), boyun (%57.1), bilekler ve eller (%52.2), kalçalar (%46.7), omuz (%37), dirsek (%23.9) bölgeleri olduğu belirtilmiştir (9). Voss ve ark. (2017) cerrahların %27.6'sının mesleki yaralanma bildirdiklerini, en yaygın olarak; servikal omurga ağrısı (%37.9), kas-iskelet yorgunluğu (%36.2), vertebral disk yaralanması (%22.4), genel ağrı (%17.2), periferalnöropati (%12.1), karpal tünel sendromu (%10.3) ve tendonit (%8.6) olduğunu belirtmişlerdir (11).

Açık, laparoskopik ya da mikrocerrahi gibi her bir ameliyat türünde ergonomik risk faktörleri vardır. Laparoskopik cerrahide bileklerin tekrarlayan hareketi, mikro cerrahide boyun statik postürü kas-iskelet bozukluklarına neden olabilir (17). Janki ve ark. (2017) tarafından laparoskopik cerrahide ergonomiyi inceledikleri çalışmada,

cerrahların %47.5'inin kas-iskelet sistemi sorunları yaşadığı ve %17.4'ünde sürekli olduğu belirlenmiştir. Minimal invaziv cerrahi, hastalar açısından yararlı olmasına rağmen, statik pozisyonda uzun süre kalma, monitöre bakma, kamera konumunu optimize etmek için kol ve omuzları sıklıkla rahatsız konumlandırma ve ameliyat alanında hareketleri en aza indirme gibi dezavantajlarla hareket özgürlüğü daha kısıtlı olduğundan İBKİSH yaşanmaktadır (24). Laparoskopik cerrahide steril hemşirenin, çoğu zaman monitörü net bir şekilde görmesinin mümkün olmadığı, monitör yerleşiminde çoğunlukla cerrahın rahatlığına odaklanıldığı ve yanlış monitör yerleşimi ve pozisyonundan dolayı hemşirenin boyun, sırt ve üst ekstremitelerde İBKİSH riski olduğu belirtilmektedir (6).

Aghilinejad ve ark.'nın (2016) açık, laparoskopik ve mikrocerrahi ameliyatlarda cerrahlarda ergonomik risk faktörleri ve kas iskelet sistemi semptomlarını inceledikleri çalışmada; ameliyat türü ile cerrahların kas iskelet sistemi semptomları prevalansı arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Üç tür cerrahide de (açık cerrahi, laparoskopik ve mikrocerrahi) cerrahların kas-iskelet sistemi semptom prevalansının yüksek olduğu (%75'in üzerinde), belirtilerin boyun, bel ve ellerde daha yaygın olduğu bulunmuştur (17). Cerrahlar arasında farklı ameliyat tekniklerine göre kas iskelet sistemi rahatsızlıklarının lokalizasyonu veya şikâyetlerin sıklığı bakımından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (24).

Yüksek bilişsel ve fiziksel iş yüklerinin giderek artmasının, kariyer ömrünü etkileyebileceği belirtilmektedir (15). Kas iskelet sistemi hastalıkları, çalışanın ağrı ve yorgunluk yaşaması nedeniyle; iş doyumunu etkileyebilmekte, üretkenlik ve dikkatinin azalmasına, hata yapma ve yaralanma oranının artmasına, iş gücü kaybına, tükenmişliğe ve tıbbi hatalara neden olabilmektedir (10,15,18,19,25,26). Yu ve ark.(2016) tarafından yapılan çalışmada; altı yıl ve üzerinde çalışma süresi, gece vardiyasının birden fazla olması, haftada 40 saat ve üzeri çalışma süresi, zayıf sağlık durumu ve yorgunluk duygusunun İBKİSH prevalansı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (15). Vardiyalı çalışan hemşirelerin tükenmişlik, duygusal istikrarsızlık ve duygusal tükenmeye daha eğilimli oldukları ve daha az kişisel başarı hissine sahip oldukları belirtilmektedir. Vardiyalı çalışma ile kas iskelet sistemi hastalıkları arasında

anlamlı ilişki bulunmuştur (9). Kas-iskelet sistemi yaralanması olan cerrahların, non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlar ve kas gevşeticiler gibi daha fazla analjezik ve/veya masaja veya fizik tedaviye ihtiyaç duydukları, şikâyetlerin bazen rapor alınmasına (hastalık izni) hatta cerrahi görevlerin geçici olarak bırakılmasına neden olabildiği belirtilmektedir (24). Sheikhzadeh ve ark. (2009) cerrahi ortamda hemşirelerin ve teknisyenlerin ergonomik risk faktörlerini algılama durumlarını inceledikleri çalışmalarında; hemşire ve teknisyenler arasında İBKİSH prevalansının yüksek olduğu ve bel ağrısı bunu takiben ayak bileği/diz ağrılarının işe devamsızlığın başlıca nedenleri olduğu tespit edilmiştir (14).

İyi tasarlanmamış ameliyathane araçları/cihazları (özellikle laparoskopik cerrahi ile ilişkili araçlar), etkin olmayan ameliyathane dizaynı ve cerrahın postürünün: yorgunluğa, rahatsızlığa ve ağrıya sebep olduğu belirtilmektedir. Ayrıca kötü tasarlanmış aletlerden dolayı yorgunluğun artması, tıbbi hataların ve hasta zararlarının nedeni olabileceği belirtilmektedir (25). Alexandre ve ark. (2017) ameliyathanelerde giyilen kurşun önlüklerin sırt ağrısına ve yorgunluğa sebep olduğunu saptamışlardır (27).

İBKİSH oluşumuna neden olan durumlar ve bu durumlardaki değişim Kişisel Anket Yöntemleri (Öznel değerlendirmeler), Sistemik Gözlemlere Dayalı Yöntemler, Direkt ölçüm yöntemleri ile değerlendirilmelidir. Direkt ölçüm yöntemlerinin gözlemlerden, gözlemlerin ise kişisel anket yöntemlerinden daha iyi olduğu belirtilmektedir (28).

Ergonomik Risklerden Korunma Önerileri

Çalışma ortamında ergonomik tasarımların, çalışanların memnuniyetini artıracığı, işe bağlılıklarını pekiştireceği hasta ve çalışanlara daha güvenli ve kaliteli sağlık hizmeti sunma anlayışı kazandıracığı vurgulanmaktadır (1). İşyerlerinde iş sağlığı ve güvenliği mevzuatına uygunluğun sağlanması ve çalışanların korunması olması gereken ilk adımdır. Mevcut kontrollerin etkinliği gözden geçirilmeli, bu risklere karşı alınacak önlemler belirlenmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır (5). Çalışanların ihtiyaçlarının, isteklerinin ve görevleri nasıl yaptıklarının bilinmesi, hataları azaltmak ve daha iyi tıbbi cihazlar tasarlamak için önemlidir. Bu bilgiler, çeşitli değerlendirme yöntemleri (gözlemler,

anketler, mülakatlar, kontrol listeleri, uzman değerlendirmeleri, kaza veya yaralanma analizleri, görev analizleri, güvenlik analizleri vb.) kullanılarak elde edilebilir (25).

Sağlık kurumlarında fiziksel, bilişsel ve kurumsal ergonomik ilkelerin uygulanması kurumsal performansı artıracak avantajlar sağlayacaktır (1). Ameliyathane ortamının ve kullanılan araçların ergonomik düzeyde yapılmasıyla; çalışanların memnuniyetini artıracığı, işe bağlılıklarını pekiştireceği, kurumsal performansın artacağı, oluşabilecek rahatsızlıkları ve sağlık sorunlarını azaltarak, hasta ve çalışan güvenliği için uygun ortam yaratacağı belirtilmektedir (1,6).

Risk faktörleri için önlemlerin planlanması, önleme politikalarının ve stratejilerinin geliştirilmesi, gerekli kontrollerin yapılması ve risklerden kaynaklanan yaralanmaların sağlık kayıtlarının tutulması ile birlikte yapılmalıdır (3). Çalışma ortamında insan-makine uyumunu ve iş verimliliğini artırmak, yaralanma riskini azaltmak ve çalışanların sağlığını korumak için ergonomik rehberler kullanılması önerilmektedir (6).

Fiziksel Ergonomik Risk Faktörlerine Yönelik Öneriler

Ameliyathane ortamında karşılaşılan fiziksel ergonomik risk faktörlerine yönelik literatürde yer alan öneriler aşağıdaki gibidir (3,6,7,11,18-20,22-24,26,29-37);

- Hasta transferi yaparken dengeli olunması, hastayı kaldırmak için tek başına değil, hasta kaldırma ekibinden ya da meslektaşlarından yardım alınması, yatağın karşı tarafına uzanılmaması; rollbord, hava yardımcı veya mekanik transfer cihazı gibi hasta taşıma cihazlarının kullanılması; araç-gereç/hastayı kaldırırken/döndürürken omurganın düz tutulması, aşırı fleksiyon/ekstansiyondan kaçınılması, taşıyacak kişinin yüzü hastaya/kaldırılacak cisme dönük olması, kaldırılacak cismin/hastanın gövdeye mümkün olduğunca yakın tutulması ve kaldırılması,
- Çalışanların günlük kaldırma sayısının sınırlandırılması, kaldırma kurallarının iyi bilinmesi, sürekli eğilmek gibi çok tekrarlayan hareketlerden mümkün olduğunca kaçınılması, daha güvenli hareket etme, itme ve kaldırma teknikleri konusunda talimatların asılması, alet tepsilerinin toplam ağırlığının yaklaşık 11 Kg (25 IB) ile sınırlandırılması,

- Ekipmanları itilmesi/çekilmesi sırasında mümkün olduğunca itme hareketinin kullanılması, itme işleminin sadece kollarla değil bütün vücutla yapılması,
- Daha iyi araçların ve cerrahi tekniklerin tasarlanması, ayarlanabilir bir ameliyat masasının kullanılması (tabandan 29 cm ile 122 cm arasında ayarlanabilme özelliğine sahip masaların kullanılması),
- İki saatten fazla ya da çalışma saatinin %30'undan fazlası uzun süre ayakta durmayı gerektiriyorsa; statik duruşun risklerini azaltmak için; steril alanda kullanılabilen istenilen yüksekliğe ayarlanabilen ergonomik taburelerin kullanılması, üst ekstremiteler ve bacak desteklerinin kullanılması, yorgunluk önleyici paspas kullanılması, destekleyici ayakkabı giyilmesi ve ayak taburesi kullanılması, optimum çalışma yüksekliğinde ve postüründe olmaya dikkat edilmesi ve bu konuda talimatlar asılması, dolaşıcı ve steril hemşire rotasyonunun yapılması,
- Destekleyici ayakkabı giyilmesi, uzun süre ayakta durmanın olumsuz etkilerini azaltabilir. Ayağa iyi oturan ve destekleyen ortopedik ayakkabılar giyilmeli, önü kapalı ve parmakların hareketine izin verecek genişlikte olmalı, tabanı şok emici ve esnek yapıda olmalı, topuk yüksekliği en az 5 cm olmalı,
- Çalışma postürünün değiştirilmesi, bir ayağın altına tabure koyarak tek ayağı yükseltme ve ayakları ara ara değiştirme gibi yorgunluğu azaltıcı tekniklerin kullanılması,
- Küçük ince ekranlı ve tavandan monte monitörlerin kullanılması, doğrudan personelin önünde ve göz seviyesinin biraz altında olmasının sağlanması, monitör yerleşimi çoğunlukla cerrahin konforu üzerine kurulu olduğundan, diğer çalışanlara optimum görüntü sağlamak için ek monitörlerin kullanılması,
- Kullanılmayan ve çalışma alanlarını daraltan malzemelerin kaldırılması, koridorların ve ara geçitlerin açık tutulması,
- Yere dökülen sıvıların hemen temizlenmesi, zeminin kuru tutulması ve zeminlerin kaymayan özellikte materyalle döşenmesi ve emici pedlerin kullanılması,
- Zemindeki seviye farkları ve çukurların giderilmesi, ekipman kablolarının uygun

- şekilde kapatılması (geniş bantla kapama ya da duvar kenarına yapıştırma)
- Yüksek bölgeye erişmek ve orada çalışma yürütmek için güvenli sabit/taşınabilir merdiven kullanılması,
 - Yeterli aydınlatmanın ve optimum nem, ısı, etkili havalandırmanın sağlanması,
 - Bozuk alet ve arabaların onarılması, alet ve diğer cihazların ergonomik yönergelere göre seçilmesi (tek elle kullanıma izin veren, değiştirilebilir ayarları olan, düğmelere kolayca erişilebilen hem kuvvetli hem de hassas kavrama sağlayabilen, çeşitli rotasyonlarda rahatlıkla tutulabilen, çalıştırmak için düşük miktarda güç gerektiren aletler),
 - Kişi başı kurşun önlük giyme sayısının sınırlandırılması,
 - Otomatik retraktörler bu mümkün değilse; küt retraktörler kullanılmalı, retraktörler mümkün olduğunca vücuda yakın tutulmalı ve tutan kişi uygun yükseklik ve postürde olmalı, kollar mümkün olduğunca dinlendirilmelidir.
 - Hastaların ekstremitelerini ya da başını uzun süre kaldırıp tutmak için tutma aparatı bulunan ve ameliyat masasına monte edilen bir kol kullanılması önerilmektedir.
 - Albayrak ve ark.'nın (2007) yeni tasarım ergonomik vücut destek cihazlarını kullandıkları çalışmalarında, ergonomik destek cihazlarının hem açık hem de minimal invaziv işlemler sırasında cerrahın doğal duruşunu desteklediği, vücudun desteklenmesinin kas aktivitesini azaltmada etkili olduğu, uzun vadede fiziksel şikayet ve rahatsızlığı azaltabileceği ve ameliyathanenin mevcut düzenine kolayca adapte edilebileceği belirtilmiştir. Mao ve ark.'nın (2015), sağlık bakımı ve hasta güvenliği uygulamaları üzerine insan faktörlerinin ve ergonominin etkilerini inceledikleri çalışmada; insan faktörleri ve ergonomik müdahalelerin çalışanlar üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu, yeni ergonomik ekipman satın alındıktan sonra kas-iskelet sistemi rahatsızlık oranlarının ve personel yaralanmalarının azaldığı, çalışan sağlığının iyileştiğini gösteren kanıtların olduğu belirlenmiştir (38).

Bilişsel Ergonomik Risk Faktörlerine Yönelik Öneriler

Ameliyathane ortamında karşılaşılan bilişsel ergonomik risk faktörlerine yönelik;

- Hemşirelerin istihdam edilirken sağlıklı olma ve sağlığı koruma konusunda farkındalığının sağlanması,
 - Hemşirelerin karar verme sürecine aktif katılımının sağlanması,
 - Çatışmayı önlemek için ekip üyeleri arasında etkili iletişim sağlanması,
 - Şiddetin önlenmesi,
 - Çalışanların; yetkinliğini arttırma, kriz ve stres yönetimi, zaman yönetimi, doğru kaldırma, taşıma ve duruş kuralları, fiziksel aktivite/egzersiz programları konularında uzman kişilerden eğitim alması ve desteklenmesi önerilmektedir (3).
- 2004 yılında Alman Cerrahlar Derneği (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie) kongresinde, kongre katılımcıları ile görüşülmüş ve cerrahların %60'ının ve ameliyathane hemşirelerinin %40'ının tıbbi cihazların çalışması konusunda yeterince eğitilmedikleri ve az sayıda kişinin cihazların kullanım kılavuzlarını okudukları belirlenmiştir (22,25). İyi bir ergonomik eğitim programı çalışanlara iş ekipmanlarını, aletlerini ve makine-lerini en uygun şekilde nasıl kullanacaklarını ve işleri yapmak için en doğru yolları öğretecektir (21). Ameliyathanede cerrahi prosedürler sırasında cihaz kullanımı ile ilgili yetersiz eğitimin tıbbi hatalara neden olabileceği belirtilmektedir (25). Moazzami ve ark. (2016) ameliyathane hemşirelerinde doğru vücut yapısını kabullenmede Transtheoretical Modele göre ergonomiye dayalı eğitim uygulamasının etkisini inceledikleri çalışmada; eğitim alan gruptaki hemşirelerin büyük çoğunluğunun eylem aşamasına geçtiği ($p < 0.05$), öz-yeterlik puanlarının, doğru vücut duruşu puanının anlamlı derecede yüksek ($p < 0.05$) olduğu saptanmıştır (8).

Kronik bel ağrısı için koruyucu stratejilerden biri, vücut mekaniğini ve duruşunu uygun bir biçimde öğretmektir. Çalışmalar, işyerinde yeterli vücut duruşunu korumak için ergonomi eğitiminin, hemşireler arasında işle ilgili kas-iskelet hastalıkları prevalansını azalttığını göstermiştir (8). Abdullahzade ve ark. (2016) tarafından ameliyathane hemşirelerinin çalışma pozisyonlarına ilişkin yapılan çalışmada; günlük

egzersiz yapan hemşirelerin diğerlerine göre daha ergonomik duruş sergiledikleri belirlenmiştir (10). Kavitha ve Vinodhini'nin (2017) çalışmasında hemşirelere 8 haftalık kapsamlı bir ergonomi eğitim programı verilmiş ve ergonomik risk değerlendirme ölçeği (RULA- Rapid Upper Limb Assessment- Hızlı üst ekstremité değerlendirme) ile değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda hemşirelerde vücut postürünün düzelmesi ile kas iskelet sistemi ağrısının ve sıklığının azaldığı saptanmıştır (39).

