



Kastamonu
Sağlık
Akademisi
ISSN 2548-1010

Cilt Volume **5** | **Sayı** Issue **1**

Nisan
April
2020

HAKEMLİ DERGİ | REFEREED JOURNAL

ISSN 2548-1010

İmtiyaz Sahibi | Owner of the Journal

Dr. Esra DEMİRARSLAN

Editör Kurulu | Editorial Board

Dr. Esra DEMİRARSLAN, *Kastamonu Üniversitesi (Baş Editör)*

Prof. Dr. Wilma ZYDZİUNAİTE, *Vytautas Magnus University (Editör Yardımcısı)*

Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR, *Gümüşhane Üniversitesi (Editör Yardımcısı)*

Doç. Dr. Samira HAJİSADEGHİ, *Qom University of Medical Sciences (Editör Yardımcısı)*

Doç. Dr. Silvia BORİSOVA, *Paraskev Stoyanov Varna Medical University (Editör Yardımcısı)*

Dr. Öğr. Ür. Aline Teixeira MARQUES FIGUEIREDO SİLVA, *Institos Superiores de Ensino do Censa (Editör Yardımcısı)*

Dr. Öğr. Gör. Carla DAMÁSİO, *Polytechnic of Leiria School of Health Sciences (Editör Yardımcısı)*

Dr. Öğr. Gör. HACER HANCI, *Kastamonu Üniversitesi (Editör Yardımcısı)*

Alan Editörleri | Area Editors

Prof. Dr. Gülay VARLI UZUN, *Hacettepe Üniversitesi*

Prof. Dr. Hasan Önder GÜMÜŞ, *Erciyes Üniversitesi*

Prof. Dr. Işıl PAKIŞ, *Acıbadem Üniversitesi*

Prof. Dr. Meryem YAVUZ VAN GİERSBERGEN, *Ege Üniversitesi*

Prof. Dr. Sandra XAVIER, *Polytechnic Institute of Beja*

Prof. Dr. Seçil KARAKOCA NEMLİ, *Gazi Üniversitesi*

Doç. Dr. Merve BANKOĞLU GÜNGÖR, *Gazi Üniversitesi*

Doç. Dr. Murat ŞENTÜRK, *Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi*

Doç. Dr. Oğuzhan ZENGİN, *Karabük Üniversitesi*

- Doç. Dr. Saliha ÖZPINAR, *Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi*
- Dr. Öğr. Ü. Ali Özer, *Acıbadem Üniversitesi*
- Dr. Öğr. Ü. António VÍCENTE, *University of Beira Interior*
- Dr. Öğr. Ü. Aslinur KÜÇÜKSAYAN, *Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi*
- Dr. Öğr. Ü. Asuman ÖZGÖZ, *Kastamonu Üniversitesi*
- Dr. Öğr. Ü. Aydın RÜSTEMOĞLU, *Aksaray Üniversitesi*
- Dr. Öğr. Ü. Bülent DEMİR, *Manisa Celal Bayar Üniversitesi*
- Dr. Öğr. Ü. Durkadin DEMİR EKŞİ, *Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi*
- Dr. Öğr. Ü. Ekim SAĞLAM GÜRMENT, *Manisa Celal Bayar Üniversitesi*
- Dr. Öğr. Ü. Emrah BIYIKLI, *Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi*
- Dr. Öğr. Ü. Emrah DURAL, *Sivas Cumhuriyet Üniversitesi*
- Dr. Öğr. Ü. Erdem ASLAN, *Aksaray Üniversitesi*
- Dr. Öğr. Ü. Ertan TAŞKINSEL, *Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi*
- Dr. Öğr. Ü. Fatih ASLAN, *Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi*
- Dr. Öğr. Ü. Görker SEL, *Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi*
- Dr. Öğr. Ü. Gözde ORHAN KUBAT, *Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi*
- Dr. Öğr. Ü. Hakan DAYANIR, *Sağlık Bilimleri Üniversitesi*
- Dr. Öğr. Ü. Hüseyin Fatih SEZER, *Kocaeli Üniversitesi*
- Dr. Öğr. Ü. İsmail SARIKAN, *Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi*
- Dr. Öğr. Ü. Marlene ROSA, *Polytechnic Institute of Leiria*
- Dr. Öğr. Ü. Mehmet Yalçın GÜNAL, *Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi*
- Dr. Öğr. Ü. Musatafa ETLİ, *Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi*
- Dr. Öğr. Ü. Muzaffer DOĞGÜN, *Girne Amerikan Üniversitesi*
- Dr. Öğr. Ü. Naim UZUN, *Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi*
- Dr. Öğr. Ü. Nesrin İÇLİ, *Kastamonu Üniversitesi*
- Dr. Öğr. Ü. Nuran ÖZYEMİŞÇİ, *Hacettepe Üniversitesi*
- Dr. Öğr. Ü. Oktay ASLANER, *Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi*

Dr. Öğr. Ü. Serra ÖRSTEN, *Hacettepe Üniversitesi*

Dr. Öğr. Ü. Tuğçe Naime GEDİK, *Altınbaş Üniversitesi*

Dr. Öğr. Gör. Paulo PEREIRA, *Portuguese Institute of Blood and Transplantation*

Uzm. Dr. Ceren SANCAR, *Gümüşhane Devlet Hastanesi*

Dr. İsmail KARASOY, *Gümüşhane Devlet Hastanesi*

Dizin Editörleri | Index Editors

Öğr. Gör. Vedat GÜLTEKİN, *Ankara Üniversitesi*

Öğr. Gör. Yasin ŞEŞEN, *Hitit Üniversitesi*

İngilizce Dil Editörleri | English Language Editors

Uzm. Yafes CAN, *Anadolu Üniversitesi*

Uzm. Zeynep KUMKALE, *Düzce Üniversitesi*

İstatistik Editörleri | Istatistic Editors

Prof. Dr. İsmet DOĞAN, *Afyon Kocatepe Üniversitesi*

Dr. Öğr. Ü. Mehmet KARADAĞ, *Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi*

Mizanpaj Editörleri | Layout Editors

Dr. Öğr. Gör. Zeliha Canan ÖZKAN, *Necmettin Erbakan Üniversitesi*

Uzm. Münire YILDIZ, *Kafkas Üniversitesi*

Sekreteryaya | Secretary

Uzm. Esmâ Sena PATTABANOĞLU, *Kastamonu Üniversitesi*

Türkçe Dil Editörleri | Turkish Language Editors

Doç. Dr. Hülya PİLANCI, *Anadolu Üniversitesi*

Dr. Öğr. Gör. Sibel ERGÜN ELVERİCİ, *Yıldız Teknik Üniversitesi*

Dr. Öğr. Gör. Yavuz ÖZKUL, *Kocatepe Üniversitesi*

Dr. Öğr. Ü. Tarana OKTAN, *Akdeniz Üniversitesi*

Dr. Öğr. Ü. Ebru ÖZGÜN, *Anadolu Üniversitesi*

Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK) yılda üç kez yayınlanan, hakemli, bilimsel bir e-dergidir. Dergide yayınlanan çalışmalardan, kaynak gösterilmek koşuluyla alıntı yapılabilir. Çalışmaların tüm sorumluluğu yazarına/yazarlarına aittir.

Health Academy Kastamonu (HAK) is a refereed e-journal published three times a year. May be quoted on the condition that the source is shown. All responsibility for the articles belong(s) to the author/authors.

İletişim | Contact

Dr. Esra DEMİRARSLAN

E-posta | e-mail: eertemur@kastamonu.edu.tr

Telefon | phone: +903662804138

Dergi İletişim | Journal Contact

Dr. Hacer HANCI

E-posta | e-mail: hhanci@kastamonu.edu.tr

Telefon | phone: +903662803950

Sağlık Akademisi Kastamonu dergisi, çift kör hakemlik prensibini benimser. Uluslararası Creative Commons 4.0 tarafından lisanslanmıştır. Dergimize gönderilen makaleler intihal.net intihal tarama programında değerlendirilmektedir. Dergi Index Copernicus International (ICI), Crossref, Scilit, Science Library Index, DOAJ, Türk Medline, OPENAIRE, ROAD, ASOS ve Open Access Library(OALIB) tarafından taranmaktadır.

Health Academy Kastamonu adopts the principle of double blind arbitration. Licenced by international Creative Commons 4.0. The articles submitted to our journal are controlled by the intihal.net plagiarism detection program. The journal indexed in Index Copernicus International (ICI), Crossref, Scilit, Science Library Index, DOAJ, Türk Medline, OPENAIRE, ROAD, ASOS and Open Access Library(OALIB).



İÇİNDEKİLER | CONTENTS

Hemşirelik / Nursing

Dr. Hülya KULAKÇI ALTINTAŞ; Dr. Tülay KUZLU AYYILDIZ; Funda VEREN; Nihal KALINCI. Research Article: *Evaluation of Psychosocial Health Status and Health Practices of Pregnant Women* / Araştırma Sunumu: Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumları ve Sağlık Uygulamalarının Değerlendirilmesi 1-18

Müge SEVAL, Münevver SÖNMEZ. Araştırma Sunumu: Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleğe Yönelik Tutumları ve İmaj Algıları Arasındaki İlişki / Research Article: *Relationship Between the Attitudes and Image Perceptions of Nursing Students' Profession* 19-36

Ezgi DEMİRTÜRK SELÇUK, Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ. Araştırma Sunumu: Hemşirelerin Yaşlılık ve Yaşlı Bakımına İlişkin Görüşleri ve Tutumları / Research Article: *Opinions and Attitudes of Nurses on Aging and Geriatric Care* 37-51

Sibel KÖSTEKLİ, Dr. Sevim ÇELİK, Dr. Elif KARAHAN. Araştırma Sunumu: Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Ameliyathaneye Hasta Transferi Konusundaki Kanıt Dayalı Bilgi Düzeyleri / Research Article: *Evidence Based Knowledge Levels of Nurses Working in Surgical Units On Patient Transfer of the Operating Room* 52-64





Belenme ve Diyetetik / Nutrition and Dietetics

Mahir ARSLAN. Derleme: D Vitamini ile Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı İlişkisi / Review: *The Relationship between Vitamin D and Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 65-77

Sedat ARSLAN. Derleme: Yaşlılarda Koah ve Beslenme Yaklaşımları / Review: *Nutritional Aspects of COPD in Elderly* 78-90

Dr. Hülya KULAKÇI ALTINTAŞ¹; Dr. Tülay KUZLU AYYILDIZ²; Funda VEREN³; Nihal KALINCI⁴.

**Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumları ve Sağlık Uygulamalarının Değerlendirilmesi/
Evaluation of Psychosocial Health Status and Health Practices of Pregnant Women**

1. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, hulyakulak@yahoo.com, 
2. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, tayyildiz67@hotmail.com, 
3. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, verfun2000@yahoo.com, 
4. Zonguldak Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, nihal@hotmail.com, 

Gönderim Tarihi | Received: 21.06.2019, Kabul Tarihi | Accepted: 3.12.2019, Yayın Tarihi | Date of Issue: 1.04.2020, DOI: 10.25279/sak.469597.

Atıf | Reference: "KULAKÇI ALTINTAŞ, H.; KUZLU AYYILDIZ, T.; KALINCI, N. (2020). Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumları ve Sağlık Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK), 5(1), s.1-18. DOI: 10.25279/sak.469597"

Öz

Amaç: Bu çalışma, gebe kadınların psikososyal sağlık durumlarını ve sağlık uygulamalarını değerlendirmek amacıyla yapıldı. **Gereç ve Yöntemler:** Tanımlayıcı-karşılaştırmalı tipteki araştırma, Zonguldak Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nin Gebe Polikliniği'nde 04.12.2012-04.03.2013 tarihleri arasında yürütüldü. Çalışmaya toplam 1086 gebe katıldı. Veriler Gebe Bilgi Formu, Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği ve Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde değerleri, student t testi, Mann-Whitney U testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Kruskal-Wallis varyans analizi ve korelasyon analizi kullanıldı. **Bulgular:** Bu çalışmada, gebelerin psikososyal sağlık durumları ile sağlık uygulamaları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($p < .050$). Bununla birlikte, gebelerin psikososyal sağlık durumları ve sağlık uygulamaları gebelerin bazı özelliklerine (yaş, medeni durum, aile tipi, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eşin eğitim düzeyi, eşin çalışma durumu, sosyal güvence varlığı, ekonomik gelir, çocuk sayısı, düşük ve küretaj sayısı, kronik hastalık durumu, gebelik öncesi Beden Kitle İndeksi, gebelik sayısı, gebelik sürecini planlama durumu, gebelik ile ilgili komplikasyon durumu ve sosyal destek durumu) göre anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p < .050$). **Sonuç ve Öneriler:** Gebe izlemlerinde fiziksel değerlendirmelerin yanı sıra gebelerin psikososyal sağlık durumları ve sağlık uygulamalarının değerlendirilmesi, riskli durumların erken dönemde tanınarak koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin sağlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebe, Psikososyal Sağlık, Sağlık Uygulamaları

Abstract

Aim: This study was performed to evaluate psychosocial health status and health practices of pregnant women in Turkey. **Metaterials and Methods:** This comparative descriptive study was conducted at a pregnancy polyclinic of Zonguldak Maternity and Children's Hospital in T between 12.04.2012-03.04.2013. A total of 1086 pregnant women participated in the study. Data were collected by using Pregnant Information Form, Pregnancy Psychosocial Health Assessment Scale and Health Practices Questionnaire in Pregnancy-II. Numerical and percentage values, student t test, Mann Whitney-U test, One-Way Analysis of Variance, Kruskal-Wallis variance analysis and correlation analysis were used for data analysis. **Results:**

In this study, there is a positive correlation between psychosocial health status and health practices of pregnant women ($p < .050$). However, psychosocial health status and health practices of pregnant women show significant differences based on some characteristics of pregnant women such as age, marital status, family type, education level, employment status, presence of social insurance, economic income, number of children, number of abortion and curettage, chronic disease status, Body Mass Index before pregnancy, number of pregnancy, pregnancy planning status, complication associated with pregnancy and social support ($p < .050$). Conclusion and suggestions: Besides physical assessments, evaluation of psychosocial health status and health practices of pregnant women, early diagnosis of risky conditions and provision of protective and therapeutic services are recommended during pregnancy follow-ups.

Keywords: Pregnant, Psychosocial Health, Health Practices

1. Introduction

Pregnancy is a developmental period consisting of important physiological and psychosocial changes during a woman's life (Eskici, Demir-Akca, Atasoy, Arıkan, & Harma, 2012; Virit, Akbaş, Savaş, Sertbaş, & Kandemir, 2008). When adaptation to these changes occurring during pregnancy period cannot be achieved, health problems that are threatening the health of the mother and fetus/newborn emerge (Dejin-Karlsson & Ostergren, 2003; Gözüyeşil, Şirin, & Çetinkaya, 2008). Pregnancy is a period that highlights all emotional, vital, mental and behavioural expectations, conflicts, hopes and desires (Gözüyeşil et al., 2008; Kuğu & Akyüz, 2001). During this period, there is a high risk of encountering several factors that may create anxiety and stress (Eskici et al., 2012; Silva et al., 2012; Virit et al., 2008; Yeşilçiçek Çalık & Aktas, 2011; Yeşiltepe-Oskay, 2004). Anxiety and stress during pregnancy period negatively affect psychosocial health of the pregnant women increase delivery and postpartum complications and negatively affect the health of the newborn (preterm labor, preeclampsia, difficult delivery, necessity for more surgical intervention during delivery, small fetus according to gestational age, newborn with a low birth weight and low apgar score, etc.) (Matthey, 2005; Yeşilçiçek Çalık & Aktas, 2011; Yıldız, 2011). In terms of characteristics among risk factors for anxiety and stress that have a role in the impairment of health during pregnancy, hormonal changes (Bahar, 2006; Taşkın, 2017), age, marital status, number of children, education level, trimester of pregnancy (Caliskan, Oncu, Kose, Ocaktan, & Ozdemir, 2007; Cornelius, Goldschmidt, DeGenna, & Day, 2007; Çakır & Can, 2012 (online publication); Evans, Heron, Francomb, Oke, & Golding, 2001; Fisher et al., 2012), presence of previous depression history, marriage-partner relationship, employment status, low economic level or economic problems, negative life experiences, unwanted/unplanned pregnancy, spontaneous abortion history, new difficulties and requirements that are brought by pregnancy status, anxiety about fetus and high pregnancy stress are emphasized (Bahar, 2006; Carroll et al., 2005; Fisher et al., 2012; Harrison & Sidebottom, 2008; Kuğu & Akyüz, 2001; Midmer, Bryanton, & Brown, 2004; Okanlı, Tortumluoğlu, & Kırpınar, 2003; Virit et al., 2008). In addition to these features, there are some sources indicating that low self-respect, tendency for negative thinking, lack of social and emotional support during pregnancy period and social isolation are also effective (Blackmore et al., 2006; Carroll et al., 2005; Fisher et al., 2012; Karacam & Ancel, 2009; Kuğu & Akyüz, 2001; Matthey, 2005; Virit et al., 2008). Moreover, it is suggested that domestic violence, consumption of alcohol, cigarette or stimulating substance during pregnancy also have a role (Blackmore et al., 2006; Harrison & Sidebottom, 2008; Kuğu & Akyüz, 2001; Midmer et al., 2004).

It is also possible to see pregnancy period as a crisis period that requires an adaptation to the changes and new roles in a woman's life. As this crisis period provides development, it may also become a problem that creates adaptation difficulties. A woman should firstly accept her pregnancy and future role of motherhood in order to adapt to pregnancy period (Gözüyeşil et al., 2008; Mermer, Bilge, Yücel, & Çeber, 2010). This acceptance is affected by beliefs and attitudes of the woman, her understanding of roles and responsibilities and her relationships and behaviours (Gözüyeşil et al., 2008). During this period, psychosocial support provided by husband, family and/or friends relieves pregnant woman emotionally and cognitively, helps her to take more advantage of social resources and to cope with stress factors and anxiety more easily, and facilitates her adoption of pregnancy and role of motherhood (Elsenbruch et al., 2007; Mermer et al., 2010; Okanlı et al., 2003; Virit et al., 2008). In contrary to this condition, lack of psychosocial support negatively affects the adaptation to pregnancy and the role of motherhood, and increases the level of anxiety and stress (Elsenbruch et al., 2007; Virit et al., 2008; Westdahl et al., 2007). In addition, it is indicated that lack of psychosocial support affects the life style of the mother by impairing mental health during pregnancy and postpartum period, impairs dietary habits and causes an increase in the consumption of cigarette, alcohol and substances (Harley & Eskenazi, 2006; Heaman, Gupton, & Moffatt, 2005; Virit et al., 2008).

Health practices of pregnant woman also play an important role in pregnancy outcomes for both mother and fetus/newborn. Health practices can be defined as activities of the pregnant woman that may affect pregnancy outcomes including her own health and the health of the fetus/newborn (Dejin-Karlsson & Ostergren, 2003; Er, 2006; Lindgren, 2003; Lindgren, 2005). High-quality health practices are linked to positive pregnancy outcomes, whereas risky health practices are associated with poor outcomes (Lindgren, 2003; Lindgren, 2005). High-quality health practices that have been identified as important for positive pregnancy outcomes include obtaining prenatal care; eating well and gaining the right amount of weight; exercising regularly; obtaining dental care; learning about pregnancy and birth; not smoking; not using alcohol, illegal substances, and many over-the-counter drugs; and avoiding risky sexual practices or exposure to other infectious agents (Er, 2006; Lindgren, 2003; Lindgren, 2005; Yanikkerem, Ay, & Piro, 2013). Risky health practices, such as smoking, alcohol or illegal drug use, and low weight gain, are associated with newborn complications such as prematurity, congenital abnormalities, or low birth weight of the newborn (Lindgren, 2005). It was also found that health practices affected maternal-fetal connection, depression and systematically life conditions (Lindgren, 2003). Therefore; health practices that are crucial for pregnancy outcomes should be diagnosed during prenatal care and the mother should be gained high-quality health practices (Lindgren, 2005).

As seen above, health practices during pregnancy may also be effective on psychosocial health as psychosocial health may affect the course of pregnancy. As physiological reactions during pregnancy, recognition and prevention of psychosocial reactions and health practices are of importance for the reduction of their effects on the health of mother and fetus/newborn and for the development of protective mental health services. While a medical evaluation is performed during pregnancy follow-ups, evaluation of psychosocial health status and health practices of pregnant women besides physical assessment is important in terms of a holistic approach (Matthey, 2005; Midmer et al., 2004). In Turkey, health professionals generally focus on physiological changes of pregnancy during pregnancy follow-ups; psychosocial side of pregnancy and health practices of pregnant women remain out of attention and observation area as long as a significant problem develops. Therefore, this study was

performed in order to evaluate psychosocial health status and health practices of pregnant women in Turkey and the relationship between them.

2. Materials and Methods

2.1. Study type

This was a comparative descriptive study.

2.2. Study universe and sample

The study was conducted at a pregnancy polyclinic of Zonguldak Maternity and Children's Hospital in Turkey between 12.04.2012 – 03.04.2013. Eligibility criteria were designed to determine the participants. According to the eligibility criteria, pregnant women who admitted to pregnancy polyclinics of the hospital for routine antenatal consultation, who did not have any psychiatric diagnosis and who approved to participate in the study were included in this study. Eligibility criteria for psychiatric diagnosis, we only asked to pregnant women whether they had a psychiatric diagnosis or not. In accordance with eligibility criteria, 1086 pregnant women participated in the study.

2.3. Instruments

2.3.1. Pregnant information form. There are 23 questions generated for the assessment of sociodemographic characteristics, health and pregnancy history of pregnant women.

2.3.2. Pregnancy psychosocial health assessment scale (PPHAS). PPHAS was developed by Yıldız (2011) in order to assess psychosocial health status of the pregnant women. The scale has six subdimensions including characteristics regarding pregnancy and partner relationship, characteristics regarding anxiety and stress, characteristics regarding domestic violence, characteristics regarding requirement for psychosocial support, familial characteristics and characteristics regarding physical-psychosocial changes during pregnancy. The scale is composed of 46 items. Mean value was calculated by dividing total score obtained from the scale by item number, and a result between 1 and 5 was obtained during assessment. Approximation of the total score from 5 to 1 shows that there is a problem in psychosocial health in pregnancy at that level, and 1 points indicates that psychosocial health is very bad. Cronbach alpha value for the whole scale was found to be .94 (Yıldız, 2011). In this study, Cronbach alpha value was found to be .96.

2.3.3. Health practices questionnaire in pregnancy-II (HPQ-II). HPQ-II was developed by Lindgreen (2005) in order to evaluate the health practices in pregnancy regarding the results of pregnancy. The HPQ-II is a 34 item self-administered questionnaire designed to measure the degree to which a pregnant woman: balances rest and exercise, takes recommended measures to prevent illness and injury, implements recommended guidelines for nutritional/dietary intake, avoids use of substances that may be harmful during pregnancy, obtains healthcare, and obtains information and gains knowledge about pregnancy and childbirth. Higher points represented high-quality health behaviour in pregnancy. The Cronbach's alpha value was found to be .81 (Lindgreen, 2005). Reliability and validity of the Turkish version of the scale was performed by Er (2006). Turkish version of the scale has 33

items. The lowest score of the scale to be obtained 33, the highest score is 165. Cronbach's alpha value has been calculated as .74. In this study, Cronbach's alpha value was found to be .82.

2.4. Data collection

Pregnant women were informed about the purpose and significance of the study. Data were collected from the participants by face-to-face interview technique.

2.5. Data analysis

Data was analyzed by using SPSS 11.5 for Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Numerical and percentage values were used for categorical variables. Descriptive statistics of the measurements were expressed as mean \pm standard deviation (minimum-maximum). To test for statistical significance, Student t test, One-Way Analysis of Variance (ANOVA), Mann Whitney-U test and Kruskal-Wallis test were utilized for independent samples. Tukey Test was used in One-Way Analysis of Variance and Mann-Whitney U test with Bonferroni correction was used in Kruskal-Wallis variance analysis for the comparison of subgroups. The relationship between some variables of the measurements and pregnant women were assessed by pearson and spearman correlation analysis. Results were evaluated within 95% confidence interval and $p < .050$ was considered as statistically significant.

2.6. Ethical consideration

This study protocol was approved by the Institutional Review Boards of the hospital (Dated 29 November, 2012 and numbered B.10.1TKH.4.67.N.67.0.01/121) and verbal consent were obtained from all pregnant women who participated in the study.

3. Results

3.1. Results regarding some characteristics belonging to pregnant women

A total of 1086 pregnant women participated in this study. The mean age of the pregnant women was 27.03 ± 4.86 (Min.16, Max. 46). According to Table 1, 95.9% of pregnant women are married (official marriage), 38.7% are high school graduates, 65.9% are unemployed, husbands of 38.9% are high school graduates and of 4.4% are unemployed, 7.7% do not have social insurance, 80.1% have a core family, 29.8% have an economic income less than expenses and 59.6% are living in city center (Table 1).

As shown in Table 2, 40.6% of pregnant women have no children, 19.2% had a spontaneous abortion and 11.6% had a curettage history, 6.8% had a chronic disease before pregnancy and 78.4% have a "normal" Body Mass Index (BMI). Out of pregnant women, 32.3% have her first pregnancy, 29.4% have an unplanned pregnancy, 12.2% have a complication concerning pregnancy, and 94.7% have social support during pregnancy.

3.2. Results evaluating psychosocial health status of pregnant women

The mean score of PPHAS was 4.03 ± 0.68 . There were significant differences based on age groups ($p < .001$). The differences were between pregnant women in age groups of 18 and below and 27-34 years, and in age groups of 35 and above, 19-26 years and 27-34 years ($p < .008$). While psychosocial health status of pregnant women in the age group of 27-34

years was the highest, it was at the lowest level among pregnant women at the age of 18 and below.

There were significant differences between psychosocial health based on marital status and family type ($p < .001$). There were differences in family type between all groups ($p < .017$). While psychosocial health of married (official) pregnant were high, it was low among pregnant women who had a broken family (Table 3).

There were significant differences between psychosocial health based on education levels and employment status ($p < .001$). Psychosocial health of pregnant women who had an education level of secondary school and above ($p < .017$) and employed ($p < .001$) were significantly high. Similarly, there were significant differences between psychosocial health based on education level and employment status of their husbands. Psychosocial health of pregnant women whose husbands were primary school graduates ($p < .017$) and unemployed ($p < .001$) were significantly low. There were significant differences between psychosocial health based on social insurance, economic status and living place. Differences regarding economic status was present between all groups ($p < .017$), and psychosocial health of pregnant women who had an income less than expenses, who did not have a social insurance and who were not living in city center were significantly low ($p < .001$) (Table 3).

There were significant differences between psychosocial health based on number of children ($p < .001$), these differences were between all groups excluding pregnant women with no children-one child ($p < .008$); and psychosocial health of pregnant women worsened as the number of children increased. While psychosocial health of pregnant women who experienced a previous spontaneous abortion ($p < .001$) and had a previous chronic disease ($p < .001$) was significantly low, there was not a significant difference in terms of curettage ($p = .104$). When they were examined based on BMI before pregnancy, there were significant differences between psychosocial health based on BMI ($p < .001$) and psychosocial health of obese pregnant women were significantly low compared to other groups ($p < .008$). There were not significant differences between psychosocial health based on gestational week ($p = .630$); and psychosocial health of pregnant women who experienced 4 and more pregnancies ($p < .0083$), who had an unplanned pregnancy ($p < .001$), who had a pregnancy complication ($p = .001$) and who did not have a social support during pregnancy ($p < .001$) were significantly low (Table 4).

3.3. Results evaluating health practices of pregnant women

The mean score of HPQ-II was 126.68 ± 14.54 . As seen in Table 3, there were significant differences based on age groups ($p < .001$). The differences were between pregnant women who were 18 years and below and the age groups of 19-26 and 27-34 years, and pregnant women in the age group of 27-34 years and 35 years and above ($p < .008$). There were significant differences between health practices of pregnant women based on marital status and family type characteristics ($p < .001$). Health practices of married (official) pregnant women were at a better level compared to others ($p < .001$). Differences concerning family type were between all groups ($p < .017$). Health practices were at the lowest level among pregnant women with a broken family (Table 3).

Differences regarding education level were present between all groups ($p < .017$). Health practices of uneducated and unemployed pregnant women were at a lower level compared to other pregnant women. Similarly, there were significant differences between health practices based on education level and employment status of their husbands ($p < .001$).

Health practices of pregnant women whose husbands had an education level of secondary school and above ($p < .017$) and who had an employed husband were at a better level compared to other pregnant women. As economic income increased, health practices of pregnant women also increased ($p < .017$). Health practices of pregnant women who did not have a social insurance and who were not living in city center were low ($p < .001$) (Table 3).

According to Table 4, there were significant differences between health practices based on the number of children ($p < .001$), these differences were between all groups and health practices decreased as the number of children increased ($p < .0083$). Health practices of pregnant women who experienced a previous spontaneous abortion ($p = .002$) and curettage ($p = .036$), and who had a chronic disease ($p < .001$) were significantly low. There were significant differences between health practices of pregnant women based on BMI before pregnancy ($p < .001$). Health practices of obese pregnant women were the lowest whereas they were at the highest level in pregnant women with normal weight (Table 4).

There were no significant differences between health practices of pregnant women based on gestational week ($p = .638$). In addition to this, health practices of pregnant women who had experienced 4 and more pregnancies ($p < .008$), whose pregnancy was unplanned ($p < .001$), who had a complication associated with pregnancy ($p = .031$) and who did not have a social support during pregnancy ($p < .001$) were significantly low (Table 4).

3.4. Results evaluating the relationships among some characteristics, psychosocial health status and health practices of pregnant women

There was a positive correlation between psychosocial health and health practices of pregnant women ($r = .46$, $p < .001$). Psychosocial health of pregnant women worsened as gestational week ($r = -.09$, $p = .001$), number of spontaneous abortions ($r = -.11$, $p < .001$) and curettage ($r = -.06$, $p = .038$) and BMI before pregnancy ($r = -.21$, $p < .001$) increased. Moreover, number of spontaneous abortions ($r = -.09$, $p = .001$) and curettage ($r = -.07$, $p = .015$) of pregnant women and their BMI ($r = -.14$, $p < .001$) increased as their health practices decreased.

4. Discussion

In this study, there was a positive correlation between psychosocial health of pregnant women and their health practices; and their health practices increased as their psychosocial health status improved. During pregnancy follow-ups, health professionals generally focus on physiological changes during pregnancy and psychosocial dimension of pregnancy remains out of attention and surveillance as long as no problem develops (Er, 2006; Kuğu & Akyüz, 2001). This result has an importance in terms of showing the requirement of a holistic approach in pregnancy follow-ups.

According to this study, psychosocial health of pregnant women at the age of 18 years and below and 35 years and above are at a lower level compared to other age groups. When relevant literature is examined, it is seen that age affects the process of pregnancy (Caliskan et al., 2007; Cornelius et al., 2007; Çakır & Can, 2012 (online publication); Evans et al., 2001; Fisher et al., 2012; Özçelik, 2010; Şahin, 2011); pregnancies at the age of 18 years and below are defined as "adolescent pregnancy" and pregnancies at the age of 35 years and above are defined as "advanced age pregnancy" and these age groups are considered as high-risk pregnancies in terms of mother and fetus/newborn health (Er, 2006; Fisher et al., 2012; Özçelik, 2010; Reichman & Pagnini, 1997; Şahin, 2011).

According to this study, psychosocial health and health practices of pregnant women who are not married (lack of official marriage) and who have broken family are significantly low. Due to cultural and moral structure of Turkish society, being unmarried and being divorced are unwellcome situations. This results may be thought as a reflection of cultural and moral structure of Turkish society. In addition, it was determined in many studies that marital status is effective on health status of pregnant women (Caliskan et al., 2007; Cornelius et al., 2007; Çakır & Can, 2012 (online publication); Er, 2006; Evans et al., 2001; Fisher et al., 2012; Özçelik, 2010).

While being unmarried, divorced, living alone and lack of partner support are defined as the risk factors for the problems encountered during pregnancy period (Er, 2006; Fisher et al., 2012; Silva et al., 2012; Şen et al., 2012; Yeşilçiçek Çalık & Aktas, 2011); it was indicated that women who share her important problems with her partner and whose maternal role is approved by her husband are more compatible with new roles (Arslan, 2010; Er, 2006). Another reason of the effect of marital status and family structure on the health status may be economic status of the pregnant. Considering working experiences of women in Turkey, low proportion of women in working life, absence of desired level of economic freedom, her economic dependency on husband and lack of economic income to meet increasing requirements during pregnancy in case of divorce or different situations may bring many problems. The results of our study showing that a significant proportion of pregnant women were unemployed and psychosocial health and health practices of pregnant women who were unemployed, who did not have a social insurance and who had an income less than expenses were significantly low support our idea. When relevant studies were examined, it was observed that low socioeconomic status generated a risk in terms of health, it formed the basis for some mental and physical problems (Bahar, 2006; Çakır & Can, 2012 (online publication); Er, 2006; Fisher et al., 2012; Gözüyeşil et al., 2008; Yanikkerem et al., 2013; Yeşilçiçek Çalık & Aktas, 2011).

In this study, psychosocial health and health practices were better as education level of pregnant women and their husbands increased. When previous studies were examined, it was determined that higher education level was protective against mental problems (Fisher et al., 2012); effectiveness of the pregnant woman on her own life and her self-respect increased as education level increased, continuous anxiety and depression risk decreased (Arslan, 2010; Gözüyeşil et al., 2008), and her perception of social support and ability of problem solving increased (Okanlı et al., 2003). Furthermore, education level was effective on health practices; and quality of health practices and life increased as education level increased (Er, 2006; Lin, Tsai, Chan, Chou, & Lin, 2009; Özçelik, 2010; Şen et al., 2012; Yanikkerem et al., 2013). Evaluation of the effect of education on health may not be sufficient alone; because higher level of education may bring a regular job with it and therefore, it may increase the possibility of having a regular income and social insurance. In that case, as a higher education level, working in a regular job, presence of a regular income and having a health insurance may show the presence of a particular social support network during pregnancy, it may be effective in improving psychosocial health and in bringing positive health behaviours to pregnant women (Er, 2006; Okanlı et al., 2003; Şen et al., 2012; Yanikkerem et al., 2013).

According to the results of this study, psychosocial health and health practices of pregnant women who were living in city center were at a better level. Since pregnant women who are living in city center can easily access to health services, they may feel safe. Besides, easy access to health services may allow them to have regular prenatal follow-ups and to benefit more from training and consulting services.

In this study, psychosocial health and health practices of pregnant women worsened as the number of children of pregnant women increased. In Turkey, men are the sole breadwinners and women fulfill the caregiver role because they are socialized to enact caring and nurturing roles. Therefore, women are homemakers who take care of children which may be considered as an extra burden. This extra burden in responsibilities might negatively affect the psychosocial health and health practices of pregnant women. The results of this study showing that psychosocial health and health practices of pregnant women who had experienced 4 and more pregnancies were significantly low, support our idea. Similarly, Er (2006) has stated that health practices of pregnant women worsened as the number of children increased. Moreover, it was found that anxiety and depression scores of pregnant women increased as the number of living children and pregnancy increased (Arslan, 2010; Cornelius et al., 2007; Kuğu & Akyüz, 2001).

According to the study, psychosocial health of pregnant women who had a history of spontaneous abortion were significantly low. Although there is no significant difference, psychosocial health of pregnant women who had a previous curettage history were lower compared to the ones without a curettage history. When abortion and curettage were considered as negative pregnancy experiences, it may be thought that previous bad experiences might negatively affect psychosocial health. In performed studies, it was reported that feeling of guilt and suffering due to this were common and mental problems were experienced at a higher level by women who had experienced an abortion during her previous pregnancy (Çakır & Can, 2012 (online publication); Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Samuelsen, & Opjordsmoen, 2002; Gözüyeşil et al., 2008; Lee, Yip, Leung, & Chung, 2000).

In the study, psychosocial health of pregnant women who had a chronic disease was significantly low. Presence of chronic disease during pregnancy may lead to progression of the disease during pregnancy and death of the mother. Moreover, these diseases may cause perinatal mortality in the fetus, prematurity or the delivery of a baby with a low birth weight (Er, 2006; Taşkın, 2017). Therefore, presence of a chronic disease may increase the anxiety and stress level of the pregnant women during this period. In previous studies, more anxiety and depression were observed among women who had a chronic disease history (Arslan, 2010; Çakır & Can, 2012 (online publication)). Therefore, it is crucial to perform more frequent follow-ups and monitoring for pregnant women with a chronic disease during planning period of the pregnancy, during pregnancy and during postpartum period, and to raise their awareness.

According to the results of the study, health practices of pregnant women who had a history of spontaneous abortion and curettage and who had a chronic disease were at a lower level. Considering negative health behaviours affect the health of mother and fetus/newborn, it may be thought that pregnant women with poor health practices might have experienced more spontaneous abortions and curettage and had more chronic diseases. The results of this study showing that the number of spontaneous abortions and curettage increased as health practices of pregnant women decreased, support our idea. Therefore, high-quality health practices should be diagnosed ve gained before pregnancy.

In this study, psychosocial health of pregnant women who were obese before pregnancy were at the lowest level. Obesity is an important risk factor for the development of health problems during pregnancy period (Yeşilçiçek Çalık & Aktas, 2011). Therefore, obesity-associated health risks may negatively affect psychosocial health by causing intense anxiety and stress among pregnant women. The results of the study showing that psychosocial health of pregnant women who had pregnancy complications were significantly low, support

our idea. In this study, it was also determined that health practices of obese pregnant women were at the lowest level. This finding may suggest that health practices of obese pregnant women were low also before pregnancy. Negative correlation that we found between health practices and BMI supports our idea. Therefore, all women should be brought to a weight close to ideal weight before pregnancy, and appropriate weight gain should be provided during pregnancy besides a balanced and adequate diet.

Another important finding is that psychosocial health and health practices of pregnant women whose pregnancy was unplanned were significantly low. Similarly, it was reported that unplanned pregnancy negatively affected the psychosocial health (Arslan, 2010; Gözüyeşil et al., 2008; Okanlı et al., 2003) and health practices (Er, 2006; Özkan & Mete, 2010; Şen et al., 2012). Therefore, effective implementation of family planning services and raising the awareness of women about family planning services, more frequent implementation of pregnancy follow-ups in unplanned pregnancies and provision of psychosocial support services to these pregnant women are very important.

In this study, psychosocial health and health practices of pregnant women who did not have a social support during pregnancy were significantly low. Social support is a powerful source in the solution, prevention and treatment of sociological and psychological problems of the individual and in her ability to cope with challenging situations (Mermer et al., 2010). Therefore, social support helps pregnant woman to relax emotionally and cognitively, to benefit more from social opportunities, to cope more with stress factors and anxiety and facilitates the transition to the role of motherhood (Okanlı et al., 2003; Virit et al., 2008; Yeşilççek Çalık & Aktas, 2011). In previous studies, it was indicated that lack of social support during pregnancy were correlated with increased depression and anxiety (Elsenbruch et al., 2007; Karacam & Ancel, 2009; Virit et al., 2008; Westdahl et al., 2007), it affected life style of the mother by impairing mental health during pregnancy and postpartum period, it impaired dietary habits and caused an increase in cigarette, alcohol and illegal substance consumption (Er, 2006; Harley & Eskenazi, 2006; Virit et al., 2008). Nurse is the person who is in close relationship with the woman during pregnancy period. Therefore, the role of the nurse in providing social support is great.

As seen above, implementation of physical assessments as well as psychosocial evaluations and determination of risk factors are important for healthy maintenance of pregnancy period for the mother and the fetus. In this context, health professionals such as nurses, midwives and physicians have important responsibilities. The main conclusion of this study was that there was a positive correlation between psychosocial health and health practices. Psychosocial health and health practices show significant differences according to some characteristics of pregnant women such as age, marital status, family type, education level, employment status, presence of social insurance, economic income, number of children, number of abortion and curettage, chronic disease status, BMI before pregnancy, number of pregnancy, pregnancy planning status, complication associated with pregnancy and social support.

5. Conclusion and Suggestions

From the abovementioned results and discussion, suggestions as follows:

Expansion of premarital counseling services for reproductive health and family planning for the prevention of risky pregnancies.



Organization of reproductive health and family planning training in schools.

Implementation of psychosocial assessments besides physical assessments during pregnancy follow-ups, determination of risk factors, submission of health services appropriate for pregnant women in accordance with determined risks.

Presentation of training programs about pregnancy, delivery, problems and psychological changes during pregnancy to pregnant women and their families by opening family schools, and provision of active participation of family members.

Provision of support to the pregnant women who do not have adequate social support by healthcare team members.

Free coverage of health and social expenses of pregnant women whose socioeconomic level is low.

References

Arslan, B. (2010). Socio-demographic features associated with anxiety and depression in pregnant women. (Master), Süleyman Demirel University., Isparta, Turkey.

Bahar, A. (2006). Evaluation of the anxiety levels of pregnant women at prenatal and postnatal period. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 9(4), 45-53.

Blackmore, E. R., Carroll, J., Reid, A., Biringer, A., Glazier, R. H., Midmer, D., . . . Stewart, D. E. (2006). The use of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) tool in the detection of psychosocial risk factors for postpartum depression: a randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Can*, 28(10), 873-878. doi:10.1016/s1701-2163(16)32268-x

Caliskan, D., Oncu, B., Kose, K., Ocaktan, M. E., & Ozdemir, O. (2007). Depression scores and associated factors in pregnant and non-pregnant women: a community-based study in Turkey. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 28(4), 195-200. doi:10.1080/01674820701450649

Carroll, J. C., Reid, A. J., Biringer, A., Midmer, D., Glazier, R. H., Wilson, L., . . . Stewart, D. E. (2005). Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial. *Cmaj*, 173(3), 253-259. doi:10.1503/cmaj.1040610

Cornelius, M. D., Goldschmidt, L., DeGenna, N., & Day, N. L. (2007). Smoking during teenage pregnancies: effects on behavioral problems in offspring. *Nicotine Tob Res*, 9(7), 739-750. doi:10.1080/14622200701416971

Çakır, L., & Can, H. (2012 (online publication)). Relation between sociodemographic variables with the levels of depression and anxiety in pregnancy. *Turkish Family Physician*, 3(2), 35-42.

Dejin-Karlsson, E., & Ostergren, P.-O. (2003). Psychosocial factors, lifestyle, and fetal growth: the added value of both pre- and post-natal assessments. *European journal of public health*, 13(3), 210-217. doi:10.1093/eurpub/13.3.210

- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S. O., & Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand*, 106(6), 426-433.
- Elsenbruch, S., Benson, S., Rucke, M., Rose, M., Dudenhausen, J., Pincus-Knackstedt, M. K., . . . Arck, P. C. (2007). Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Hum Reprod*, 22(3), 869-877. doi:10.1093/humrep/del432
- Er, S. (2006). Turkish version of Health Practices Questionnaire in Pregnancy validity and reliability study. (Master), Ege University, İzmir, Turkey.
- Eskici, L., Demir-Akca, A. S., Atasoy, N., Arıkan, İ., & Harma, M. (2012). The effects of depression and anxiety disorders in pregnant women on obstetric outcomes and newborn. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 6, 10-16.
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *Bmj*, 323(7307), 257-260.
- Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(2), 139-149H. doi:10.2471/BLT.11.091850
- Gözüyeşil, E. Y., Şirin, A., & Çetinkaya, Ş. (2008). Depression of the pregnant and the analysis of the factors which affect the depression. *Firat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3, 39-66.
- Harley, K., & Eskenazi, B. (2006). Time in the United States, social support and health behaviors during pregnancy among women of Mexican descent. *Social science & medicine* (1982), 62(12), 3048-3061. doi:10.1016/j.socscimed.2005.11.036
- Harrison, P. A., & Sidebottom, A. C. (2008). Systematic prenatal screening for psychosocial risks. *J Health Care Poor Underserved*, 19(1), 258-276. doi:10.1353/hpu.2008.0003
- Heaman, M. I., Gupton, A. L., & Moffatt, M. E. (2005). Prevalence and predictors of inadequate prenatal care: a comparison of aboriginal and non-aboriginal women in Manitoba. *J Obstet Gynaecol Can*, 27(3), 237-246.
- Karacam, Z., & Ancel, G. (2009). Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*, 25(4), 344-356. doi:10.1016/j.midw.2007.03.006
- Kuğu, N., & Akyüz, G. (2001). Psychological situation in pregnancy. *Cumhuriyet Medical Journal*, 23, 61-64.
- Lee, D. T., Yip, A. S., Leung, T. Y., & Chung, T. K. (2000). Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Med J*, 6(4), 349-354.
- Lin, Y. H., Tsai, E. M., Chan, T. F., Chou, F. H., & Lin, Y. L. (2009). Health promoting lifestyles and related factors in pregnant women. *Chang Gung Med J*, 32(6), 650-661.

- Lindgren, K. (2003). A Comparison of Pregnancy Health Practices of Women in Inner-City and Small Urban Communities. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32(3), 313-321. doi:<https://doi.org/10.1177/0884217503253442>
- Lindgren, K. (2005). Testing the Health Practices in Pregnancy Questionnaire-II. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 34(4), 465-472. doi:10.1177/0884217505276308
- Matthey, S. (2005). Assessing for psychosocial morbidity in pregnant women. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 173(3), 267-269. doi:10.1503/cmaj.050727
- Mermer, G., Bilge, A., Yücel, U., & Çeber, E. (2010). Evaluation of perceived social support levels in pregnancy and postpartum periods. *Journal of Psychiatric Nursing*, 1, 71-76.
- Midmer, D., Bryanton, J., & Brown, R. (2004). Assessing antenatal psychosocial health. Randomized controlled trial of two versions of the ALPHA form. *Can Fam Physician*, 50, 80-87.
- Okanlı, A., Tortumluoğlu, G., & Kırpınar, İ. (2003). The relationship between pregnant women perceived social support from family and problem solving skill. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 4, 98-105.
- Özçelik, G. (2010). Health problems during pregnancy and their relationship with quality of life in the city of Aydın. . (Master), Adnan Menderes University, Aydın, Turkey.
- Özkan, A., & Mete, S. (2010). Pregnancy planning and antenatal health behaviour: Findings from one maternity unit in Turkey. *Midwifery*, 26, 338-347.
- Reichman, N. E., & Pagnini, D. L. (1997). Maternal age and birth outcomes: data from New Jersey. *Fam Plann Perspect*, 29(6), 268-272, 295.
- Silva, R., Jansen, K., Souza, L., Quevedo, L., Barbosa, L., Moraes, I., Pinheiro, R. (2012). Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Rev Bras Psiquiatr*, 34(2), 143-148.
- Şahin, M. (2011). The assessment of the effects of gestational age in maternal and newborn health. (Master), Mersin University, Mersin, Turkey.
- Şen, E., Güneri-Er, S., Yanikkerem, E., Hadimli, A., Kavlak, A., & Saruhan, A. (2012). Determination of knowledge requirements and health practices of adolescent pregnant women. *International Journal of Caring Sciences*, 5, 171-178.
- Taşkın, L. (2017). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği* (13 ed.). Ankara, Turkey: Akademisyen Yayınevi.
- Vırt, O., Akbaş, E., Savaş, H. A., Sertbaş, G., & Kandemir, H. (2008). Association between the level of depression and anxiety with social support in pregnancy. *Archives of Neuropsychiatry*, 45, 9-13.
- Westdahl, C., Milan, S., Magriples, U., Kershaw, T. S., Rising, S. S., & Ickovics, J. R. (2007). Social Support and Social Conflict as Predictors of Prenatal Depression. *Obstetrics and gynecology*, 110(1), 134-140. doi:10.1097/01.AOG.0000265352.61822.1b

Yanikkerem, E., Ay, S., & Piro, N. (2013). Planned and unplanned pregnancy: effects on health practice and depression during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res*, 39(1), 180-187. doi:10.1111/j.1447-0756.2012.01958.x

Yeşilçiçek Çalık, K., & Aktas, S. (2011). Depression in Pregnancy: Prevalence, Risk Factors and Treatment.

Yeşiltepe-Oskay. (2004). Nursing care in high risk pregnancy. *Journal of Perinatology*, 12, 11-16.

Yıldız, H. (2011). Development study of the Pregnancy Psychosocial Health Assessment Scale. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4, 63-74.

Table 1. Distribution of Sociodemographic Characteristics of Pregnant Women

Variables	n	%
Age		
18 and below	17	1.6
19-26 years	529	48.7
27-34 years	467	43.0
35 and above	73	6.7
Marital status		
Official marriage	1041	95.9
Other*	45	4.1
Family type		
Nuclear family	870	80.1
Large family	208	19.2
Broken family	8	0.7
Educational level of women		
Illiterate	15	1.4
Literate	44	4.1
Primary school	144	13.3
Secondary school	188	17.3
High school	420	38.6
University	248	22.8
Postgraduate	27	2.5
Employment status of women		
Unemployed	716	65.9
Employed	370	34.1
Education level of husband		
Illiterate	13	1.2
Literate	36	3.3
Primary school	111	10.2
Secondary school	151	13.9
High school	422	38.9
University	333	30.7
Postgraduate	20	1.8
Employment status of husband		

Unemployed	48	4.4
Employed	1038	95.6
Social insurance		
No	84	7.7
Yes	1002	92.3
Income status		
Income is lower than expenses	324	29.8
Income is equal to expenses	560	51.6
Income is higher than expenses	202	18.6
Living place		
City center	647	59.6
Other**	439	40.4

* Other (divorced, religious marriage); **Other (county, village, town, avenue); n=number of cases; %: percentage of cases

Table 2. Distribution of Health History and Fertility Characteristics of Pregnant Women

Variables	n	%
History of prior pregnancy		
Number of living children		
do not have any children	441	40.6
1	415	38.2
2	165	15.2
3 and more	65	6.0
History of spontaneous abortion		
No	878	80.8
Yes	208	19.2
History of curettage		
No	960	88.4
Yes	126	11.6
History of chronic disease		
No	1012	93.2
Yes	74	6.8
BMI* before pregnancy		
Underweight (below 18.5 kg/m ²)	44	4.1
Normal (18.5-24.9 kg/m ²)	848	78.3
Overweight (25-29.9 kg/m ²)	161	14.9
Obese (30 kg/m ² and above)	29	2.7
History of current pregnancy		
Number of pregnancy		
1 pregnancy	351	32.3
2 pregnancies	413	38.0
3 pregnancies	202	18.6
4 pregnancies	80	7.4
5 and more	40	3.7
Gestational week		
1-13 weeks	129	11.9



14-26 weeks	303	27.9
27-41 weeks	654	60.2
Planning status of pregnancy		
Planned	767	70.6
Unplanned	319	29.4
Maternal complications in this pregnancy		
No	954	87.8
Yes	132	12.2
Social support status		
No	58	5.3
Yes	1028	94.7

*Body Mass Index; n=number of cases; %: percentage of cases

Table 3. Comparison of Psychosocial Health Status and Health Practices of Pregnant Women Based on Sociodemographic Characteristics

Variables	PPHAS	Test value	HPQ-II	Test value
	X ± SD	p	X ± SD	p
Age				
18 and below	3.43±1.00	KW=20.862	109.53±16.86	KW=30.209
19-26 years	4.04±0.63	< .001*	126.51±14.09	< .001*
27-34 years	4.10±0.64		128.37±13.80	
35 and above	3.66±0.95		120.99±17.68	
Marital status				
Official marriage	4.06±0.64	U=-4.242	127.41±14.05	t=8.212
Other**	3.36±1.05	< .001*	109.76±15.71	< .001*
Family type				
Nuclear family	4.09±0.64	KW=40.053	128.77±13.62	KW:92.468
Large family	3.85±0.74	< .001*	118.92±14.77	< .001*
Broken family	2.53±0.62		100.00±12.08	
Education level of women				
No education	3.66±0.77	KW=22.801	110.10±14.60	F=79.831
Primary school	3.85±0.86	< .001*	119.04±15.93	< .001*
Secondary school or more	4.09±0.62		129.03±13.10	
Employment status of women				
Unemployed	3.95±0.70	U=-5.470	123.80±14.56	U=-9.424
Employed	4.18±0.60	< .001*	132.24±12.80	< .001*
Education level of husband				
No education	3.89±0.78	KW=50.639	114.45±17.67	F=76.012
Primary school	3.54±0.86	< .001*	114.39±15.20	< .001*
Secondary school or more	4.09±0.61		128.79±13.18	
Employment status of husband				
Unemployed	3.31±1.00	U=-5.002	111.50±18.99	t=-5.721
Employed	4.06±0.64	< .001*	127.38±13.92	< .001*

Social insurance				
No	3.63±0.96	U=-3.560	114.85±17.17	t=-6.665
Yes	4.06±0.64	< .001*	127.67±13.86	< .001*
Income status				
Lower than expenses	3.60±0.82	KW=147.916	117.93±14.91	KW:183.452
Equal to expenses	4.18±0.51	< .001*	129.27±12.53	< .001*
Higher than expenses	4.31±0.47		133.50±12.61	
Living place				
City center	4.10±0.62	U=-4.039	129.32±13.51	U=-7.420
Other***	3.92±0.74	< .001*	122.78±15.14	< .001*

PPHAS: Pregnancy Psychosocial Health Assessment Scale; HPQ-II: Health Practices Questionnaire in Pregnancy-II; X ± SD (Min-Max): Mean ± Standart Deviation (Minumum-Maximum); *p < .001; *Other (divorced, religious marriage); ***Other (county, village, town, avenue)

Table 4. Comparison of Psychosocial Status and Health Practices of Pregnant Women Based on Their Health History and Fertility Characteristics

Variables	PPHAS	Test value	HPQ-II	Test value
	X ± SD (Min-Max)	p	X ± SD (Min-Max)	p
Number of living children				
No children	4.14±0.59	KW=57.853	129.78±13.44	F=24.659
1	4.08±0.62	< .001*	126.74±13.84	< .001*
2	3.85±0.74		122.42±14.57	
3 and more	3.38±0.93		115.98±18.22	
History of spontaneous abortion				
No	4.09±0.61	U=-3.585	127.54±13.87	U=-3.057
Yes	3.79±0.88	< .001*	123.02±16.65	.002*
History of curettage				
No	4.05±0.65	U=-1.627	127.05±14.32	U=-2.098
Yes	3.87±0.84	.104	123.83±15.91	.036*
History of chronic disease				
No	4.05±0.66	U=-3.757	127.27±14.27	U=-4.689
Yes	3.73±0.81	< .001*	118.53±15.87	< .001*
BMI before pregnancy				
Underweight	4.04±0.63	KW=86.849	122.75±12.90	KW=56.320
Normal	4.13±0.58	< .001*	128.34±13.49	< .001*
Overweight	3.73±0.81		121.94±17.14	
Obese	2.78±0.84		109.93±14.35	
Number of pregnancy				
1 pregnancy	4.12±0.62	KW=82.062	128.66±14.15	F=32.444
2 pregnancies	4.15±0.55	< .001*	128.74±12.96	< .001*
3 pregnancies	4.04±0.62		125.79±13.	
4 and more	3.35±0.93		115.26±16.77	



Gestational week				
1-13 weeks	4.10±0.62	KW=0.925	126.26±14.11	KW=0.898
14-26 weeks	4.06±0.62	.630	126.61±13.35	.638
27-41 weeks	4.00±0.71		126.79±15.16	
Planning status of pregnancy				
Planned	4.20±0.56	U=-12.845	130.13±13.32	U=-12.470
Unplanned	3.62±0.76	< .001*	118.37±14.00	< .001*
Maternal complications in this pregnancy				
No	4.05±0.68	U=-3.455	127.01±14.54	U=-2.161
Yes	3.88±0.66	.001*	124.23±14.39	.031*
Social support status				
No	3.40±0.89	U=-5.972	117.16±18.36	U=-4.307
Yes	4.07±0.65	< .001*	127.21±14.12	< .001*

PPHAS: Pregnancy Psychosocial Health Assessment Scale; HPQ-II: Health Practices Questionnaire in Pregnancy-II; X ± SD (Min-Max): Mean ± Standart Deviation (Minumum-Maximum); BMI: Body Mass Index; *p < .050.

Declarations:


This research was demonstrated as verbal presentation in I. National Public Health Nursing Congress in İzmir, 17-20 June 2015. "The authors declared that there is no conflict of interest."


Ethical Considerations:

This study protocol was approved by the Institutional Review Boards of the hospital (Dated 29 November, 2012 and numbered B.10.1TKH.4.67.N.67.0.01/121) and verbal consent were obtained from all pregnant women who participated in the study. This study was conducted in accordance with the Helsinki Declaration principles.

Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleğe Yönelik Tutumları ve İmaj Algıları Arasındaki İlişki / Relationship Between the Attitudes and Image Perceptions of Nursing Students' Profession

Müge SEVAL¹, Münevver SÖNMEZ².