Örgütsel Ergonomik Risk Faktörlerine Yönelik Öneriler

Ameliyathane ortamında karşılaşılan örgütsel ergonomik risk faktörlerine yönelik;

- Ergonomik hasta taşıma ekipman ve cihazlarının seçilmesi,
- İş akışı ile ilgili sorunların saptanarak, ergonomik şekilde yeniden düzenlenmesi,
- Pozitif kurum yapısı ve kültürü sağlanması,
- İşe yeni alınan personelin oryantasyon eğitimi programına ergonomik tehlikeler ve kontrol yöntemlerinin dahil edilmesi,
- Hemşirelere makul çalışma saatleri, düzenli mola verme, yeterli personel ve herkes için standart çalışma saatleri sağlanması,
- Günlük işlemler ve sorunlar konusunda düzenli olarak çalışanlara danışılması,
- Güvenli kaldırma politika ve prosedürlerinin olması,
- Şikâyet ve öneri programı oluşturulması,
- Düzenli denetimler yapılarak alınan kontrol ve önleme tedbirlerinin uygulanıp uygulanmadığı veya bir sorun olup olmadığı düzenli olarak saptanması önerilmektedir (3).

Ergonomik rahatsızlıkların önlenmesi için yürütülecek programlarda; meslek hastalığı ve iş kazası kayıtlarının tutulması, rahatsızlık septomlarının erken tanınması ve raporlanması, çalışanların sistemli bir şekilde sağlık taramasından geçmesi ve sonuçların raporlanması, sınırlandırılmış işler gibi koruyucu hizmetlerin faaliyete sokulması ve çalışanlara periyodik eğitim programı sağlanması, çalışanların işyeri sağlık ekipleriyle iletişiminin sağlanması gibi unsurları kapsamı önerilmektedir (21). Ameliyathanede çalışma koşullarının ergonomik olarak iyileştirilmesi, motivasyonu ve iş doyumunu artıracak ve hemşirelerin stres, işe giriş, meslek hastalıkları ve iş kazalarını azaltacaktır (3). Bu açıdan

ameliyathanedeki ergonomik risk faktör-lerinin açık bir şekilde tanımlanması, uygulanacak olası çözümlerin araştırılması, önleme politikaları ve stratejilerinin geliştirilmesi, sonuçların değerlendirilmesi ve ergonomik olarak uygun çalışma ortamlarının sağlanması personel güvenliği için önemlidir. Ameliyathanelerde belirli aralıklarla ergonomik risk faktörleri değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Aydemir İ, Yenimahalleli Yaşar G. Ergonomik Tasarımın Sağlık Çalışanları ve Hasta Güvenliğine Etkisi [The Effects of Ergonomic Design on Health Professionals and Patient Safety]. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi [Journal of Health and Nursing Management] 2016; 3(3):174-184.
2. International Ergonomics Association – IEA. Definition and Domains of Ergonomics. Available: <http://www.iea.cc>. Via the INTERNET. Accessed 2017 October 12.
3. Vural F, Sutsunbuloglu E. Ergonomics: an important factor in the operating room. Journal of Perioperative Practice 2016; 26:(7-8): 175-179.
4. Babayigit MA, Kurt M. Hastane Ergonomisi [Hospital Ergonomics]. İstanbul Med J, 2013; 14: 153-9.
5. Matern U, Koneczny S. Safety, hazards and ergonomics in the operating room. Surg Endosc 2007; 21: 1965–1969.
6. Choi SDA. Review of the Ergonomic Issues in the Laparoscopic Operating Room. Journal of Healthcare Engineering 2012; 3(4): 587–603.
7. Nelson A, Waters TR, Spratt DG, Petersen C, Hughes N. Development of the AORN Guidance Statement: Safe Patient Handling and Movement in the Perioperative Setting. 2007. Available: <http://www.wrha.mb.ca/professionals/safety/files/SafePatientHandling/AORNGuidanceStatement.pdf>. Via the INTERNET. Accessed 2017 October 12.
8. Moazzami Z, Dehdari T, Taghdisi MH, Soltanian A. Effect of an Ergonomics-Based Educational Intervention Based on Transtheoretical Model in Adopting Correct Body Posture Among Operating Room Nurses. Global Journal of Health Science 2016; 8(7): 26-34.

9. El Ata GA, El Desouky S, Manawil M, Khalifa E. Assessment of Work-related Musculoskeletal Symptoms in Operation Room Nurses. *Current Science International* 2016; 5(2): 215-222.
10. Abdollahzade F, Mohammadi F, Dianat I, Asghari E, Asghari-Jafarabadi M, Sokhanvar Z. Working posture and its predictors in hospital operating room nurses. *Health Promot Perspect* 2016; 6(1):17-22.
11. Voss RK, Chiang YJ, Cromwell KD, Urbauer DL, Lee JE, Cormier JN, et al. Do no harm, except to ourselves? A survey of symptoms and injuries in oncologic surgeons and pilot study of an intraoperative ergonomic intervention. *J Am Coll Surg* 2017; 224(1): 16-25.
12. Albayrak A, vanVeelen MA, Prins JF, Snijders CJ, de Ridder H, Kazemier G. A newly designed ergonomic body support for surgeons. *Surg Endosc* 2007; 21: 1835–1840.
13. VantHullenaar CDP, Hermans B, Broeders IAMJ. Ergonomic assessment of the da Vinci console in robot-assisted surgery. *Innov Surg Sci* 2017; 2(2): 97–104
14. Sheikhzadeh A, Gore C, Zuckerman JD, Nordin M. Perioperating nurses and technicians' perceptions of ergonomic risk factors in the surgical environment. *Applied Ergonomics* 2009; (40): 833–839.
15. Yu D, Lowndes B, Thiels C, Bingener J, Abdelrahman A, Lyons R, Hallbeck S. Quantifying Intraoperative Workloads Across the Surgical Team Roles: Room for Better Balance?. *World J Surg* 2016; 40:1565–1574.
16. Özcan E, Kesiktaş N. Mesleki Kas İskelet Hastalıklarından Korunma ve Ergonomi [Occupational Musculoskeletal Disease Prevention and Ergonomics]. *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi [Journal of Occupational Health and Safety]* 2007; 34: 6-9.
17. Aghilinejad M, Ehsani AA, Talebi A, Koochpayehzadeh J, Dehghan N. Ergonomic risk factors and musculoskeletal symptoms in surgeons with three types of surgery: open, laparoscopic, and microsurgery. *Med J Islam Repub Iran* 2016; 30: 1232–1237.
18. Ogg MJ. Introduction to the safe patient handling and movement series, *AORN Journal* 2011; 93: 331-333.
19. TTB. Sağlık Çalışanlarının Ameliyathanede Karşılaştıkları Riskler ve Korunma Yolları [Risks and Methods of Protection for Health Workers in the Operating Room]. *Türk Tabipler Birliği Yayını. Hermes Tanıtım Ofset.* 2014, Ankara.
20. Meijssen P, Knibbe HJJ. Prolonged Standing in the OR: A Dutch Research study. *AORN Journal* 2007; 86: 399-414.
21. Ayanoğlu C. İş yerinde ergonomi ve stres [Ergonomics and stress at work]. *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi [Journal of Occupational Health and Safety]* 2007; 34(7): 29-36.
22. Lowndes BR, Hallbeck Ms. Overview of Human Factors and Ergonomics in the OR, with an Emphasis on Minimally Invasive Surgeries. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing & Service Industries* 2014; 24 (3): 308–317.
23. Hughes NL, Nelson A, Matz MW, Lloyd J. AORN Ergonomic Tool 4: Solutions for prolonged standing in perioperative settings. *AORN Journal* 2011; 93: 767-774.
24. Janki S, Mulder EEAP, IJzermans JNM, Tran TCK. Ergonomics in the operating room. *Surg Endosc* 2017; 31: 2457–2466.
25. Hallbeck MS, Konecny S, Büchel D, Matern U. Ergonomic Usability Testing of Operating Room Devices. *Stud Health Technol Inform* 2008;132:147-52.
26. Brogmus G, Leone W, Butler L, Hernandez E. Best Practices in OR Suite Layout and Equipment Choices to Reduce Slips, Trips and Falls. *AORN Journal* 2007; 86(3); 384-398.
27. Alexandre D, Prieto M, Beaumont F, Taiar R, Polidori G. Wearing lead aprons in surgical operating rooms: ergonomic injuries evidenced by infrared thermography. *Journal of Surgical Research* 2017; 209: 227-233.
28. Özel E, Çetik O. Mesleki Görevlerin Ergonomik Analizinde Kullanılan Araçlar ve Bir Uygulama Örneği [Tools Used in Ergonomic Analysis of Professional Tasks and An Application Example]. *Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi [Dumlupınar University Science Institute Journal]* 2010; Ağustos(22): 41-56.
29. Waters T, Baptiste A, Short M, Plante-Mallon L, Nelson A. AORN Ergonomic Tool 1: Lateral transfer of a patient from a stretcher to an OR bed. *AORN Journal* 2011; 93(3): 334-339.
30. Waters T, Short M, Lloyd J, Baptiste A, Butler L, Petersen C, Nelson A. AORN Ergonomic

- Tool 2: Positioning and repositioning the supine patient on the OR bed. *AORN Journal* 2011; 93(4): 445-449.
31. Waters T., Spera P., Petersen C., Nelson A., Hernandez E., Applegarth S., *AORN Ergonomic Tool 3: Lifting and holding the patient's legs, arms and head while prepping.* *AORN Journal* 2011; 93(5): 589-592.
 32. Spera P, Lloyd JD, Hernandez E, Hughes N, Petersen C, Nelson A, Spratt DG. *AORN Ergonomic Tool 5: Tissue retraction in the perioperative setting.* *AORN Journal* 2011; 94(1):54-58.
 33. Waters T, Baptiste A, Short M, Plante-Mallon L, Nelson A. *AORN Ergonomic Tool 6: Lifting and carrying supplies and equipment in the perioperative setting.* *AORN Journal* 2011; 94(2): 173-179.
 34. Waters T, Lloyd JD, Hernandez E, Nelson A. *AORN Ergonomic Tool 7: Pushing, pulling, and moving equipment on wheels.* *AORN Journal* 2011; 94(3):254-260.
 35. Occupational Safety & Health Administration - OSHA. *Ergonomics for the Prevention of Musculoskeletal Disorders: Guidelines for Nursing Homes*, OSHA 2009. Available: https://www.osha.gov/ergonomics/guidelines/nursinghome/final_nh_guidelines.pdf Via the INTERNET. Accessed 2017 October 13.
 36. Akarsu H, Güzel M. *Sağlık Sektöründe Tehlike ve Riskler [Hazards and Risks in Healthcare]. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi Yayını [Publication of Labor and Social Security Training and Research Center] 2016, Ankara*
 37. Hughes AB. *Implementing AORN Recommended Practices for a Safe Environment of Care.* *AORN Journal* 2013; 98(2): 154-166.
 38. Mao X, Jia P, Zhang L, Zhao P, Chen Y, Zhang M. *An Evaluation of the Effects of Human Factors and Ergonomics on Health Care and Patient Safety Practices: A Systematic Review.* *PLoS ONE* 2015; 10(6): 1-19.
 39. Kavitha S MOT, Vinodhini C. *A Study to Determine the Effectiveness of Ergonomic Training on Body Posture and Musculoskeletal Disorder in Hospital Nurses.* *International Journal of Pharmaceutical and Clinical Research* 2017; 9(7): 498-504.

Yanıklarda Akut Dönem ve Hemşirelik Bakımı Acute Period in Burns and Nursing Care

Aylin AYDIN SAYILAN^a, Ezgi SEYHAN AK^b, Nevin KANAN^c

ÖZ Yanık; özel, yoğun ve uzun süreli tedavi gerektiren cerrahi bir travmadır. Yanıkta akut dönem ise, yanığın olumsuz etkilerine karşı organizmayı hazırlıklı hale getirmek amacıyla, oluşan bir dizi reaksiyonlar bütünü olarak tanımlanmaktadır. Yanık hastasında, cilt bariyeri bozulduğu için ciddi sıvı, elektrolit, protein, mineral kayıpları olmakta; yoğun katabolik durum, infeksiyonlar ve yara iyileşmesi sonucunda artan gereksinimler nedeni ile protein, enerji ve mikrobesein ögesi eksiklikleri gelişebilmektedir. Bu nedenle, yanığın akut dönem tedavi ve bakımında; yara bakımı, infeksiyon kontrolü, ağrı yönetimi, fizik tedavi ve beslenme önemli rol oynamaktadır. Sağlık bakım ekibi içinde yer alan hemşirelerin yanıklı hastanın bakımındaki rol ve sorumlulukları büyüktür. Bu derlemede; yanıklarda akut dönem ve hemşirelik bakımına yer verilmiştir.

Anahtar sözcükler: Yanık, akut dönem, hemşirelik bakımı

ABSTRACT Burn is a surgical trauma that requires special, intensive and long-term treatment. The acute phase of ambustion is defined as a set of reactions that are occurred in order to prepare the organism against the adverse effects of the burn. In an ambustion patient, there is serious fluid, electrolyte, protein, mineral loss as a result of the deterioraton of the skin barrier. Protein, energy and micronutrient deficiencies may develop due to increased needs as a result of high catabolic status, infections and wound healing. Therefore, wound care, infection control, pain management, physical therapy and nutrition play important roles in the acute phase of treatment and care. The roles and responsibilities of the nurses in the health care team are important in the care of the burn patient. In this review, acute period in burns and nursing care were included.

Keywords: Burn, acute period, nursing care.

Giriş

Yanık; özel, yoğun ve uzun süreli tedavi gerektiren cerrahi bir travmadır. Akut dönem, yanığın olumsuz etkilerine karşı organizmayı hazırlıklı hale getirmek amacıyla, oluşan bir dizi reaksiyonlar bütünüdür. Yanık hastasında, cilt bariyeri bozulduğu için ciddi sıvı, elektrolit, protein, mineral kayıpları olmakta; yoğun katabolik durum, infeksiyonlar ve yara iyileşmesi sonucunda artan gereksinimler nedeni ile protein, enerji ve mikrobesein ögesi eksiklikleri gelişebilmektedir. Bu aşamada hemşirenin, akut dönemdeki gereksinimleri bilmesi ve buna yönelik acil bakım vermesi, hastanın yaşamını sürdürebilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (1,2).

Yanıkta Akut Dönem Yanıkta, ilk 24-48 saat erken ya da akut dönem, daha sonraki dönem ise hipermetabolik ya da geç dönem olarak adlandırılmaktadır. Akut dönem, yanık alanının tamamen cilt dokusuyla kaplanıp, yara iyileşme süreci başladığında sona erer. Bu süreç, haftalarca ve ya aylarca sürebilmektedir (1-3).

Fizyopatoloji

Yanık yarasında, cilt bariyerinin ortadan kalkması ile birlikte ısı ve sıvı kaybına yol açan fizyopatolojik değişimler oluşur. Büyük yanıklarda lokal ve sistemik mediyatörlerin salınımı gerçekleşmekte, kapiller geçirgenlikte artış ve ekstrasellüler sıvının hareketi sonucu hastada yaygın ödem

Geliş Tarihi/Received: 11-01-2018/ **Kabul Tarihi/Accepted:** 19-07-2018

^aYard. Doç. Dr. Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, , e-mail: aylinay_85@msn.com, ORCID ID: /0000-0003-0576-8732

^bDr. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği; ORCID: 0000- 0002-3679-539X

^cProf. Dr. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.

Sorumlu yazar /Correspondence: Aylin Aydın Sayılan, e-mail: aylinay_85@msn.com

oluşmaktadır. Akut dönemde gelişen bu ödem, hem tam kalınlıklı hem de kısmi kalınlıklı yanıklarda, acil döneme göre daha belirgin olmaktadır. Yine, bu dönemde hasta uyanık ve durumun farkında olabildiğinden hemşirenin, hastaya psikososyal destek vermesi büyük önem taşımaktadır (1). İyileşme sürecinde, yara çevresinde lökosit birikimi ve fagositoz görülmekte, nekrotik doku sertleşmeye başlamaktadır. Fibroblastlar yara iyileşme sürecinde yer alan bir sitokin olup, kollajen oluşumunda rol oynamaktadır. Bunun sonucunda da granülasyon dokusu oluşumu gerçekleşmektedir. Kısmi kalınlıktaki yanık yaraları, infeksiyondan korunur ve yeterli nem sağlanırsa, kenarlardan ve dermal tabakadan iyileşme başlar. Bununla birlikte, yanık yarasının büyük ve derin olduğu durumlarda, eksizyon ve greftlemeden yararlanılmaktadır. Literatürde, eksizyon ve greftlemenin erken dönemde yapılmasının yara iyileşmesi ve hastanede kalış süresini kısalttığı, greftin 6 hafta sonrasında sağlam ve elastik bir iyileşme sağladığı bildirilmektedir (1,4).