1. Bülent Ecevit Üniversitesi, mugeuzun@hotmail.com, 

2. Bülent Ecevit Üniversitesi, munevverunlu@gmail.com, 

Gönderim Tarihi | Received: 10.11.2018, Kabul Tarihi | Accepted: 26.08.2019, Yayın Tarihi | Date of Issue:
1.04.2020, DOI: 10.25279/sak.481182.

Atıf | Reference: "SEVAL, M.; SÖNMEZ, M. (2020). Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleğe Yönelik Tutumları ve İmaj Algıları Arasındaki İlişki. Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK), 5(1), s.19-36. DOI: 10.25279/sak.481182"

ÖZ

Amaç: Tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışma Şubat 2017-Mart 2017 tarihleri arasında bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde okuyan 1. ve 4. Sınıf hemşirelik öğrencilerin katılımı ile yapılmıştır. Veriler öğrenci ve ailelerinin sosyo-demografik özelliklerini ve meslek tercihine ilişkin bilgileri içeren "Veri Toplama Formu", "Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği" ve "Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. **Bulgular:** Alt boyutları değerlendirildiğinde öğrencilerin "hemşirelik mesleğinin özellikleri" alt boyutundan ortalama (73.44 ± 13.64) puan, "hemşirelik mesleğini tercih etme durumu" alt boyutundan (43.42 ± 7.03) puan, "hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum" alt boyutundan ortalama (27.91 ± 3.71) puan, "ölçek toplam puan ortalamasının (148.81 ± 21.66) puan olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeğinin bulguları değerlendirildiğinde "çalışma koşulları" değerlendiren sorulara verilen cevapların ortalaması (3.86 ± 1.11); "eğitim", "cinsiyet", "mesleki nitelikler", "mesleki statü", "dış görünümü" değerlendiren sorulara verilen cevapların ortalaması sırasıyla (3.58 ± 0.77), (3.05 ± 0.89), (3.81 ± 1.10), (3.49 ± 1.07), (3.65 ± 1.07) olup "Ölçek toplam puan ortalaması (3.57 ± 0.82) olarak saptanmıştır. **Sonuç:** Hemşirelik mesleğine yönelik tutum ve imaj; hemşirelik mesleğinin özellikleri, tercih etme durumu, mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum, çalışma koşulları, eğitim, mesleki nitelikler ve dış görünümünden etkilenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik Tutumu, Hemşirelik İmajı, Hemşirelik, Öğrenci

Abstract

Aim: This study was planned as descriptive and carried out between February and March 2017 with the participation of first and fourth year students nursing students from the Department of Nursing at Faculty of Health Sciences of a state university. The data were collected by using "Data Collection Form"; which consist of socio-demographic characteristics of students and families and profession preference of nursing students. And also "Attitude Scale towards Nursing Profession" and "Nursing Profession Image Scale" were used as data collection form. **Results:** As the findings of "Attitude Scale and Sub-dimensions towards Nursing Profession" were evaluated, the mean size of students' nursing profession sub-dimension was (73.44 ± 13.64), the point of preference the nursing profession sub-dimension was (43.42 ± 7.03), the mean score for the general condition of the nursing profession was (27.91 ± 3.71) and total score for this scale was (148.81 ± 21.66). As the findings of the "Nursing Profession Image Scale and sub-dimension" were evaluated, the

average of the responses to the questions evaluating "working conditions" (3.86 ± 1.11); "education", "gender", "professional qualifications", "occupational status" and "external appearance" respectively (3.58 ± 0.77), (3.05 ± 0.89), (3.81 ± 1.10), (3.49 ± 1.07), (3.65 ± 1.07) and mean total score of the scale was (3.57 ± 0.82). Consequently, the attitude and image towards nursing profession are affected from characteristics, status of the preference and general situation nursing profession, and also working conditions, education, professional qualifications, and external appearance.

Key Words: Nursing attitude, Nursing image, Nursing student

1. Giriş

Meslek tercihi bireyin biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel yönlerden yaşam kalitesini etkileyen en önemli kararlardan bir tanesidir (Andsoy, Güngör ve Bayburtoğlu, 2012; Zencir ve Eşer, 2016). Bireyin kendini gerçekleştirebilmesi yaşamını devam ettirebileceği miktarda para kazandıran ve sosyal açıdan kendine saygınlık getiren bir mesleğe sahip olması ile mümkündür (Özpancar, Aydın ve Akansel, 2008; Andsoy ve diğerleri, 2012).

Son yıllarda teknolojinin ilerlemesine bağlantılı olarak sağ kalım ve yaşatabilme düzeyinin artmasına bağlı sağlık sektörü yoğun çalışan bir hizmet alanı haline gelmiştir. Bu durum sağlık iş gücü gereksinimini de doğru orantılı olarak arttırmıştır. Sağlık hizmet alanı çalışma saatlerinin uzun ve vardiyalı olması, hizmet verilecek hasta sayısının fazlalığı ve çalışma ortamının olumsuz yönleri nedeniyle hizmet vereni zorlayan bir alandır. Bu zorluk ancak meslek isteyerek ve severek seçilirse göğüslenebilir yapıdadır (Zencir ve İsmet, 2016).

Bireyler, düşünce ve duygusal açılardan geliştirdiği bir takım psikolojik eylemlere davranışlarına yansıtarak zaman içinde mesleklerine yönelik bir tutum geliştirirler (Korkmaz ve Görgülü, 2010). Can (2010) çalışmasında olumlu deneyimlerin mesleki tutum ve algıyı olumlu etkileme yönünde etkilediği belirlenmiştir. Al-Omar (2004) çalışmasında da hemşirelik mesleği tercih nedenlerinden en etkilisinin "tutum" olduğu belirtilmiştir.

İstihdam kolaylığı ve mali getirisinin pek çok mesleğe göre daha iyi olmasından dolayı, günümüzde hemşirelik yüksek oranda tercih edilen bir meslektir. Ancak geçim kaygısı ideallerin önüne geçtiği için öğrencilerin pek çoğu kendi istek ve becerilerini göz önüne almadan mesleki eğitim almaya başlamaktadır. Eğitim süreçleri ilerledikçe de mesleği sevmediklerini fark ederek, sadece para kazanmak için hemşireliği okur hale gelmektedir (Özpancar ve diğerleri, 2008; Andsoy ve diğerleri, 2012).

Bu noktada mesleki tutumla ilişkili çalışan hemşirelik imajı kavramından bahsetmek gerekir.

Hemşirelik imajı toplum tarafından meslek üyelerine karşı duyulan saygı, üyelerin sosyal statüsü, yetenekleri ve davranış biçimleri hakkında paylaşılan yargı ve düşünceler olarak tanımlanabilir (Özata ve Aslan, 2010; Özdelikara, Mumcu Boğa ve Çayan, 2015). Özellikle meslek seçimi, mesleki doyum ve mesleğe karşı oluşturulan tutumu etkilemektedir (Gül, 2008; Morris-thompson, Shepherd, Plata ve Marks-Maran, 2011; Kızılıçık Özkan, Ünver, Avcıbaşı, Semerci ve Yıldız Fındık, 2017).

Hemşirelik öğrencilerinin olumlu mesleki tutum geliştirebilmesi için öncelikle olumlu mesleki imaj algısı oluşturması gerekmektedir.

Hemşirelik öğrencilerinin mezuniyet sonrası bakımı planlayan ve uygulayan sağlık ekibi üyesi olmasından dolayı, hizmette hekim yardımcılığından kurtulup bağımsız olabilmesi için mesleki imajı olumlu algılayıp doğru tutum geliştirmesi önemlidir (Çıtak Tunç, Akansel ve Özdemir, 2010; Özdelikara ve diğerleri, 2015).

Bu bağlamda çalışmada hemşirelik öğrencilerin sosyo demografik yapıları çerçevesinde hemşirelik mesleğine yönelik tutumları ve imaj algıları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. Gereç ve Yöntem

2.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma tanımlayıcı bir araştırmadır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bu çalışma Şubat 2017-Mart 2017 tarihleri arasında bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde okuyan 1. ve 4. Sınıf hemşirelik öğrencilerin katılımı ile yapılmıştır.

2.3. Araştırmanın Evreni, Örneklemi, Örneklem Yöntemi

Çalışmaya 1. sınıftaki 222 ile 4. sınıftaki 201 olmak üzere toplam 423 öğrenciden gönüllü olanlar örneklem alınmış, veri toplama formlarını eksiksiz olarak dolduran toplam 332 (n=332, %78.5) öğrenci ile çalışma tamamlanmıştır.

2.4. Veri Toplama Araçları

Veriler öğrenci ve ailelerinin sosyo-demografik özelliklerini ve meslek tercihine ilişkin bilgileri içeren "Veri Toplama Formu" hemşirelik meslek tutumunu belirlemek amacıyla "Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği" hemşirelik imajını belirlemek için "Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır.

2.4.1. Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği: Çoban tarafından 2010 yılında geliştirilmiştir (Çoban, 2010). Ölçek; "Hemşirelik Mesleğinin Özellikleri", "Hemşirelik Mesleğini Tercih Etme Durumu" ve "Hemşirelik Mesleğinin Genel Durumuna İlişkin Tutum" olmak üzere üç alt boyutu içeren toplam 40 sorudan oluşan 1-Hiç Katılmıyorum" ve "5-Tamamen katılıyorum" arasında değerlendirilen Likert tipinde bir ölçektir. Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği'nin değerlendirilmesi toplam puan üzerinden değil, her bir alt boyut için elde edilen toplam puanların ortalaması ile yapılmaktadır (Çoban, 2010). Ölçeğin orijinal geçerlilik-güvenirlilik çalışmasında Cronbach Alfa katsayısı .91'dir. Bu çalışmada total Cronbach Alfa katsayısı .94 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları incelendiğinde 1. Alt boyut olan "Hemşirelik Mesleğinin Özellikleri" nde .96; 2. alt boyut olan "hemşirelik mesleğini tercih etme durum"unda .78 ve 3. Alt boyut olan "Hemşirelik Mesleğinin genel duruma ilişkin tutum" unda .92 olarak bulunmuştur.

2.4.2. Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeği: Ölçek Dost ve Bahçecik (2015) tarafından geliştirilmiş olup toplam 42 maddeden oluşmaktadır. Ölçek "Mesleki Nitelikler (11 madde), Çalışma Koşulları (10 madde), Cinsiyet (8 madde), Eğitim (5 madde), Mesleki Statü (5 madde), ve Dış Görünümü (3 madde)," içeren altı alt boyuttan oluşmaktadır. 5'li likert tipte olan ölçekte "kesinlikle katılıyorum" ifadesine 5," kesinlikle katılmıyorum" ifadesine 1 puan

verilmiştir. Ölçekten alınan puan arttıkça hemşirelerin mesleki imaj algılarının olumlu yönde arttığı şeklinde yorumlanmaktadır (Dost ve Bahçecik, 2015). Ölçeğin orijinal geçerlilik-güvenirlilik çalışmasında Cronbach Alfa katsayısı .91'dir. Bu çalışmada total Cronbach Alfa katsayısı .97 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları incelendiğinde "Mesleki Nitelikler alt boyutunda .80, Çalışma Koşulları alt boyutunda .85, Cinsiyet alt boyutunda .95, Eğitim alt boyutunda .83, Mesleki Statü alt boyutunda .98 ve Dış Görünümü alt boyutunda .92 olarak hesaplanmıştır.

2.5. Araştırmanın etik yönü

Çalışmaya başlamadan önce Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı'ndan ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden sözel onam alındı. Çalışmada kullanılan ölçeklerin geliştirilme aşamasında etik kurul izinleri alındığı ve ölçeklerle ilgili yayınlarda beyan edildiği için, öğrencilerle yapılan benzer nitelikli bu çalışmada yeniden etik izin alınmamıştır.

2.6. İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için Windows için IBM SPSS 24.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı. Tüm ölçek puanları normal dağılıma sahip olmadığı için parametrik olmayan istatistiksel yöntemler tercih edildi. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Ölçekler arası ilişkilerin incelenmesinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3. Bulgular

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin yaş ortalaması 20.92 ± 2.32 'dir. Öğrencilerin %56.3'ü 1. sınıfta ve %43.7'si 4. sınıfta eğitim görmekte olup, %73.2'sinin "isteyerek" hemşirelik bölümünü tercih ettiği ve %34.3'ünün 5 ila 10. tercih aralığında üniversiteyi kazandığı saptanmıştır (Tablo 1).

Öğrencilerin %49.4'ü hemşirelik mesleğini istihdam kolaylığı, %28.2'i insanlara yardımcı olmayı sevdiği ve geri kalan bölüm ise hemşireliğin idealindeki meslek olduğu ve aile bireylerine yardımcı olmayı istediği için hemşirelik mesleğini seçtiği belirlenmiştir. Yakın çevresindeki hemşirelerden etkilendiği ya da ailesi istediği için hemşirelik mesleğini seçen öğrencilerin sayısı oldukça düşüktür (%12.3). Hemşirelik eğitimine başladıktan sonra öğrencilerin % 66'sı eğitim sonrası mesleğe ilişkin düşüncelerinin değiştiğini belirtmiş olup sadece % 27.7'si yeniden sınava girmeyi düşündüğünü ifade etmiştir.

Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde "hemşirelik mesleğinin özellikleri" alt boyutunun ortalama puanı (73.44 ± 13.64), "hemşirelik mesleğini tercih etme durumu" alt boyutunun puanı (43.42 ± 7.03), "hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum" alt boyutunun ortalama puan (27.91 ± 3.71) ve "ölçek toplam puan ortalamasının ise (148.81 ± 21.66) olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeğinin bulguları değerlendirildiğinde ölçek toplam puan ortalaması (3.57 ± 0.82) olarak saptanmıştır (Tablo 2). Alt boyut puan ortalamaları ise; "çalışma koşulları" (3.86 ± 1.11), "eğitim" (3.58 ± 0.77), "cinsiyet" (3.05 ± 0.89), "mesleki nitelikler" (3.81 ± 1.10), "mesleki statü" (3.49 ± 1.07), "dış görünümü" (3.65 ± 1.07) olarak belirlenmiştir (Tablo 3).

Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeğinin bulguları karşılaştırıldığında; hemşirelik mesleğinin özelliklerinin çalışma koşulları, eğitim, mesleki nitelikler, mesleki statü ve dış görünüm arasında pozitif, bunun aksine cinsiyet ile negatif yönde anlamlı ilişki içinde olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik mesleğini tercih etme durumu ile çalışma koşulları, eğitim, mesleki nitelikler, mesleki statü, dış görünüm arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Son olarak; hemşirelik mesleğinin genel durumu ile çalışma koşulları, eğitim, mesleki nitelikler, mesleki statü, dış görünüm arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. İmaj ölçeği genel puanı ile hemşirelik mesleğinin özellikleri ve hemşirelik mesleğini tercih etme durumu hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Öğrencilerin mesleki statü puanları ortalamaları anne eğitimi yükseldikçe anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir ($KW=12.28$, $p=0.015<0.05$). Buna göre; öğrencilerin annelerinin eğitim durumu üniversite (3.70 ± 0.91), ve lise olanların (3.43 ± 1.17), mesleki statü puanları ilkökul (3.58 ± 1.04), ortaokul (3.51 ± 0.93), okur- yazar olmayan (2.67 ± 1.18) annelere göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerin mesleki statü puanları ortalamaları baba eğitimi yükseldikçe anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir. ($KW=9.62$, $p=0.047<0.05$). Buna göre; öğrencilerin babalarının eğitim durumu üniversite (3.63 ± 0.67), ve lise olanların (3.73 ± 0.75), mesleki statü puanları ilkökul (3.51 ± 0.85), ortaokul (3.63 ± 0.66), okur- yazar olmayan (2.78 ± 0.60) annelere göre yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin hemşirelik mesleğinin özellikleri puanları ortalamaları baba eğitimi yükseldikçe anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir. ($KW=10.19$, $p=0.037<0.05$). Buna göre; öğrencilerin babalarının eğitim durumu sırasıyla ilkökul (73.82 ± 13.94), ortaokul (75.00 ± 11.83), lise (74.00 ± 14.17) üniversite olanların (71.26 ± 13.06) hemşirelik mesleğinin özellikleri puanları okur-yazar olmayanlara göre (59.00 ± 14.08) yüksek olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerin mesleki statü puanları ortalamaları babanın hangi mesleğe üye olduğu anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir. ($KW=13.57$, $p=0.035<0.05$). Baba mesleği çiftçi olanların hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum puanları (29.40 ± 2.35), işçi (28.56 ± 3.45), emekli olanların (28.49 ± 2.78) hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum puanları esnaf ve memur olanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur.

Öğrencilerin hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum puan ortalamalarının öğrencinin hemşirelik bölümünü kaçınıcı sırada tercih etmesine ilişkin karşılaştırmada anlamlı bir fark bulunmuştur. ($KW=8.47$, $p=0.037<0.05$). Buna göre; tercih 5-10 arasında tercih yapan öğrencilerin (28.71 ± 2.97), 1. tercih (27.46 ± 4.10) ve daha ileri sırada tercih yapanlara (27.17 ± 3.80) göre hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum puanları yüksek olduğu bulunmuştur.

Öğrencilerin hemşirelik mesleğini seçme nedeni puan ortalamaları ile öğrencinin kaçınıcı tercih olduğuna ilişkin karşılaştırmada anlamlı bir fark bulunmuştur. ($KW=38.52$, $p=0.000<0.05$). Mesleği seçme nedeni "yakın çevredeki öğrencilerinden etkilendim" olanların hemşirelik mesleğini tercih etme durumu puanları (47.31 ± 6.42), "insanlarla uğraşmayı seviyorum" olanların hemşirelik mesleğini tercih etme durumu puanları (46.56 ± 7.18), "iş bulmak kolay"

olanların hemşirelik mesleğini tercih etme durumu puanlarından (41.71 ± 6.33) yüksek bulunmuştur. Bunun yanında "ailem istedi" olanların hemşirelik mesleğini tercih etme durumu puanlarından (39.04 ± 7.43) daha düşük olduğu bulunmuştur.

Öğrencilerin yaş ile çalışma koşulları, hemşirelik mesleğinin özellikleri, hemşirelik mesleğini tercih etme durumu, hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $KW=7.91$, $p=0.048<0.05$; $KW=9.74$, $p=0.021<0.05$; $KW=9.16$, $p=0.027<0.05$; $KW=13.20$, $p=0.004<0.05$).

Öğrencilerin eğitim sonrası mesleğe ilişkin düşünce değişiminin çalışma koşulları ve mesleki statü puan ortalamaları arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney $U=10641.00$, $p=0.035<0.05$; Mann Whitney $U=9789.00$, $p=0.002<0.05$). Eğitim öncesinde çalışma koşulları (3.76) ve mesleki statü (3.36) puanları ortalamasının eğitim sonrası çalışma koşulları (4.05) ve mesleki statü (3.75) puanları ortalamalarına göre düşük olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerin mesleği seçme durumunu mesleki nitelikler, hemşirelik mesleğinin özellikleri mesleği tercih etme durumu, hemşirelik mesleğini tercih etme, hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum puanları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (sırasıyla Mann Whitney $U=8859.50$, $p=0.011<0.05$; Mann Whitney $U=8857.50$, $p=0.012<0.05$; Mann Whitney $U=5516.50$, $p=0.000<0.05$; Mann Whitney $U=8139.50$, $p=0.001<0.05$). Mesleği isteyerek seçen öğrencilerin mesleki statü puanları (3.58), hemşirelik mesleğinin özellikleri puanları (74.59), hemşirelik mesleğini tercih etme durumu puanları (45.06), hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum puanlarının (28.33); mesleği mecburi seçen öğrencilerin mesleki statü (3.25) hemşirelik mesleğinin özellikleri (70.29), hemşirelik mesleğini tercih etme durumu (38.97), hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum puanlarından (26.75) yüksek olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerin hemşirelik mesleğine yönelik İmaj ölçeğinin ve hemşirelik mesleğine yönelik tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamalarının sınıf değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda; Öğrencilerin okudukları sınıf ile çalışma koşulları, eğitim, cinsiyet, mesleki nitelikler imaj genel toplam, hemşirelik mesleğinin özellikleri ortalamaları hemşirelik mesleğini tercih etme durumu, hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 5). Buna göre; 1.sınıf öğrencilerin çalışma koşulları (4.04), eğitim (3.68), cinsiyet (2.94), mesleki nitelikler (3.97), imaj (3.67), hemşirelik mesleğinin özellikleri (76.86), hemşirelik mesleğini tercih etme durumu (44.41), hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum (28.74) puanlarının; 4.sınıf öğrencilerin çalışma koşulları (3.61), eğitim (3.46), cinsiyet (3.19), mesleki nitelikler (3.61), imaj (3.45), hemşirelik mesleğinin özellikleri (69.02), hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum (26.84) puanlarından yüksek olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerin hemşirelik mesleğine yönelik İmaj ölçeğinin ve hemşirelik mesleğine yönelik tutum ölçeğinin alt boyut puan ortalamalarının yeniden sınava girme düşüncesine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda; Öğrencilerin yeniden sınava girme düşüncesi ile mesleki statü, hemşirelik mesleğini tercih etme durumu, hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum puanları ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 6). Yeniden sınava girme düşüncesi olan öğrencilerin mesleki statü puanları (3.29), hemşirelik mesleğini tercih etme durumu puanları (39.00), hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum puanları (26.83), yeniden sınava girme düşüncesi olmayan öğrencilerin mesleki statü (3.57), hemşirelik

mesleğini tercih etme durumu (45.12), hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum puanlarından (28.32) düşük olduğu belirlenmiştir.

4. Tartışma

Bireyin yaptığı meslekte başarılı olabilmesi mesleği bilerek ve isteyerek tercih etmeleri ile yakından ilişkilidir. Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerin sosyo demografik yapıları çerçevesinde hemşirelik mesleğine yönelik tutumları ve imaj algıları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmada, öğrencilerin dörtte üçünün hemşireliği "isteyerek" seçtikleri belirlenmiştir. Türkiye'de yürütülen araştırmalar değerlendirildiğinde hemşireliği "isteyerek seçme" durumu doksanlı yıllarda daha düşük iken (%18.5-%28.1) (Karadakovan, 1996, s.304; Altuğ-Özsoy, Uysal, Bayık ve Erefe, 1999, s.348), son yıllarda bu oranlarda önemli artış (%52.7-%59.7) (Şirin, Öztürk, Bezci, Çakar ve Çoban, 2008; Tüfekci ve Yıldız, 2009; Çelikkalp, Aydın ve Temel, 2010) yaşanmıştır. Yurt dışında yapılan araştırmalarda (%31ve %34.1) (Jrasat, Samawi ve Wilson, 2005; Poreddi, Ramachandra Konduru ve Math, 2012) mesleği isteyerek seçme durumu daha düşük belirlenmiştir. Çalışmada son yıllarda hemşirelik mesleğini seçmede, öğrencilerin kendi istek ve görüşlerinin öncelikli olmaya başladığını gösteren sonuçlarla uyumludur. Öğrencilerin çoğunluğunun mesleğe isteyerek gelmesi tarafımızca sevindirici bir sonuçtur. Bu doğrultuda hemşireliğin giderek tercih edilen bir meslek olduğu sonucuna varılabilir.

Mesleği seçmede etkili olan faktörler genel olarak literatürde içsel (ilgi, mesleği sevme, sağlıkçı yakını olması, kişilik özelliği, insanları sevme vb.) ve dışsal (iş garantisi, ekonomi, aile isteği, baskı, puan vb.) nedenler olmak üzere iki şekilde sınıflandırılmaktadır (Zencir ve Eşer, 2016). Araştırmada hemşireliği tercih etmede dışsal nedenler yarısından fazlası, içsel nedenler üçte birini oluşturmuştur. Gelişmiş olan ülkelerde içsel nedenler tercihte dikkate alınırken (Jirwe ve Rudman, 2012), Türkiye'nin de içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkelerde dışsal nedenler daha ön plana çıkmaktadır (McCabe, Nowak ve Mullen, 2005; Jirwe ve Rudman, 2012). Araştırma sonuçlarına göre öğrencilerin büyük çoğunluğunun (%49.4) mesleği iş bulma güvencesi nedeni ile tercih etmiştir. Araştırma ile uyumlu olarak yapılan çalışmalarda "iş bulmanın garanti olması", "gelirinin iyi olması" gibi olan ekonomik nedenler ilk sırada yer almıştır (Jrasat ve diğerleri, 2005; Özpancar ve diğerleri, 2008; Tüfekci ve Yıldız, 2009; Poreddi ve diğerleri, 2012; Kavurmacı ve Küçüköğlü, 2014). Son yıllarda işsizlik oranlarının giderek artması ve sağlık alanında çalışma imkânlarının fazla olması, öğrencilerin hemşirelik mesleğini tercih etmesinin temel nedeni olarak düşünülebilir. Ayrıca, öğrenci ailelerinin genellikle gelirlerinin düşük olması da hemşireliği birinci sırada "ekonomik" faktörler nedeniyle seçmelerine neden olduğunu düşündürmektedir. Öğrencilerin hemşirelik mesleğine yönelme nedeni olarak ihtiyacı olan insanlara yardımcı olma isteği mesleğe ilgi duyma, idealindeki meslek olması (Law ve Arthur, 2003; Özpancar ve diğerleri, 2008; Önler ve Saraçoğlu, 2010; İlhan-Erkal, Saba ve Sancar, 2012) gibi bireysel nedenler, benzer olarak araştırmada da ikinci sırada yer almıştır. Bu hemşireliği tercih eden öğrencilerin hümanistik yaklaşıma sahip olduğu ve hemşirelik mesleğine ilgi/sempati duyduğu şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmada öğrencilerin Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği puan ortalaması ve tüm alt boyutlar puan ortalamaları yüksek olarak bulunmuştur. Ölçeğin puan ortalamasının yüksek olması mesleğe yönelik olumlu tutumların olduğunu göstermektedir (Çoban ve Kaşıkçı, 2011). Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalarla büyük ölçüde benzerlik göstermektedir (Law ve Arthur, 2003; Koushali, Hajiamini ve Ebadi, 2012; Miligi ve Selim, 2013; Tarhan, Kılıç ve Yıldız, 2016).

Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeğinin ölçek alt boyut puanlarının orta düzeyde (3.58 ± 0.77) olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Hemşirelik mesleğinin özelliklerinin çalışma koşulları, eğitim, cinsiyet, mesleki nitelikler, mesleki statü ve dış görünümünden etkilendiği bilinmektedir. Çalışma koşulları iyileştikçe, eğitim düzeyi arttıkça, servis sorumluluğu, başhemşirelik gibi mesleki sorumluluk arttıkça ve öğrencilerin mesleklerini icra ederken kibar, nazik bakımlı olma gibi dış görünüş özellikleri geliştikçe mesleki özelliklerini daha iyi benimsedikleri söylenebilir. Bunun aksine cinsiyet ile hemşirelik mesleğinin özelliklerinin cinsiyet alt grubundan anlamlı negatif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Toplumsal algı anlamında hala bir bayan mesleği olarak görüldüğü ve meslek özelliklerinde erkeklere yönelik fazla değişim gerçekleşmediği için öğrenciler cinsiyeti negatif yönde değerlendirdiği düşünülmektedir. Hemşireliğin yıllar boyunca bir kadın mesleği olarak algılanmasına rağmen son yıllarda istihdam kolaylığı nedeniyle erkeklerin de tercih ettiği bir meslek haline geldiği bilinmektedir. Erkeklerin meslek içinde bulunması hemşireliğe ilişkin olumsuz algıları azaltırken mesleğin toplumsal statüsünü arttırmaktadır. Ayrıca öğrencilerin yasal haklarını daha kolay savunmalarını kolaylaştırmaktadır. Yıllar içinde erkeklerin sayısı ve varlıkları arttıkça mesleki boyutta mesleki algılarının pozitif yönde değişeceği düşünülmektedir (Turan, Öztürk, Kaya ve Ataberk Aştı, 2011; Yılmaz ve Karadağ, 2011).

Çalışmada hemşirelik mesleğini tercih etme durumunun çalışma koşulları eğitim, mesleki nitelikler mesleki statü ile dış görünümünden etkilendiği belirlenmiştir. Buna göre çalışma ortamı olumlu yönde iyileştikçe, öğrencilerin eğitim düzeyi arttıkça, becerinin yanı sıra yaratıcılık ve bilimsel bilgi üretme gibi mesleki niteliklerde olumlu değişiklikler oldukça, eğitime bağlı olarak servis sorumluluğu, baş hemşirelik, koordinatör hemşirelik, vaka yöneticisi, eğitim, diyabet, diyaliz, enfeksiyon kontrol hemşireliği gibi alanlarda söz sahibi olması ile mesleki statü arttıkça ve öğrencilerin gün geçtikçe prezantasyona daha fazla özen göstermelerinden dolayı tercih edilen bir meslek olduğu düşünülmüştür. Cinsiyet mesleki değişken açısından anlamlı bir değişken olmaması ise bize hemşireliğin artık hem kadınlar hem de erkeklerden tarafından tercih edilen bir meslek olduğunun göstergesidir (Turan ve diğerleri, 2011; Yılmaz ve Karadağ, 2011). Araştırmada hemşirelik mesleğinin genel durumu çalışma koşulları ve eğitim, mesleki nitelikler, mesleki statü, dış görünümünden etkilendiği belirlenmiştir. Çalışma koşulları iyileştikçe, eğitim, mesleki nitelikler ile mesleki statü yükseldikçe hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum puanı da artmaktadır. Ayrıca hemşirelik mesleğine olumlu tutum sergileyenlerin dış görünüşlerine ve prezantasyonlarına daha fazla dikkat ettiği düşünülmüştür.

Çalışmada anne ve baba eğitimi yükseldikçe öğrencilerin hemşirelik mesleğine ilişkin mesleği statü algısının yükseldiği ve çiftçi, esnaf ve emekli gibi düzenli geliri olanların babaların çocuklarının hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutumunun daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Meslek seçiminde aile yapısının önemli bir değişken olduğu bilinmektedir. Özellikle herhangi bir sosyal güvencesi ya da düzenli geliri olmayan meslek üyelerinin oluşturduğu ailelerde aylık gelir konusunda yaşanan kaygılar çocuklarının düzenli gelire ve sosyal haklara sahip ve kolay iş bulabileceği meslekler seçmesinde etkili olmaktadır. Bunun yanı sıra anne ve babanın eğitim düzeyi arttıkça çocuklarının eğitimine katkıda bulunma ve bir meslek sahibi olmaları konusunda destekleme oranları da artmaktadır. Mesleğin toplumdaki saygınlığının düşük olduğu düşünüldüğü ailelerde anne baba eğitimin de düşük olduğu belirlenmiştir (Bozkır ve diğerleri, 2008; Tüfekçi ve Yıldız, 2009; Özpancar ve diğerleri, 2011). Bu bağlamda anne baba eğitiminin yüksek ve özellikle baba mesleğinin memuriyet dışındaki mesleğe sahip babalarının çocuklarının hemşire olmaları konusunda destekleyici olduğu literatür çerçevesinde çalışmamızda da görülmektedir.

Çalışmada hemşirelik bölümünün üniversite tercih edilen bölümler arasında ortalarda yer aldığı belirlenmiştir. Öğrencilerin hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutumları

olumlu olan öğrencilerin hemşirelik bölümünü 5-10 sıralarda tercih ettiği belirlenmiştir. Tercihlerin belirlenmesinde tıp, eczacılık, diş hekimliği gibi daha yüksek alanlara yer alırken, orta sıralarda hemşireliğin olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Sarıkaya ve Khorshid, 2009). Nazik ve Arslan'ın (2014) ve Çiftçi ve arkadaşlarının (2011) çalışmalarında öğrencilerin büyük çoğunluğunun hemşirelik bölümünü ilk 5 sırada tercih ettikleri saptanmıştır (Çiftçi, Bülbül, Bayar Muluk, Çamur Duyan ve Yılmaz, 2011; Nazik ve Arslan, 2014). Bir mesleğin tercihinde hizmetin sunulduğu, hizmete ilişkin bilgi düzeyi, toplumsal normların önemli olduğu düşünüldüğünde hemşireliğin çağdaş rol ve sorumlulukları çerçevesinde gerek eğitim gerekse ekonomik ve sosyal yönlerden giderek iyileştiği ancak yeteri kadar tanınmadığı görülmektedir. Oysaki hemşirelik giderek geniş bilimsel tabanı olan meslek haline gelmiştir (Tan, Yuncu ve Şen, 2007). Bundan dolayı araştırmada öğrencilerin mesleği sosyal statüsü nedeniyle ilk sıralarda tercih ettiği ancak istihdam kolaylığından dolayı da orta sıralarda tercih ettiği düşünülmektedir.

Çalışmada öğrencilerin yaşı büyüdükçe hemşirelik mesleğinin özellikleri ve hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin algıları olumlu hale gelirken, daha fazla hemşirelik mesleğini tercih ettiği belirlenmiştir. Bunda eğitimin etkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü üniversite eğitimi öncesi çalışma koşulları ve mesleki statü puanları daha düşüken mezuniyetlerine doğru puanların yükseldiği görülmüştür. Birinci sınıf öğrencilerinin meslek tercihinde aile, ekonomik nedenler, bireysel özellikler ve rastgele seçim gibi mesleği tanımadan meslek tercihi yaptığı görülmektedir. Oysaki 4. sınıf öğrencilerinin gerek aldıkları mesleki eğitim gerek ise yaşla birlikte olgunlaşmanın etkisi ile mesleki bakış açılarının değiştiği görülmektedir. 1. sınıfta iken Öğrenci Seçme Yerleştirme Merkezi sınav tercihlerinde mecburen yer verdikleri ve istemedikleri bir okula başlamış gibi görünen öğrenciler 4. sınıfa geldiklerinde vizyonlarının gelişmesine bağlı olarak hemşireliği ideal bir meslek gibi görebilmektedir. Başlangıçta kolay meslek bulabilmek için geldikleri bölüme ilerleyen sınıflarda kariyer sahibi olabilme, insanlara daha fazla yardımcı olmak, iyi bir hemşire olabilme gibi nedenlerle devam ettikleri görülmektedir. Bu bağlamda yaşın mesleki özellikleri algılama ve mesleki statüyü içselleştirme alanlarında etkili olduğu düşünülmektedir (Özpancar ve diğerleri, 2008). Yapılan bir çalışmada öğrencilerin %64'ünün hemşireliği ideal meslek olarak gördüklerini, %88'inin mezun olduktan sonra mesleklerini sürdürmek istediklerini belirlenmiştir (Andsoy ve diğerleri, 2012). Japonya'da ise lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada yaşam standartları çok iyi olmayacağı, aileleri tarafından gurur duyulmayacağı ve günün çok büyük bir kısmını çalışarak geçireceğini düşündüğü için hemşirelik mesleğini tercih etmeyeceğini belirlenmiştir (Liaw, Wu, Chow ve Tan, 2017). Çalışmanın yapıldığı ülkenin Japonya olmasına bağlı gelir düzeyinin yüksek olması düşük kazanç getiren bir mesleğin çok tercih edilmemesine neden olmuş olabilir. Ailelerin takdir etmemesi problemi Türkiye içinde geçerli bir sorun gibi görünse de istihdam kolaylığının duruma bakış açısını değiştirmeye başladığı düşünülmüştür.

Çalışmada mesleği isteyerek seçen öğrencilerin mesleki statü, hemşirelik mesleğinin özellikleri, hemşirelik mesleğini tercih etme durumu, hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum puanları mesleği mecburi seçen öğrencilerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Andsoy ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin %72'sinin iş bulma kolaylığı nedeniyle hemşirelik mesleğini tercih ettikleri, öğrencilerin %64'ünün mesleği seçmede ailesinin olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir. Yine Çelikalp ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada öğrencilerin yarıdan fazlasının bölümünün kendi isteği ile seçtiği ve %74'ünün de mezun olduktan sonra mesleğini yapmada istekli oldukları görülmüştür. Bunun aksine Beydağ ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada öğrencilerin mesleği bilinçli olarak tercih etmedikleri iş bulma kolaylığı ve aile baskısı ile meslek seçimini yaptıkları bildirilmiştir

(Beydağ, Gündüz ve Gök Özer, 2008; Çelikkalp ve diğerleri, 2010; Andsoy ve diğerleri, 2012). Çalışmada mesleği kendi istekleri ile seçenlerin mesleki statü puanlarının yüksek olmasının meslekle özdeşleşme ve mezun olduktan sonra istihdam kolaylığı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca son yıllarda hemşirelik mesleğini seçmede kendi istek ve görüşlerinin öncelikli olmaya başladığı gösteren çalışmalarla uyumludur.

Birinci sınıf öğrencilerinin dördüncü sınıflara göre çalışma koşulları, eğitim, cinsiyet, mesleki nitelikler imaj, hemşirelik mesleğinin özellikleri, hemşirelik mesleğini tercih etme durumu, hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum alanlarında daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir. Mesleki imaj meslek üyelerinin sosyal statü, yetenek ve davranış modelidir. Hemşirelik mesleği için mesleki imaj, hemşirelik imajı, benlik imajı, meslek ve çalışma koşulları gibi pek çok bileşenden etkilendiği bilinmektedir. 2001-2004 yılları arasında yapılan iki çalışmada hemşirelerin %70'inin zeki ve eğitilmiş, %60'ının saygıdeğer, sorumluluk sahibi ve işine bağlı insanlar olarak değerlendirmiştir. Ayrıca hemşirelerin bakımlı, otoriter ve aşırı baskıcı davranışlar sergilemesi imajını olumsuz etkilerden bilimsel ve araştırma odaklı mesleki açıdan yeterli güçlü, yaratıcı ve yenilikçi olmaları mesleki imajlarını güçlendirici niteliktedir. Tayvan'da 2006 yılında yapılan çalışmada hemşireliğin kadın mesleği olma, iyilik meleği ve anne modeli olmalarından çıkarak profesyonel, bürokratik ve faydacı rollerini geliştirmeye başladığı görülmektedir (Tzeng, 2006; Kalizsch, Begeny ve Neumann, 2007; Özata ve Aslan, 2010). Araştırmada her ne kadar birinci sınıf öğrencilerinin meslek özellikleri ve mesleki statü puanları düşük çıksa da mesleki imajın iyileşmesinde çalışma koşulları, eğitim, cinsiyet, sosyal statü gibi faktörlerin iyileşmesinin mesleki statüyü de arttıracığı düşünülmektedir.

Öğrencilerin yeniden sınava girme düşüncesi ile mesleki statü, hemşirelik mesleğini tercih etme durumu, hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutumun etkilendiği ve yeniden sınava girmeyi düşünen öğrencilerin bu alanlarda daha düşük puan ortalaması aldığı çalışmada belirlenmiştir. Tüfekçi ve Yıldız (2009) çalışmasında öğrencilerin %85'inin mesleğini sevdiğini %96.2'sinin meslek yaşamını hemşire olarak sürdürmek istedikleri Demiray ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında öğrencilerin %71.6'sının hemşirelik dışında farklı bir bölüme devam etmeyi düşünmediği belirlenmiştir (Tüfekçi ve Yıldız, 2009; Demiray, Bayraktar, ve Khorshid, 2013). Bu nedenle yeniden sınava girme düşüncesi olan öğrencilerin mesleği kendi istedikleri ile seçmedikleri ve hemşirelik mesleğinin idealindeki meslek olmadığı, diğer öğrencilerin ise meslekte kalarak çalışmak istedikleri düşünülmüştür.

5. Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, hemşirelik mesleğinin özellikleri, hemşirelik mesleğini tercih etme durumu, hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum, çalışma koşulları, eğitim, mesleki nitelikler, mesleki statü ve dış görünümünden etkilenmektedir. Yanı sıra ebeveynlerin eğitim durumunun ortaokul ve üzeri olması ve özellikle babanın resmi bir işinin olmaması (memurluk) öğrencilerin hemşirelik mesleğini tercih etme nedenleri arasındadır. Öğrencilerin hemşirelik mesleğini tercih etme sıraları değerlendirildiğinde 5-10. tercihler arasında hemşirelik bölümünü tercih ettikleri, 1. sınıf öğrencilerinin daha çok ailenin isteği ile tercih ettiği, 4. sınıf öğrencilerinin ise eğitimin getirdiği olgunluk ve vizyon gelişimiyle hemşirelik mesleğine yönelik olumlu tutum geliştirdikleri görülmüştür. Mesleği mecburen seçen öğrencilerin mesleği isteyerek seçen öğrencilere göre daha olumsuz bir tutum ve davranış içinde oldukları görülürken sadece puanı yettiği ve açıkta kalmak istemediği için hemşirelik mesleğini tercih edenlerin yeniden sınava girmek istedikleri saptanmıştır.

Bu bağlamda ülkemizin değişen ve gelişen demografik yapısı ve değişen sağlık sistemimiz de dikkate alınarak hemşirelik eğitimi ve mesleğin geliştirilebilmesi için, mesleğin isteyerek ve sevilerek yapılması amacıyla liselerde hemşirelik mesleğinin anlatıldığı kariyer eğitim programlarının düzenlenmesi, bu programlarda aktif olarak hemşirelik yapan kişilerin ve akademisyenlerin meslek özellikleri ve mesleki imaj hakkında bilgi vermesi, üniversite düzeyinde eğitim vermesi, öğrencilerin mesleki öğrencilerde aitik algılarının ve meslek vizyonunun oluşmasını destekleyecek yaratıcılık, girişkenlik, girişimcilik gibi derslerin hemşirelik müfredatında yer verilmesi, hemşirelik öğrencilerinin farklı bölümlerle multidisipliner etkileşimler oluşturabileceği, sanatsal, bilimsel ve sosyal aktivitelerin seminer, projelerle desteklenmesi önerilmektedir. Ayrıca öğrencilerin klinik ve alan uygulamalarını yaptığı kliniklerde hemşirelerin iyi bir rol modeli oluşturması önerilmektedir. Öğrencilerin mesleği sevmesi ve benimsemesi, meslekte daha başarılı olmalarına, kaliteli hasta bakımı vermelerine, insana ve topluma saygı göstermesine ve hemşireliğin gelişmesine şüphesiz katkı sağlayacaktır. Bu bağlamda toplumumuza daha bilinçli ve mesleğini seven hemşireler yetiştirmek eğitimcilerin en büyük görevidir.

Kaynakça

- Al-Omar, B. A. (2004). Knowledge, attitudes and intention of high school students towards the nursing profession in Riyadh city, Saudi Arabia. *Saudi medical journal*, 25(2), 150-155. <https://europepmc.org/abstract/med/14968208>
- Altuğ-Özsoy, S., Uysal, A., Bayık, A. ve Erefe, İ. (1999). Hemşire öğrencilerin mesleğe ilişkin görüşlerinin ileriye dönük incelenmesi. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, Erzurum.
- Andsoy, I. I., Güngör, T. ve Bayburtluoğlu, T. (2012). Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin hemşireliği tercih etme nedenleri ve mesleğin geleceği ile ilgili görüşleri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1 (3), 124-130.
- Beydağ, K.D., Gündüz, A. ve Gök Özer F. (2008). Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin eğitimlerine ve mesleklerine bakış açıları, meslekten beklentileri. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 1(3), 137-142. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/patd/issue/35358/392561>
- Bozkır, G., Taşcı, N., Altuntaş, Ç., Arsak, A., Balgı, Ö., Kaya, E., ... ve Çelik, S. (2008). Genel lise son sınıf ve Sağlık Yüksekokulu'ndaki erkek öğrencilerin hemşireliğe bakışı. *Üniversite ve Toplum*, 8 (1), 54-71.
- Can, Ş. (2010). Tezsiz yüksek lisans öğrencilerinin öğretmenlik mesleğine yönelik tutumları. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 24, 13-28. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/musbed/issue/23516/250562>
- Çelikkalp, Ü., Aydın, A. ve Temel, M. (2010). Bir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin aldıkları eğitime ilişkin görüşleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3 (2), 1422-1429.
- Çıtak Tunç, G., Akansel, N. ve Özdemir, A. (2010). Hemşirelik ve sağlık memurluğu öğrencilerinin meslek seçimlerini etkileyen faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik*

Bilim ve Sanat Dergisi, 3 (1), 24-31.
<http://hemsirelik.maltepe.edu.tr/dergiler/cilt3sayi1/24-31.pdf>

Çiftçi, GE., Bülbül SF., Bayar Muluk, N., Çamur Duyan, G. ve Yılmaz A. (2011). Sağlık Bilimleri Fakültesini tercih eden öğrencilerin, üniversite ve meslek tercihlerinde etkili olan faktörler (Kırıkkale Üniversitesi Örneği). Kartal TR, 22(3),151-160. doi: 10.5505/jkartaltr.2011.98704

Çoban, İ. G. ve Kaşıkçı, M. (2011). Development of the Attitude Scale for Nursing Profession. International Journal of Nursing Practice, 17, 518–524. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2011.01961.x>

Demiray, A., Bayraktar, D. ve Khorshid, L. (2013). Erkek hemşirelik öğrencilerinin hemşireliği seçme nedenleri ve bu mesleği seçme nedeniyle yaşadıkları sorunlar. International Journal of Human Sciences, 10 (1), 1440-1455.

Dost, A. ve Bahçecik, A.N. (2015). Hemşirelik mesleğine yönelik imaj ölçeği geliştirmesi. JAREN, 1(2). 51-59. <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/hemsirelik-meslegine-yonelik-imag-olcegi-toad.pdf>

Gül, R. (2008). The image of nursing from nurses and non nurses perspectives in Pakistan first independent nursing. Journal of Pakistan, 1 (2),1-16.

İlhan-Erkal, S., Saba Yalçın, A. ve Sancar B. (2012). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin ebelik ve hemşirelik bölümlerini seçme nedenleri. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1), 73-90. https://doi.org/10.1501/Asbd_0000000006

Jirwe, M. ve Rudman, A. (2012). Why choose a career in nursing? Journal of Advanced Nursing, 68(7), 1615-1625. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05991.x>

Jrasat, M., Samawi, O. ve Wilson, C. (2005). Beliefs, attitudes and perceived practice among newly enrolled students at the Jordanian Ministry of Health nursing colleges and institutes in 2003. Education for Health, 18 (2), 145-156.

Karadakovan, A. (1996). Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin eğitimin başlangıcında ve mezuniyetten önce meslek seçimi beklentileri ve çalışmak istedikleri alanlar ile ilgili görüşlerinin incelenmesi. Türk Hemşireliğinde Yüksek Öğrenimin 40. Yılı Sempozyumu Kitabı içinde (s. 301-308). İzmir: Ege Üniversitesi

Kavurmacı, M. ve Küçükoğlu, S. (2014). Erkekler neden hemşire olmak istiyor? Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(1), 1-5. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/2664/34479>

Kızılıçık Özkan, Z., Ünver, S., Avcıbaşı İ.M., Semerci R. ve Yıldız Fındık Ü. (2017). Bir grup hemşirelik öğrencisinin mesleğe yönelik imaj algısı. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi,19(1),38-47. [http://hemarge.org.tr/ckfinder/userfiles/files/2017/vol19sayi1/\(4\).pdf](http://hemarge.org.tr/ckfinder/userfiles/files/2017/vol19sayi1/(4).pdf)

Korkmaz, G. ve Görgülü, S. (2010). Hemşirelerin, meslek ölçütleri bağlamında hemşireliğe ilişkin görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 17(1), 1-17.

- Koushali, A.N., Hajjamini, Z. ve Ebadi, A. (2012). Comparison of Nursing students' and clinical nurses' attitude toward the nursing profession. *Iran J Nursand Midwifery Res* 17(5), 375-380. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3703079/>
- Law, W. ve Arthur, D. (2003). What factors influence Hong Kong school students in their choice of a career in nursing? *Int. J. Nurs. Stud*, 40(1), 23-32. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00029-9](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00029-9)
- McCabe, R., Nowak, M. ve Mullen, S. (2005). Nursing careers: what motivated nurses to choose their profession? *Australian bulletin of labour*, 31(4), 380-402. <http://hdl.handle.net/20.500.11937/14243>
- Miligi, E. ve Selim, A. (2013). Saudi Nursing student's attitudes towards the nursing profession. *European Journal of Business and Management*, 6 (29), 197-208. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.678.99&rep=rep1&type=pdf>
- Morris- Thompson, T., Shepherd, J., Plata, R. ve Marks-Maran, D. (2011). Diversity, fulfilment and privilege: the image of nursing. *Journal of Nursing Management*, 19,683-692. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01268.x>
- Nazik, E. ve Arslan S. (2014). Hemşirelik mesleğinin geleceği: Öğrencilerin beklentileri. *Bozok Tıp Dergisi*, 4(1), 33-40. <http://tipdergisi.bozok.edu.tr/dosyalar/TipDergisiNisan2014.pdf#page=39>
- Önler, E. ve Saraçoğlu, V.G. (2010). Hemşirelikte meslek seçimi ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 3(2), 78-85. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/susead/issue/28416/302514>
- Özata, M. ve Aslan, Ş. (2010). Hastanede çalışan hemşirelerin mesleki imaj algılarının araştırılması. *Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 10(19), 251-268.
- Özdelikara, A., Mumcu Boğa, N. ve Çayan N. (2015). Hemşirelik öğrencilerine ve sağlık alanı dışındaki öğrencilere göre hemşirelik imajı. *Düzce Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 1-5. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/duzcesbed/issue/4849/66646>
- Özpancar, N., Aydın, N. ve Akansel, N.(2008). Hemşirelik 1. sınıf öğrencilerinin hemşirelik mesleği ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi. *Cumhuriyet Hem Derg*,12 (3),9-17.
- Poreddi, V., Ramachandra Konduru, R. ve Math, S.B. (2012). Assessing the attitudes and perceptions towards nursing profession among nursing students. *Nursing Journal of India*, 103(1), 6-8.
- Sarıkaya T. ve Khorshid, L. (2009). Üniversite öğrencilerinin meslek seçimini etkileyen etmenlerin incelenmesi: üniversite öğrencilerinin meslek seçimi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 7(2), 393 – 423. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tebd/issue/26107/275067>
- Şirin, A., Öztürk, R., Bezci, G., Çakar, G. ve Çoban, A. (2008). Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimi ve mesleği uygulamaya yönelik görüşleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 83 (1), 69-67.

- Tan, M., Yuncu, S., Şentürk, Ö. ve Yıldız Ö. (2007). Üniversite öğrencilerinin hemşireliğe bakış açıları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 10(1), 22-29.
- Tarhan, G., Kılıç, D. ve Yıldız, E. (2016). Hemşirelerin mesleğine yönelik tutumları ile mesleki profesyonellikleri ilişkisinin incelenmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 58, 411-416.
- Turan, N., Öztürk, A., Kaya, H. ve Ataberk Aştı, T. (2011). Toplumsal cinsiyet ve hemşirelik. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 4 (1), 168-172. <http://hemsirelik.maltepe.edu.tr/dergiler/nisan/167-173.pdf>
- Tüfekci, G.F. ve Yıldız, A. (2009). Öğrencilerin hemşireliği tercih etme gerekçeleri ve gelecekleri ile ilgili görüşleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1), 31-37. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/2644/34011>
- Tzeng, H.M. (2006). Testing a conceptual model of the image of nursing in taiwan. International Journal of Nursing Studies, 43, 755-765. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.10.004>
- Yılmaz, M. ve Karadağ, G. (2011). Erkek öğrenci hemşireler hemşirelik mesleğini nasıl algılıyor? Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 4(1), 22-28.
- Zencir, G. ve Eşer İ. (2016). Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik mesleğine yönelik tutumları ile hemşirelik tercihi arasındaki ilişki: Türkiye örneği. DEÜHFED, 9(2), 30-37. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.10.004>

Tablo 1: Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklere Göre Meslek Tercih Oranları

Özellikler		n	%
Yaş	18-19 Yaş	137	41.3
	20-21 Yaş	50	15.1
	22-23 Yaş	93	28.0
	24 Yaş ve üstü	52	15.7
Yaş Ortalaması	20,92 ± 2,32		
Sınıf	1.Sınıf	187	56.3
	4.Sınıf	145	43.7
Anne Eğitimi	Okur-yazar değil	23	6.9
	İlkokul	220	66.3
	Ortaokul	32	9.6
	Lise	44	13.3
	Üniversite ve üzeri	13	3.9
Anne Mesleği	Ev hanımı	292	88.0
	Memur	7	2.1
	İşçi	11	3.3
	Diğer	22	6.6
Baba Eğitimi	Okur-yazar değil	6	1.8
	İlkokul	142	42.8
	Ortaokul	57	17.2
	Lise	80	24.1

	Üniversite ve üzeri	47	14.2
Baba Mesleği	İşçi	94	28.3
	Memur	38	11.4
	Esnaf	19	5.7
	Emekli	82	24.7
	Çiftçi	15	4.5
	Şoför	17	5.1
	Diğer	67	20.2
Ailenin Geliri	1000-1500	63	19.0
	1501-2000	81	24.4
	2001-2500	68	20.5
Mezun Olduğu Lise	Sağlık meslek	37	11.1
	Diğer	295	88.9
Mesleği Seçme Durumu	İsteyerek	243	73.2
	Mecburi	89	26.8
Kaçınıcı Tercih	1.Tercih	83	25.0
	2 - 4 Arası tercih	72	21.7
	5-10 Arası tercih	114	34.3
	10. Tercihin üstü	63	19.0
Mesleği Seçme Nedeni	İnsanlarla uğraşmayı seviyorum	90	27.1
	İş bulmak kolay	164	49.4
	Ailem istedi	25	7.5
	Yakın çevredeki hemşirelerden etkilendim	16	4.8
	Diğer	37	11.1
Eğitim Sonrası Mesleğe İlişkin Düşünce Değişimi	Var	219	66.0
	Yok	113	34.0
Yeniden Sınava Girme Düşüncesi	Var	92	27.7
	Yok	240	72.3
	Toplam	332	100.0

Tablo 2. Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeği ve Alt Boyutlarının Tanımsal Bulguları

	Ort*	Ss**	Minimum.	Maximum
Hemşirelik Mesleğinin Özellikleri	73.44	13.64	18	90
Hemşirelik Mesleğini Tercih Etme Durumu	43.42	7.03	17	61
Hemşirelik Mesleğinin Genel Durumuna İlişkin Tutum	27.91	3.71	15	36
Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği Genel Toplam	148.81	21.66	68	188

* Ort, Ortalama,**Ss, Standart Sapma

Tablo 3. Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Tanımsal Bulguları

	Ort*	Ss**	Minimum.	Maximum
Çalışma Koşulları	3.86	1.11	1	5
Eğitim	3.58	0.77	1.4	4.9
Cinsiyet	3.05	0.89	1	5
Mesleki Nitelikler	3.81	1.10	1	5
Mesleki Statü	3.49	1.07	1	5
Dış Görünüm	3.65	1.07	1	5
Hemşirelik Mesleğine Yönelik Ölçeği Genel Toplam	3.57	0.82	1.07	4.98

* Ort, Ortalama,**Ss, Standart Sapma.

Tablo 4. Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj İle Tutum Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi

		Hemşirelik mesleğinin özellikleri	Hemşirelik mesleğini tercih etme durumu	Hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum	Hemşirelik mesleğine yönelik tutum ölçeği
Çalışma Koşulları	r	0.355	0.256	0.280	0.370
	p	0.000	0.000	0.000	0.000
Eğitim	r	0.293	0.184	0.236	0.286
	p	0.000	0.001	0.000	0.000
Cinsiyet	r	-0.120	-0.097	-0.167	-0.139
	p	0.029	0.079	0.002	0.011
Mesleki Nitelikler	r	0.327	0.251	0.266	0.338
	p	0.000	0.000	0.000	0.000
Mesleki Statü	r	0.143	0.183	0.122	0.189
	p	0.009	0.001	0.027	0.001
Dış Görünüm	r	0.250	0.269	0.215	0.307
	p	0.000	0.000	0.000	0.000
İmaj Genel Toplam	r	0.262	0.241	0.211	0.294
	p	0.000	0.000	0.000	0.000

Tablo 5. Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj ve Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Sınıf Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	MW*	P
Çalışma Koşulları	1.sınıf	187	4.04	1.08	10539.50	0.000
	4.sınıf	145	3.61	1.11		
Eğitim	1.sınıf	187	3.68	0.76	10898.50	0.002
	4.sınıf	145	3.46	0.78		
Cinsiyet	1.sınıf	187	2.94	0.83	11354.00	0.011
	4.sınıf	145	3.19	0.94		

Mesleki Nitelikler	1.sınıf	187	3.97	1.05	11016.50	0.003
	4.sınıf	145	3.61	1.13		
Mesleki Statü	1.sınıf	187	3.58	1.08	11966.00	0.066
	4.sınıf	145	3.38	1.06		
Dış Görünüm	1.sınıf	187	3.78	1.05	11291.00	0.008
	4.sınıf	145	3.48	1.09		
Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeği Genel Toplam	1.sınıf	187	3.67	0.75	11734.50	0.036
	4.sınıf	145	3.45	0.89		
Hemşirelik Mesleğinin Özellikleri	1.sınıf	187	76.86	9.97	10110.00	0.000
	4.sınıf	145	69.02	16.26		
Hemşirelik Mesleğini Tercih Etme Durumu	1.sınıf	187	44.41	7.56	10587.50	0.001
	4.sınıf	145	42.16	6.09		
Hemşirelik Mesleğinin Genel Durumuna İlişkin Tutum	1.sınıf	187	28.74	3.29	9910.00	0.000
	4.sınıf	145	26.84	3.95		
Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği Toplam	1.sınıf	187	154.30	17.28	9337.00	0.000
	4.sınıf	145	141.73	24.56		

*MW, Mann Whitney U test, $p < 0,05$ istatistiksel olarak kabul edilmiştir.