Klinik Belirti ve Bulgular

Özellikle kısmi yanıklarda, yaralanmadan hemen sonra skar dokusunun oluşumu görülmektedir. Skar dokusunun kaldırılmasıyla, yara kenarlarında reepitelizasyon başlamakta, bu durum kırmızı veya pembe yara dokusu olarak gözlenmektedir. 10-21 gün arasında, cerrahi girişim olmaksızın, epitel tomurcuklar ortaya çıkar ve yara kendiliğinden iyileşmektedir. Tam kalınlıkta yanıklarda skar dokusunun kenar boşluklarına ayrılması daha uzun sürer. Bu nedenle, tam kalınlıktaki yanıklar, cerrahi debridman ve yara iyileşmesi için cilt grefti gerektirmektedir (1).

Tedavi ve Bakım

Yanıkta tedavi ve bakım girişimleri, yanığın şiddetine ve hastanın bulunduğu evreye göre değişmektedir. Yanıkta tedavi ve bakım; acil, akut ve rehabilitasyon olmak üzere üç dönemde gerçekleştirilmektedir (Tablo 1) (5).

Akut dönemde yanık bakımı, yaralanmadan sonra ilk 24-48 saatte başlamaktadır. Akut dönemdeki girişim hedefleri; infeksiyon olmaması, skar izinin minimum olması, maksimum işlev, konforun sağlanması, yeterli beslenme desteği, sıvı elektrolit asit-baz dengesinin sürdürülmesidir (6-8).

Yara Bakımı

Yanıklı hastada bakım sonuçları, günlük yara bakımı, izlemi, eksizyonu ve yaranın kapanması ile infeksiyonun tedavisi ve önlenmesine bağlıdır.

Yara bakımının hedefleri;

- ✓ Mikrobiyal kolonizasyon kontrolü ve yara infeksiyonunu önlemek.
- ✓ Yaranın derinleşmesini önlemek.
- ✓ Mümkün olan en kısa sürede yaranın kapanmasını sağlamak.
- ✓ İyileşen cildin fonksiyonunu arttırmaktır (5,6).

Yaranın Debride Edilmesi: Yanık dokusu, fagositozu uyaran kimyasal mediatörlerin salınımını serbest bırakır. Nekrotik doku fagositik harekete karşın, iyileşmeyi geciktirir ve inflamasyon süresini uzatır. İnfeksiyonu önlemek ve iyileşmeyi hızlandırmak için yara her gün temizlenir ve debride edilir. Yara temizliği duş sedyesi, duş koltuğu ya da yatak başı bakım kullanılarak yapılır. Debridman ya da ölü dokunun çıkarılması, mekanik, kimyasal, cerrahi ya da bu üç yöntemin kullanılması ile gerçekleştirilir. Mekanik debridmanda ölü dokuyu gevşetmek için manuel olarak makas, forseps veya ıslak-nemli ince gözenekli gazlı bez sargıları kullanılabilir. Kimyasal debridman, nekrotik dokuyu uzaklaştıran bir proteolitik enzimatik debridman maddesinin kullanılmasıdır. Cerrahi debridman ise, tam veya kısmi kalınlıktaki yanıkların kesilerek çıkarılmasıdır. Bu yöntemden sonra bir cilt grefti uygulanır (8,9).

Tam kalınlıkta yanık oluştuğunda koagüle olan dokulara ek olarak gelişen yoğun ödem ve artan doku basıncı venöz ve arteriyel dolaşımı engelleyerek, derinde yer alan dokuların iskemisine neden olur. Bu tür yanıkların yaygın olduğu yerler, ekstremiteler, gövde ve göğüs bölgesidir. Yanık, göğüs ve gövdede meydana gelirse göğüsün genişlemesi kısıtlanacağı için solunum yetmezliği gelişebilir. Bu basıncı ortadan

Tablo 1. Yanık Bakımının Dönemleri

Evre	Süresi	Girişimler
I (Acil)	Yaralanmanın başlangıcından diürece kadar	<ul style="list-style-type: none"> • Isı kaynağı hastadan uzaklaştırılır. • İlk yardıma başlanır. • Yanığın derecesi değerlendirilir. • Hipotermi önlenir. • Hasta şok belirtileri açısından izlenir. • Entübasyon gereksinimi belirlenir. • İntravenöz tedavi gereksinimi belirlenir. • Sıvı resüsitasyon protokolü izlenir. • Hasta öyküsü elde edilir. • Hasta üçüncü basamak sağlık hizmetlerine nakil edilir.
II (Akut)	Diürez başlangıcından yara kapanışının tamamlanmasına kadar	<ul style="list-style-type: none"> • Hidroterapiye başlanır. • Yanığın eksizyon gereksinimi değerlendirilir. • İnfeksiyonun yayılması önlenir. • Yara bakımı yapılır. • Beslenme desteğine başlanır. • Yanık yarası grefti pansuman materyalleriyle kapatılır. • Fizik tedaviye başlanır. • Ağrı yönetimi
III (Rehabilitasyon)	Yara kapanışından optimum bedensel ve psiko-sosyal fonksiyon seviyesine geri dönene kadar	<ul style="list-style-type: none"> • Skar oluşumu önlenir. • Fizik tedaviye devam edilir. • Psikososyal, kültürel, spiritüel gereksinimleri belirlenir. • Evde bakım yönetimi değerlendirilir.

kaldırmak için eskarotomi yapılır. Fizik incelemede tahta sertliği hissinin alınması ve esnekliğin kaybı eskarotomi için karar vermeye yardımcı olur.

Eskarotomi yapılarak derin fasyaları içerecek biçimde bistüri ile ekstremitelerin yan ve orta kenarlarından kesilir. Eskarotominin zamanında yapılırsa organ ve yaşam kurtarıcı olmasına karşın, kanama ve infeksiyon gibi komplikasyonları vardır (5,10).

Yara Pansumanı: Yanık alanı temizlendikten sonra pansuman ve topikal tedavi uygulanır. Pansuman ve topikal ajanın tipi, yaralanmanın derecesine, derinliğine ve hekimin tercihinine bağlıdır. Pansumanlar açık,

kapalı, biyolojik, sentetik ve bunların kombinasyonundan oluşabilir. Açık yöntemde pansuman olmadan topikal madde kullanılırken, kapalı yöntemde yaranın üzerine nemli bir yara ortamı sağlayan oklüsif (kapayıcı) pansuman uygulanır.

Pansuman için genel ilkeler aşağıdaki gibidir:

- ✓ Hareketi kolaylaştırmak için pansumanın hacmi sınırlanır.
- ✓ Cilt yüzeyleri doğrudan birbiriyle temas ettirilmez.
- ✓ Pansuman yaranın büyüklüğüne, emilimine, debridmanın tipine göre yapılır.

- ✓ Distalden proksimale venöz dönüşü arttırmak için ekstremiteler sarılır.
- ✓ Pansumanların çok sıkı olmamasına dikkat edilir. Periferal nabızlar sık olarak izlenir.
- ✓ Etkilenen ekstremitte yükseltilir.

Biyolojik pansumanda, canlı ya da ölü insan veya hayvan dokuları yaygın olarak kullanılır. Biyolojik ve sentetik pansumanlar temiz kısmi ya da tam kalınlıklı yaralarda geçici yara örtüsü olarak kullanılır. Biyolojik pansumanlar yara iyileşmesi ve epiteli-zasyonu arttırmaları, bununla birlikte ağrıyı azaltır ve antibakteriyel etkileri vardır. Literatürde biyolojik pansumanların hastalar tarafından iyi bir şekilde tolere edildiği, hastaların büyük çoğunluğunda pansuman değişimi süresince minimal ağrı gözlemlendiği bildirilmiştir. Biyolojik materyaller; Allogreftler (Homogref), Xenogreftler, Ototogreftler olarak sınıflandırılır (11,12).

Homogreft ya da allogreft, kadavradan elde edilen insan derisidir. Dondurulmuş ürünlerin uzun süreli depolanması için yöntemlerin geliştirilmesi, canlı derinin pansuman için kullanım oranını arttırmıştır. Bu greftler, yanık desenine kesilen şeritler halinde üretilir ve steril teknik kullanılarak uygulanır. Normal koşullar altında bir homogreft, uygulamayı izleyen 14 ile 21 gün boyunca etkili bir geçici kapatma sağlar (5,8,10,13).

Heterogreft ya da xenogreft, genellikle hayvan derisinden (özellikle domuz, sığır) elde edilir. Xenogreftler çoğunlukla yüzeysel parsiyel yanıklarda ve donör alanlarının geçici olarak kapatılması amacıyla kullanılır. Uygulandıkları bölgeye kolayca ve sıkıca yapışırlar; ancak uygulandıktan sonra heterogreftte erken yumuşama meydana gelir ve yaradan enzimatik hareketle greft eriyebilir. Bu nedenle heterogreft pansuman değişimi gereklidir. Gümüş nitrat (%5'lik) minimal emilim ve toksisiteyle geniş bir antimikrobiyal etkiye sahip olduğu için

enfeksiyonları önlemede kullanılmaktadır (5,8,10,13).

Ototogreftler, aynı bireyde bir bölgeden başka bir bölgeye nakil edilen greftlerdir. Yara ve yanıkların kalıcı olarak kapatılmasında kullanılan en uygun yöntemdir. Ancak geniş yanıklarda donör alan yetersizliği bir takım cilt yerine geçebilecek materyallerin geliştirilmesine neden olmuştur (5,8,10,13).

İnfeksiyon Kontrol Önlemleri

Major yanığı olan hastalarda sistemik enfeksiyon ölüme neden olmaktadır. Stafylokok ve streptokok gibi gram pozitif mikroorganizmalar yanık sonrası ilk bir hafta içinde kolonize olurlar. Gram negatif enterik organizmalar ise genellikle daha uzun süreli hastanede kalış durumlarında görülür. İnfeksiyon tanısı yara yerinden alınan biyopsi ile konur. Yanık yüzeyinde enfeksiyon oluşumunu önlemek için protokole uygun olarak antimikrobiyal tedavi uygulanır. Topikal antibiyotik seçimi, yanığın genişliğine, bakteriyel organizmaların varlığına, tedavinin açık ya da kapalı uygulanmasına ve hastanın yanıtına göre değişir. Antimikrobiyal tedaviye karşın, majör yanığı olan hasta sepsis ve septik şok yönünden büyük risk altındadır (5,8,10).

Yanık yerinde enfeksiyonun lokal belirtileri;

- ✓ Yanık dokusunda döküntünün artması,
- ✓ Yara kenarlarında ödem artışı,
- ✓ Kısmi kalınlıklı yaradan tam kalınlıklı yaraya dönüşmesi,
- ✓ Siyah ve kahverengi renk değişimleri,

Major yanığı olan hastaya genellikle profilaktik antibiyotik uygulanır. Eksizyon ve otogref uygulanmasının ameliyat öncesi ve sonrası döneminde, sistemik antimikrobiyal tedavi tercih edilir. Ameliyat sonrası hastanın hemodinamik durumu normale döner dönmez (genellikle ilk 24 saat içinde) tedavi sonlandırılır. Hastanın immünizasyon durumu şüpheli ise, klostridum tetani enfeksiyo-

nunu önlemek için akut fazın erken döneminde tetanoz toksoit uygulanır (5,9).

Yanık ünitelerinde kültür ve sürveyans yöntemleri önemli yer tutmaktadır. Yanık yerinden haftada iki veya üç kez yara kültürü alınması; yarada kolonize olan mikroorganizmanın erken dönemde belirlenmesi; tedavi etkinliğinin izlenmesi, perioperatif antibiyotik tedavisinin yönlendirilmesi açısından gereklidir. Bununla birlikte yanığı olan hastanın izlem ve tedavisi sırasında standart izolasyon önlemlerine dikkat edilmesi gerekmektedir. Çoğul dirençli mikroorganizmalarla kontamine veya infekte yanık hastaların ortamı ve diğer hastaları kontamine etmemeleri için izolasyon önlemleri alınır (9,10,14).

Ağrı Yönetimi

Yanık hastasının ağrı kontrolünde en önemli nokta doğru zamanlamadır. Yanığı olan hastalarda ağrının giderilmesi, yaralanmadan hemen sonra başlayıp rehabilitasyon döneminin sonuna kadar mutlaka uygulanması gereken bir girişimdir. Yanık yarasının yanında, tedavi sırasında uygulanan pansuman, fizik tedavi ve mobilizasyon gibi işlemler de ağrı oluşturmaktadır (5,14).

Akut dönemde opioidler, dinlenme sırasında ortaya çıkan ağrıyı azaltmak için uygulanır. Hasta stabilize olduktan sonra düşük doz özellikle intravenöz yoldan opioidler verilmektedir. Opioidler uygulandığı zaman antiemetikler gerekli olabilir. Yanık hastasında sık sık ağrı kontrolünün yapılması gerekmektedir; ağrı kaynağına uygun analjezik veya sistemik opioid kullanımı tercih edilmektedir. Genellikle yoğun bakım ünitesinde tedavisi devam eden hastada, hasta kontrollü analjezi ağrıyla baş etmesinde önemli bir uygulamadır. Hemodinamik stabilite ve bozulmuş doku perfüzyonu geri gelene kadar oral, subkutan veya intramusküler uygulama yolundan kaçınılmalıdır. Ağrı yönetimi için diğer girişimler, gevşeme bantlarının kullanımı, hayal kurma,

biyofeedback gibi farmakolojik olmayan yöntemleri içerir (6,9,15).

Fizik Tedavi

Yanıklı hastalarda kontraktür sık görülen bir sorundur. Tedavi sırasında kontraktürleri önlemek için hastanın pozisyonu korunmalıdır. Fleksiyon, eklem ve ekstremitenin doğal dinlenme pozisyonu olduğu için fizik tedavi deformiteyi önleyen pozisyonları sürdürmeyi içerir. Ateller vücut bölümlerinin immobilizasyonunu sağlayarak eklemlerdeki kontraktürleri önler. Ateller, fizik tedavi uzmanı tarafından eklemleri fonksiyonel pozisyonlarda tutmak için uygulanmalı ve uygun olup olmadığı kontrol edilmelidir. Yaralanmadan sonra mümkün olan en kısa sürede uygulanmaya başlanmalıdır. Uygulanan atellerin fizik tedavi programlarına göre çıkarılması önerilmektedir. Akut fazın erken dönemlerinde fizik tedavi terapisti tarafından iki saatte bir aktif ve pasif ROM (Range of Motion) egzersizleri uygulanır. İdeal egzersiz programı hastaneye kabulde başlamalı ve yara iyileşinceye kadar devam etmelidir (5,9,10).

Beslenme

Yanıklı hastada beslenme, metabolik gereksinimleri karşılamak, yara iyileşmesini hızlandırmak, enfeksiyona karşı direnci arttırmak, protein kaybını azaltmak için oldukça önemlidir.

Yaralanmadan 6-12 saat sonra, hastanın duodenal ya da jejunal enteral beslenmesi sonuçları iyileştirebilir. Karbonhidratlar yağlardan daha iyi enerji kaynağı olduğu için yanık sonrası beslenme içeriği %82 karbonhidrat, %15 protein, %3 oranında yağdan oluşmalıdır. Günlük protein gereksinimi en az 1.5-2 gr/kg'dır. Omega-6 yağ asitleri ile karşılaştırıldığında, omega-3 yağ asitleri, daha iyi bir inflamatuvar yanıtı neden olur. Multivitamin ve minarel desteği normal olmalıdır.

Kollojen sentezi için diyetle C vitamini, yara iyileşmesi ve epitelizasyon için

A vitamini, yara iyileşmesi ve lenfatik fonksiyonlar için çinko, protein düzeyini arttırmak ve infeksiyon görülme sıklığını azaltmak için aminoasit glutamin desteği önerilir. Hasta ağızdan beslenebiliyorsa ancak besin alımı yetersiz ise gece enteral beslenme desteği uygulanabilir. Parenteral beslenme, infeksiyon riski olduğu için enteral beslenmeyi tolere edemeyen hastalarda tercih edilmelidir (5,6,8).

Akut Dönemde Görülen Olası Komplikasyonlar

İnfeksiyon: Yanık sonucunda vücudun ilk savunma yeri olan cilt yok edilir. Patojenler, genellikle yeterli fagositoz sağlanmadan çoğalmaya başlar. Sonucunda, yanık yarısında bakteri kolonizasyonu gelişir. Skar dokusu ile canlı doku birleşiminde bulunan bakteri sayısı $10^5/g$ ve üstü seviyelerde olduğunda, yanık hastasında yara yerinde infeksiyon tanısı konur. İnfeksiyon varlığında, lokal inflamasyon, hassasiyet ve yara yerinde iltihaplanma da görülebilir. Bu infeksiyonların yayılımının artması sonucunda, kısmi kalınlıklı yara tam kat yaraya dönüşebilir. İnvaziv yara infeksiyonlarında kültür sonucuna göre sistemik antibiyotik kullanımı gereklidir (16).

Yaraya geç ya da uygun olmayan girişimlerde bulunulması sebebiyle yanık yara sepsisi gelişebilmektedir. Sepsisin ilk belirtileri arasında hipotermi veya hipertermi, kalp atım ve solunum sayısında artış, kan basıncında ve idrar miktarında azalma yer almaktadır. Daha sonra; iştahsızlık, bilinç bulanıklığı, titreme, huzursuzluk gibi belirtiler de görülebilir. Sepsise neden olan organizma, sıklıkla gram negatif bakterilerdir (Pseudomonas, Proteus vb.). Bu hastalar aynı zamanda septik şok için de risk altındadır. Literatüre göre yanık yarısında, hastanede kalınan dönem içerisinde MRSA (Metisiline dirençli Stafilokokus aureus) oluşumu da sık gözlenebilmektedir (17).

Yanık sonrası sepsis gelişimine yönelik yapılan bir çalışmada, hastaların

%26'sında sepsis görüldüğü, ölüm oranının ise %11.9 olduğu belirtilmektedir (18).

Yanık sonrası hastada sepsisten şüpheleniyorsa; zaman kaybetmeden, yara yeri, kan, idrar, balgam, orofarenks, perineal ve intravenöz girişimin uygulandığı yerlerden kültür alınmalı, uygun antibiyotik tedavisi başlanmalıdır.

Kardiyovasküler ve Solunum Sistemi:

Kalp yetmezliği, akciğer ödemi, disritmiler, venöz tromboembolizm, acil dönemde başlayıp, akut fazda da devam eden temel sorunlardır. Hasta kalp krizi veya solunum arresti nedeniyle kaybedilebilmektedir. Hastanın hemodinamik monitörizasyonu, kalp ve solunum sistemini destekleyici girişimler uygulanmalıdır (1).

Nörolojik Sistem: Yanık sonrası, solunum yolları etkilenmemişse ya da elektrik kaynaklı bir yanık değilse, hastada nörolojik açıdan bir belirti gözlenmez. Bununla birlikte, bazı hastalar söylenenleri anlamada güçlük yaşayabilir. İleri yaş hastalarda deliryum tablosu eşlik edebilir (19). Bu durum, birkaç haftaya kadar sürebilir. Psikiyatri ve geriatri alanlarından ortak konsültasyon, bu sorunun çözümünde yol göstericidir. Altta yatan elektrolit dengesizliği, stres, serebral ödem, sepsis, analjezik/antianksiyolitik ilaç kullanımı ve uyku bozukluğu gibi faktörler de irdelenmelidir (1).

Kas - İskelet Sistemi: Akut dönemde, kas – iskelet sistemine ilişkin komplikasyonlar oldukça sık görülür. Yanık sonrası skar dokusu olduğundan, cilt elastikiyetini kaybeder. Bu nedenle ROM hareketlerini yapmada güçlük ve kontraktür gelişimi gibi olumsuzluklar gelişir. Ağrı nedeniyle, hasta fleksiyon pozisyonuna eğilimlidir (20). Bu dönemde, yanık yerinin gerginleştirilmesi, eklem hareketliliğinin sağlanması, kontraktür gelişimini önlemede yararlı olabilir (21).

Gastrointestinal Sistem: Gastrointestinal sisteme ilişkin, sepsis kaynaklı paralitik ileus; enteral beslenme veya antibiyotik kullanımına bağlı diyare; mobilizasyon, düşük lifli diyet, opioid analjeziklerin yan etkisi sonucunda konstipasyon görülmektedir. Yanık sonrası, gastrointestinal sisteme olan kan akışında azalma ile karakterize Curling's ülseri bu dönemde de devam etmektedir. Tedavisinde hastanın mümkün olduğunca erken dönemde beslenmesi, antiasit (Ranitidine vb) ve proton pompa inhibitörleri (Esomeprazole vb.) kullanımı büyük önem taşır. Major yanığı olan hastaların, bu dönemde dışkılarında gizli kan görülebilir (1).

Endokrin Sistem: Yanık sonrası erken dönemde metabolik hız azalır; resüsitasyon ile katabolik veya hipermetabolik bir tablo gelişir. Katekolamin, glukagon ve kortizol değerleri artarken insülin ve triyodotironin değerleri azalır (22). Kandaki glikoz seviyesi artar, sonucunda hiperglisemi gelişir. Bu durumda hastanın beslenmesi sınırlandırılmaz, intravenöz insülin tedavisi başlanır. Bu nedenle, kan glikozu, glukometre ile izlenmeli, hastanın stres durumu da değerlendirilmelidir (23).

Akut Dönemde Hemşirelik Bakımı Tanı, Beklenen Sonuç ve Girişimler

Major yanıklar tüm vücut sistemlerini etkileyerek sosyal, ekonomik, psikolojik ve spirütüel sorunların gelişmesine neden olmaktadır.

Hemşirelik Tanısı: Cilt bütünlüğünde bozulma

Amaç/Beklenen Sonuçlar: Dolaşım bozukluğu ve ödem olmaması.

Hemşirelik Girişimleri

- ✓ Yanıkta hemşirelik bakımı, yaralanmanın değerlendirilmesi, temizlenmesi ve infeksiyon kontrolüne odaklanır.

- ✓ Yanığın görünümü, miktarı, drenaj tipi, vücut sıcaklığı, lökosit sayısı yakından izlenir.
- ✓ Debridman ve hidroterapiyi içeren günlük yara bakımı yapılır. Ortamın nemli olması sağlanır.
- ✓ Order edilen topikal antimikrobiyal ajanlar uygulanır.
- ✓ Vücudun hassas alanlarının özel cilt bakımı yapılır.
- ✓ Temiz yanıklarda (ör: göz) normal tuzlu su ya da steril su kullanılır. Göz kapağında kontraktür gelişirse, korneada yırtılmayı önlemek için damla ya da merhem uygulanır.
- ✓ Dudaktaki yanıklarda dudaklar tuzlu su ile ıslatılmış petle silinir. Order edilen antibiyotikli merhemler uygulanır. Ağız sık olarak değerlendirilir ve düzenli olarak ağız bakımı uygulanır.
- ✓ Aşırı basınç oluşumunu önlemek için nazogastrik ve nazotrakeal tüplerin yeri değiştirilir.
- ✓ Kulaklar pansumanla kapatılmaz. Kulaklara olan basıncı azaltmak için köpük pedler kullanılır.
- ✓ Pansumanlar değiştirilir. Açık yöntem kullanıldığında steril yöntem kullanılır. Kapalı yöntem distalden proksimale uygulanır.
- ✓ Cilt grefti yerleştirilmiş eksremite kalp seviyesinden yukarıda tutulur.
- ✓ Cilt greft alanlarının 3-5 gün hareket-siz olması sağlanır.

Hemşirelik Tanısı: Sıvı Volüm Eksikliği

Amaç/ Beklenen Sonuçlar: Yeterli dolaşımın sağlanması

Hemşirelik Girişimleri

- ✓ Yaralanmadan sonra aşırı sıvı kaybı olur ve 2-5 gün devam eder. Bu süreçte hemşirelik bakımı, sıvı kaybının onarılması ve hemodinamik parametrelerin sürekli değerlendirilmesini içerir.
- ✓ Hastanın yaşam bulguları sık olarak değerlendirilir. Nabızda zayıflık, kan

- basıncında azalma, solunum hızında artma gibi belirtiler kayıt edilir.
- ✓ Order edilen IV sıvılar uygulanır.
- ✓ Saatlik aldığı-çıkardığı izlemi yapılır. İdrar çıkışı saatlik 50 cc'nin altında ise rapor edilir.
- ✓ Günlük kilo izlemi yapılır.

Hemşirelik Tanısı: İnfeksiyon riski

Amaç/ Beklenen Sonuçlar: İnfeksiyon belirtilerinin gözlenmemesi

Hemşirelik Girişimleri

- ✓ Vücut sıcaklığı 1-2 saatte bir ölçülür ve kayıt edilir. Lökosit sayısı izlenir.
- ✓ Tetanoz immünizasyon durumu belirlenir.
- ✓ Asepsiye dikkat edilir.
- ✓ Ateş, idrarda bakteri, dizüri, varlığı değerlendirilir.

Hemşirelik Tanısı: Fiziksel aktivitede bozulma

Amaç/ Beklenen Sonuçlar: Kontraktür olmadan mümkün olan hareket düzeyinin sağlanması

Hemşirelik Girişimleri

- ✓ 2 saatte bir aktif-pasif ROM egzersizleri uygulanır. Hastanın durumu stabil ise ayağa kaldırılır.
- ✓ Order edilen ateller uygulanabilir. Hastanın pozisyonu saat başı değiştirilir.
- ✓ Ekstremitelerin aynı hizada olması sağlanır.

Hemşirelik Tanısı: Beden gereksiniminden az beslenme

Amaç/ Beklenen Sonuçlar: Hastanın kilosunun normal sınırlar içinde olması

Hemşirelik Girişimleri

- ✓ Nazogastrik ve nazointestinal tüpün yerleşimi sağlanır.
- ✓ Order edilen enteral/parenteral beslenme desteği sağlanır. Beslenme intoleransı belirtileri varsa rapor edilir. Özellikle total vücut alanının %15-20'sinden fazlası yanık olan hastalarda erken ve yoğun enteral beslenme önerilmektedir.

- ✓ Hastanın günlük kilo izlemi yapılır.
- ✓ Yanıklı hastalarda total kalorinin %20'sinin yağlardan oluşması sağlanır.
- ✓ Anabolik sürecin hızlanması için beslenme desteği, beslenme adjuvanları ve kas aktivitesi artırılmalıdır.
- ✓ Metabolik gereksinimi artırıcı etkisinden dolayı, ısı kaybını azaltıcı önlemler alınır.

Hemşirelik Tanısı: Akut ağrı

Amaç/ Beklenen Sonuçlar: Hastanın ağrı düzeyini hafifletmesi

Hemşirelik Girişimleri

- ✓ Ağrı düzeyi değerlendirilir.
- ✓ Hasta için hasta kontrollü analjezinin uygun olup olmadığı belirlenir. Order edilen narkotik analjezikler uygulanır.
- ✓ Hastaya yapılan girişimler ile ilgili bilgi verilir. Ağrılı girişimlere hazır olan hastanın stres düzeyi azalır ve ağrı yönetimi daha iyidir.
- ✓ Ağrı tedavisi için narkotik olan ağrı kontrolü tercih edilir.

Değerlendirme

Yara iyileşmesi, sıvı-elektrolit durumu, havayolu açıklığı, infeksiyon yokluğu, yeterli beslenme, ağrının azalması, komplikasyon gelişmemesi ile ilgili veriler toplanarak hemşirelik bakımının etkinliği değerlendirilir.

Kaynaklar

1. Knighton JA. Burns. Medical surgical nursing assessment and management of clinical problems 8th ed. International Edition Inc; 2010.p.486-488.
2. Korkmaz HI, Krijnen PAJ, Ulrich MMW, de Jong E, van Zuijlen PPM, Niessen HWM. The role of complement in the acute phase response after burns. Burns 2017; 43: 1390-1399.
3. Kuyumcu M, Şen H, Özkan S. Anesthesia in burn injury patients. TAF Preventive Medicine Bulletin 2011; 10(3): 351-360.
4. Greenwood JE. The evolution of acute burn care - retiring the split skin graft.

- Annals of the Royal College of Surgeons of England 2017;1-7.
5. Lemone P, Burke K, Bauldoff G, Gubrud P (Eds.). Nursing care of patients with burns. In: Medical surgical nursing clinical reasoning in patient care 6th ed. New Jersey: Pearson Education Inc; 2015.p.432-450.
 6. Connolly S. Clinical practice guidelines: burn patient management. Clinical Guidelines. NSW: Agency for Clinical Innovation 2011.
 7. Burke KM, Mohn Brown EL, Eby L. Caring for clients with burns. In: Medical Surgical Nursing Care 3th ed. Pearson education, Inc; 2011. p.1160-1173.
 8. Bolek Trofino R. Nursing care of patients with burns. In: Understanding Medical Surgical Nursing. Williams LS, Hopper PD, eds. 5 th ed. F.A Davis Company Philedelphia; 2015. p.1320-1336.
 9. Kanan N. Yanıkta hemşirelik bakımı. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N, editör. Cerrahi Hemşireliği I. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012.p. 115-152.
 10. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Management of patients with burn injury. In: Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. 11th ed. Lippincot Williams&Wilkins; 2008.p. 1994-2037.
 11. Koyutürk A, Demiray Soyaslan D. Yara ve Yanık Tedavisinde Kullanılan Örtüler. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi Özel Sayı 2016; 1:58-65.
 12. Shores JT, Gabriel A, Gupta S. Skin substitutes and alternatives: a review. Adv Skin Wound Care 2007; 20(9):493-508.
 13. Altan S, Oğurtan Z. Termal yanıklarda pansuman uygulamaları. Dicle Üniv Vet Fak Derg. 2016; 2(11):118-126.
 14. Yorgancı K, Geyik SG. Ciddi yanık hastasının izlem ve tedavisi. Hacettepe Tıp Dergisi 2007; 38:135-140.
 15. Bittner EA, Shank E, Woodson L, Martyn JJ. Acute and perioperative care of the burn-injured patient. The Journal of the American Society of Anesthesiologists 2015; 122(2):448-464.
 16. Duke JM, Randall SM, Wood FM, Boyd JH, Fear MW. Burns and long-term infectious disease morbidity: A population-based study. Burns 2017;43(2):273-281.
 17. Shek K, Patidar R, Kohja Z, Liu S, Gawaziuk JP, Gawthrop M, et al. Rate of contamination of hospital privacy curtains on a burns and plastic surgery ward: a cross-sectional study. The Journal of Hospital Infection 2017; 96(1):54-58.
 18. Belba MK, Petrela EY, Belba A.G. Epidemiology and outcome analysis of sepsis and organ dysfunction/failure after burns. Burns 2017; 43:1335-347.
 19. da Silva IR, Frontera JA. Neurologic complications of acute environmental injuries. Handbook of Clinical Neurology 2017; 141:685-704.
 20. Porter C, Herndon DN, Sidossis LS, Børsheim E. The impact of severe burns on skeletal muscle mitochondrial function. Burns 2013; 39(6):1039-47.
 21. Rrecaj S, Hysenaj H, Martinaj M, Murtezani A, Ibrahim-Kacuri D, Haxhiu B, et al. Outcome of physical therapy and splinting in hand burns injury. Our last four years' experience. Materia Sociomedica 2015; 27(6):380-2.
 22. Koltka K. Yanık Yaralanmaları: yanık derinliği, fizyopatolojisi ve yanık çeşitleri. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2011; ISSN: 2146-6416.
 23. Belba MK, Petrela E, Belba A, Mano V, Belba G. Statistical and clinical analysis of alterations in glucose values after burns. Annals of Burns Fire Disasters 2016; 29(3):163-171.

Postpartum Kanamada Risk Belirleme, Önleme ve Yönetim: Kanıta Dayalı Uygulamalar Risk Identification, Prevention and Management in Postpartum Hemorrhage: Evidence Based Practices

Ayşegül DURMAZ^a, Nuran KÖMÜRCÜ^b

ÖZ Anne ölümleri Türkiye'nin olduğu gibi tüm dünya ülkelerinin en önemli sağlık sorunlarından biridir. Anne ölümlerinin 1/3'den fazlasının nedenini postpartum kanama (%35) oluşturmaktadır. Postpartum kanama nedeni ile yılda yaklaşık 14 milyon ölüm meydana gelmektedir. Doğum sonrası ölümlerin %45'i ilk 24 saat içinde ortaya çıkar ve %66'sı ilk haftasında meydana gelir. Acil durumun farkına varmak kolay olmadığından ölümlerin çoğu doğum sırasında ya da doğum sonrası ilk 24 saat içinde ortaya çıkar. Postpartum kanama acil obstetrik bir durumdur. Bu nedenle dünya genelinde ve ülkemizde acil obstetrik bakım hizmetleri kapsamında yer almaktadır. Çalışmada postpartum kanamayla mücadele için koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler açısından ortak bir yaklaşım ve eşgüdümü sağlamak açısından önemli bilgiler verilmektedir. Bu çalışmada postpartum kanamadan kadınları koruma, postpartum kanamayı önleme ve kanama geliştiğinde yönetimine ilişkin bilgilerin yüksek kanıt düzeyi ile sunulması amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Postpartum Kanama, Koruma, Önleme, Yönetim.