Tablo 6. Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ve Tutum Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Yeniden Sınava Girme Düşüncesi Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	MW*	P
Çalışma Koşulları	Var	92	3.81	0.99	10176.50	0.26
	Yok	240	3.87	1.15		
Eğitim	Var	92	3.61	0.77	10830.00	0.78
	Yok	240	3.57	0.78		
Cinsiyet	Var	92	3.05	0.88	10772.50	0.732
	Yok	240	3.05	0.90		
Mesleki Nitelikler	Var	92	3.78	1.12	10876.50	0.83
	Yok	240	3.82	1.09		
Mesleki Statü	Var	92	3.29	1.04	9227.50	0.02
	Yok	240	3.57	1.08		
Dış Görünüm	Var	92	3.43	1.01	8999.00	0.00
	Yok	240	3.73	1.09		
Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeği Toplam	Var	92	3.50	0.78	9703.50	0.08
	Yok	240	3.60	0.84		
Hemşirelik Mesleğinin Özellikleri	Var	92	70.16	16.06	9546.00	0.056
	Yok	240	74.69	12.40		
Hemşirelik Mesleğini Tercih Etme Durumu	Var	92	39.00	6.11	5549.000	0.000
	Yok	240	45.12	6.62		
	Var	92	26.83	4.30	8779.50	0.004

Hemşirelik Mesleğinin Genel Durumuna İlişkin Tutum	Yok	240	28.32	3.38		
Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği Toplam	Var	92	139.76	22.57	7450.50	0.000
	Yok	240	152.28	20.30		

*MW, Mann Whitney U testi, $p < 0,05$ istatistiksel olarak kabul edilmiştir.

Beyanlar:


Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Etik Açıklamalar:

Çalışmaya başlamadan önce Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı'ndan ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden sözel onam alındı. Çalışmada kullanılan ölçeklerin geliştirilme aşamasında etik kurul izinleri alındığı ölçekle ilgili yayınlarda beyan edildiği için, öğrencilerle yapılan bu benzer nitelikli çalışmalarda yeniden etik izin alınmamıştır. Bu çalışma Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun olarak yapılmıştır.

Hemşirelerin Yaşlılık ve Yaşlı Bakımına İlişkin Görüşleri ve Tutumları / *Opinions and Attitudes of Nurses on Aging and Geriatric Care*

Ezgi DEMİRTÜRK SELÇUK¹, Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ².

1. Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, demirturkezgi@gmail.com, 

2. Karadeniz Teknik Üniversitesi, cdemirbag@gmail.com, 

Gönderim Tarihi | Received: 15.05.2019, Kabul Tarihi | Accepted: 21.12.2019, Yayın Tarihi | Date of Issue: 1.04.2020, DOI: 10.25279/sak.565486.

Atıf | Reference: "DEMİRTÜRK SELÇUK, E.; DEMİRBAĞ, B.C. (2020). Hemşirelerin Yaşlılık ve Yaşlı Bakımına İlişkin Görüşleri ve Tutumları. Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK), 5(1), s.37-51. DOI: 10.25279/sak.565486"

Öz

Amaç: Araştırma hemşirelerin yaşlılık ve yaşlı bakımına ilişkin görüşleri ve tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Tanımlayıcı tipteki bu araştırma Trabzon İli'nde Eylül 2018 - Kasım 2018 tarihleri arasında bir devlet hastanesinde çalışan hemşireler (N=227) ile yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden ve izinli-raporlu olanlar hariç araştırmanın yapıldığı tarihlerde aktif görev yapan 196 hemşire oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında, hemşirelerin demografik özelliklerini ve yaşlılara ilişkin düşüncelerini belirleyen bilgi toplama formu ve yaşlılara yönelik tutum ölçeği kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılan hemşirelerinin %54.6'sının 36-54 yaş aralığında, %73.5'inin kadın ve %70.4'ünün evli olduğu ve %15.3'ünün eğitim öğretim yıllarında gerontoloji hemşireliği dersi aldığı tespit edilmiştir. Hemşirelerinin %23'ünün yaşlıların bulunduğu klinikte sürekli çalışmayı isterken %77'inin yaşlılarla çalışmayı istemediği tespit edilmiştir. Hemşirelerin %79.6'sı yaşlı hastalarla çalışmanın diğer hastalara göre daha zor olduğunu ve %20.4'ü farklı bir zorluğun olmadığını belirtmişlerdir. Hemşireler yaşlılara yönelik tutum ölçeği puan ortalaması 107.21 ± 16.233 olup olumlu tutuma sahip oldukları belirlenmiştir. Hemşirelerin yaş, eğitim durumu, çalışma yılı ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). **Sonuç ve Öneriler:** Çalışmamızda; hemşirelerin yaşlılara yönelik olumlu tutuma sahip oldukları saptanmıştır. Yaşamının herhangi bir döneminde yaşlı ile birlikte yaşayan hemşirelerin yaşlıya yönelik tutumları daha olumlu bulunmuştur. Bireylerin çocukluktan itibaren yaşlılarla vakit geçirmesini sağlayacak aktiviteler toplumsal düzeyde de yapılabilir. Hemşirelere yaşlanma ve yaşlılık konularına yönelik düzenli programlara katılmaları konularında teşvikleri sağlanabilir.

Anahtar Sözcükler: Hemşire, Yaşlı, Yaşlı Bakımı, Tutum

Abstract

Aim: The research was conducted as a descriptive study in order to determine the opinions and attitudes of nurses about geriatric care. **Materials and Methods:** This descriptive study was conducted in Trabzon Province with nurses (N = 227), who work in a public hospital between September 2018-November 2018. The sample of the study consisted of 196 nurses who accepted to participate in the study voluntarily and were active on the dates of the study, except for those with permission-report. In the data collection phase, the form that determines the demographic characteristics and thoughts of the elderly, and Kogan Attitudes Toward Old People Scale were used. **Results:** It was found that 54.6% of the nurses participating in the study were between 36-54 years of age, 73.5% were women and 70.4% were married and

15.3% took gerontology nursing courses in the academic years. It was found that 23% of the nurses wanted to work continuously in the clinic where the elderly were, while 77% did not want to work with them. 79.6% of the nurses stated that working with elderly patients was more difficult than the other patients and 20.4% stated that there was no different difficulty. The mean score of the nurses' attitudes towards the elderly was 107.21 ± 16.233 and it was determined that they had a positive attitude. There was a statistically significant relationship between age, educational status, study year and scale mean score of nurses ($p < 0.05$). Conclusion and Suggestions: In our study; nurses have a positive attitude towards the elderly. Attitudes of nurses living with elderly in any period of life were more positive. Activities that enable individuals to spend time with the elderly since childhood can also be done at the social level. Nurses can be encouraged to participate in regular programs on aging and aging issues.

Keywords: Nurse, Elderly, Geriatric Care, Attitude

1.Giriş

Yaşlanma; her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, genetik ve çevresel faktörlerden etkilenen ve döllenmeden başlayıp ölüme kadar devam eden evrensel bir süreçtir (Göçer, 2012; Vefikuluçay, 2008). Bu süreçte bireylerde hastalık olmaksızın fizyolojik, psikolojik, bilişsel, emosyonel ve sosyal yönden birçok değişiklik görülebilmekte, sosyal ilişkilerde azalma, fiziksel ve ruhsal bazı işlevlerde kayıplar meydana gelebilmektedir (Göçer, 2012; Ünalın, Soyuer & Elmalı, 2012). Ayrıca yaşlanma; beraberinde, sosyal ve kültürel bir varlık olan insanda rol, işlev ve statüde kayıplar, iletişimsizlikte artma, sosyal yaşamdan uzaklaşma gibi değişimleri getirmektedir (Danış, Kara, Çolak, Kırpık & Ayyıldız, 2015). Yaşlılıkta görülen değişimler, kronik hastalıklar, inkontinans, yeme bozuklukları, demans, ilaç kullanım hataları ve geriatrik semptomlar yaşlının sağlık bakım ve hizmetine yönelik ihtiyacında artışa neden olmaktadır (Erden, Kara, Ayhan & Uzun, 2012). Sağlık bakım ekibinde yer alan hemşireler, hastalarla en fazla etkileşimde bulunan gruptur. Hemşireler, yaşlının ailesinden sonra üstlendikleri sorumluluk nedeniyle yaşlı bireylerin sağlığının sürdürülmesinde ve geliştirilmesinde etkin rol oynamaktadırlar (Kagan & Melendez-Torres, 2015). Bu nedenle de hemşirelerin yaşlılara ilişkin tutumları, yaşlı bireyin uyum sağlamasını ve bakım kalitesini etkileyen önemli bir etmeni oluşturmaktadır (Bongaarts, 2006; Macnicol, 2006; Akdemir vd., 2012). Sağlık çalışanlarına göre, bu dönemde görülen hastalıklar yaşa bağlı ortaya çıkan hastalıklar olarak değerlendirilmekte, yaşlı bireye yönelik olumsuz tutum ve davranışların gelişmesine sebep olmaktadır (Danış vd., 2015). Yapılan araştırmalarda sağlık çalışanlarının yaşlılara karşı tutumunun genellikle olumsuz yönde olduğu gözlemlenmiştir (Ünalın vd., 2012; Zehirlioğlu, Yönt, Bayat & Günay, 2015). Yaşlı bireylerin yakınmalarının ihmal edilmesi, sağlıkları ile ilgili karar almalarının engellenmesi, sağlık durumu ve tedaviyle ilgili yetersiz bilgi verilmesi, gereksiz fiziksel kısıtlanmaların yapılması yaşlılara karşı yapılan olumsuz tutumlardan bazılarıdır (Doherty, Mitchell & O'Neill, 2011). Bunun yanı sıra yaşlıya yönelik tutumun olumlu olduğu çalışmalarda bulunmaktadır (Koç, Öztaş, Uysal, Demircan, Erdem & Sarı, 2018). Gallagher, Bennett & Halford (2006)'un yaptığı çalışmada, yaşlılar ile uzun dönem çalışan hemşirelerin yaşlılara karşı tutumlarının daha olumlu olduğu belirtilmiştir.

Gelişen sağlık hizmetleri, erken tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanması, beslenme koşullarının iyileştirilmesi ve temel halk sağlığı hizmetlerinin artması sonucunda ortalama yaşam süresi uzamakta ve yaşlı nüfus oranı hızla artmaktadır (Vefikuluçay & Terzioğlu, 2011; Bongaarts, 2006). Doğuştan beklenen yaşam süresinin artmasına bağlı olarak hemşireler daha fazla yaşlı grubu hastayla karşılaşabilmektedir. Yaşlı nüfusun çoğunluğunun yaşamını

devam ettirebilmesi için fiziksel veya psikolojik yönden daha fazla yardıma gereksinimi olması hemşirelerin bu grupla çalışmalarını etkileyebilmektedir. Yaşlanmanın beraberinde getirdiği değişimler hemşirelerin yaşlıya bakımını zorlaştırmakta, iş yükünü de artırdığı için bu grupla çalışma isteğini de etkilemektedir (Adıbelli, Türkoğlu & Kılıç, 2013). Türkmen, Bayraktar & Arslan (2017)'nin sağlık yüksek okulu öğrencileri ile yaptığı çalışmada; öğrencilerin sırası ile iletişim kurmayan, tedaviyi reddeden ve işbirliği yapmayan, anksiyete, stres, ajitasyon ve saldırganlık gibi duygusal sorunlar yaşayan hastalara bakım verirken zorlandıklarını ifade ettikleri saptanmıştır. Toplumsal kültürün yaşlıya saygı ve bakımda beklenen hizmetin daha fazla olması zorunluluğu yaklaşımı da sağlık personelinin bu alanda çalışma isteksizliğini yaratmaktadır (Adıbelli vd., 2013). Bağımlılığı daha fazla olan bu grupla çalışan, çalışma alanında yeterli sayıda sağlık çalışanlarının olmaması ve bu grupla çalışmada ki isteksizlik yaşlılara sunulan hizmetin etkinliğini ve kalitesini azaltabilmektedir. Yaşlı bireyler için bakım kalitesinin geliştirilebilmesi yaşlılarla çalışan hemşirelerin olumlu tutum geliştirmesine bağlıdır. Bu doğrultudan yola çıkılarak çalışma hemşirelerin yaşlılık ve yaşlı bakıma ilişkin görüşleri ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı türde yapılmıştır.

2. Gereç ve Yöntemler

2.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Trabzon ilinde ikinci basamak sağlık hizmeti veren bir devlet hastanesinde çalışan 227 hemşire oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçimine gidilmeyip tüm hemşirelere ulaşmak hedeflenmiştir. Araştırma çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden 196 hemşire ile tamamlanmıştır.

2.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Eylül 2018 – Kasım 2018 tarihleri arasında bir Trabzon il merkezindeki bir Devlet Hastanesi'nde çalışan, çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler ile yapılmıştır.

2.4. Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacı tarafından literatür ve gözlemlere dayanılarak geliştirilen hemşirelerin demografik özelliklerini ve yaşlılara ilişkin düşüncelerini belirleyen "Kişisel Bilgi Toplama Formu" ve "Yaşlılara Yönelik Tutum Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır.

2.4.1. Kişisel Bilgi Formu; Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatürden yararlanılarak hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, toplam 45 sorudan oluşmaktadır. İlk 8 soru yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu vb. tanıtıcı bilgiler; 37 soru ise yaşlı bakıma ilişkin görüş ve tutumlarını ifade eden yaşlıların bulunduğu bölümde sürekli çalışmak isteme durumları, daha fazla ücret verilerek yaşlı ile çalışma durumları, tedavi uygulama sırasında karşılaştıkları güçlükler, yaşlılık kavramının (sevgi, bilgelik, yoksulluk, çirkinlik vb.) kendileri için ne ifade ettiği, yaşlılıkla ilgili atasözü vb. sorular yer almaktadır.

2.4.2. Yaşlılara Yönelik Tutum Ölçeği; Nathan Kogan tarafından 1961 yılında geliştirilen Kogan Yaşlılara Yönelik Tutum Ölçeği'nin (Kogan Attitudes Toward Old People Scale "KOPS"), ülkemizdeki geçerliliği Duyan ve Gelbal (2013) tarafından yapılmış olup, bireylerin yaşlılara

karşı tutumlarını ölçmek amacıyla oluşturulan tıbbi terimleri içermeyen sosyal içerikli bir ölçektir. Türkçeye uyarlandığı haliyle bu araştırmada kullanılan ölçek, "kesinlikle katılmıyorum" ve "kesinlikle katılıyorum" aralığında yapılandırılmış 6'lı likert tip bir ölçek olup 17 olumlu ve 17 olumsuz olmak üzere toplamda 34 maddeden oluşmaktadır. Tek numaralı sorular negatif ifade, çift numaralı sorular ise pozitif ifade içermektedir. Ölçeğin yapısı nedeniyle negatif ifadeler sağdan sola 6- 5- 4- 3- 2- 1, pozitif ifadeler ise; soldan sağa 1- 2- 3- 4- 5- 6 şeklinde puanlanmaktadır. Tüm maddelerden elde edilen puanlar toplanarak, toplam puana ulaşılmaktadır. Olumsuz tutumları gösteren ifadelerin puanlaması tersten hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 34-204'dir. Ölçekten yüksek puan alınması yaşlıya yönelik pozitif tutumu, düşük puan alınması ise, yaşlıya yönelik negatif tutumu göstermektedir. Ölçekten alınan puanın 102 olması ise, yaşlıya yönelik nötr tutum sergilendiğini göstermektedir. Duyan ve Gelbal (2013)'in Türkçeye uyarlama çalışmasında yapılan güvenilirlik testinde olumlu tutumlara ilişkin cronbach alpha katsayısı 0.789, olumsuz tutumlara ilişkin cronbach alpha katsayısı 0.794 ve ölçeğin genel güvenilirlik katsayısı ise 0.840 olarak saptanmıştır. Bu araştırmada cronbach alpha katsayısı ise 0.75 olarak bulunmuştur.

2.5. Verilerin Toplanması

Araştırma kapsamına alınan hemşirelere, araştırmayla ilgili açıklayıcı bilgi verilerek "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" dolduruldu. Daha sonra hemşirelere "Kişisel Bilgi Formu" ve "Yaşlılara Yönelik Tutum Ölçeği" araştırmacı tarafından elden dağıtıldı. Klinikler düzenli aralıklarla ziyaret edilerek doldurulan form ve ölçekler araştırmacı tarafından toplandı.

2.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler sürekli sayısal değişkenler ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler ise sayı (n) ve yüzde (%) olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin Yaşlılara Yönelik Tutum Ölçeği puanlarının normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için One-Sample Kolmogorov Smirnov testi yapıldı. Normal dağılım gösteren iki gruplu karşılaştırmalarda t testi, normal dağılım göstermeyen iki gruplu karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi kullanıldı. Üç ve üzeri gruplu normal dağılım gösteren grupların karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi uygulandı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi. İstatistiksel analizler IBM SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows) paket programı (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) 3.0 sürümü ile yapılmıştır.

2.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için yazılı izin Trabzon İl Sağlık Müdürlüğünden (13.09.2018 tarih/14636556-604 sayı), etik kurul onayı ise Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (protokol no: 2018/292) alınmıştır. Araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere görüşme öncesi araştırmanın amacı ve önemi, görüşme için harcayacağı süre konusunda açıklama yapılmış ve onamları alınmıştır. Bu çalışma Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun olarak yapılmıştır.

2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada toplanan veri ve ulaşılan sonuçlar çalışmanın gerçekleştirildiği hastane ile sınırlıdır, bu nedenle elde edilen sonuçlar bu hastaneye genellenebilir.

3. Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerinin %54.6'sının 36-54 yaş aralığında, %73.5'inin kadın ve %70.4'ünün evli olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %49.5'i lisans ve lisansüstü mezunu olup %88.8'i ilde yaşamakta olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %57.1'i serviste çalıştığı, %48.5'inin çalışma yılının 2 ay-11 yıl olduğu saptandı. Hemşirelerin %15.3'ü eğitim öğretim yıllarında gerontoloji hemşireliği dersi almışlardır (Tablo 1).

Hemşirelerin %62.2'si yaşamının herhangi bir döneminde yaşlılarla aynı evde yaşadıklarını ifade etti. Yaşlılarla aynı evde yaşayan hemşirelerin %27'si 2-15 yıl önce birlikte yaşadıklarını, %28.6'sının babaanne, dede ile ve bunların %29.1'inin 2 ay-20 yıl süre ile birlikte yaşadıkları belirlenmiştir. Hemşirelere, yaşlıların aileleri ile birlikte ömürlerinin sonuna kadar yaşamasını isteme durumuna %74.5'i evet cevabını vermişlerdir. Yaşlılar ile birlikte yaşamayı kabul eden hemşirelerin %36.7'si kültür, %24'ü aileye bağlı oldukları için, %13.8'i sevgiden dolayı birlikte yaşamak istediklerini belirtmişlerdir. Yaşlılar ile birlikte yaşamayı istemeyen hemşirelerin %20.9'u çekirdek aile düşüncesinden dolayı, %4.6'sı yaşlıların huzurevinde kalmalarını düşündükleri için yaşamak istemediklerini belirtmişlerdir. Hemşirelere aynı evde hangi cinsiyetteki yaşlı ile yaşanması daha kolay olur sorusuna %74'i kadın, %26'sı erkek yaşlı yaşamalarının daha kolay olduğunu belirtmiştir. Kadın yaşlı ile yaşamanın daha kolay olduğunu ifade edenlerin %59.22'si hemcinsleri olduğu için bakımı ile daha rahat ilgilenebildiklerini, %14.8'i kadın yaşlının kendi bakımına katıldığı için yaşamanın kolay olduğunu ifade etmişlerdir. Erkek yaşlı ile yaşamayı tercih edenlerin %15.3'ü erkeklerin bakıma daha çok ihtiyaç olduğunu, %10.7'si daha az konuşup, daha çok anlayışlı oldukları için erkek yaşlı ile yaşamanın daha kolay olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelerin %58.7'si bakıma muhtaç olan yaşlıyı hastaneye/bakımevine yatırmayı düşünmekte, %43.3'ü bakımevini düşünmemektedir. Hastaneye/bakımevine yatırmayı düşünmeyen hemşirelerin %27'si aile bağları nedeniyle kendisinin daha iyi bakacağını, %10.22'si para ile bakıcıya baktıracağını, %4.1'i kurumların yetersiz bakım verdiğini ifade etmişlerdir.

Hemşirelerinin %23'ü yaşlıların bulunduğu klinikte sürekli çalışmayı isterken %77'si yaşlılarla çalışmayı istemediği tespit edilmiştir. Yaşlılarla çalışmayı isteyen hemşirelerinin %12.8'inin yaşlıları mutlu etmek istediği için, %10.2'sinin hasta ayırımı yapmadığını her yerde çalışabileceklerini belirtirken yaşlılarla çalışmak istemeyen hemşirelerin de %52.6'sının bedensel ve zihinsel olarak yorulduğu, %13.3'ünün yaşlıların bulunduğu durumdan etkilendiklerini ve %11.2'sinin yaşlılarla iletişim güçlüğü yaşadıkları için çalışmak istemediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 2).

Hemşireler yaşlılık dönemindeki evlilikleri uygun bulma durumuna %61.7'si evet, %38.3'ü hayır cevabını vermişlerdir. Yaşlıların evliliklerini uygun bulan hemşirelerin %56.1'i yalnız oldukları ve %5.6'sı özellikle erkek yaşlıların evlenmesi gerektiğini söylemişlerdir. Yaşlıların evlenmesini uygun bulmayan hemşirelerin %20.9'u evlilik zamanlarının geçtiğini ve %17.3'ü iki kişinin bakımlarını yapamayacakları için yaşlıların evlenmemesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %79.6'sı yaşlı hastalarla çalışmanın diğer hastalara göre daha zor olduğunu ve %20.4'ü farklı bir zorluğun olmadığını belirtmişlerdir. Hemşirelerin %51.5'i yaşlılarla iletişim kurarken, %19.4'ü fiziksel nedenlerden dolayı, %8.7'si tedavi yaparken problem yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin %8.7'si iletişimimizin iyi olduğu zaman yaşlılarla çalışmanın sorun olmayacağını, %8.2'si yaşlıların daha anlayışlı saygılı olduğunu, %3.6'sı bütün hastaların bir zorluğu olduğunu yaşlılarla sınırlandıramayacağımızı ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %45.4'ü daha fazla ücret verildiğinde yaşlı hastalarla çalışmayı kabul edebileceklerini belirtmişlerdir. Hemşirelerin %77.6'sı yaşlı hastalarına refakatçi olmadan hizmet verdiklerini, %56.1'i servislerinin yaşlı bakım için yeterli imkâna (yer/teknoloji/malzeme) sahip olduğunu, %55.1'i

çalıştığı ortamda kendisinin ve hemşirelerin tam anlamıyla yaşlı bakımını yaptıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelere nasıl yaşlanmak ve yaşlılık dönemi geçirmek istersiniz sorusuna, %48'i ailesi ile birlikte yaşlanmak istediklerini, %39.3'ü sağlıklı, mutlu, huzurlu olarak yaşlanmak istediklerini ve %12.8'i yaşlanmayı istemediklerini, yaşlanmadan ölmek istediklerini belirtmişlerdir. Hemşirelere yaşlılıkla ilgili bir atasözü söyleyebilir misiniz diye sorduğumuzda, %19.4'ü yaş, %21.4'ü saygı, %26.5 bilgelik, tecrübe, %32.7'si ölümü ifade eden atasözlerini ifade etmişlerdir.

Hemşirelere yaşlı hastalara yönelik davranışları etkileyen etmenler sorulduğunda %86.2'si iş yorgunluğunun, %76.5'i personel yetersizliğinin, %65.3'ü iş stresinin, %63.3'ü uygun olmayan çalışma koşullarının yaşlılara yönelik davranışlarını etkilediğini ifade etmişlerdir (Tablo 3).

Hemşirelere "Yaşlılık" kavramının çağrışım yaptığı ifadeler sorulduğunda %73.5'i şevkat, %70.4'ü güçsüzlük, %67.3'ü hastalık, %66.3'ü yalnızlık, %45,9'u bağıllık, %44.4'ü çaresizlik ve %41.3'ü zihinsel azalmayı çağrıştırdığını ifade etmişlerdir (Tablo 4).

Hemşirelerin yaşlılara yönelik tutum ölçeğinden aldıkları en yüksek puan 182, en düşük puan 60, toplam ölçek puan ortalaması 107.21 ± 16.23 'tür. Hemşirelerin yaşlarına göre yaşlılara karşı tutumu incelendiğinde; 18-35 yaşındaki hemşirelerin yaşlılara karşı tutum puan ortalaması (88.40 ± 15.79) 36-54 yaş aralığındaki hemşirelere göre yüksek olduğu bulunup; gruplar arasında istatistiksel olarak fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Hemşirelerin eğitim düzeyine göre yaşlılara karşı tutumu incelendiğinde; lisans ve lisansüstü eğitim almış hemşirelerin yaşlılara karşı tutum puan ortalaması (89.02 ± 18.55) diğer eğitim düzeyindeki hemşirelere göre yüksek olduğu bulunup; gruplar arasında istatistiksel olarak fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Hemşirelerin çalışma yılına göre yaşlılara karşı tutumu incelendiğinde; çalışma yılı 2 ay-11 yıl arasında olan hemşirelerin yaşlılara karşı tutum puan ortalaması (87.72 ± 16.53) diğer çalışma yıllarına göre yüksek olduğu bulunup; gruplar arasında istatistiksel olarak fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Hemşirelerin yaşamının herhangi bir döneminde aile içinde yaşlı ile aynı evde yaşama durumuna göre yaşlılara karşı tutumu incelendiğinde; yaşamının herhangi bir döneminde aile içinde yaşlı ile birlikte yaşayan hemşirelerin yaşlılara karşı tutum puan ortalaması (87.21 ± 19.02) yaşamının herhangi bir döneminde aile içinde yaşlı ile birlikte yaşamayan hemşirelere göre yüksek olduğu bulunup; gruplar arasında istatistiksel olarak fark saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 5).

Hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, çalıştığı klinik ve uzun süre yaşanılan yer yaşlıya yönelik tutumu etkilemediği bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 5).

4. Tartışma

Bu çalışma hastanede çalışan hemşirelerin yaşlılara yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmış olup araştırmanın sonuçları yaşlılara yönelik davranış ölçeğinden aldıkları puan ortalamasına göre hemşirelerin yaşlılara yönelik olumlu tutuma sahip olduklarını göstermiştir. Koç, Öztaş, Uysal, Demircan, Erdem & Sarı (2018) tarafından yapılan araştırmaya göre hemşirelerin yaşlılara yönelik olumlu tutuma sahip oldukları saptanmıştır. Global yaşlanma doğrultusunda Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşlılar kırılgan grup olarak belirlenmiştir (WHO, 2012) ve bütün dünya ülkeleri yaşlı ve yaşlılığa yönelik sağlıkta iyileştirme politikalarına özellikle bakım ve sağlık personellerini de içeren yönetmelikler eklemişlerdir (WHO, 2015). Bu yaklaşım ülkemizde de aynı doğrultuda ilerlemiş ve sağlık personelleri ile ilgili çalışmalar da hız kazanmıştır.

Bu araştırmada, hemşirelerin yaşları ilerledikçe yaşlıya yönelik tutum puan ortalamalarının azaldığı belirlenmiş ve yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Soyuer, Ünalın, Güleser & Elmalı (2010)'nin çalışmasında yaş ilerledikçe yaşlıya yönelik olumlu tutumların anlamlı olarak yükseldiğini ifade ederken, Adıbelli ve diğerleri (2013)'nin yaptığı bir başka çalışmada ise yaş arttıkça yaşlılara yönelik olumlu tutumun düştüğünü belirtmiştir.

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre kadın hemşirelerin yaşlılara yönelik tutum puan ortalamalarının erkek hemşirelere göre yüksek olduğu belirlenmiş olmakla beraber gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Geriatri Merkezinde çalışan, 49 sağlık ve idari personel üzerinde yapılan araştırmada; Kadın çalışanların yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık puan ortalamaları erkek çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Ünalın vd., 2012). Toplumumuzda çoğunlukla kadınların ailede bakım verici ve annelik rolü üstlenmesi nedeniyle bakım verdikleri yaşlılara daha olumlu tutumlara sahip olması nedeni olabilir.

Çalışmamızda, bekâr hemşirelerin evli hemşirelere göre yaşlılara yönelik tutum puan ortalamaları biraz daha fazla olmasına rağmen, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı görüldü. Koç ve diğerleri (2018)'nin yapmış olduğu çalışmalarında bekâr olanların yaşlılara karşı tutum ölçeği puan ortalamalarının evli olanlara göre daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Pehlivan & Vatansever (2019)'in yapmış olduğu çalışmada da medeni durumun hemşirelerin yaşlıya yönelik tutumlarını etkilediğini belirlemişlerdir.

Lisans ve lisansüstü mezunu çalışanların yaşlılara yönelik tutum puan ortalamaları lise ve ön lisans mezunu çalışanlara göre yüksek olduğu belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Gallagher ve diğerleri (2006)'nin yapmış oldukları çalışmada yüksek düzeyde eğitimin yaşlıya yönelik tutumu olumlu yönde etkilediğini bildirmektedir. Eğitim seviyesi arttıkça kişinin kendi işi ile ilgili özel eğitim almış olması, profesyonel yaklaşımının artması, hasta ayrımı yapmamasına ve yaşlılara yönelik olumlu tutum sergilemesine neden olmaktadır.

Çalışmamızda hemşirelerin çalışma süresi ile yaşlılara yönelik tutum ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Çalışma süresi daha az olanların yaşlılara daha fazla olumlu tutum sergiledikleri görülmüştür. Ünalın ve diğerleri (2012)'nin geriatri merkezinde çalışanların çalışma ve meslekte çalışma süresi ile yaşlılara karşı tutum ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir. Bu çalışmanın hemşirelerin hastanelerin farklı bölümlerde çalışmasının bu istatistiksel anlamlılığı oluşturduğu sonucu çıkarılabilir.

Çalışmamızda hemşirelerin büyük çoğunluğu yaşlılarla çalışmayı istemediklerini ifade etmişlerdir. Bir eğitim ve araştırma hastanesi bünyesinde farklı sağlık alanlarında öğrenim gören son sınıf öğrencilerle yapılan çalışmada, öğrencilerin yaşlıya yönelik tutumlarının olumsuz olduğunu ve mezun olduklarında geriatri alanında çalışmak istemediklerini ifade ettikleri bildirilmiştir (Köse, Ayhan, Taştan, İyigün, Hatipoğlu, & Açık, 2015). Higgins, Riet, Slater & Peek (2007)'in hemşirelerin gençlerle çalışmayı yaşlılarla çalışmaya tercih ettiklerini saptamışlardır. Yaşlıya yönelik olumlu ya da olumsuz tutumların oluşmasında geleneksel değerlerimiz, toplumsal ve sosyal etkileşimlerimiz etkili olabilmektedir. Bizim çalışmamızda; hemşirelerin, yaşlılara yönelik olumlu tutuma sahip olmalarının nedeni çoğunluğunun yaşamının herhangi bir döneminde aile içinde yaşlı ile birlikte yaşamış olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Nitekim çalışmamızda yaşamının herhangi bir döneminde aile içinde yaşlı ile birlikte yaşama durumu ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Shannon, Voogt, Mickus, Santiago, & Herman

(2008)'in yaptıkları çalışmada büyükanne ve/veya büyükbabası ile yakın iletişimde bulunanların yaşlılara yönelik tutumlarının olumlu olduğu belirtilmektedir. Gallagher ve diğerleri (2006)'nin çalışmalarında, yaşlılarla uzun süre birlikte olan hemşirelerin yaşlılara ilişkin olumlu duygulara sahip olduğunu bildirmişlerdir. Kızılcı, Küçükgüçlü, Mert & Söylemez (2013)'in çalışmasında da yaşlı ile aynı evde yaşayanların yaşlılara karşı tutumlarının daha olumlu olduğu belirtilmiştir. Aile ortamında yaşayan yaşlının isteklerini, beklentilerini, ihtiyaçlarını gözlemek, bu konuda bilgili ve tecrübe sahibi olmamızı ve iş yaşamımızda da bu bilinçle hareket etmemizi ve empati kurmamızı sağlayabilmektedir.

Yaşlılara yönelik tutumu olumlu ya da olumsuz yönde belirleyen bir diğer faktör ise personele sunulan çalışma ortamı şartları ve bunların personel tarafından algılanışdır (Vefikuluçay vd., 2011; Akdemir vd., 2012). Çalışmamızda hemşirelere yaşlı hastalara yönelik davranışları etkileyen etmenler sorulduğunda çoğunluğunun iş yorgunluğunun, personel yetersizliğinin, iş stresinin ve uygun olmayan çalışma koşullarının yaşlılara yönelik davranışlarını etkilediğini ifade etmişlerdir Adıbelli & Kılıç (2013)'in yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin hastanelerde fiziksel koşulların ve teknik donanımın yetersizliğinden dolayı zorluk yaşadığını bulmuşlardır.

İnsanlar yaşlandıkları zaman yaşlanmaya bağlı olarak özgürlüklerinin kısıtlanacağı ve pek çok zorluk yaşayacakları düşüncesindedir. Bu durum insanların yaşlanmaya karşı önyargı geliştirmelerine, yaşlılara karşı olumsuz tutum beslemelerine neden olmaktadır (Duyan & Gelbal, 2013). Bizim çalışmamızda da hemşirelerin %13.3'ünün yaşlıların bulunduğu durumdan etkilendiklerini ve geleceği önceden görmek istemedikleri için yaşlılarla çalışmak istemediklerini ifade etmişlerdir. Higgins ve diğerleri (2007)'nin çalışmasında hemşirelerin, yaşlıların yaşadığı sağlık sorunlarını normal karşıladıkları, yaşlı hastalar yerine genç hastalarla çalışmayı istedikleri ve yaşlı hastaları "zaman kaybı" olarak gördükleri belirtilmiştir. Sağlık Yüksekokulu hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmada, öğrencilerin yaşlılarla iletişim kurmanın zor olması nedeniyle onların bulunduğu bölümlerde çalışmak istemediklerini belirtmişlerdir (Yılmaz & Özkan, 2010).

Hemşirelerin, %74.5'i yaşlıların aileleri ile birlikte ömürlerinin sonuna kadar yaşaması gerektiğini düşünürken, %48.0'ı ailesi ile birlikte yaşlanmak ve yaşlılık dönemi geçirmek istediklerini belirtmişlerdir. Bu tutumu etkileyen faktörler bireyin geçmişteki yaşantısı, eğitim durumu ve kültüründe bulunan yaşlılığa ilişkin tutumlarıdır (Öz, 2002). Çalışmamızdaki hemşirelerin dini nedenler, kuşaklar arası iletişim, kültür, yaşlıya saygı gösterme ve aile bağlarına önem verdiklerinden dolayı yaşlıların aileleri ile birlikte yaşaması gerektiğini ve yaşlandıklarında da aileleri ile birlikte yaşamak istediklerini belirtmişlerdir.

Toplumumuz da "gerontofobi" denilen yaşlanma ve yaşlılıktan korkma durumu görülebilmektedir. Bu durum bireyin kendi yaşlanma sürecini kabullenmesini zorlaştırdığı gibi, toplum içinde de yaşlı bireyleri kabullenmeyi de güçleştirir (Hablemitoğlu & Özmete, 2010:150). Bu araştırmada hemşirelere nasıl yaşlanmak istedikleri sorulduğunda %12.8'i yaşlanmayı istemediklerini ve yaşlanmadan ölmek istediklerini belirttiklerini belirtmiştir. Bu hemşirelerin gerontofobisinin olduğunu düşündürmektedir.

Hemşirelere yaşlılık kavramının çağrışım yaptığı ifadeler sorulduğunda %73.5'i şevkat, %45.9'u bağlılık, %38.8'i bilgelik, %11.7'si mutluluk gibi olumlu ifadeleri seçerken, %70.4'ü güçsüzlük, %67.3'ü hastalık, %66.3'ü yalnızlık, %44.4'ü çaresizlik, %41.3'ü zihinsel azalmayı çağrıştırdığı gibi olumsuz ifadeleri seçmişlerdir. Ankara Altındağ ilçesinde yapılan bir çalışmada erkeklerin % 20'sinin ve kadınların %13'ünün yaşlılığı iyi bir şey, saygı görmek olarak algıladıkları bildirilmiştir (Bilir vd., 2002). Hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmada yaşlılığa karşı sevgi, şefkat, güven, anlayış, minnet gibi olumlu ifadeler öne çıkarken; olumsuz

olarak mızımız ve tuhaf davranışlı ifadeleri yer almıştır (Kotzabassaki, Vardaki, Andrea, & Parissopoulos, 2002). Yaşlılıkla ilgili toplumsal kalıplaşmış yargılara göre yaşlı üretemeyen, sağlık sorunlarıyla meşgul olan, diğer kişilere bağımlı, bakıma muhtaç, yürüme güçlüğü çeken, değişime kapalı, unutkan, mutsuz, yalnız ve sosyal ilişkileri zayıflamış bir bireydir (Durak, 2012). Yaşlıların olumsuz yönleri ele alınmakta, deneyim ve bilgelik gibi olumlu yönleri göz ardı edilmektedir.

Yaşlanmayla beraber ortaya çıkan fiziksel ve zihinsel gerileme organizmanın verimliliğini ve kişinin çevreye uyum sağlayabilme yeteneğinin gittikçe azaltmaktadır (Yarış, Çan, Topbaş & Kapucu, 2001). Ayrıca yaşlı bireylerin sosyal desteğinin sınırlı olması ve çevresindeki psikososyal değişiklikler iletişimde sorunlara neden olmaktadır (Üstün, Akgün & Partlak, 2005). Hemşirelerin %79.6'sı yaşlı hastalarla çalışmanın diğer hastalara göre daha zor olduğunu, %51.5'i yaşlılarla iletişim kurarken, %19.4'ü fiziksel nedenlerden dolayı, %8.7'si tedavi yaparken problem yaşadıklarını belirtmişlerdir. Aşiret, Kaymaz, Canbolat & Kapucu (2015)'nin yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin yaşlı hastaların çok yavaş olması nedeniyle yaşlılara hizmet verirken çok zaman harcadıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca çalışmamızda hemşirelerin %3.6'sı bütün hastaların bir zorluğu olduğunu yaşlılarla sınırlandırılmayacağını, hasta ayırımı yapmadıklarını belirtmişlerdir. Yaşlılara karşı daha açıklayıcı bilgi verdikleri, empati yapıp aynı duruma düşme ihtimalleri olduğu için daha iyi davrandıkları ve sabırlı oldukları belirlenmiştir. Çalışmamızda hemşirelerin yaşlılara bilgileri daha basitleştirerek açıklamayı tercih ettikleri belirlenmiştir.

Hemşirelerin %61.7'si yaşlıların evliliklerini uygun bulmaktadırlar. Yaşlıların evliliklerini uygun bulan hemşirelerin hayatın yalnız geçemeyeceğini ve herkesin bir kişiye ihtiyacı olduğunu, özellikle erkeklerin evlenmesi gerektiğini belirttiler. Cinsel sağlık yaşam kalitesini etkileyen, benlik saygısını arttıran önemli bir faktördür. Her iki cinsiyet içinde cinsellik, normal sağlıklı şartlarda nitelik ve nicelik olarak azalsa bile 80'li yaşlara kadar devam edebilir (Özerdoğan, Sayiner, Koşgeroğlu & Ünsal, 2009). Cinsellik yaşlılık döneminde sadece fizyolojik nedenlerle değil, psikolojik veya sosyolojik nedenlerle de baskılanabilmekte ve bu durum yaşam kalitesinin azalmasına neden olabilmektedir. Çalışmamıza katılan hemşirelerin yaşlılıktaki cinselliğe bakışı ve tutumunun olumlu olması, yaşlı bireylerin tedavi bakım sürecindeki zorlukların üstesinden gelmesine de etkili olacaktır.

Bu çalışmada toplumumuzdaki yaşlılık algısı atasözleri aracılığıyla dolaylı olarak incelenmiş ve yaşlılık algısının olumlu yönde olduğu bulunmuştur. Hemşirelere yaşlılıkla ilgili bir atasözü söyleyebilir misiniz diye sorduğumuzda, %19.4'ü yaşlanmanın iyi olduğunu ifade eden, %21.4'ü yaşlılara karşı saygı göstermemiz gerektiğini belirten, %26.5 yaşlılıkla birlikte bilgi ve tecrübenin arttığını, %32.7'si ölüm kavramını içeren atasözleri yazmışlardır.

5. Sonuç

Çalışmamızda; hemşirelerin yaşlılara yönelik olumlu tutuma sahip oldukları saptanmıştır. Yaşamının herhangi bir döneminde aile içinde yaşlı ile birlikte yaşayan hemşirelerin yaşlıya yönelik tutumları daha olumlu bulunmuştur. Bireylerin çocukluktan itibaren aile üyesi yaşlılarla veya aile dışı yaşlılarla vakit geçirmesi sonucu oluşan iletişim ortamı hem yaşlı için hem de çocuk için olumlu kalıcı davranışlar gelişmesini etkilemiştir. Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda, yaşlının hastanede yattığı süre içerisinde tedaviye uyum sağlaması, hastalıklarla baş etmesi ve yaşam kalitesinin artırılabilmesi için daha fazla sağlık personellerine ihtiyaç olduğu gerçeği doğrultusunda bu kırılğan gruba yönelik farkındalık programlarının hastaneler bazında da artırılmasıyla hemşire grubunun davranışlarına da olumlu katkılar sağlayabileceğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar

- Adıbelli, D., Kılıç, D. (2013). Difficulties experienced by nurses in older patient care and their attitudes toward the older patients. *Nurse Educ Today*, 33(9): 1074-8. doi: 10.1016/j.nedt.2012.04.002.
- Adıbelli, D., Türkoğlu, N. & Kılıç, D. (2013). Öğrenci hemşirelerin yaşlılığa ilişkin görüşleri ve yaşlılara karşı tutumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6(1): 2-8.
- Akdemir, N., Kapucu, S., Özdemir, L., Akkuş, Y., Alparslan, G.B. & Akyar, İ. (2012). Türkiye'deki huzurevi ve yaşlı bakım rehabilitasyon merkezlerinin profil çalışması. *Akad Geriatri*, 4(1): 37-45.
- Aşiret, G.D., Kaymaz, T.T., Canbolat, Ö. & Kapucu, S. (2015). Hemşirelerin yaşlıya ilişkin tutumları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 17(1): 10-20.
- Bilir, N., Aslan, D., Güngör, N., Ağaç, M., Sıddıqı, Z.U.F., Ülger, Z. & Yılmaz, Ö. (2002). Ankara'da Altındağ Sağlık Ocağı Bölgesi'ne bağlı Sakarya Mahallesi'nde yaşayan 65 yaş üzeri kişilerin bazı sağlık ve sosyal durumlarının saptanması. *Geriatri*, 5(3): 97-102.
- Bongaarts, J. (2006). How long will we live? *Population and Development Review*, 32(4): 605-628. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2006.00144.x>.
- Danış, M.Z., Kara, H.Z., Çolak, F., Kırpık, S. & Ayyıldız A. (2015). Sosyal hizmet ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin yaşlılara yönelik tutumları. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(24): 539-559.
- Durak, M. (2012). Yetişkinlik ve Yaşlılık Gelişim ve Psikolojisi, Bacanlı, H. & Işık Terzi, Ş. (ed). İstanbul: Açılım Kitap.
- Duyan, V., Gelbal, S. (2013). Yaşlılara yönelik tutum ölçeği'nin bir grup üniversite öğrencisi üzerinde Türkçe'ye uyarlama çalışması. *Turkish Journal of Geriatrics*, 16 (2): 202-209.
- Doherty, M., Mitchell, E.A. & O'Neill, S. (2011). Attitudes of health care workers towards older people in a rural population: A survey using the Kogan Scale. *Nursing Research and Practice*, Article ID 352627: 1-7.
- Erden, İ.A., Kara, D., Ayhan, B. & Uzun, Ş. (2012). Geriatrik hasta ve yoğun bakım. *Akad Geriatri*, 4:115-119.
- Gallagher, S., Bennett, K.M. & Halford, J.C. (2006). A comparison of acute and longterm health-care personnel's attitudes towards older adults. *International Journal of Nursing Practice*, 12(5): 273-279. doi: 10.1111/j.1440-172X.2006.00582. x.
- Göçer, Ş. (2012). Hacılar ilçe merkezinde yaşlılarla yaşayan bireylerin yaşlılık ve yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
- Hablemitoğlu, Ş., Özmete, E. (2010). Yaşlı Refahı: Yaşlılar için Sosyal Hizmet. Ankara: Kilit Yayınları.

- Higgins, I., Riet D.V.P., Slater, L. & Peek, C. (2007). The negative attitudes of nurses towards older patients in the acute hospital setting: A qualitative descriptive study. *Contemporary Nurse*, 26(2): 225-237. doi: 10.5555/conu.2007.26.2.225.
- Kagan, S., Melendez-Torres, G.J. (2015). Ageism in nursing. *Journal of Nursing Management*, 23:644– 50.
- Kang, Y., Moyle, W. & Venturato, L. (2011). Korean nurses' attitudes towards older people with dementia in acute care setting. *International Journal of Older People Nursing*, 6(2): 143-52. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00254.x.
- Kızılcı, S., Küçükgüçlü, Ö., Mert, H. & Söylemez, B.A. (2013). Examination of nursing students' attitudes towards older people in Turkey. *Health Medicine*, 7(2): 544-552.
- Koç, A., Öztaş, D., Uysal, N., Demircan, Z., Erdem, Ö. & Sarı, E. (2018). Klinik hemşirelerinin yaşlılara ilişkin düşünce ve tutumları. *Ankara Med J*, 18(4): 500-7. doi: 10.17098/amj.498024.
- Kotzabassaki, S., Vardaki, Z., Andrea, S. & Parissopoulos, S. (2002). Student nurses' attitudes towards the care of elderly persons: A pilot study. *ICUS Nurs Web J*, 12(4): 1-9.
- Köse, G., Ayhan, H., Taştan, S., İyigün, E., Hatipoğlu, S. & Açikel C.H. (2015). Sağlık alanında farklı bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 57: 145-151. doi:10.5455/gulhane.152591.
- Macnicol, J. (2006). Age discrimination: an historical and contemporary analysis. Cambridge University Press, 3-48. http://assets.cambridge.org/97805218/47773/frontmatter/9780521847773_frontmatter.pdf.
- Öz, F. (2002). Yaşamın son evresi: yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme. *Kriz Dergisi*, 10(2): 17-28.
- Özerdoğan, N., Sayiner, F.D., Koşgeroğlu, N. & Ünsal, A. (2009). 40–65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalans, depresyon ve diğer ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(2): 47-59.
- Pehlivan, S., Vatansever, N. (2019). Hemşirelerin yaşlıya yönelik tutumları ve etkileyen faktörler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 45(1): 47-53.
- Shannon, J., Voogt, B.A., Mickus, M., Santiago, O. & Herman, S.E. (2008). Attitudes, experiences, and interest in geriatrics of first-year allopathic and osteopathic medical students. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56: 339-344. Doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01541.x.
- Soyuer, F., Ünalın, D., Güleser, N. & Elmalı, F. (2010). Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları ve bu tutumların bazı demografik değişkenlerle ilişkisi. *Mersin Üniv Sağlık Bilim Dergisi*, 3(2): 20-25.
- Türkmen, S., Bayraktar, T. & Arslan, G. (2017). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin bakım vermekte zorlanılan hasta algısı ve iletişim becerilerinin belirlenmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1): 27-38.

- Ünalın, D., Soyuer, F. & Elmalı, F. (2012). Evaluation of the attitudes of the geriatric care center workers towards elderly patients. *Kafkas J Med Sci*, 2(3): 115-120. doi: 10.5505/kjms.2012.15870.
- Üstün, B., Akgün, E. & Partlak, N. (2005). Hemşirelikte iletişim becerileri eğitimi. İzmir: Okullar Yayınevi, Matbaacılık ve Elektronik San. Tic. Ltd. Şti.
- Vefikuluçay, D. (2008). Üniversitede öğrenim gören öğrencilerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları, Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Vefikuluçay, D., Terzioğlu, F. (2011). Development and psychometric evaluation of ageism attitude scale among the university students. *Turkish Journal of Geriatrics*, 14(3): 259-268. <https://www.researchgate.net/publication/288802213>.
- World Health Organization (2012). Strategy and action plan for healthy ageing in europe, 2012–2020. World Health Organization. Regional Committee for Europe Sixty-second session.
- World Health Organization (2015). World Report on Ageing and Health. World Health Organization, Luxemburg.
- Yarış, F., Çan, G., Topbaş, M. & Kapucu, M. (2001). Trabzon 2 no'lu merkez Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan yaşlıların medikososyal durumlarının değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 4(4): 159-171.
- Yılmaz, E., Özkan, S. (2010). Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(2): 36-53.
- Zehirlioğlu, L., Yönt, G.H., Bayat, E. & Günay, B. (2015). Hemşirelerin yaşlılara yönelik tutumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-dergisi*, 3(1): 10-18.

Tablo 1. Hemşirelerinin Sosyodemografik Özellikleri (n=196) *

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Yaş	18-35 yaş	89	45.4
	36-54 yaş	107	54.6
Cinsiyet	Kadın	144	73.5
	Erkek	52	26.5
Medeni Durum	Evli	138	70.4
	Bekâr	58	26.9
Eğitim Durumu	Lise	48	24.5
	Ön lisans	51	26.0
	Lisans ve lisansüstü	97	49.5
En Uzun Süre Yaşanılan Yer	İl	174	88.8
	İlçe/Köy	22	11.2
Çalıştığınız Klinik	Poliklinik	30	15.3
	Servis	112	57.1
	Özellikli Servis	54	27.6

Çalışma yılı	2ay-11 yıl	95	48.5
	12-23 yıl	62	31.6
	24-36 yıl	39	19.9
Gerontoloji hemşireliği eğitimi alma durumu	Evet	30	15.3
	Hayır	166	84.7

*n=Sayı

Tablo 2. Hemşirelerinin Yaşlıların bulunduğu Klinikte Sürekli Çalışma İsteği (n=196)*

Yaşlılarla Çalışma İsteği	n	%
Yaşlılarla Çalışmayı İsteme Durumu		
Evet	45	23.0
Hayır	151	77.0
Çalışmayı İsteme Nedeni (n=45)		
Yaşlıları mutlu etmek için	25	12.8
Hasta ayırımı yapmadığı için	20	10.2
Çalışmayı İstememe Nedeni (n=151)		
Bedensel ve zihinsel olarak yorduğu için	103	52.6
İletişim güçlüğü yaşandığı için	22	11.2
Yaşlıların buldukları durumdan etkilendikleri için	26	13.3

*n=Sayı

Tablo 3. Hemşirelerin Yaşlı Hastalara Yönelik Davranışları Etkileyen Etmenler (n=196)*

Yaşlılara Yönelik Davranışları Etkileyen Etmenler**	n	%
İş yorgunluğu	169	86.2
Personel sayısındaki yetersizlik	150	76.5
İş stresi	128	65.3
Uygun olmayan çalışma koşulları	124	63.3
Kültürel faktörler	53	27.0
Yaşlı bakımına ilişkin bilgi yetersizliği	48	24.5
Hemşirenin yaşı	47	24.0
Yaşlılıkla ilgili ön yargılar	34	17.3

*n=Sayı **Sorulara birden fazla cevap verilmiştir

Tablo 4. Hemşirelerin Yaşlılık Kavramında Çağrışım Yaptığı İfadeler (n=196)*

Yaşlılığın Yaptığı Çağrışımlar**	n	%
Şevkat	144	73.5
Güçsüzlük	138	70.4
Hastalık	132	67.3

Yalnızlık	130	66.3
Bağlılık	90	45.9
Çaresizlik	87	44.4
Zihinsel azalma	81	41.3
Bilgelik	76	38.8
Bağımlılık	72	36.7
Depresyon	49	25.0
İşe yaramazlık	42	21.4
Sefillik	26	13.3
Yoksulluk	23	11.7
İzolasyon	23	11.7
Mutluluk	22	11.2
Bağımsızlık	18	9.2
Bolluk	10	5.1
Çirkinlik	9	4.6
Politik güç	3	1.5

*n=Sayı **Sorulara birden fazla cevap verilmiştir

Tablo 5. Hemşirelerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yaşlılara Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri		n*	X±Ss*	Analizler
Yaş	18-35 yaş	89	88.40±15.79	t**=-.226 p=.026
	36-54 yaş	107	81.01±21.18	
Cinsiyet	Kadın	144	84.94±19.62	t=-.907 p=.364
	Erkek	52	82.78±18.22	
Medeni Durum	Evli	138	83.71±19.10	t=-.078 p=.281
	Bekâr	58	85.93±19.63	
Eğitim Durumu	Lise	48	83.33±18.23	F***=.073 p=.015
	Ön lisans	51	84.17±21.61	
	Lisans ve lisansüstü	97	89.02±18.55	
En Uzun Süre Yaşanılan Yer	İl	174	83.90±19.56	U****=-.788 p=.431
	İlçe/Köy	22	88.04±16.34	
Çalıştığınız Klinik	Poliklinik	30	79.06±21.61	F=.621 p=.531
	Servis	112	86.20±19.00	
	Özellikli Servis	54	83.51±18.04	
Çalışma yılı	2ay-11yıl	95	87.72±16.53	F=.078 p=.021
	12-23 yıl	62	81.00±20.08	
	24-36 yıl	39	81.56±22.51	

Yaşlı ile aynı evde yaşama durumu	Evet Hayır	122 74	87.21±19.02 83.23±17.04	t=.064 p=.032
Yaşlılara yönelik Tutum Ölçeği	En düşük puan 60	En yüksek puan 182	107.21±16.23	

*n=Sayı, \bar{x} =Ortalama, Ss=standart sapma, **t=t testi, ***F=Tek yönlü varyans analizi (Anova), ****U=Mann Whitney U testi

Beyanlar:

Çalışma 3. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı Eğitimi Kongresi, 18-19 Nisan 2019, Trabzon, sözel bildiri olarak sunulmuştur. Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Etik Açıklamalar:

Araştırmanın yürütülebilmesi için Trabzon İl Sağlık Müdürlüğünden (13.09.2018 tarih/14636556-604 sayı), etik kurul onayı ise Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (protokol no: 2018/292) alınmıştır. Araştırmaya katılımında gönüllülük esas alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere görüşme öncesi araştırmanın amacı ve önemi, görüşme için harcayacağı süre konusunda açıklama yapılmış ve onamları alınmıştır. Bu çalışma Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun olarak yapılmıştır.

Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Ameliyathaneye Hasta Transferi Konusundaki Kanıta Dayalı Bilgi Düzeyleri / Evidence Based Knowledge Levels of Nurses Working in Surgical Units On Patient Transfer of the Operating Room

Sibel KÖSTEKLİ¹, Dr. Sevim ÇELİK², Dr. Elif KARAHAN³.

1. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, sibel.alt@hotmail.com, 

2. Bartın Üniversitesi, sevimakcel@yahoo.com, 

3. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, elifim67@gmail.com. 

Gönderim Tarihi | Received: 21.06.2019, Kabul Tarihi | Accepted: 3.12.2019, Yayın Tarihi | Date of Issue: 1.04.2020, DOI: 10.25279/sak.580761.