ABSTRACT Maternal death is one of the most important health problems in Turkey and in the rest of world. The reason for more than 1/3 of maternal deaths is postpartum hemorrhage. Postpartum hemorrhage caused deaths occur approximately 14 million times a year. Of these postnatal deaths, 45% occur after the first 24 hours, and 66% occur in the first week. Since diagnosis of the emergency situation is not easy, most of the deaths occur during birth or in the first 24 hours after giving birth. Postpartum bleeding is an emergency obstetric case. Therefore, it is included in the emergency obstetric care services around the world and in our country. This study presents important information about providing a joint approach and coordination in protective, therapeutic and rehabilitating services for fighting postpartum hemorrhage. This evidence-based information aims to help protect women from postpartum hemorrhage and manage cases of hemorrhage.

Keywords: Postpartum Hemorrhage, Protection, Prevention, Management

Giriş

Postpartum kanama vajinal veya sezaryen doğumu takiben gelişen obstetrik acil bir durumdur. Dünya genelinde anne ölümlerinin en önemli nedenlerindedir (1). Birleşmiş Milletler'in 2000 yılında yaptığı Milenyum Genel Kurul toplantısında kabul edilen binyıl kalkınma hedefleri arasında, anne sağlığının iyileştirilmesi ve anne ölümünün 1990 yılından 2015 yılına kadar 3/4 oranında azaltılması (Hedef beş) yer almaktadır (2). Bu hedefe ulaşmak için, anne ölüm oranları ile gebelik, doğum ve postpartum döneminde meydana gelen ölümlerin izlenmesi amaçlanmaktadır (3). Küresel olarak yapılan izleme çalışmaları sonucunda elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, dünyada yaklaşık olarak yılda

287.000, günde 800 kadın gebelik ve doğumla ilgili önlenebilir nedenlerden dolayı ölmektedir (4). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2012 yılı Dünya Sağlık İstatistiği raporunda, 2010 yılında 245.000 anne ölümü Sahra Altı Afrika'da ve Güney Asya'da gerçekleşmiştir. Raporla Türkiye'de anne ölümü 100 000 canlı doğumda 20 olarak gösterilmektedir (5).

Anne ölümlerinin yarısından fazlasının nedenini postpartum kanama (%35) ve hipertansiyon (%18) birlikte oluşturmaktadır (6). Postpartum kanama nedeni ile yılda yaklaşık 14 milyon ölüm meydana gelmektedir (7). Doğum sonrası ölümlerin %45'i ilk 24 saat içinde ortaya çıkar ve %66'sı ilk haftasında meydana gelir. Acil durumun

Geliş Tarihi/Received:29-01-2018 **Kabul Tarihi/Accepted:**27-08-2018

^aDr. Öğr. Üyesi Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kütahya, email: aysegul4466@gmail.com,

ORCID: 0000-0002-3092-8841

^bProf. Dr. İstanbul Aydın Üniversitesi, İstanbul, email: nuranko2002@yahoo.com, ORCID: 0000-0002-6677-8726

Sorumlu Yazar/Correspondence: Dr. Öğr. Üyesi, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kütahya, email: aysegul4466@gmail.com, ORCID: 0000-0002-3092-8841

farkına varmak kolay olmadığından ölümlerin çoğu doğum sırasında ya da doğum sonrası ilk 24 saat içinde ortaya çıkar (8). Postpartum kanamanın dünya çapında yaygınlık oranı % 6-10 arasındadır (9). Carroli, Cuesta, Abalos ve Gülmezoğlu (2008) postpartum kanamanın epidemiyolojisi ile ilgili yaptıkları sistematik derlemede, postpartum kanamanın genel prevalansını %6.09 ile %10.55 arasında bulmuşlardır. Aynı çalışmada postpartum kanama objektif ölçüldüğünde prevalansın %7.23, öznel değerlendirildiğinde ise %5.40 olduğunu belirlemiştirler. Ayrıca araştırmaların tasarımına göre postpartum kanamanın prevalansını gözlemsel çalışmalarda %5.95, randomize kontrollü çalışmalarda %13.94 olarak saptamışlardır (10).

Postpartum dönemde (6-8 haftalık) annelere verilen nitelikli fiziksel, psikolojik ve sosyal bakımla bir çok anne ve bebek ölümleri önlenabilir (11). Rowley, Hensley, Brinsmead ve Wlodarczyk (1995) gebelik ve doğum sırasında rutin bakım alan kadınlarla ebe ekibi tarafından devamlı bakım alan kadınları karşılaştırdıkları randomize kontrollü çalışmada, müdahalesiz doğum eylemine göre müdahaleli doğum eyleminin daha az görüldüğünü ve devamlılığı sağlanan ebelik bakımından annelerin daha çok memnun kaldıklarını bildirmişlerdir. Bu doğrultuda ebe ekibi tarafından devamlı bakım alanlarda müdahaleli doğum eylemi azaldığı ve dolaylı olarak postpartum kanamanın da azaldığı söylenebilir (12).

Çalışmada postpartum kanama risk faktörleri, önleme ve yönetim tartışılmaktadır. Postpartum kanama nedeniyle ülkemizdeki ve dünya ülkelerindeki anne ölümlerini gözden geçirdiğimiz bu çalışmanın yapılacaklar konusunda aydınlatıcı olacağı ve literatüre katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Konu ile ilgili literatürde yer alan çalışmalardan faydalanılarak postpartum kanama risk faktörleri, önlenmesinde yapılan girişimler ve yönetsel girişimler incelenerek çalışmada sunulmuştur.

Postpartum Kanama

Tanım

Postpartum kanama nedeniyle olan ölümlerin çoğu eylemden sonraki dört saat içinde gerçekleşen ve eylemin üçüncü evresinde oluşan sorunların bir sonucudur (13). Postpartum kanama, vajinal doğumdan sonra 500 ml veya daha fazla kan kaybı, sezaryen sonrası 1000 ml veya daha fazla kan kaybı

olarak tanımlanmıştır ve doğumların % 18'inde oluşur (1, 13). Ciddi postpartum kanama 1000 ml'den daha büyük bir kan kaybı olarak tanımlanır (13). Obstetrik uygulamalarda kanamayla sık karşılaşılır ve zaman zaman ölüme neden olabilir (14). Obstetrik kanama doğumdan önce veya sonra oluşabilir ancak vakaların % 80'inden fazlası doğum sonrası meydana gelir (15). Vajinal doğumların yaklaşık yüzde üçünde ciddi postpartum kanama görülür (13).

Etiyolojisi

Postpartum kanamaya neden olan faktörler farklı şekillerde değerlendirilmektedir. Postpartum kanama nedenleri dört ana başlık altında incelenir. Kısaca İngilizce başlıkların ilk harfiyle "4T" akrostişi ile ifade edilir (16).

- **Tone (Tonüs):** Uterin atoni, uterus inversiyonu.
- **Tissue (Doku):** Plasenta retansiyonu, plasentasyon anomalileri.
- **Trauma (Travma):** Doğum kanalı yaralanmaları, uterin rüptür.
- **Thrombin (Trombin):** Önceden var olan pıhtılaşma bozukluğu. Ör. Hemofili/Von Willebrand's hastalığı /hipofibrinojenemi, gebelikte kazanılmış idiyopatik trombositopenik purpura, trombositopeni ile birlikte preeklampsi toksemi (HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, and Low Platelets)), preeklampsi toksemi, intrauterin ölüm, dekolman, amniyon sıvı embolisi ve ciddi enfeksiyon /sepsis nedeniyle yaygın damar içi pıhtılaşma (DIC), ağır transfüzyon nedeniyle dilüsyonel koagülopati, antikoagülan (17, 18).

Risk Faktörleri

Postpartum kanamaya bağlı anne ölüm oranlarında gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında belirgin fark bulunmaktadır (19). Postpartum kanama nedeniyle olan ölümler en yaygın olarak sağlık hizmetlerine erişimin yetersiz olduğu bölgelerde görülmektedir. Ayrıca bu ortamlarda, yetersiz beslenme, sıtma ve anemi postpartum kanamanın etkilerini şiddetlendirebilir. İyi imkanlara sahip ortamlarda, sağlıklı nüfus ve yeterli sağlık hizmetleri ile postpartum kanama nedeniyle ölümler son derece nadirdir. Postpartum kanamayı azaltmak ve tedavi etmek için etkili yöntemler

(Doğum eyleminin üçüncü aşamasının rutin aktif yönetimi, resüsitasyon olanakları, kan nakli ve cerrahi girişimler) kullanılabilir (20). Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FIGO) uluslararası önerilerinde anne ölümlerini azaltmak için deneyimli ebelerin ve gelişmiş obstetrik hizmetlerin sağlanmasının amaç edinilmesi gerektiğini vurgulamıştır (16).

Postpartum bakım hizmeti, temelde koruyucu bir sağlık hizmetidir. Postpartum dönemdeki sağlık bakımı annelerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmasıdır. Postpartum süreçte ebenin verdiği bakım koruyucu önlemleri, anne ve bebekte anormal durumları saptamayı ve gerektiğinde acil önlemlerinin alınmasını kapsamaktadır. Postpartum bakım hizmetleri içinde daha çok anne ve bebek ölümleri ile hastalık nedenleri (postpartum kanama, enfeksiyon, preeklamsi) ve bunların kontrol altına alınmasına öncelik verilmektedir (11). Postpartum kanamanın önlenmesi için ebeler her antenatal ziyarette kadınların risk faktörlerini değerlendirmelidirler. Kadınla işbirliği içinde bakım planını belirlemeli ve en uygun profesyonel sağlık hizmetini sağlamalıdır (19). Postpartum kanama vakalarının 2/3'ünde bilinen bir risk faktörü yoktur (21).

Postpartum kanama riskini arttıran anne özellikleri ile ilgili meta analiz çalışmaları incelendiğinde ilişkili faktörler belirlenmiştir (22, 23, 24, 25). Bunlar: Anne yaşının 35 yaş ve üstü olması (23, 24), annenin beden kitle indeksinin 25.00 kg/m^2 ve üstü olması (23), annenin yaşadığı coğrafi bölge (Orta Doğuda yaşayanlar Afrika'da yaşayanlara göre) (24), annede hipertansif bozukluk varlığı (22, 23), annenin doğum sayısı (primipar multipara göre (23), multipar primipara göre (24), nullipar multipara göre (10)), annenin gebelik yaşı (37 haftadan düşük miada göre, 41 haftadan yüksek miada göre (24)), annenin sezaryen doğum yapması (24), annenin müdahaleli doğum eylemi yaşaması (22), doğum eyleminde indüksiyon uygulanması (22, 24), doğum eyleminin hızlandırılması, makrozomik bebek doğumu ($>4000 \text{ g}$) (22) olarak belirlenmiştir. Doğum eyleminde gelişen problemler açısından ise plasenta retansiyonu, plasenta akreta, doğumun ikinci evresinde uzama, laserasyonlar postpartum kanama ile ilişkili bulunan faktörlerdir (22). Ayrıca Fan ve ark. (2017) plasenta previalı kadınlarda postpartum kanama insidansını araştırdığı meta

analiz çalışmasında daha önce sezaryen operasyonu geçirenlerde postpartum kanama riskinin arttığını bildirmişlerdir. Ancak anne yaşının ve multiparitenin etkilemediğini belirtmişlerdir (25).

Postpartum kanama riskini arttıran faktörler ile ilgili olarak klinik rehberlerde yer alan bilgiler değerlendirildiğinde ilişkili faktörler saptanmıştır. Bunlar: anne yaşının 35 ve üstü olması, multiparite (4 ve üstü), gestasyonel hipertansiyon / preeklamsi, eklamsi, koryoamniyonit, uzamış erken membran rüptürü ve hidroamniyoz varlığı, postterm (≥ 42 hafta) doğum eylemi, doğum eyleminin uzaması, doğum eyleminde indüksiyon uygulanması, müdahaleli doğum eylemi, bebeğin doğum ağırlığının 4000 gr ve üstü olması postpartum kanama açısından risk faktörü olarak bildirmişlerdir (18, 26- 34).

Postpartum Kanamayı Önleme

Postpartum kanamanın etkisini en aza indirmek için prenatal dönemde anemi düzeltilir, rutin epizyotomi yapılmaz ve annenin yaşam bulguları değerlendirilir. Annenin kan transfüzyonu hakkındaki inançları sorgulanır. Gerekli önlemler alınır ve stratejiler belirlenir (35).

Postpartum kanama vakalarının çoğu doğumun üçüncü aşamasında ortaya çıkar (36). Postpartum kanamada doğum eyleminin üçüncü evresi bekleme ya da aktif yaklaşım kullanılarak iki şekilde yönetilir. Bekleme yönetimi, müdahaleci olmayan yaklaşım şeklidir. Bu yöntemde plasenta ayrılma belirtileri beklenir. Umbilikal kord klempelenir, kord atımı sonlanınca kesilir. Plasenta ya kendiliğinden doğar ya da yerçekimi yardımı, anne çabası, meme başının uyarılması, annenin bebeği emzirmesi ile doğması sağlanır (37). Doğumun üçüncü evresinin aktif yönetimi, uterotonik madde kullanımını, kontrollü kord traksiyonunu ve plasentanın doğumundan sonra uterus masajını kapsamaktadır (37, 38).

McDonald'ın (2007) çalışmasında bildirdiği meta-analiz araştırmasının sonuçlarına göre doğumun üçüncü evresinin aktif yönetimi postpartum kanama vakalarının ve doğum eyleminin üçüncü evresinin uzama insidansının azaltılmasında bekleme yaklaşımından daha etkili bulunmuştur (39). Lim, Singh and Lee (2011) çalışmalarında doğumun aktif yönetiminin bekleme yaklaşımına göre postpartum kanama riskini azalttığını bildirmişlerdir (40, 41).

Mevcut kanıtlar incelendiğinde, Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FIGO) ve Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (ICM) (2003) doğumun üçüncü evresinde aktif yönetimin postpartum kanama insidansını, kan kaybını ve kan transfüzyonu kullanımını azalttığını bildirmişlerdir (37). Karoshi ve Keith'in (2009) belirttiğine göre doğum eyleminin üçüncü evresinin aktif ve bekleme yönetimini karşılaştıran son çalışmalarda aktif yönetimin postpartum kanama insidansını azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (42). Benzer şekilde Kanada Obstetrisyenler ve Jinekologlar Cemiyeti (SOGC) *kanıt temelli olarak geliştirdiği klinik rehberinde* doğumun üçüncü evresinin aktif yönetiminin postpartum kanama riskini azalttığını ve tüm kadınlara uygulanması gerektiğini önermiştir (*kanıt düzeyi I-A*) (43). Her doğum görevlisi doğum eyleminin üçüncü evresini aktif yönetirken bilgili, becerikli olmalıdır ve kritik kararları alabilmelidir (37).

Postpartum kanamanın önlenmesi için yapılacak girişimlerden bir diğeri ise uterotonik ilaçların kullanılmasıdır. Bu konu hakkında *DSÖ (2012) postpartum kanamanın önlenmesi ve tedavisi için öneriler rehberinde* doğumun üçüncü evresinde olan tüm kadınlara postpartum kanamanın önlenmesi için uterotoniklerin kullanılmasını ve uterotonik ilaç olarak da oksitosinin tercih edilmesini önermiştir (29). ICM ve FIGO (2003) yayınladığı makalede ve *DSÖ (2012) postpartum kanamanın önlenmesi ve tedavisi için öneriler rehberinde* postpartum kanamanın önlenmesi için oksitosine ulaşılması yorsa alternatif olarak diğer uterotoniklerin kullanılmasını vurgulamıştır (29, 37). *DSÖ (2012) aynı çalışmada* oksitosine ulaşamıyorsa alternatif olarak diğer uterotonikler arasında misopristolü önermiştir (29). *SOGC (2009) hazırladığı klinik uygulama rehberinde* oksitosini postpartum kanamayı önlemek için tercih edilmesi gereken ilaç (kanıt düzeyini I-A) olarak bildirmiştir (33). McDonald, Abbott ve Higgins (2004) oksitosin ile ergometrin kullanımının postpartum kanamayı azaltma açısından karşılaştırdıkları meta-analiz çalışmasında, oksitosin kullananlarda postpartum kanama riskinde küçük bir azalma olduğunu saptamışlardır (44). Westhoff, Cotter ve Tolosa (2013) yaptığı meta-analiz çalışmasında

diğer oksitosik ajanların kullanıldığı grupta oksitosin kullanılan gruba göre postpartum kanamanın daha fazla gelişme riski olduğu belirtilmiştir (45). Tunçalp, Hofmeyr ve Gülmezoglu (2012), Langenbach (2006) ve Hofmeyr ve ark. (2005) yaptıkları meta-analiz çalışmalarında plasebo kullanılan annelerde misopristol kullanılan annelere göre postpartum kanamanın daha fazla gelişme riski olduğunu bildirmiştir (46, 47, 48). Ayrıca Hofmeyr ve ark. 'nın (2013) yaptıkları meta-analiz çalışmasında plasebo grubunda misopristol grubuna göre maternal morbidite ve mortalite görülme riski daha yüksek bulunmuştur (49). Tüm bulgular değerlendirildiğinde çalışmalarda postpartum kanamayı önlemek ve azaltmak için uterotonik ilaçların, özellikle oksitosinin ve oksitosine ulaşılması yorsa misopristolün kullanımı vurgulanmaktadır.