Atıf | Reference: "KÖSTEKLİ, S.; Çelik, S.; KARAHAN, E. (2020). Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Ameliyathaneye Hasta Transferi Konusundaki Kanıta Dayalı Bilgi Düzeyleri. Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK), 5(1), s.52-64. DOI: 10.25279/sak.580761"

Öz

Amaç: Araştırma, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin ameliyathaneye hasta transferi ile ilgili kanıta dayalı uygulamalar hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı. **Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma, Mart-Nisan 2018 tarihleri arasında Batı Karadeniz Bölgesi'nde yer alan bir Araştırma ve Uygulama Merkezi ile bir devlet hastanesinin cerrahi birimlerinde çalışan 153 hemşire ile gerçekleştirildi. Veriler, kanıta dayalı rehberler doğrultusunda hazırlanan bir anket formu kullanılarak toplandı. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde; betimleyici istatistiksel testler ve Pearson Ki-Kare testi kullanıldı. **Bulgular:** Çalışmada, hemşirelerin çoğunluğu "güvenlik kemeri kullanımı" ile "ameliyathaneye teslimde verilmesi gereken bilgiler" sorularına doğru yanıt verirken, "hastanın servisten çıkarılmadan önce yapılması gerekenler", "cerrahi taraf işaretlemesinin değerlendirilmesi, kimlik tanınması, cerrahi işlem ve taraf doğrulamasının yapılma zamanına" ilişkin olarak sorulan sorulara ise hemşirelerin çoğunun yanlış yanıt verdiği tespit edildi. Bu sorulardan "kimlik tanılama, cerrahi işlem ve taraf doğrulaması işlemlerinin yapılma zamanı" ve "transfer ekibi" ile ilgili sorulara lisans düzeyinde eğitim alan hemşireler; 'cerrahi taraf işaretlemesi' ile 'güvenlik kemeri kullanımına' ilişkin sorulara ise 6 yıl ve üzeri sürede çalışan hemşireler daha yüksek oranda doğru yanıt vermişlerdir ($p < 0.05$). Araştırma, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin ameliyathaneye hasta transferi konusunda sahip oldukları bilgi düzeylerinin istendik seviyede olmadığını ve bazı değişkenlere göre verilen cevaplar karşılaştırıldığında; hemşirelerin eğitim durumu ile çalışma yılları gibi değişkenlerin bilgi durumlarını anlamlı şekilde etkilediğini gösterdi. **Sonuç ve Öneriler:** Hemşirelere ameliyathaneye hasta transferi ile ilgili güncel kılavuzlar ışığında bilgi güncellemeleri yapılmalı, hemşireler değişen bilgilerden hızlıca haberdar edilmeli, hizmet içi eğitimlerde ve lisans eğitiminde bu konuya yer verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ameliyathane, Hasta Güvenliği, Transfer, Hemşire

Abstract

Aim: The study was carried out to determine the knowledge level of nurses working in surgical units about evidence based practices related to patient transfer to the operating room.

Materials and Methods: This descriptive study were carried out in the surgical units of a state hospital with a research and application center located in the West Black Sea Region and with 153 nurses working between March and April 2018. Data were collected using a questionnaire form prepared in accordance with evidence-based guidelines. In the evaluation of the data obtained; descriptive statistical tests and Pearson Chi-square test were used. **Results:** In the study, while the majority of the nurses responded to the questions of "safety belt use" and "information that should be given to the operating room", most of the nurses asked the wrong answers to the questions of "the time before the patient should be taken out of service", "evaluation of the surgical side marking, identification of the surgical side, identification of the surgical procedure and the time of the party verification". In this questions; nurses who receive undergraduate questions "at the time of identification, surgical procedure and party verification procedures and transfer team"; the nurses who worked for 6 years or more had the correct answer to the questions about "surgical side marking" and "use of safety belt" ($p < 0.05$). **Conclusion and Suggestions:** The study revealed that the nurses working in the surgical units had not the desired level of knowledge about transferring patients to the operating room and the answers given according to some variables; showed that the variables such as educational status and working years of nurses had a significant effect on their knowledge status. According to these results; In the light of current guidelines on transferring patients to the operating room, information should be updated, nurses should be informed of the changing information quickly, and this issue should be included in in-service training and undergraduate education.

Keywords: Operating Room, Patient Safety, Transfer, Nurse

1. Giriş

Güvenli hasta transferi, hastanın, hastaneye getirilmesi sırasında, hastane içinde ve başka bir hastaneye transferi boyunca güvenli, zamanında ve eksiksiz olarak transfer sürecinin tamamlanmasıdır. Hastaların hastane içi transferi, tanı/tedavi amacıyla hastanın aynı kurum içindeki başka bölümlere, ameliyathaneye ya da yoğun bakım üniteleri gibi özel birimlere transfer edilmesi olarak tanımlanmaktadır (Whiteley, Macartney, Mark, Barratt, Binks, 2011; Guidelines for the transfer of critically ill patients, 1993). Ameliyathaneye hasta transferi de hastane içi hasta transferlerinden biri olup cerrahi girişim uygulanacak hastaların ameliyathaneye getirilmesi ve işlem bitişi sonrası ilgili servise götürülmesidir.

Transfer ile ilgili ilk kılavuzlar 1990'lı yıllarda yayımlanmıştır. Yayımlanan bu kılavuzlarda; lojistik organizasyon, personel, teçhizat ve izleme ile ilgili kurallara yer verilmiştir. Kılavuzlara göre; transfer için özel bir ekip ve ekipman gereklidir (Guidelines for the transfer of critically ill patients, 1993). Dolayısı ile hastanın transferinin güvenli bir şekilde sağlanabilmesi için anahtar sağlık bakım profesyonelleri belirlenmeli ve bu profesyonellerin, transfer ile ilgili yeterli bilgi ve deneyime sahip olduklarından emin olunmalıdır. Yeterli ekipmanın bulunması ve uygun personelin seçilmiş olması gerektiği ilk kılavuzlardan beri vurgulanmasına rağmen, yapılan çalışmalar sonucunda bu sürecin uygun bir şekilde koordine edilerek tamamlanmadığı görülmektedir (Waydhas, 1999; Van Lieshout, 2001). Yayımlanan kılavuzlara rağmen; 1999'da yayımlanan bir sistematik derlemede, nakillerin %70'inde olumsuz olayların meydana geldiği bildirilmiştir. Vakaların %12'sinde uzun süreli solunum fonksiyonlarında bozulma gözlenmiştir. Tüm vakaların üçte birinde ise ekipmana bağlı sorunlar meydana gelmiştir (Waydhas, 1999). Daha sonraları 2000' li yılların başında yayımlanan kılavuzlarda da; ortaya çıkan problemlerin birçoğunun önlenebilir olduğu ve yayımlanmış olan kılavuzlara uymama sonucunda bu sorunların meydana geldiği belirtilmiştir (Van Lieshout, 2001; Warren, Fromm, Orr, Rotello, Horst, 2004).

Hasta güvenliği ile ilgili olayların; transfer süresi, hastalık veya yaralanma ve transfer öncesi durumu ve tıbbi personellerin deneyimsizliği ile orantılı olduğu bildirilmektedir (Wiegersma, Droogh, Zijlstra, Fokkema, Ligtenberg, 2011). Transfer sırasında, istenmeyen tıbbi olayların çoğunlukla kardiyovasküler veya solunum sistemiyle alakalı olduğu bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada, transfer sırasında kardiyovasküler olaylar %6-%24 oranında meydana gelmiş ve bu istenmeyen kardiyovasküler sorunlar arasında en fazla; hipertansiyon-hipotansiyon, bradikardi-taşikardi ve aritmiler yer almıştır. Transfer sırasında meydana gelen istenmeyen solunum olaylarının ise, %0-15 arasında olduğu bildirilmiş ve bunların sebebi olarak, yetersiz havalandırma veya oksijen desatürasyonu gösterilmiştir (Wiegersma vd., 2011; Barratt, 2012). Başka bir çalışmada; istenmeyen olaylar %3.9 oranında bildirilmiş olup istenmeyen olay yaşayan yirmi yedi hastadan biri transfer sırasında kaybedilmiş, üç hasta solunum yolu ile ilgili bir komplikasyon yaşamış, yedi hasta solunum yetmezliğine girmiş, diğer hastalarda ise hipotansiyon, aritmi ve hastada bulunan kateter vb. bağlantıların kopması gibi sorunlar yaşanmıştır (Lyphout vd., 2018). Meydana gelen bu olumsuz olayların önlenabilir durumlar olduğu sonraki yıllarda da vurgulanmıştır. Literatürde, meydana gelen olayların, deneyimli bir transfer ekibi, iyi bir ekip çalışması, donanımlı ekipman, hastayı sık kontrol etme, gelişmiş hasta monitörleri ve kişilerarası iyi bir iletişim ile %91'inin önlenabilir olduğu bildirilmiştir (Wiegersma vd., 2011).

Avustralya Olay İzleme Çalışması'na (AIMS-YBÜ) sunulan 2000-2009 yıllarında yoğun bakımda yapılmış geniş çaplı bir sistematik derlemeye göre ise, tüm transferlerin %31'inde ciddi problemler oluşmuş, bunların %39'unun ise ekipman kaynaklı olduğu bildirilmiştir (Barratt, 2012). Son yayımlanan kılavuzlarda da önlenabilir olaylar üzerinde önemle durulmakta, yeni bilgiler literatüre girmektedir (Whiteley vd., 2011).

Bütün bu çalışmalar incelendiğinde ve güncel kılavuzlara bakıldığında hastaların transferleri sırasında güvenlik önlemlerinin biliniyor olması ve uygulanması önem kazanmaktadır. Kılavuzlarda, transfer öncesi hazırlık süreci, transfer sırasında alınması gereken güvenlik önlemleri ve hastanın devir-teslimi ile ilgili bilgiler kanıt düzeyleriyle birlikte yer almaktadır. Buna yönelik, kurumlarda da birçok algoritma, talimatlar, prosedür ve yönetmelikler oluşturulmakta; gerek lisans ve lisansüstü eğitim programlarının ders içeriklerinde gerekse hastanelerde hizmet içi eğitimlerde bu konuya yer verilmektedir. Hemşirelerin ve diğer sağlık personellerinin bilgi düzeylerini belli aralıklarla değerlendirmek ve konuyla ilgili kanıtlanmış verileri transferde sorumlu ekip üyelerine iletmek hasta güvenliği açısından önem kazanmaktadır (Whiteley vd., 2011; Hunt & Prior, 2018; Wiegersma vd., 2011; Barratt, 2012; Lyphout vd., 2018; Bourn, Wijesingha, Nordmann, 2018; Droogh, Smit, Absalom, Ligtenberg, Zijlstra, 2015; Jardena & Quirke, 2010).

Ameliyathane gibi özel bir alana hasta transferi de, hem hastanın taşınması sırasındaki güvenlik önlemleri, hem teslim sürecinde özel alana geçiş, hem de sözel teslimdeki güvenlik sebepleri ile önemlidir. Bu doğrultuda araştırma, hemşirelerin ameliyathaneye hasta transferi ile ilgili kanıt dayalı uygulamalar hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla planlandı.

2. Gereç ve Yöntem

2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı bir araştırmadır.

2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma verileri, Mart-Nisan 2018 tarihleri arasında toplanmış olup araştırmanın evreni, Batı Karadeniz Bölgesi'nde yer alan bir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi ile bir devlet hastanesinin cerrahi servis ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireleri kapsamıştır. Araştırma, toplam 8 cerrahi servis ve 1 cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan 212 hemşireden gönüllü olan 153 (%72.16) hemşire ile gerçekleştirildi.

2.3. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında ilgili literatür doğrultusunda oluşturulan anket formu kullanıldı (Whiteley vd., 2018; Hunt & Prior, 2018; Barratt, 2012; College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand, Australian and New Zealand College of Anaesthetists, Australasian College for Emergency Medicine, 2013; Jardena & Quirke, 2010; Agarwal vd., 2012; Haynes vd., 2009). Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, hemşirelere ait tanımlayıcı bilgilerden, ikinci bölüm ise hemşirelerin ameliyathaneye hasta transferi ile ilgili bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik hazırlanan 8 sorudan oluşmaktadır. Anketin ikinci bölümünde ameliyathaneye hasta transferi ile ilgili bilgiler sorulmuştur. Hasta servisten çıkarılmadan önce yapılması gerekenler, cerrahi tarafın işaretlenmesinin değerlendirilmesi ve kontrolü, kimlik tanınması, cerrahi işlem ve taraf doğrulaması işlemlerinin yapılma zamanı, güvenlik kemerinin kullanımı (bu birimlerde, tüm hastaların ameliyathaneye ve ameliyathaneden de servislere teslim süreci boyunca en az bir hemşire ve bir sağlık destek personeli bulunmakta ve her hasta sedye ile taşınmaktadır), hastanın ameliyathaneye transferi sırasında kanıt düzeyi yüksek olan kesinlikle bulunması gereken malzemeler, bulunması gerekli olan ekip üyeleri, ameliyathane hemşiresine teslim sırasında verilecek bilgiler, ameliyathaneden teslim alınmadan öncesinde ve sırasında yapılması gerekenler hakkındaki sorular çoktan seçmeli olarak soruldu ve hemşirelerden doğru olduğunu düşündükleri şıkki işaretlemeleri istendi.

2.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması 15- 20 dk. sürmüş, hemşirelerin birbirleriyle etkileşimi engellenmiştir.

2.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Anketten elde edilen verilerin analizinde, SPSS 19.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelere ait tanımlayıcı istatistikler olarak sayı ve yüzde değerleri verilmiştir. Kategorik değişkenlere ait karşılaştırmalar için Pearson ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık olarak $p < 0.05$ alınmıştır. Her bir soru kendi içinde değerlendirilmiş olup toplam puan olarak değerlendirilmemiştir.

3. Bulgular

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin yaş ortalamaları 32.0 ± 7.5 olup yaşlarının 18-54 arasında değiştiği, %64.1'inin (n=98) lisans mezunu olduğu, %60.2'inin (n=92) cerrahi birimde 6 yıl ve üzeri sürede çalıştığı, hemşirelerin çoğunun anestezi ve reanimasyon (%20.9; n=32) ve genel cerrahi (%17.6; n=27) servislerinde görev yaptığı, %41.8' inin (n=64) haftalık 49 saat ve üzeri, %62.7' sinin(n=96) gece ve gündüz değişen vardiya sistemi ile çalıştığı saptandı. Hemşirelerin %53.6'sının (n=82) daha önce ameliyathaneye hasta transferi konusunda eğitim aldığı belirlendi (Tablo 1).

Hemşirelerin ameliyathaneye hasta transferi konusundaki sorulara doğru ve yanlış cevap verme oranları sayı ve yüzde olarak Tablo 2’de gösterilmiştir. Bu sonuçlara göre; ameliyathane hemşiresine teslimde iletilecek bilgilerle ilgili olan soruya %81.7 (n=125), bilinçli hastanın sedyeye alınmasında güvenlik kemeri kullanımı ile ilgili olan soruya %76.5 (n=117) lik oranla en yüksek düzeyde doğru cevap verilmiştir. Sırasıyla %54.2 ve %52.9’luk oranlarla da "transfer sırasında bulunması gereken malzemeler", "olması gerekli olan ekip üyeleri" ve "teslim öncesi ve sırasında yapılması gerekenler" ile ilgili sorularda hemşirelerin yanlış cevap verme oranlarına göre az farkla da olsa doğru cevap verme oranları daha yüksek bulunmuştur. "Servisten çıkarılmadan önce yapılması gerekenler", "cerrahi tarafın işaretlenmesinin değerlendirilmesi ve kontrolü" ile "kimlik tanılama, cerrahi işlem ve taraf doğrulaması işlemlerinin yapılma zamanı" ile ilgili sorulara ise hemşirelerin çoğunluğu yanlış cevap vermiştir (Tablo 2).

Hemşirelerin bazı değişkenlere göre bilgi düzeyleri değerlendirildi. Öğrenim düzeylerine göre; 'kimlik tanılaması, cerrahi işlem ve taraf doğrulaması işlemlerinin yapılma zamanı' sorusuna verilen yanıtlarda anlamlı farklılık olduğu belirlendi (p=0.01). Öğrenim düzeyi arttıkça doğru cevap verme oranı da artmış, en yüksek oranın lisansüstü eğitim alan hemşirelerde (%50) olduğu tespit edildi. Öğrenim düzeyine göre; 'kritik durumdaki hastanın ameliyathaneye transferinde olması gereken ekip üyeleri' sorusuna verilen doğru cevap oranında da anlamlı farklılık belirlendi (p<0.01). Lisans mezunu olan hemşireler (%64.3) ile lisansüstü mezunu hemşirelerin (%62.5) daha yüksek oranda doğru yanıt verdiği görüldü. En az doğru cevap verme oranının ise lise mezunu hemşirelerde (%26.1) olduğu belirlendi.

Hemşirelerin çalışma süresine göre; "cerrahi tarafın işaretlenmesinin değerlendirilmesi ve kontrolü" sorusuna verilen yanıtlarda anlamlı farklılık gözlemlendi (p=0.04). En fazla doğru cevap verme oranının 1-5 yıl arasında çalışan hemşirelerde olduğu belirlendi (%32.5). En az doğru cevap verme oranının ise %4.8’ lik oran ile 1 yıldan daha az çalışan hemşirelerde olduğu saptandı. Çalışma süresi 5 yılı aştıktan sonra doğru cevap verme oranı %30.4 oldu.

Çalışma süresine göre; "bilinçli hastanın sedyeye alınmasında güvenlik kemeri kullanımı" sorusuna verilen yanıtlarda anlamlı farklılık gözlemlendi (p=0.03). En fazla doğru cevap verme oranı 1-5 yıl arasında çalışanlar hemşirelerde olduğu belirlendi (%90). En az doğru cevap verme oranı ise %69.6 oran ile 6 yıl ve üzeri çalışanlarda oldu. 1 yıldan daha az çalışanların doğru cevap verme oranı %81’ di (Tablo 3).

Ayrıca "bilinçli hastanın sedyeye alınmasında güvenlik kemeri kullanımı" ile ilgili soruya cerrahi hemşirelerinin verdiği toplam (tüm servislerdeki) yanıtların %76.47’ si doğrudur. Servislere göre doğru cevap verme oranı arasında anlamlı fark olmasa da (p=0.49); verilen doğru cevapların servislere göre dağılımına baktığımızda tüm servislerde doğru cevap oranı fazla iken, göz hastalıkları servisinde çalışan hemşirelerin %75’ inin soruyu yanlış yanıtlamış olması dikkat çekicidir (Tablo 3).

Hemşirelere ait tanımlayıcı bilgiler ile hemşirelerin ameliyathaneye hasta transferi ile ilgili bilgi düzeylerini ölçen sorular arasında yapılan diğer karşılaştırmalarda, anlamlı sonuçlar çıkmadığı için bulgulara yer verilmemiştir.

4. Tartışma

Araştırma sonuçlarımıza göre, hemşirelerin çoğunun (%60.2) meslekte uzun süredir çalıştığı ve lisans mezunu (%64.1) olduğu belirlenmiştir. Bu durum alanda deneyimli ve eğitim seviyesi yüksek hemşireler ile çalışmamızın yürütüldüğünü göstermektedir. Alanında deneyimli ve

eğitim seviyesi yüksek hemşireler bakım ve tedavi uygulamalarının gelişimine, karşılaşılan sorunların çözümüne bilgi birikimleri ile koçluk eden hemşirelerdir. Bu özelliklere sahip hemşirelerin hasta güvenliği konusundaki görüşleri ve uygulamalara yönelik değerlendirmeleri sürecin etkinliği açısından önemli bir bulgudur. Araştırmamızda çalışma süresinin artmasıyla bilgi düzeyinin de arttığı sonucuna varılmıştır. "Cerrahi tarafın işaretlenmesinin değerlendirilmesi ve kontrolü" sorusuna verilen yanıtlarda; 1-5 yıl arasında çalışan hemşireler ile 6 yıl ve üzeri çalışan hemşireler arasındaki fark ise, çalışma yılının artmasıyla tükenmişlik, yorgunluk gibi duyguların artması ve beraberinde çalışma isteksizliği, yeni bilgiye daha uzak kalma gibi durumlarla ilişkilendirilmiştir.

Araştırma sonucunda hemşirelerin eğitim düzeyleri, çalışma süreleri ve çalıştıkları birim gibi değişkenlerle kanıt temelli bazı sorulara doğru cevap verme oranları arasında anlamlılık olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Hemşireler arasında uygulamalar açısından farklılıklar olabildiği ve hasta güvenliğini etkilediği görülmektedir. Dolayısı ile verilen eğitimlerde ve Sağlık Bakanlığı'nın düzenlediği uygulamalarda hasta güvenliği, güvenli cerrahi ve güvenli hasta transferi konuları oldukça önem kazanmaktadır.

Literatürde son zamanlarda güvenli cerrahi ve hasta bakım uygulamaları konusu üzerine olan ilginin arttığı görülmektedir. Yeni rehberler yayımlanmakta, çalışmaların sayısı ve kalitesi artmaktadır ve yapılan araştırmalar ışığında konu ile ilgili bilgiler de hızla değişmektedir (Barratt, 2012; Lyphout vd., 2018; Bourn, 2018; Droogh vd., 2015; College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand, Australian and New Zealand College of Anaesthetists, Australasian College for Emergency Medicine, 2013; Jardena & Quirke, 2010; Agarwal vd., 2012). Hastane içerisinde hasta bakımı sürdürülürken hasta transferi konusu oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Yapılan çalışmalar sonucunda transfer sırasında meydana gelen birtakım hatalar ve eksikliklerin hastaların durumunu ciddi derecede etkilediği görülmüştür. Dolayısı ile transfer güvenliği içinde ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası hasta güvenliği de önemlidir. Güvenli cerrahi adına bu süreçte meydana gelebilecek olumsuz olayları önlemek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) inisiyatifi ile oluşan Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır Araştırma Grubu 2007-2008 yılları arasında dünyanın farklı bölgelerinde yaklaşık 4000 hasta üzerinde bir araştırma yürütmüş ve "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi" kullanımının ölüm oranlarını ve komplikasyon risklerini etkilediğini ortaya koymuştur. Bu kapsamda Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) kullanma öncesi ve sonrası dönemler arasında ölüm oranları, cerrahi alan enfeksiyonları, yeniden ameliyata alınma oranları bazında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (Haynes vd., 2009). DSÖ'nün GCKL'si, son yıllarda dünyanın birçok hastanesinde rutin olarak uygulanmaya başlamıştır. Ülkemizde ise, Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Sağlık Hizmetleri Bakım Standartları içinde yer alan ameliyathane hizmetleri bölümüne, GCKL kullanımı dâhil etmiştir (<http://www.kalite.saglik.gov.tr>). Böylece ülkemizde, GCKL ameliyat öncesi dönemi de kapsayacak şekilde düzenlenmiş ve 2009 yılından itibaren "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi TR" adı ile birçok hastanede kullanılmaya başlanmıştır.

Yapılan bir çalışmada; araştırmaya katılan sağlık personelinin, GCKL hakkında bilgi sahibi olma oranı %76.4 ve GCKL uygulandığında ortaya çıkabilecek tıbbi hatalarda insan faktörü olasılığını azalttığına inananların oranı ise %75.9 olarak belirlenmiştir (Kesgin, Kurtuluş & Dinç, 2017). Bir sistematik derlemede; GCKL kullanımı, morbidite oranlarını %0.9-%15.4 arasında azaltmıştır. Bir çalışmada ise mortalitedeki azalma oranının %0.28-2.3 arasında olduğu belirtilmiştir (Gökay, Taştan, Ayhan, İyigün, Can, 2016). Başka bir çalışmada; listenin kullanımı ile komplikasyon ve mortalite oranlarında ciddi azalma olduğu, ameliyathanede ekip çalışmasını ve iletişimi geliştirdiği, ameliyathaneden plansız geri dönüşleri azaltması, ameliyat olma oranını azaltması, hasta kimliğinin doğrulanma sıklığını artırması ve cerrahinin

istenmeyen etkilerini azaltması nedeniyle hasta güvenliğini geliştirmektedir. GCKL ekip üyeleri arasında iletişimi, işbirliğini ve hasta güvenliğini geliştiren bir araç olarak önerilmektedir (Soyer, & Yavuz Van Giersbergen, 2017). GCKL kullanımı her ne kadar ameliyat öncesi, sırası ve sonrası birçok komplikasyonları, riskleri ortadan kaldırırsa da, güvenli cerrahi tüm ameliyat sürecini kapsadığı için transfer süreci de güvenli cerrahi kontrol listesi içinde yer almayan ancak ameliyat ile ilgili tüm süreç içinde önemli bir yer tutan durumdur. Yayımlanan bir derlemede, kritik durumdaki hastanın transferi sırasında risklerin ortadan kaldırılması ile hastanın olumsuz olarak etkilenmemesi; ancak dikkatli bir planlama yapılması, deneyimli sağlık personellerinin süreç boyunca yer alması ve uygun ekipmanların bulundurulması ile mümkündür (Uysal, 2010). Hemşireler, bakımın her alanında hasta güvenliği ile iç içedirler. Bu bağlamda hastaların ve diğer ilgililerin risk ve riskin azaltılması konusunda bilgilendirilmesi, hasta güvenliğinin savunulması ve istenmeyen olayların rapor edilmesi de hemşirenin görevleri arasındadır. Riskin erken aşamada tespit edilmesi hasta yaralanmalarının önlenmesinde son derece önemli olup güven, dürüstlük, birlik, beraberlik ve hastalar ile sağlık bakım sistemindeki hizmet sağlayıcılar arasında açık iletişim kurulmasına bağlıdır. Ancak hasta transferi süreci ve ameliyathaneye hasta transferi konularında yapılan yeni çalışmaların sayısı az olmakla beraber kliniklerde çalışan hemşirelerin bu konuda literatürden uzak kaldığı da belirlenmiştir. Yapılan bir çalışma sonucunda; bir kurumda gerçekleştirilen hasta güvenliği uygulama ve çalışmalarının hemşirelerin bu yöndeki yaklaşımlarını olumlu etkilediği, hemşirelerin hastanelerinde gerçekleştirilen hasta güvenliği uygulamaları konusunda farkındalıklarının bulunduğu, hasta güvenliği uygulamalarını gerekli gördüğü, güvenlik uygulamalarına ait rollerini sıralayabildiği, uygulamalarda aktif rol aldığı ve hasta güvenliği uygulamalarını etkin olarak nitelendirdikleri saptanmıştır (Çırpı, Doğan Merih & Yaşar Kocabey, 2009). Bu çalışma sonucu çalışmamız ile paralel değerlidir. Çalışmamızda hemşirelerin bu konuda eksik bilgiye sahip olduğu belirlenmiştir.

Hastane içi transfer süreci ile ilgili yapılan bir çalışmada; %80'i mekanik olarak havalandırılan kritik hastaların hastane içi transferi sırasında toplam 365 güvenlik tehlikesi tespit edilmiştir. Hasta güvenliği için sistem mühendisliği girişimini kullanarak, çalışma sistemiyle ilgili güvenlik tehlikeleri şu şekilde belirlenmiştir; oluşan 365 tehlikeli durumdan 61'inin transfer ekibi, 83'ünün görev dağılımları, 124'ünün kullanılan transfer araçları ve teknoloji, 48'inin çevre ve 49'unun organizasyon ile ilgili olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada, hastane içi ulaşımın kritik hastalar için tehlikeli bir süreç olduğu, meydana gelen güvenlik tehlikelerinin üçte birinin kullanılan araç-gereç ve teknoloji ile ilgili olduğu bildirilmiştir (Bergman, Pettersson, Chaboyer, Carlström, Ringdal, 2019). Çalışmamızda da 'ameliyathaneye transfer sırasında bulunması gereken malzemeler' sorusuna hemşirelerin yaklaşık yarısı (%45.8) yanlış cevap vermiştir. Bu konu ile ilgili olarak verilen eğitimlerde kanıt temelli bilgilerin özellikle vurgulanması gerekmektedir. Çelik ve arkadaşlarının yapmış olduğu 'Açık kalp cerrahisi geçiren hastaların ameliyat odasından yoğun bakım ünitesine aktarma sürecinin hemodinamik parametreler ve kan gazı üzerine etkisi' nin değerlendirildiği çalışmada ise; transfer öncesi düşük sistolik ve diyastolik arter kan basıncı değerleri, hastalar hala anestezisi etkisi altında olmasına rağmen, transfer sırasında anlamlı oranda artmış ve transferin tamamlanmasından ancak 30 dakika sonra normal değerlerine dönmüştür (Çelik, Gürkan, Atılğan, Ustabaşı, Sarı, 2008). Bu bulgular, transfer sonrasında yoğun bakım ortamında değerlerin normal aralığa indiğini gösterse de transfer sırasının hasta açısından önemli sonuçlar doğurabileceğini göstermektedir. Dolayısı ile hekim, hemşire ve sağlık destek personellerinin transfer süreci ile ilgili bilgi ve deneyimlerinin hasta açısından çok önemli olduğu aşikârdır. Çalışmamızdan çıkan sonuçlarla paralel olarak cerrahi hemşirelerine bu konuda eğitimler düzenlenmelidir.