Tanımlama

Sağlıklı genç kadınlarda doğumdan hemen sonraki kan kaybı çoğu kez dolaşımı bozamaz. Bu da gebelik esnasında kan hacminin artmış olmasına bağlıdır. Normalde gebelikte 1,250 ml kadar artan plazma hacmi çoğunlukla kırmızı kan hücresi içerir. Bunun sonucunda gebelikte % 25 kadar artan kan hacmi, dolaşımı da artırır. Pratikte ebeler klinik becerilerini kullanarak gözlem yapmalıdırlar ve gözlem notlarına kaybedilen kan ve diğer sıvıların miktarını ölçerek kaydetmelidirler. Ebeler kan kaybıyla yeterince baş edemeyen ve belirgin bir kanaması olmayan kadınlarda kaybedilen kanı yerine koymak için hemen harekete geçebilmelidirler (19).

Postpartum kanama geliştiğinde nedenini doğru tanılamak yönetimini belirlemek için çok önemlidir. Kanama nedenini (Atoni mi? ya da travma nedeniyle mi? gibi.) bulmak esastır. Ebeler iyi bir gözlemci olmalıdır (50). *Üreme Sağlığı ve Araştırma Bölümü (WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank) 'nın geliştirdiği Ebeler ve Doktorlar İçin Gebelik ve Doğum Komplikasyonlarını Yönetim Rehberinde* yer alan postpartum kanamanın ayırıcı tanılanması tablo 1'de yer almaktadır. Ayırıcı tanılamada postpartum kanamanın çıkış zamanı, uterusun kontraktilesi, pozisyonu ve büyüklüğü, plasentanın durumu (çıkması, tam olması yada parçalanmış olması), eşlik eden ağrının özelliği ve bazı durumlarda şok

Tablo 1. Postpartum Kanamanın (PPK) Ayırıcı Tanılanması

Genellikle Görülen Semptomlar, Diğer Semptomlar ve Belirtiler	Ara Sıra Görülen Semptomlar ve Belirtiler	Olası Tanı
<ul style="list-style-type: none"> Birincil PPK^{a,b} Uterus yumuşak ve kontraktıl değilse 	<ul style="list-style-type: none"> Şok 	<ul style="list-style-type: none"> Atonik Uterus
<ul style="list-style-type: none"> Birincil PPK^{a,b} 	<ul style="list-style-type: none"> Plasenta tam Uterus kontraktıl 	<ul style="list-style-type: none"> Serviks, vajina veya perine yırtıkları
<ul style="list-style-type: none"> Doğumdan sonra 30dk içinde plasenta doğmamış 	<ul style="list-style-type: none"> Birincil PPK^{a,b} Uterus kontraktıl 	<ul style="list-style-type: none"> Plasenta retansiyonu
<ul style="list-style-type: none"> Plasentanın maternal yüzeyinde kayıp veya kan damarları ile birlikte membranlar yırtılmış 	<ul style="list-style-type: none"> Birincil PPK^{a,b} Uterus kontraktıl 	<ul style="list-style-type: none"> Plasenta retansiyonu ve parçaları
<ul style="list-style-type: none"> Uterusun fundusu abdominal palpasyonla hissedilmez Az veya yoğun ağrı 	<ul style="list-style-type: none"> Vulva'da görülen uterus inversiyonu Birincil PPK^{a,c} 	<ul style="list-style-type: none"> Uterin inversiyon
<ul style="list-style-type: none"> Birincil PPK^a (intra-abdominal ya/ya da vajinal kanama) Şiddetli abdominal ağrı (rüptürden sonra azalabilir) 	<ul style="list-style-type: none"> Şok Hassas abdomen Hızlı anne nabızı 	<ul style="list-style-type: none"> Uterus rüptürü
<ul style="list-style-type: none"> Doğumdan 24 saat sonra oluşan kanama Doğumdan sonra belirli bir sürede beklenenden daha geniş ve daha yumuşak uterus 	<ul style="list-style-type: none"> Kanama çeşitlidir (açık veya koyu, sürekli veya düzensiz) ve kötü kokuludur. Anemi 	<ul style="list-style-type: none"> İkincil PPK

^a Doğumdan sonra ilk 24 saat içinde kanama, ^b Eğer pıhtı serviksi kapatıyorsa veya kadın sırtüstü uzanmışsa, kanama açık renkli olabilir. ^c Tam inversiyonda hiç kanama olmayabilir. (WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank and Department of Reproductive Health and Research 2017).

belirtilerinin gözlenmesi gibi durumlar değerlendirilmektedir (Tablo 1) (51).

Postpartum Kanamada Etkin Yönetim

DSÖ (2008) postpartum kanamada etkin yönetimi sağlamak için altı adım belirlemiştir. Bunlar (50):

1. Sorunu tanımlamak.
2. Yönetimin amacına karar vermek.
3. En iyi yönetimi seçmek.
4. Öncelikleri belirlemek, yönetimi sağlamak.
5. Sonuçları değerlendirmek.
6. Gerekirse, daha ileri yönetim için sevk etmek.

Postpartum kanama yönetim ilkeleri, hız, beceri ve önceliklerin belirlenmesini içerir (50). Postpartum kanamanın genel yönetimi tabloda 2'de yer almaktadır (27, 51).

Postpartum kanamada yönetim yeteneği, multidisipliner ekip çalışmasını, derin bir sosyal bilgiyi, gebeyi ve doğumunu çevreleyen psikolojik ve fizyolojik uygulamaları iyi bilmeyi gerektirir (19). Hemşireler ve ebeler risk faktörlerinin taranmasında, koruyucu yaklaşımın sağlanmasında ve problem çıktığında uygun müdahalelerinin planlanmasında etkin rol alarak; annenin, fetüsün ve yenidoğanın sağlığını koruyup geliştirebilir, riskli durumlarda annenin en iyi bakımı almasında kilit rol oynayabilirler (52).

Sonuç

Genellikle atlanan bir konu olan postpartum kanama, çalışmada her yönü ile tartışıldı. Yapılan değerlendirmeler sonucunda, postpartum kanama

Tablo 2. Postpartum Kanamanın Genel Yönetimi

Yönetim Basamakları	Uygulanacak Girişimler
1. Hastanın genel durumu hızlıca değerlendirilir. Kan basıncı, nabızı ve solunum sayısı alınırken aynı zamanda da kadından/ yakınlarından geçmiş ve şimdiki hastalıklarının öyküsü alınır.	<p>A. Kanama miktarı değerlendirilir.</p> <p>Hafif kanama: Temiz ped ya da giysinin ıslanması 5 dk daha uzun sürer.</p> <p>Şiddetli kanama: Temiz ped veya giysinin ıslanması 5 dk daha kısa sürer.</p> <p>B. Doğumun gerçekleştiği yer ve zaman öğrenilir.</p> <p>C. Kan grubu ve tam kan sayımı için örnek alınır.</p> <p>D. Muayene edilir. Postpartum kanamanın ayırıcı tanısı yapılır.</p> <p>E. Gerekli durumlarda kullanmak üzere uygun kan temin edilir.</p>
2. Durumu stabilize edecek ilk girişimler yapılır ve vital bulgular düzenli olarak kontrol edilir ve kaydedilir. Kanama nedeni uterin atoni ise;	<p>A. Uterus masajı yapılır.</p> <p>B. Tercihen 10 IU oksitosin IM yapılır, takip edilir, beş dk içinde uterus kontrakte değilse 0,2 mg ergot alkaloidi (metilergobasine) (IM) yapılır.</p> <p>C. IV damar yolu açılır ve 500 cc serum içinde 20 IU oksitosin 60 damla/dk olacak şekilde verilir.</p> <p>D. Mesane boşaltılır gerekirse sonda takılır.</p> <p>E. Her 15 dakikada bir nabız ve kan basıncı kontrol edilir.</p> <p>✓ Eklemsi, preeklemsi ve bilinen hipertansiyon hastalığı olan kadınlara ergot deriveleri verilmez.</p> <p>✓ Uterus sert hale gelene kadar masaja devam edilir bir saat süreyle uterusun sert olduğundan emin olunur.</p>
3. Uterus değerlendirilir.	<p>A. Girişimlere rağmen uterus kontrakte olmuyorsa; enfeksiyon kontrol basamaklarına dikkat edilerek elle uterin kavite kontrol edilir (Rüptür kontrolü).</p> <p>B. Uterusta rüptür varsa acil cerrahi uygulanır, uygulanamıyorsa 500 ml serum içinde 20 IU oksitosin 60 damla/dk olacak şekilde verilir.</p> <p>C. Bu sıvının dışında hızlı sıvı replasmanı (varsa Ringer laktat yoksa Serum fizyolojik) ile doktor eşliğinde sevk edilir.</p>
4. Plasenta değerlendirilir.	<p>A. Plasenta çıkarılmamışsa;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plasenta kontrollü kord traksiyonu ile çıkartılır. • Eğer başarısız olunur ve kanama devam ediyorsa plasenta el yardımı ile çıkartılır ve kavite bütünlüğü kontrol edilir. • Uygun antibiyotik tedavisine IV/IM (alerjisi yoksa ampisilin veya sulbaktam/ampisilin veya 1-2. jenerasyon sefalosporin) olarak başlanır. • Eğer plasenta çıkarılamaz ise cerrahi girişim planlanır, cerrahi girişim yapılamıyorsa ameliyathane koşulları olan bir üst basamağa acil olarak sevk edilir. • Sevk sırasında 1000 ml IV sıvı içinde 20 IU oksitosin olacak şekilde, 30 damla/dakika olarak başlanır, gerekirse arttırılır. <p>B. Plasenta çıkarılmış ise plasenta dikkatlice incelenir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eğer plasenta ve ekleri tam ise; kanama açısından takip edilir. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Eğer uterus yumuşaksa uterus masajı yapılır ve ikinci maddedeki kurallar uygulanır. • Eğer plasenta ve ekleri tam değilse; <ul style="list-style-type: none"> ✓ Serviksin durumuna göre, plasenta parçaları manuel ya da Bumm küret yardımıyla çıkartılır. ✓ Uygun antibiyotik tedavisine (alerjisi yoksa ampisilin veya sulbaktam/ampisilin veya 1-2. jenerasyon sefalosporin) IV/IM olarak başlanır. ✓ Eğer çıkarılmıyorsa, hasta bir üst basamağa acil olarak sevk edilir.

Tablo 2. Postpartum Kanamanın Genel Yönetimi (devam)

5. Perine, serviks ve vajen yırtıkları kontrol edilir.	A. Yırtık muayene edilerek yer ve derecesi belirlenir. Yırtıktan sonra olan kanama kontrol altına alınır. Eğer yırtık bulunduğunuz birimde onarılamayacak durumda ise bir üst basamağa acil olarak sevk edilir.
	B. Sevk sırasında yırtığa tampon uygulamaya devam edilir, kanama uterus kaynaklı değilse 1000 ml sıvı (ringer laktat) içinde 10 IU oksitosin 30 damla /dakika olacak şekilde verilir.
6. Tüm girişimlerden sonra kanama kontrol edilir. Bir saat içerisinde;	A. Eğer hala kanama çok miktarda devam ediyorsa;
	<ul style="list-style-type: none"> • 1000 ml içinde 40 IU oksitosin bulunan IV sıvı vermeye 60 damla/dk olacak şekilde devam edilir ve ikinci IV damar yolu açılır. • Kan transfüzyonuna başlanır, temin edilemiyorsa kolloid bir sıvı infüzyonuna başlanır. • Bimanuel uterus veya aort kompresyonu uygulanır. • Uygun antibiyotik tedavisine (alerjisi yoksa ampisilin veya sulbaktam/ampisilin veya 1-2. jenerasyon sefalosporin) IV/IM olarak başlanır. • Uygun koşullar varsa cerrahi seçeneklere başvurulur: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Arter ligasyonu, ✓ Uterus kompresyon sütürleri, ✓ Histerektomi (mümkünse total). • Uygun koşullar yoksa hasta gerekli önlemleri alarak bir üst basamağa acil olarak sevk edilir. <p>B. Eğer kanama kontrol altındaysa;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kanama sona erdikten bir saat sonraya kadar içinde 20 IU oksitosin bulunan IV sıvı 20 damla/dk olacak şekilde verilmeye devam edilir. • Dört saat boyunca her yarım saatte bir hastanın vital bulguları (TA, nabız, solunum, ateş) ve aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapılır. 24 saat yakın takibe alınır. Eğer saatte 30 ml'den az idrar çıkarırsa veya Hb'i yedi gr/dl'nin altına düşerse ya/ya da ciddi solukluğu olursa bir üst basamağa sevk edilir. • Hasta 48 saat takip edilir.

risk faktörleri açısından Ebelerin, Doğum Hemşirelerinin ve Hekimlerinin farkındalığının artırılması, annelerin antepartum, intrapartum ve postpartum dönemde dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi, risk taşıyan gebelerin daha dikkatli izlenmesi, risk saptanan gebelere doğumlarını acil girişim seçenekleri mevcut olan bir sağlık kuruluşunda, ilgili sağlık personeli yardımıyla yaptırımları konularında eğitim verilmesi önerilir. Ayrıca Postpartum kanamayı önleyebilmek için doğum eyleminin üçüncü evresinin aktif yönetilmesi, uterotonik ilaçlardan oksitosinin kullanılmasını, eğer oksitosine ulaşılamıyorsa misopristolün kullanımı tavsiye edilir. Çalışma süresince gerek ülkemizde gerek dünya genelinde, özellikli (vaka sayısının sınırlı olması gibi) bir konu olan postpartum kanamaya yönelik uzun vadeli iyi planlanmış çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmüştür. Postpartum kanama

konusunda daha fazla araştırma planlanması, geniş çaplı projelerin üretilmesi önerilir.

Kaynaklar

1. Su CW. Postpartum hemorrhage. Prim Care Clin Office Pract 2012; 39: 167-187.
2. Bin Yıl Kalkınma Hedefleri Raporu, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Ankara, 2010.
3. Ergöçmen BA, Yüksel İ. Türkiye'de ölüm kayıtlarına ilişkin sorunlar: anne ölümleri özelinde niteliksel bir çalışma. Nüfusbilim Dergisi/Turkish Journal of Population Studies 2006; 07: 29-46.
4. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank Estimates. Publications of the World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2012.
5. World Health Statistics 2012. WHO. Publications of the World Health Organization. Geneva, Switzerland, 2012.
6. Countdown to 2015 Decade Report (2000–2010): Taking Stock of Maternal, Newborn and Child

- Survival. WHO, UNICEF. Publications of the World Health Organization. Geneva, Switzerland, 2010.
7. Reducing the Global Burden: Postpartum Haemorrhage. Making Pregnancy Safer Newsletter. WHO 2007; 4: 1-8.
 8. Nour NM. An introduction to maternal mortality. *Reviews in Obstetrics et Gynecology* 2008; 1(2): 77-81.
 9. Burke C. Active versus expectant management of the third stage of labor and implementation of a protocol. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 2010; 24(3): 215-228.
 10. Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gülmezoğlu AM. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2008; 22(6): 999-1012.
 11. Balkaya NA. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2002; 6(2): 42-9.
 12. Rowley MJ, Hensley MJ, Brinsmead MW, Wlodarczyk JH. Continuity of care by a midwife team versus routine care during pregnancy and birth: A randomised trial. *The Medical journal of Australia* 1995; 163(6): 289-293.
 13. Anderson JM, Duncan E. Prevention and management of postpartum hemorrhage. *American Family Physician* 2007; 75(6): 875-882.
 14. Alexander JM, Wortman AC. Intrapartum hemorrhage. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2013; 40(1): 15-26.
 15. McLintock C, James AH. Obstetric hemorrhage. *Journal of Thrombosis and Haemostasis* 2011; 9: 1440-1451.
 16. FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee. Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage in Low-Resource Settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2012; 117: 108-118.
 17. Ramanathan G, Arulkumaran S. Postpartum hemorrhage. *JOGC* 2006; 28(11): 967-973.
 18. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program. Primary Postpartum Haemorrhage. Herston: State of Queensland (Queensland Health); 2013.
 19. B-Lynch C, Keith LG, Lalonde AB, Karoshi M. eds. *A Textbook of Postpartum Hemorrhage. A Comprehensive Guide to Evaluation, Management and Surgical Intervention*. Tien Wah Press Pte. Ltd, Singapore; 2006.
 20. Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *The Cochrane Collaboration* 2008; 3: 1-18.
 21. McCormick ML, Sanghvi HC, Kinzie B, McIntosh N. Preventing postpartum hemorrhage in low-resource settings. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 77(3): 267-75.
 22. Winograd RH. Uterine artery embolization for postpartum hemorrhage. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2008; 22(6): 1119-1132.
 23. Durmaz A, Kömürcü N. Relationship between maternal characteristics and postpartum hemorrhage: a meta-analysis study. *The Journal of Nursing Research (JNR)*, 2018; doi:10.1097/jnr.000000000000245(Baskıda)
 24. Sheldon WR, Blum J, Vogel JP, Souza JP, Gülmezoğlu AM, Winikoff B. Postpartum haemorrhage management, risks, and maternal outcomes: findings from the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2014; 121(s1): 5-13.
 25. Fan D, Xia Q, Liu L, Wu S, Tian G, Wang W, ..., Liu Z. The incidence of postpartum hemorrhage in pregnant women with placenta previa: a systematic review and meta-analysis. *PloS one* 2017; 12(1): e0170194.
 26. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara; 2014.
 27. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara; 2014.
 28. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara; 2014.
 29. WHO. WHO Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage. Italy: WHO Press; 2012.
 30. WHO. WHO Guidelines for the Management of Postpartum Haemorrhage and Retained Placenta. Fransa: WHO Press; 2009.
 31. RCOG. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. Green-top Guideline. No:52. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2011.
 32. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Management of postterm pregnancy. *ACOG Practice Bulletin No. 55. Obstet Gynecol* 2009; 104: 639-646.
 33. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Active Management of the Third Stage of Labour: Prevention and Treatment of

- Postpartum Hemorrhage. Canada: SOGC Clinical Practice Obstetrics Committee; 2009.
34. NICE. Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. London, England: RCOG; 2007.
 35. Bhau U, Koul I. Recent advances in the management of postpartum hemorrhage. *JK Science* 2008; 10(4): 163-165
 36. Shane B. Preventing postpartum hemorrhage: managing the third stage of labor. *Outlook*, 2001;19(3):1-8.
 37. ICM, FIGO. Management of the third stage of labour to prevent postpartum hemorrhage. *JOGC* 2003; 25(11): 952-953.
 38. Breathnach F, Geary M. Uterine atony: definition, prevention, nonsurgical management, and uterine tamponade. *Seminars in Perinatology*, 2008;33:82-87.
 39. McDonald S. Management of the third stage of labor. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2007; 52(3): 254-261.
 40. Lim PS, Singh S, Lee A, Yassin MAJM. Umbilical vein oxytocin in the management of retained placenta: an alternative to manual removal of placenta? *Arch Gynecol Obstet* 2011; 284: 1073-1079.
 41. Lim PS. Uterine atony: management strategies. Kochhar PK. (Ed.) *Blood Transfusion in Clinical Practice*. In Tech 2012; 97-128.
 42. Karoshi M, Keith L. Challenges in managing postpartum hemorrhage in resource-poor countries. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2009; 52(2): 285-298.
 43. Leduc D, Senikas V, Lalonde AB. Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2010; 108: 258-267.
 44. McDonald SJ, Abbott JM, Higgins SP. Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004; 1: CD000201.
 45. Westhoff G, Cotter AM, Tolosa JE. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; 10: CD001808.
 46. Tunçalp Ö, Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM. Prostaglandins for preventing postpartum haemorrhage (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; 8: CD000494.
 47. Langenbach C. Misoprostol in preventing postpartum hemorrhage: A meta-analysis. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2006; 92: 10-18.
 48. Hofmeyr GJ, Walraven G, Gülmezoglu AM, Maholwana B, Alfrevic Z, Villar J. Misoprostol to treat postpartum haemorrhage: A systematic review. *BJOG* 2005; 112: 547-553.
 49. Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM, Novikova N, Lawrie TA. Postpartum misoprostol for preventing maternal mortality and morbidity (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; 7: CD008982.
 50. Education Material for Teachers of Midwifery Managing Postpartum Haemorrhage. WHO. 2nd ed., WHO Press, Fransa, 2008.
 51. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. WHO, UNFPA, UNICEF, The World Bank, Department of Reproductive Health and Research. Publications of the World Health Organization, 2'nd ed. Geneva: WHO Press, 2017.
 52. Taşkın L, Koç G. I. basamak sağlık kuruluşlarında verilen perinatoloji hizmetlerinde ebe ve hemşireler. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 48-56

Ebelik Hizmetlerinde Adölesan Gebeliklere Etik Yaklaşım

Ethical Approach to Adolescent Pregnancy from Midwifery perspective

Seda GÖNCÜ SERHATLIOĞLU^a, Nurten KAYA^b

ÖZ Bireyde biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin görüldüğü 10-19 yaşlar arası, Dünya Sağlık Örgütü tarafından adölesan dönem, bu dönemde oluşan gebelikler ise adölesan gebelik olarak tanımlanmaktadır. Anne ölümlerinin önemli bir yüzdesini oluşturan adölesan gebeliklerin üreme sağlığı açısından önemi büyüktür. Adölesan gebelik, tıbbın ötesinde etik, sosyal ve ahlaki boyutları ile incelenmesi gereken bir konudur. Ebelerin, adölesan gebeliklerin önlenmesi, gebelik süreci, doğum ve doğum sonrası bakım konusunda çözümlenmesi gereken birçok etik sorun bulunmaktadır. Bu makalede adölesan gebeliklere ilişkin yaşanan etik sorunlar, ebelik etik ilkeleri doğrultusunda ele alınıp çözüm önerileri sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: adölesan gebelik, ebelik, etik

ABSTRACT It is defined as an adolescent period by the World Health Organization between 10-19 years of age when biological, psychological and social changes are seen in the individual, and pregnancies formed in this period as adolescent pregnancy. Adolescent pregnancies, which constitute a significant percentage of maternal deaths, are important in terms of reproductive health. Adolescent pregnancy is a subject that needs to be examined with ethical, social and moral dimensions beyond medicine. There are many ethical issues that prevention of adolescent pregnancies, pregnancy process, delivery and postnatal care, need to be analysis by midwifery. In this article, the ethical problems related to adolescent pregnancies are discussed in the direction of ethics principles of midwifery and solution proposals are presented.

Key words: pregnancy in adolescent, midwifery, ethic

Giriş

Etik kavramı, bireysel ve toplumsal yaşam kurallarını irdeleyen, kişilerin nasıl davranmaları ve niçin o şekilde davranmaları gerektiğini açıklayan; kısacası doğru ya da yanlış davranışlar bilimi olarak tanımlanmaktadır (1). Her alandaki güncel konularda vazgeçilmez olan etik kavramı, sağlık hizmetlerinde hem kuramsal hem de uygulama olarak daha çok önem kazanmıştır (2). Kadın merkezli sağlık profesyonellerinden olan ebelerin kuramsal bilgilerinin yanı sıra çalışma hayatlarında davranışlarını şekillendiren kurallar; insan sağlığına zarar vermeme, yarar sağlama, adaletli olma, insan yaşamına ve onuruna saygı duyma gibi etik değerler üzerine şekillenmiştir (3).

Kadınların sağlığını koruma ve geliştirme kapsamında mortalite ve morbidite oranlarını azaltma sorumluluğu olan ebeler, bu görev ve sorumluluğu yerine getirirken etik ikilemlerle karşı karşıya kalabilmektedir. Etik ikilemlerle karşılaşan

ebe, ikileme neden olan sorunu tüm boyutları ile analiz etme, sorunun çözümüne yönelik seçenekler üretme, bu seçenekler içinden en iyi yolu bulma gibi etik karar verme sürecini yönetebilmeli ve bu süreçte etik model ve kuramlardan yararlanabilmelidir. Ebelerin üreme sağlığında sıklıkla karşılaştıkları etik konular kadının doğurma hakkı, adölesan gebelikler, sezaryen kararı, kürtaj, yardımcı üreme teknikleri, prenatal tanı testleri vb. olarak sayılabilir (4). Anne ölümlerinin önemli bir yüzdesini oluşturan adölesan gebeliklerin üreme sağlığı açısından önemi büyüktür. Adölesan gebelik, tıbbın ötesinde etik, sosyal ve ahlaki boyutları ile incelenmesi gereken bir konudur. Ebelerin, adölesan gebeliklerin önlenmesi, gebelik süreci, doğum ve doğum sonrası bakım konusunda çözümlenmesi gereken birçok etik sorun bulunmaktadır. Bu makalede adölesan gebeliklere ilişkin yaşanan etik sorunlar, ebelik etik ilkeleri doğrultusunda ele alınıp çözüm önerileri sunulmuştur.

Geliş Tarihi/Received:02-04-2018/ **Kabul Tarihi/Accepted:**20-07-2018

^a Arş. Gör. Karabük Üniversitesi, e-mail:sedagoncu@karabuk.edu.tr, ORCID:0000-0002-3329-3461

^b İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi, e-mail:nurka@istanbul.edu.tr, ORCID:0000-0003-0414-3589

Sorumlu yazar /Correspondence: Seda GÖNCÜ SERHATLIOĞLU, , e-mail:sedagoncu@karabuk.edu.tr,

Adölesan gebeliğin tanımı ve yaygınlığı

Bireyde biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin görüldüğü 10-19 yaşlar arası, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından adölesan dönem olarak kabul edilmektedir (5). UNFPA (United Nations Population Fund/Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu) verilerine göre, dünyada 1,2 milyar adölesan yaşamakta ve toplam nüfusun %18'ini oluşturmaktadır. Adölesan nüfusun %88'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (6). Türkiye'de kadın nüfusun %11,3'ünü adölesanlar (10-19 yaş arası) oluşturmaktadır (7). Adölesan dönemin en önemli özelliklerinden biri ergenin fiziki, psikolojik ve sosyal olarak hızla gelişim göstermesi ve bu değişimin meydana getirdiği özel koşullar sağlanamadığı sürece ergenin sağlığını olumsuz yönde etkilemesidir. Bu dönemde üreme sağlığı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmayan gerek evli gerekse bekâr adölesanlar istenmeyen gebelik, düşük ve gebelik tahliyesi gibi olumsuz durumlar ile karşılaşabilmektedir (8). Adölesan gebelik olarak tanımlanan 10-19 yaşlar arasında oluşan gebelikler, bu sorunlar arasında yer alır (5). UNFPA 2012 verilerine göre gelişmekte olan ülkelerde; adölesanların beşte biri gebe kalmakta ve adölesan kız çocukları için en sık ölüm nedeni gebelik olmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre, ülkemizde adölesan gebelik oranı % 4,6'dır (9). Ülkelerdeki adölesan gebeliklerin sıklığı, ülkenin sosyo-kültürel durumu, gelişmişlik düzeyi, toplumsal özellikleri gibi birçok faktörden etkilenmektedir (10).

Adölesan gebeliğin nedenleri

Adölesan gebeliğin nedenleri biyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve politiko-ekonomik nedenler olarak sınıflandırılabilir (11-14).

- **Biyolojik nedenler:** Zihinsel engellilik, erken ve korunmasız cinsel ilişki yaşamak vb. dir.
- **Psikolojik nedenler:** Mutsuz çocukluk, annesinin adölesan gebeliğinin olması, yakın çevresinde evlilik veya evlilik dışı adölesan gebelik olması vb. dir.
- **Sosyo-kültürel nedenler:** Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, akran baskısı, düşük ekonomik statü, gelir azlığı, ailelerin, adölesanın veya partnerinin eğitim seviyesi düşüklüğü, zayıf aile bağları, parçalanmış aile çocuğu olmak, aidiyet duygusunu yitirmek, 10-19 yaş arası evlilikler, gelenek ve

görenekler, yaşa uygun cinsel eğitim verilmemesi vb. dir.

- **Politiko-ekonomik nedenler:** Tecavüze uğrama, insan hakları engelleri, göçler ve savaşlar, cinsel şiddet ve baskı, çocuk ihmal ve istismarı, kontraseptif yöntemler hakkında bilgi eksikliği, kontraseptif yöntemlere ulaşamama, üreme sağlığı eğitimi sunan birimlerin ya da eğitimi sunan elemanın yetersizliği vb. dir.

Evlilik öncesi cinsel deneyim, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki gençler arasında yaygınlaşmaya başlamıştır. Ülkemizde de son yıllarda evlilik dışı erken yaş gebelik görülme oranları artmıştır. Bu durumun oluşmasında ülkemizdeki toplumsal değer yargılarının değişmesinin etkili olduğu düşünülebilir. Evlilik olmaksızın ilk cinsel ilişki yaşının düşmesi ve ilk cinsel ilişkide kontraseptif herhangi bir yöntem kullanılmaması adölesan gebelikleri arttıran bir sebeptir. Adölesan gebelik genellikle istenmeyen bir gebelik olduğu için abortus oranlarını yükseltmektedir (15). Eğitim düzeyi ile erken yaşta çocuk sahibi olma arasında ters yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Eğitim düzeyi düşük adölesanların, yüksek olanlara göre çocuk sahibi olmaları daha muhtemeldir. Eğitimi olmayan veya ilkokulu bitirmemiş kadınların % 17'si adölesan dönemde çocuk doğurmaya başlarken; bu oran en az ilkokulu bitirmiş kadınlar arasında % 8 düzeyindedir. Refah düzeyine göre bakıldığında, orta, düşük ve en düşük refah seviyesine sahip hanelerde yaşayan adölesanların % 6-8'inin, en yüksek refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan adölesanların ise % 3'ünden azının çocuk doğurmaya başladığı görülmektedir (9,16).

Yüksek riskli gebelikler sınıfında yer alan adölesan gebelikler, gelişmiş ülkelerde evlilik öncesi ilişkilerin, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde ise çoğunlukla erken yaşta evliliklerin sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde evlilik yaşı 18 olmasına rağmen, resmi nikah olmadan yapılan evlilikler adölesan gebelik yaşını düşürmektedir. Ülkemizde anne olma yaşı adölesan dönemde yaş arttıkça artmaktadır (15,16).

Adölesan gebeliğin riskleri ve sonuçları

Adölesan gebelikler anne ve bebeği tehdit eden sorunların daha sık yaşanması ve anne ölüm oranlarını arttırdığı için diğer gebeliklere kıyasla riskli gebelikler statüsünde değerlendirilmektedir (17). Adölesan gebeliğin tıbbi ve sosyal açıdan

birçok olumsuz etkisi vardır. Tıbbi açıdan bakıldığında yetersiz beslenme, anemi, vaginal enfeksiyonlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (örn. HIV), preeklampsi, plasental anomaliler, depresyon, zor doğum eylemi, perine yırtığı, epizyotomi açılması, sezaryen, müdahaleli doğum bu riskler arasında sayılabilir. Ayrıca adölesan kadınların prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, abortus oranları yüksek seyretmekte ve bu durum neonatal, infant ve maternal mortaliteyi arttırmaktadır. Sosyal yönden, adölesan gebelik kadının eğitim alamaması, meslek sahibi olmasını engelleme, iş hayatını olumsuz etkileme ve evlilik dışı bir gebelik varsa çevre baskısı gibi etkilere sahiptir (13,16,18-20).

Adölesan gebeliğe ilişkin etik sorunlar ve çözümünde ebeğin rolü

Etik sorunlara çözüm seçenekleri oluşturulurken ve uygun seçeneğin uygulanması sırasında rehber alınması gereken temel ilkeler bulunmaktadır. Bu temel ilkeler; adalet, özerklik, yarar sağlama ve zarar vermeme (3). Ebeler, mesleğin yardım, destek, rehberlik etme, sorun çözme ve savunuculuk rollerinden dolayı adölesan gebeliklere karşı farklı bakış açısına sahip olmalı ve etik sorunların çözümünde aktif rol oynamalıdır. Bu bölümde International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)'nun 2014 yılında yayınladığı adölesan gebeliklerde etik konular başlıklı çalışması, etik ilkeler doğrultusunda açıklanarak, çözüm noktasında ebelerin mesleki rolleri vurgulanacaktır.

Adölesan gebelik oranlarının ve buna bağlı anne ölüm oranlarının yüksek olması zarar vermeme, yarar sağlama ilkeleriyle çelişmektedir. Adölesan gebeliğe bağlı anne ölümlerinin azaltılması için ebeler etik roller yüklenmektedir. Bu noktada ebeler ulusal tüzel ve özel kuruluşlar ile işbirliği yaparak üreme ve cinsel sağlık eğitimini adölesanlara, buldukları tüm ortamlarda (ev, okul vb.) sağlamalıdır. Bu eğitimin kapsamı, korunmasız cinsel ilişki ve istenmeyen gebeliklerin riskleri, adölesan gebeliklerle ilgili komplikasyonlar ve adölesanlara yönelik kontraseptif yöntemler gibi konuları içermelidir (8).

Adölesan gebeliklerin nedeni, özellikle belirli kültürlerde ve etnik gruplarda erken yaşta evliliklerdir. Ülkemizde erken yaşta evliliklerin olması, evli olan adölesanlara yönelik etkili aile planlaması yöntemi danışmanlığı sağlamanın

gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Ebelerin birincil görevi riskli gebelik olan adölesan gebeliği önlemek olmalıdır (12). Ülkemizde resmi olmayan adölesan evlilikler nedeniyle gerçek sıklık belirlenmemektedir. Ancak özellikle Türkiye'nin doğu bölgelerinde erken yaşta evlilik oranları yüksektir. Erken evliliklerin önüne geçilmesindeki koruyucu uygulamalardan olan kız çocuklarının eğitiminin sağlanması ve toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin en aza indirilmesi konularında ebeler halkı bilgilendirme rolü üstlenmelidir (21). DSÖ verilerine göre; eğitim, adölesan gebelikleri önemli ölçüde azaltmakta ve liseye devam etme oranı arttıkça adölesan gebelik oranı düşmektedir (5).

Kontraseptif yöntemler, üreme ve cinsel sağlıkla ilgili bilgi eksikliği ve adölesanların gereksinimlerini karşılayacak bu bilgileri sunan sağlık hizmetlerine erişim eksikliği adölesan gebelik oranını artırmaktadır (14). Bu sağlık hizmetlerinin sunulduğu yerlerde çalışan ebeler, adölesanların kendi cinselliklerini anlayabilmeleri, istenmeyen gebeliklerden, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan ve bunlar sonucunda oluşabilecek infertilite riskinden korunabilmeleri noktasında yardımcı olacak düzeyde bilgi ve beceriye sahip olmalıdır. Ayrıca adölesanlar için uygun kontraseptif yöntemler bilinmeli ve danışmanlık sağlanmalıdır. Adölesanlar için kontraseptif yöntemler; etkinliği yüksek, güvenli, yan etkileri sınırlı, ucuz, yaygın, uzun etkili ve geri dönüşümlü olmalıdır (12,22).

Adölesan gebeliğe yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin, adalet etik ilkesi çerçevesinde, risk taşıyan tüm adölesanlara özenle sunulması gerekmektedir. Adölesan gebeliklerde güvensiz kürtaç, plansız evlilik, maternal mortalite ve morbidite sıklıkla görülebilmektedir (14).

Adölesan gebeliklerin sosyal sonuçları arasında yer alan adölesanların eğitimlerini tamamlayamayıp okuldan ayrılmaları; iş imkânlarını, ekonomik durumu etkileyerek yoksulluğa ve tekrarlayan gebelik riskine yol açar (14). Adölesan gebeler, gebelik takipleri boyunca eğitimlerine devam etmeleri için cesaretlendirilmeli ve doğum sonrası kullanabilecekleri kontraseptif yöntemler hakkında bilgilendirilmelidir.

Adalet etik ilkesi, bireyin gereksinim duyduğu sağlık bakımı hizmetine tüm insanlarla eşit şartlarda ulaşabilmesini ifade etmektedir. Adalet kavramı "eşitlik" ve "hak" kavramları ile yakından ilişkilidir (23). Gebeliğe devam kararı

alan adölesan gebe, ebe tarafından riskli gebelik statüsünde değerlendirilip, takip ve izlem sıklığı ona göre ayarlanmalıdır. Yapılan çalışmalar antenatal kontrollere devamlılığın, gebelik ve yenidoğan komplikasyonlarını azalttığını göstermektedir (18). Bu nedenle yarar sağlama etik ilkesiyle adölesan gebelerin antenatal takiplerle yakından izlemi sağlanmalıdır. Antenatal izlemler boyunca gebelik ile ilgili beslenme, hijyen, doğum, doğum sonu dönem ve bebek bakımıyla ilgili bilgilendirme yapılmalıdır. Adölesan bir gebeye yargılayıcı ve sorgulayıcı şekilde yaklaşılmalı, gebeliğinden dolayı suçlanmamalı ve bakımı kısıtlanmamalıdır (25).

Özerkliğe saygı etik ilkesi, yeterli olan (otonom) bireylerin verdikleri kararlara saygı duyma ve ona uygun davranma yükümlülüğüdür. Özerklik; sağlık bakımına gereksinimi olan birey ve/veya yakınları, sağlık ekibi üyeleri ve genel olarak toplumun özerkliği açısından ele alınarak değerlendirme yapılmalıdır (23). Adölesan gebelik durumunda gebeliğin devamı için ısrarcı olan anne adayının isteğine saygı gösterilmesi ya da gösterilmemesi özerkliğe saygı etik ilkesiyle ilişkilidir. Gebeliğin ilerlediği durumlarda ise adölesan gebeliğin takibi noktasında ebeler önemli görevler düşmektedir. Öncelikle yargılayıcı olmayan bir tavırla gebeliğin, anne ve yenidoğan için olası riskleri dikkate alınmalı, riskli gebelik statüsünde olan gebenin takip ve izlem sıklığı belirlenmeli ve olası riskler açısından uyanık olunmalıdır (13). Hem bebek hem de kadının sağlığı düşünülerek kadının davranışını ve kararını etkilemek kadının özerkliğini ihlal edeceğinden özerklik ilkesi açısından sorun oluşturur. Adölesanın kendi kararı ile gebeliğini sonlandırmasına izin verilmemesi, bebeğin babasının ve adölesanın yasal vasisinin izninin istenmesi de özerkliğe saygı ilkesiyle çelişmektedir. Adölesanlar, uygun bakım gereksinimlerinin karşılanacağından ve mahremiyet haklarına saygı gösterileceğinden emin olmalıdır. Öte yandan durumlarının başkaları ile paylaşılması da özerkliğe saygı ilkesiyle çelişmektedir. Hukuki olarak tespit edilen adölesan gebelik durumlarında ebelerin durumu hastane polisine bildirmeleri zorunludur. Ebe, hizmet verdiği bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açılarından mahremiyetinin korunmasını sağlamalıdır, yasal zorunluluk ve kendisinin ya da üçüncü kişilerin hayatını tehdit eden bir zorunluluk olmadığı sürece bireyin rızası

olmaksızın konu ile ilgili bilgileri başka bireylerle paylaşmamalıdır (17). Ebe bildirim zorunlu olan durumlarda, bildirimden dolayı oluşabilecek zararlardan bireyi koruyucu önlemleri almalıdır.

Yarar sağlama etik ilkesi adölesan gebeliğin her aşamasında var olan bir ilkedir. Yarar sağlama, risklere karşı yararları dengeleme yükümlülüğüdür. Risklerin büyüklüğü umulan yararı aşmamalıdır (23). Bu ilkeyle ebenin gebeyi bütün süreç boyunca her türlü zarardan koruma sorumluluğunun yanında bebeğe yararlı olma sorumluluğu da vardır (24). Ebe bu bağlamda etik ikilem yaşayabilir. Bu etik ikilem yarar durumu hangi taraf için fazlaysa o yönde çözümlenmelidir. Ebeler, kadınlara fiziksel varlıklarının ötesinde onların duygularını ve ruhsal isteklerini de dikkate alarak bakım vermelidir.

Kötü beslenme ve tamamlanmamış fiziksel gelişim adölesan gebeliklerde sağlık sorunu riskini arttıran faktörler arasında yer almaktadır (14). Hem anne hem de bebeğin, risk sonuçlarından olumsuz etkilenmesi zarar vermeme etik ilkesiyle çelişmektedir. Gebeliği önleyici seçeneklerin farkında olmamaları, yasal ve güvenli kürtaja erişim eksikliği adölesan gebeleri güvensiz kürtaj ve isteyerek abortus riskine maruz bırakabilir. Ebeler bu noktada adölesan gebeliklerin erken dönemde tanınması için sorumluluklar üstlenmelidir.

Ebelik uygulamalarında; sağlık hizmetlerinin tanıtımı ve tüm uygulamalarda zarar vermeden güvenlik ve onurun korunması, ebelerde profesyonel yanıt çerçevesinde; mahremiyet hakkının korunması, verdiği bakımın sonuçlarından sorumlu olunması, insan hakları ve etik ihlallerinin giderilmesi yer almaktadır (26). Bu doğrultuda ebeler, mesleğin etik değerlerini çalışma ortamlarında ilke edinmeli ve sağlık hizmeti sunumuna yansıtmalıdır. Mesleğin etik kodlarında ebeler, hiçbir kadın ya da adölesanın gebe kalma ve çocuk doğurma konusunda zarar görmemesine yönelik en küçük beklentiye destekler. Etik yaklaşımlar ebeler bakımına gereksinim duyan bireyin onuruna ve özerkliğine saygı gösterilmesini sağlar (25). Adölesan gebeliklerle ilgili en sık etik ikilem yaşanan sorular aşağıda sıralanmıştır;

Adölesan gebeliklerle ilgili etik konularda yapılması gereken doğru eylem nedir? Fetüsün yaşama hakkı mı, yoksa kadının kendi bedeni üzerinde karar verme hakkı mı esas alınmalı? Adölesanın gebe kalmayı istemesi bir kadın hakkı

olarak kabul edilmeli mi? Adölesanın gebeliği konusunda partnerin seçme hakkı var mıdır? Tespit edilen adölesan gebelik adölesanın ailesiyle paylaşılmalı mı? vb...

Etik bir sorun olarak adölesan gebeliklerin artmasının önlenmesinde ebelerin rollerini bilmeleri ve etik duyarlılıklarını sorgulamaları gerekmektedir. Adölesan gebeliğin önlenmesi veya gebeliklerin sağlıklı sonuçlanması için ebeler tarafından sunulan birinci basamak sağlık hizmetinin etkin olması istenmektedir. Adölesan gebeliklerin önlenmesi için öncelikli olarak ülke genelinde lise ve üniversite öğrencilerine yönelik cinsellik-üreme sağlığı ve kontraseptif yöntemler hakkında eğitimler düzenlenmelidir (17). Sağlık hizmetini etkili bir şekilde sunmak, danışmanlık sağlamak ebeler için önemli rolleri arasında yer almaktadır (27). Ebelerin eğitimlerde etkili aile planlaması yöntemlerini zarar vermeme, özerklik, adalet ve yarar sağlama etik ilkeleri doğrultusunda sunması, kadınların güçlendirilmesi için çalışan kadın oranının artırılması, adölesan yaştaki kızların okullaşma oranlarının artırılması gibi kadın güçlendirme programlarında yer alması adölesan gebeliklerin azalması noktasında önemli adım olacaktır (13,22). Etik duyarlılığı gelişmiş olan ebeler, karşılaştıkları etik sorunlarda en doğru kararı alacak ve kadın sağlığını ilgilendiren durumlarda etik değerleriyle hareket edecektir (28). Bu yüzden ebeler için etik eğitimleri sürecinde ebeler için etik kodları, etik ilkeler ve etik karar verme sürecini kapsayan derslerin müfredata dahil edilip, etkin bir şekilde sunulması ve etik duyarlılığın artırılması önerilebilir.

Sonuç

Adölesan sağlığının ülke geleceği için önemi büyüktür. Bu sebeple adölesan sağlığını olumsuz etkileyen adölesan gebeliklerin nedenlerinin ortaya çıkarılması ve bu nedenlere yönelik önleyici girişimlerde bulunulması gerekmektedir. Yaşamları boyunca kadın ve aile için sağlığın geliştirilmesi ve yükseltilmesi konusunda etkili bir rol model, danışman ve uygulayıcı olması gereken ebelerin, adölesanları bilinçlendirmeleri ve etik ilkelere uygun olarak etkili aile planlaması eğitimi vermeleri, gebeliğin devamı durumlarında uygun takip ve bakım hizmetini sağlamaları gerekmektedir. Üreme sağlığının önemli bir etik sorunu olan adölesan gebelik oranının düşürülmesinde ve perinatal komplikasyonların en aza indirilmesinde,

ebelerin konunun önemine farkına varması ve ebeler için etik müfredatının etik konular yönünden zenginleştirilmesi olumlu adımlar olacaktır.

Kaynaklar

1. Şentürk S. Meslek Olarak Hemşirelik ve Hemşirelikte Etik İlkeler [Nursing as a profession and ethical principles in nursing]. 1. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2013. p.16-18.
2. Tosun H. Sağlık Bakımı Uygulamalarında Deneyimlenen Etik İkilemlere Karşı Hekim ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi [Determining sensitivity of the nurses and the physicians against the ethic dilemmas which experienced at the health care practises]. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Doktora Tezi, İstanbul, 2005
3. Yıldırım G, Koçkanat P, Duran Ö. Ulusal Ebeler Kodları ve Meslek Değerleri [National midwifery profession codes and values]. STED; 2014;23(4):148-152
4. Hadımlı A. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde Etik Konular [Ethical issues in women's health and disease nursing]. Türkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist-Special Topics. 2017;3(1):40-46.
5. World Health Organization (WHO). Adolescent Pregnancy. Department of Child and Adolescent Health and Development 2014.
6. United Nations Population Fund (UNFPA) 2017.
7. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Doğum İstatistikleri 2015. (Erişim tarihi:3.12.2017) Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21508>
8. Güzel Aİ, Tokmak A, Üstün YE. Adölesan Gebelikler [Adolescent pregnancies]. JGON. 2016;13(1):28-31.
9. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). Adölesan Doğurganlık ve Annelik 2013. (Erişim tarihi: 3.12.2017) Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
10. Folayan MO, Haire B, Harrison A, Odetoyingbo M, Fatusi O, Brown B. Ethical Issues in Adolescents' Sexual and Reproductive Health Research in Nigeria. Dev World Bioeth. 2015;15(3):191-198.

- 11.Noll JG, Shenk CE, Putnam KT. Childhood Sexual Abuse and Adolescent Pregnancy: A Meta-Analytic Update. *J Pediatr Psychol*. 2008;34(4):366-378.
- 12.Sipsma HL, Ickovics JR, Lewis JB, Ethier KA., Kershaw TS. Adolescent Pregnancy Desire and Pregnancy Incidence. *Women's Health Issues*. 2008;21(2):110-116.
- 13.Melekoğlu R, Evrûke C, Kafadar T, Mısırlıoğlu S, Büyükkurt S, Özgünen FT. Adölesan Gebeliklerin Perinatal Sonuçları [Perinatal Outcomes of Adolescent Pregnancy]. *J Turk Soc Obstet Gynecol*. 2013;10(4):213-219.
- 14.Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health (FIGO). Ethical Issues in Adolescent Pregnancies. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;(128):185-186.
- 15.Bulut S, Gürkan A, Sevil Ü. Adölesan Gebelikler [Adolescent pregnancies]. *Aile ve Toplum Dergisi*; 2008;(13):37-44.
- 16.Ağaçayak E, Alan B, Turgut A, Karabel M, Tunç SY, Çeter Y, et al. Adölesan Gebelerin Maternal ve Fetal Sonuçlarının Değerlendirilmesi [Evaluation of maternal and fetal outcomes in the adolescents pregnancy]. *Dicle Med J*. 2016;43(2):344
- 17.Yıldızhan R, Kolusarı A, Edirne T, Adalı E, Erol Ş, Kurdoğlu M, et al. Van Yöresinde Adölesan Gebeliklerin Analizi [Analysis of adolescent pregnancies in van region]. *Van Med J* .; 2009;16(4):124-127.
- 18.Raatikainen K, Heiskanen N, Verkasalo PK, Heinonen S. Good Outcome of Teenage Pregnancies in High-Quality Maternity Care. *Eur J Public Health*. 2006;16:157-61.
- 19.Ayyıldız T, Topan A, Öztürk Ö, Kulakçı H. Adölesan Gebeliklerin Anne ve Bebeğe Yönelik Obstetrik Sonuçlar Açısından Değerlendirilmesi [Evaluation of adolescent pregnancies in terms of obstetric outcomes for the mother and the newborn]. *DEUHFED*; 2015;8(2):61-66.
- 20.Morris JL, Rushwan H. Adolescent Sexual and Reproductive Health: The Global Challenges. *Int J Gynaecol Obstet*.2015;131(1).
- 21.Boran P, Gökçay G, Devocioğlu E, Eren T. Çocuk Gelinler. *MMJ*; 2013;26:58-62.
- 22.Fisher M., Ben SI, Solt I, Burke YZ. Pregnancy Prevention and Termination of Pregnancy in Adolescence: Facts, Ethics, Law and Politics. *IMAJ*; 2015;17(11):665-668.
- 23.Büken NÖ, Büken E. Nedir Şu Tıp Etiği Dedikleri?. *STED*; 2002;11(1):17-20.
- 24.Altıparmak S, Çiçekçiöğlü M, Yıldırım G. Abortus and Ethics. *CMJ*; 2009;31(1):84-90.
- 25.Foster IR, Lasser J. Ebelik Uygulamalarında Profesyonel Etik [Professional Ethics in Midwifery Practice]. (N Ersoy, M Özcan, A Ergin. Çev.). 1.Baskı. Ankara: Nobel Yayıncılık; 2015. p. 15-21.
- 26.International Confederation of Midwives (ICM). International Code of Ethics for Midwives, 2014.
- 27.Megregian M. Ethics Education in Midwifery Education Programs in the United States. *J Midwifery Womens Health*. 2016;61(5):586-592.
- 28.Vanlaere L, Gastmans C. Ethics in Nursing Education: Learning To Reflect On Care Practices. *Nurs Ethics*. 2007;14(6):758-766.
- 29.Klingberg-Allvin M, Van Tam V, Nga NT, Ransjo-Arvidson AB, Johansson A. Ethics of Justice and Ethics Of Care: Values and Attitudes Among Midwifery Students on Adolescent Sexuality and Abortion in Vietnam and Their Implications for Midwifery Education: A Survey by Questionnaire and Interview. *Int J Nurs Stud*. 2007;44(1):37-46.