Hasta transferinin önemli bir aşaması olan teslim süreci de, bakım kalitesinin artırılması ve hasta güvenliği hedeflerine erişilmesinde önemli yere sahip bir iletişim sürecidir. Günümüzde sağlık profesyonelleri tarafından sıkça kullanılan bu süreçte, hastanın gerekli tüm bilgilerinin açık, anlaşılır ve doğru şekilde aktarılması, teslimlerin sözel ve yazılı dokümanlar ile sistematik şekilde ve profesyonel iletişim teknikleri kullanılarak yapılması gerekmektedir. Dolayısı ile hasta transferinin güvenle tamamlanması için doğru bir iletişim üzerinde de durulmalıdır. Agarwal ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da personeller arasındaki iletişimin önemi vurgulanmış; hasta teslimleri sırasında profesyonel iletişim araçlarının kullanımının bilgi alışverişi kalitesini arttırdığı, ameliyat sonrası dönem komplikasyonlarını azaltarak iyileşme sürecini hızlandırdığı bildirilmiştir (Agarwal vd., 2012). Çalışmamızda 'ameliyathane hemşiresine teslimi sırasında iletilecek bilgiler' sorusuna hemşirelerin çoğunluğu doğru cevap vermiştir (n:125; %81,7). 'Ameliyathaneden teslim alınmadan öncesinde ve sırasında yapılması gerekenler' sorusuna ise sadece (n:81) %52.9'u doğru cevap vermiştir (Tablo 2). Çalışmamıza göre verilecek bilgiler sorusuna doğru cevap verme oranı yüksek olsa da, tüm teslim süreci konusunda hemşirelerde bilgi eksikleri vardır. Hasta transferi bir bütündür; öncesi, sırası ve sonrası olarak değerlendirilmelidir.

2016 yılında yayımlanan "Ameliyathane hemşirelerinin mesleki profesyonelliklerinin intraoperatif bakım kalitesine etkisinin değerlendirilmesi" adlı bir çalışmada, hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin "Mesleki Profesyonellik Tutum Envanteri (MPTE)" ile ilişkisi incelendiğinde; yüksek lisans mezunu hemşirelerin, mesleki profesyonellik puanlarının yüksek ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Hemşirelerin eğitim düzeyleri arttıkça mesleki profesyonellik tutum düzeylerinin de arttığı saptanmıştır (Güvenir Özpekin & Erdim, 2016). Çalışmamızda da; öğrenim düzeyi arttıkça bazı sorulardaki doğru cevap verme oranı da artmış, en yüksek oranın lisansüstü eğitim alan hemşireler ile lisans mezunu olan hemşirelerde; en az doğru cevap verme oranı ise lise düzeyindeki hemşirelerde olduğu bulunmuştur. Aynı şekilde çalışmamızda bazı sorulara verilen yanıtlarda deneyim ile doğru cevap arasındaki ilişki incelendiğinde, en fazla doğru cevap verme oranı 1-5 yıl arasında çalışan hemşirelerde olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Bu araştırma sonucuna göre de, literatür bilgileri ile uyumlu olarak meslekleşme kriterlerinin önemli maddelerinden olan yüksek düzeyde eğitimin, deneyim ile harmanlanarak sunulmasının kaliteli bakımı arttıracığı belirlenmiştir. Bu bulguya yönelik, eğitim ve deneyimin paralel olduğu durumlarda, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin bilgi ve yeteneklerinin artması, mesleki profesyonelliği ve kaliteli bakımı olumlu yönde etkilemesi açısından önemlidir ve alınan eğitim düzeyi mesleki profesyonelliğin kazanılmasında etkilidir (Güvenir Özpekin & Erdim, 2016; Çelik, Ünal & Saruhan, 2012).

Hemşirelerin ve hekimlerin, hastanedeki kritik hastaların transferi sırasında ortaya çıkan kritik olaylarla ilgili deneyimlerini ve uygulamalarını araştıran bir çalışmada; transfer sürecinin yüksek riskli bir eylem olduğunu belirtmişler ve elde edilen verilere göre; transfer sürecinin sonuçları ile hekim ve hemşirelerin deneyimleri, kritik alanlarda çalışmışlıkları, uygun araç-gereç kullanımı, doğru bir iletişim, deneyimli ve iyi bir ekip liderinin varlığı ve transfer öncesi planlı bir hazırlık aşamasının tamamlanması ile doğrudan ilişkili olduğu belirlenmiştir (Lyphout vd., 2018). Bu da bizim çalışmamızın verileri ile uyumludur. Çalışmamızda da, hemşirelerin bilgi, deneyim ve çalışma yılı gibi değişkenlerin anketteki sorulara doğru cevap verme oranlarını etkilediği bulunmuştur.

5. Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada, her soru ve bu sorulara verilen cevaplar kendi içinde değerlendirilerek, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin, ameliyathaneye hasta transferi konusunda sahip oldukları

bilgi düzeylerinin istendik seviyede olmadığı ve bazı değişkenlere göre verilen cevaplar karşılaştırıldığında; hemşirelerin eğitim durumu ile çalışma yılları gibi değişkenlerin bilgi durumlarını anlamlı şekilde etkilediği tespit edildi. Bu sonuçlar doğrultusunda;

Hemşirelere, ameliyathaneye hasta transferi ile ilgili en son yayımlanan kılavuzlar ışığında yeni eğitimler verilmeli, hizmet içi eğitimlerde ve eğitim kurumlarında bu konuya önemle yer verilmelidir. Bu aşamada akademisyenlere, hastanelerde eğitim hemşirelerine ve yöneticilere önemli görevler düşmektedir.

Çalışan hemşirelerin ise yayımlanan kılavuzları takip etmesi, nasıl ulaşacaklarını öğrenmeleri için meraklı olmaları gerekmektedir. Hemşirelerin kendi bilinç ve bilgi düzeylerini arttırmaları gerekmektedir. Bu konuya yönelik, hemşirelerin, diğer sağlık çalışanlarının ve toplumun teşvik edilmesi de önemlidir.

Tablo 1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=153)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Öğrenim Durumu		
Lise	23	15.0
Ön Lisans	24	15.7
Lisans	98	64.1
Lisans Üstü	8	5.2
Cerrahi Birimde Çalışma Süresi		
1 yıldan az	21	13.7
1-5 yıl arası	40	26.1
6 yıl ve üzeri	92	60.2
Çalıştığı Birim		
Kalp-Damar ve Beyin Cerrahi Servisi	21	13.7
Ortopedi ve Travmatoloji Servisi	18	11.8
Genel Cerrahi Servisi	27	17.6
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Servisi	12	7.8
Göz Hastalıkları Servisi	8	5.2
Üroloji Servisi	16	10.5
Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları Servisi	11	7.2
Anestezi ve Reanimasyon Servisi	32	20.9
Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi	8	5.3
Haftalık Çalışma Süresi		
40 Saat	41	26.8
41-48 Saat	48	31.4
49 Saat ve Üzeri	64	41.8
Çalışma Şekli		
Sürekli Gündüz	38	24.8
Gece Gündüz Değişen Vardiya	96	62.7
Sürekli Gece	19	12.4
Ameliyathaneye Hasta Transferi Konusunda Bilgi Alıp Almadığı		
Evet	82	53.6
Hayır	71	46.4

Tablo 2. Hemşirelerin Ameliyathaneye Hasta Transferi Konusundaki Bilgi Sorularına Yönelik Verdikleri Yanıtların Dağılımı (n=153)

SORULAR	Doğru cevap verme		Yanlış cevap verme	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hasta servisten çıkarılmadan önce yapılması gerekenler	41	26.8	112	73.2
Cerrahi tarafın işaretlenmesinin değerlendirilmesi ve kontrolü	42	27.5	111	72.5
Kimlik tanınması. cerrahi işlem ve taraf doğrulaması işlemlerinin yapılma zamanı	50	32.7	103	67.3
Bilinçli hastanın sedyeye alınmasında güvenlik kemeri kullanımı	117	76.4	36	23.6
Transferi sırasında kesinlikle bulunması gereken malzemeler	83	54.3	70	45.7
Kritik durumdaki hastanın ameliyathaneye transferinde olması gereken üyeleri	83	54.3	70	45.7
Ameliyathane hemşiresine teslimi sırasında iletilecek bilgiler	125	81.7	28	18.3
Ameliyathaneden teslim alınmadan öncesinde ve sırasında yapılması gerekenler	81	52.9	72	47.1

Tablo 3. Bazı Değişkenlere Göre Hemşirelerin Bilgi Dağılımlarının Karşılaştırılması (n=153)

Kimlik tanınması. cerrahi işlem ve taraf doğrulaması işlemlerinin yapılma zamanı				
Eğitim durumu	Doğru Cevap n %	Yanlış Cevap n %	X ²	p
Lise	5 (%21.7)	18 (%88.3)	0.1538	0.01
Ön Lisans	9 (%37.5)	15 (%62.5)		
Lisans	32 (%32.6)	66 (%67.4)		
Lisans üstü	4 (%50.0)	4 (%50.0)		
Kritik durumdaki hastanın ameliyathaneye transferinde olması gereken ekip üyeleri				
Eğitim durumu	Doğru Cevap n %	Yanlış Cevap n %	X ²	p
Lise	6 (%26.1)	17 (%73.9)	0.1425	0.00
Ön Lisans	9 (%37.5)	15 (%62.5)		
Lisans	63 (%64.3)	35 (%35.7)		
Lisans üstü	5 (%62.5)	3 (%37.5)		
Cerrahi tarafın işaretlenmesinin değerlendirilmesi ve kontrolü				
Çalışma yılı	Doğru Cevap n %	Yanlış Cevap n %	X ²	p



1 yıldan az	1 (%4.8)	20(%95.2)	0.6735	0.04
1-5 yıl	13(%32.5)	27(%67.5)		
6 yıl ve üstü	28(%30.4)	64(%69.6)		
Bilinçli hastanın sedyeye alınmasında güvenlik kemeri kullanımı				
Çalışma yılı	Doğru Cevap n %	Yanlış cevap n %	X ²	p
1 yıldan az	17 (%81.0)	4 (%19.0)	0.6742	0.03
1-5 yıl	36 (%90.0)	4 (%10.0)		
6 yıl ve üstü	64 (%69.6)	28 (%30.4)		
Bilinçli hastanın sedyeye alınmasında güvenlik kemeri kullanımı				
Servis	Doğru Cevap n %	Yanlış Cevap n %	X ²	p
Kalp-Damar ve Beyin Cerrahi Servisi	16 (%76.1)	5 (%23.9)	0.785	0.49
Ortopedi ve Travmatoloji Servisi	15 (%83.3)	3 (%16.7)		
Genel Cerrahi Servisi	20 (%74.0)	7 (%26.0)		
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Servisi	8 (%66.6)	4 (%33.4)		
Göz Hastalıkları Servisi	2 (%25.0)	6 (%75.0)		
Üroloji Servisi	12 (%75.0)	4 (%25.0)		
Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları Servisi	8 (%72.7)	3 (%27.3)		
Anestezi ve Reanimasyon Servisi	30 (%96.87)	2 (%3.13)		
Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi	6 (%75.0)	2 (%25.0)		

Kaynaklar

- Agarwal, H.S., Saville, B.S., Slayton, J.M., Donahue, B.S., Daves, S., Christian, KG, Bichell, D.P., Harris, Z.L. (2012). Standardized post-operative handover process improves outcomes in intensive care unit: a model for operational sustainability and improved team performance. *Critical Care Medicine*, 40 (7), 2109-15.
- Barratt, H. (2012). Critical care transfer quality 2000-2009: Systematic review to inform the ICS Guidelines for Transport of the Critically Ill Adult (3rd ed.). *JICS*, 13 (4), 309-313.
- Bergman, L.M., Pettersson, M.E., Chaboyer, W.P., Carlström, E.D., Ringdal, M.L. (2017). Safety Hazards During Intrahospital Transport: A Prospective Observational Study. *Critical Care Medicine*, 45 (10), 1043-1049.
- Bergman, L., Pettersson, M., Chaboyer, W., Carlström, E., Ringdal, M. (2019). Improving quality and safety during intrahospital transport of critically ill patients: A critical incident study. *Australian Critical Care*, 12 (3), 1-8.
- Bourn, S., Wijesingha, S., Nordmann, G. (2018). Transfer of the critically ill adult patient. *BJA Education*, 18 (3), 63-68.
- College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand, Australian and New Zealand College of Anaesthetists, Australasian College for Emergency Medicine. Minimum Standards for Transport of Critically Ill Patients. 2013. <http://www.anzca.edu.au/resources/professional-documents/pdfs/ps52-2013-guidelines-for-transport-of-critically-ill-patients.pdf/view>. [cited 2019 05.01].

- Çelik, S., Gürkan, S., Atılğan, Y., Ustabaşı, Z., Sarı, A. 2008. Effects of transfer from the operating room to the intensive care unit after cardiac surgery on hemodynamics and blood gases. *Saudi Med J*, 29 (5), 703-6.
- Çelik, S., Ünal, Ü., Saruhan, S. (2012). Evaluation of professionalism of nurses working in surgical wards. *İ.Ü.F.N. Hem. Der.*, 20 (3), 193- 9.
- Çırpı, F., Doğan Merih, Y., Yaşar Kocabey M. (2009). Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3, 26-34.
- Droogh, J.M., Smit, M., Absalom, A.R., Ligtenberg, J., Zijlstra, J.G. (2015). Transferring the critically ill patient: Are we there yet? *Critical Care*, 19 (62), 1-7.
- Gökay, P., Taştan, S., Ayhan, H., İyigün, E., Can, M.F. (2016). Dünya sağlık örgütü güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımı: Sistemik inceleme. *Gülhane Tıp Dergisi*, 58, 136-142.
- Guidelines for the transfer of critically ill patients. (1993). Guidelines Committee of the American College of Critical Care Medicine; Society of Critical Care Medicine and American Association of Critical-Care Nurses Transfer Guidelines Task Force. *Critical Care Medicine*, 21, 931-937.
- Güvenir Özpekin, Ö., Erdim, A. (2016). Ameliyathane hemşirelerinin mesleki yeterliliklerinin intraoperatif bakım kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Science*, 8 (4), 277-87.
- Haynes, A.B., Weiser, T.G., Berry, W.R., Lipsitz, S.R., Breizat, A.H., Dellinger, E.P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P.L., Lapitan, M.C., Merry, A.F., Moorthy, K., Reznick, R.K., Taylor, B., Gawande, A.A. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal Medicine*, 360 (5), 491-9.
- Hospital National Patient Safety Goals. (2017). https://www.jointcommission.org/assets/1/6/2017_NPSG_HAP_ER.pdf. [cited 2018 10.10].
- Hunt, D., Prior. K. (2018). Transfer of the critically ill adult patient. *Surgery*, 36 (4), 166-170.
- Jardena, R.J., Quirke, S. (2010). Improving safety and documentation in intrahospital transport: Development of an intrahospital transport tool for critically ill patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26, 101-107.
- Kesgin, V., Kurtuluş, İ., Dinç, Y. (2017). Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Ekip Çalışması Üzerindeki Etkisi ve Kullanım Engelleri. *Sağ. Perf. Kal. Derg.*, 13, 19-35.
- Lyp hout, C., Bergs, J., Stockman, W., Deschilder, K., Duchatelet, C., Desruelles, D., Bronselaer, K. (2018). Patient safety incidents during interhospital transport of patients: A prospective analysis. *International Emergency Nursing*, 36, 22-26.
- Soyer, Ö., Yavuz Van Giersbergen, M. (2017). Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Etkinliği: Sistemik İnceleme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20 (4), 285-297.



- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı. <http://www.kalite.saglik.gov.tr>. [cited 2019 04.07].
- Uysal, H. (2010). Kritik durumdaki hastanın transferi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 1(1), 8-12.
- Van Lieshout, E.J. (2001). Richtlijn voor het transport van Intensive Care patiënten. [Translation: Guideline for the transport of Intensive Care Unit patients]. *NVICMon.*, 5, 22-5.
- Warren, J., Fromm, R.E, Orr, R.A, Rotello, L.C, Horst, H.M. (2004). American College of Critical Care Medicine. Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients. *Critical Care Medicine*, 32, 256-62.
- Waydhas, C. (1999). Equipment review: Intrahospital transport of critically ill patients. *Critical Care*, 3, 83.
- Whiteley, S., Macartney, I., Mark, J., Barratt, H., Bink, S. R. (2011). Guidelines for the transport of the critically ill adult. *The Intensive Care Society*. [cited 2018 01.01].
- Wiegersma, J.S, Droogh, J.M, Zijlstra, J.G, Fokkema, J., Ligtenberg, J.J. (2011). Quality of interhospital transport of the critically ill: Impact of a mobile intensive care unit with a specialized retrieval team. *Critical Care*, 15 (1), 1122-5.

Beyanlar


Araştırma, 21-24 Şubat 2019 tarihleri arasında düzenlenmiş olan "Uluslararası Cerrahi Ameliyathane, Sterilizasyon ve Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Kongresi" nde sözel bildiri olarak sunulmuştur. Araştırmanın herhangi bir maddi desteği yoktur. Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Etik Açıklamalar

Araştırmayı uygulamaya başlamadan önce ilgili üniversitenin Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (29.05.2014 tarih ve 2014/08-13 sayılı Senato Kararı ile) onay alınmıştır. Daha sonra araştırmayı Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde yapabilmek üzere hastanelerin başhekimliğinden yazılı ve hasta bakım hizmetleri müdürlüğü bilgilendirilerek çalışan hemşirelerden de sözel onay alındı. Hemşireler; araştırmanın amacı, araştırma sırasında elde edilen bilgilerin araştırma dışında başka amaçla kullanılmayacağı, sonuçlardan bireysel olarak olumsuz şekilde etkilenmeyecekleri ve araştırma bulgularında isimlerinin yer almayacağı konularında bilgilendirildi.

D Vitamini ile Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı İlişkisi / *The Relationship between Vitamin D and Chronic Obstructive Pulmonary Disease*

Mahir ARSLAN¹.

1. Gümüşhane Üniversitesi, mahirarslan@gumushane@edu.tr 

Gönderim Tarihi | Received: 12.05.2018, Kabul Tarihi | Accepted: 9.10.2019, Yayın Tarihi | Date of Issue: 1.04.2020, DOI: 10.25279/sak.423115.

Atf | Reference: "ARSLAN, M. (2020). D Vitamini ile Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı İlişkisi. Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK), 5(1), s.65-77. DOI: 10.25279/sak.423115"

Öz

İnsanlarda D vitamini ihtiyacının %95 kadarı güneş ışınlarının etkisiyle deride sentezlenmektedir. Mevsim, günün saati, cam, deri koruyucular, geleneksel giyim tarzı, yaşlanma, yaşanan enlem bölgesi ve pigmentasyon derideki bu dönüşümü etkiler. D vitamini eksikliği yetişkinlerde osteoporoz ve osteomalaziye, çocuklarda ise raşitizm neden olur. D vitamini eksikliği ayrıca kardiyovasküler hastalık, metabolik sendrom, solunum yolu hastalıkları ve kanserin yanında multipl skleroz, romatoid artrit, tip 1 diyabet gibi birçok otoimmün sistem hastalığın görülme riskini artırır. Son yıllarda, D vitamini eksikliğinin akciğer fonksiyonlarına etkisi ve kısıtlayıcı akciğer hastalıkları ile ilişkisi birçok çalışmaya konu olmuştur. Bu derlemede D vitamini ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı arasındaki ilişki ele alınmıştır.

Anahtar kelimeler: D vitamini, Non-skeletal Etki, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı.

Abstract

In humans, approximately 95% of the total requirement for vitamin D is synthesized in the skin by the effects of sunlight. Season, latitude, time of day, skin pigmentation, aging, customary clothing, sunscreen use, glass, pigmentation all influence the conversion of the vitamin in the skin. Vitamin D deficiency causes osteoporosis and osteomalacia in adults and rickets in children. Vitamin D deficiency also has been associated with increased risks of many autoimmune diseases such as multiple sclerosis, rheumatoid arthritis, and type 1 diabetes, besides cardiovascular disease, metabolic syndrome, lung diseases and cancers. Recently, the effect of vitamin D deficiency on lung function and its relationship with restrictive lung diseases have been discussed in many studies. In this review, the relationship between Vitamin D and chronic obstructive pulmonary disease has been discussed.

Keywords: Vitamin D, Non-skeletal Effect, Chronic Obstructive Pulmonary Disease

1. Giriş

İnsanlığın, ilk antik çağlarda bile günümüzde D vitamini olarak tanımlanan maddenin farkında olduğu bildirilmiştir (Deluca, 2014). Güneş ışığının insan sağlığındaki önemi ilk kez Antik Yunanda Hipokrat tarafından dile getirilmiştir. Hipokrat kuzey yarım küredeki tepelerin daha fazla güneş alan güney taraflarının yaşamak için en sağlıklı yer olduğuna dair inancını ifade etmiştir (Mohr, 2009). D vitamini eksikliğinde ortaya çıkan bir kemik hastalığı olan Rikets'in bilimsel tanım 17. yüzyılda hem Whistler (1645) hem de Glisson (1650) tarafından yapılmıştır.

1910-1930'lu yıllarda beslenme bilimindeki gelişmeler ve vitaminlerin keşfi ise riketse neden olan faktörlerin anlaşılmasında dönüm noktası olmuştur (Rajakumar, 2003). 1922 yılında McCollum ve arkadaşları (McCollum et al., 2002), sıcaklığa ve oksijene maruz bırakılan balık yağının ratlardaki kseroftalmi hastalığını önleyemediği ancak riketsi tedavi edebildiğini görmüştür. Deney sonucunda balıkyağında iki aktif bileşenin olduğu sonucuna varılmıştır. Bunlardan; ısı ve oksidasyona sonucu yapısı bozulan ilk bileşiğe A vitamini, ısıya dayanıklı olan ikinci bileşiğe ise D vitamini denilmiştir. Sonrasında, D vitaminin kimyasal yapısı Alman kimyacı Windaus tarafından ortaya konulmuş ve bu çalışma 1928 yılında Nobel Kimya Ödülü'ne layık görülmüştür (Hernigou, Auregan, & Dubory, 2018; Wolf, 2004).

Kalsiferol olarak da bilinen D vitamini, yağda çözünen bir sekosterol grubunu tanımlamaktadır. Bunlar arasında biyokimyasal açıdan en önemli olan formlar; D2 Vitamini (ergokalsiferol) ve D3 Vitamini (kolekalsiferol). D2 Vitamini bir bitkisel steroid olan ergosterolün irradiasyonu ürünüdür ve küf, maya ve yüksek dereceli bitkilerde bulunur. D3 Vitamini ise 7-dehidrokolesterolün solar ultraviyole (UV) B radyasyon aracılığıyla omurgalıların derilerinde sentezlenir (Pilz et al., 2018).

İnsanlarda bir prohormon olarak nitelendirilen D vitamini; yağlı balıklar, balık karaciğeri yağı, mantar, yumurta sarısı ve karaciğer gibi hayvansal besinlerden, diyet desteklerinden ve deride güneş ışığına maruziyetle endojen sentez yoluyla sağlanır (Kulie, Groff, Redmer, Hounshell, & Schrager, 2009). Derinin epidermis tabakasında; 290-315 nm dalga boyundaki ışınlar aracılı, fotolitik ve enzimatik olmayan reaksiyonlarla, 7-dehidrokolesterol önce previtamin D3'e dönüşür, daha sonra ise termal izomerizasyon ile previtamin D3'den D3 vitamini oluşur (Adams & Hewison, 2010). Normal koşullarda, D vitamini gereksiniminin %90-95'i, güneş ışınlarının etkisi ile deride sentez yoluyla endojen olarak karşılanabilmektedir (Tellioglu & Başaran, 2013). Ancak yükseklik, mevsim, yaşlanma, güneş losyonu kullanımı ve deri pigmentasyonu gibi faktörler derideki D vitamini sentezini etkilemektedir (Wacker & Holick, 2013).

1,25(OH)2D (kalsitriol), D vitamininin biyolojik olarak en aktif formudur (Litwack, 2008; Wimalawansa, Razzaque, & Al-Daghri, 2017). Ancak, dolaşımdaki D vitamininin büyük kısmı 25(OH)D formundadır (Christakos et al., 2013). 25(OH)D vücudun D vitamini düzeyi hakkında en iyi bilgi veren parametre olup yarılanma ömrü 15-20 gündür (Özkan & Döneray, 2011). 25(OH)D'nin normal serum konsantrasyonu 20-100 ng/ml arasında değişmektedir (Tellioglu & Başaran, 2013). Kalsitriolün serum konsantrasyonu ise kaba olarak 25(OH)D'nin %0.1'i kadardır (Adams & Hewison, 2010; Sözen, 2011). D vitamininin tüm formları serumda D vitamini Bağlayıcı Protein'e (DBP) bağlanarak taşınır ve sadece %1-3'ü serbest şekildedir (Bouillon, 2011; Litwack, 2008).

Hücrelere taşınan kalsitriol hücre içerisinde genomik ve nongenomik yolak aracılığıyla biyolojik etkilerini gösterir. Genomik yolakta DBP'lerle dokulara taşınan vitamin hücre içine girerek vitamin D reseptörü (VDR) ile kompleks yapar. Bu kompleks retinoik asit X-reseptörünü de yanına alarak üçlü kompleks halinde belirli DNA bölgelerine bağlanır. Bu kompleks bazı genlerin (osteokalsin, kalsiyum bağlayan protein, 24-hidroksilaz) transkripte olmasına neden olurken bazı genlerin ise (inflamatuvar genler, IL-2, IL-12) transkripsiyonunu azaltır (Aranow, 2011; Baeke, Takiishi, Korf, Gysemans, & Mathieu, 2010; Christakos et al., 2013; Grant & Holick, 2005; Peter et al., 2012; Sözen, 2011). Non-genomik yolakta ise D vitamini plazma membranındaki VDR'ye bağlanarak sitoplazma içerisinde ikincil mesajcıları (cAMP, diadilgliserol, inositol trifosfat, araşidonik asit) aktive eder. Bu yolak sonucunda hücre membranındaki kalsiyum kanalları aktifleştirilir. Non-genomik yolak daha çok pankreas beta hücrelerinde, düz kas hücrelerinde, kalp kası hücrelerinde barsak hücrelerinde ve

monositlerde aktiftir (Aranow, 2011; Kulie et al., 2009; Peter et al., 2012; Telliöğlu & Başaran, 2013).

Yakın zamana kadar D vitaminin sadece barsak, böbrek ve iskelet sisteminde etkin olduğu ve kalsiyum homeostazisinde rol aldığı düşünölmekteydi. Bugün ise D vitamini reseptörlerinin birçok dokuda (deri, plesenta, pankreas, göğüs, prostat ve kolon kanser hücreleri ve aktive T hücreleri gibi) var olduğunun keşfi ile D vitaminin iskelet sistemi dışında da etkileri olabileceği tahmin edilmektedir (Baeke, van Etten, Gysemans, Overbergh, & Mathieu, 2008; Christakos et al., 2013).

Yapılan çalışmalarda da D vitamininin bazı kanser türleri, kardiyovasküler hastalıklar, metabolik sendrom, diyabet, psoriasis, enfeksiyon hastalıkları, otoimmün hastalıklar ile ilişki olduğu gösterilmiştir (Grober, Spitz, Reichrath, Kisters, & Holick, 2013; Pludowski et al., 2013; Visweswaran & Lekha, 2013). D vitaminin iskelet sistemi dışındaki etkileri; immün fonksiyonların regölasyonu, hücrel proliferasyon ve diferansiyasyonun regölasyonu, ve hormon sekresyonunun regölasyonu olarak gruplandırılabilir (Özkan & Döneray, 2011).

2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA); kronik akciğer hastalıkları içerisinde morbidite ve mortaliteye neden olan durumlar arasında ilk sıralarda yer alan hastalıklardan biridir (Bourjeily & Rochester, 2000; McLendon & Gossman, 2018). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim (The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease-GOLD) komitesinin rehberinde KOA; ilerleyici ve tam olarak geri dönüşümlü olmayan hava akımı kısıtlanması ile karakterize, başta sigara olmak üzere, zararlı partiköl ve gazlara karşı anormal inflamatuvar yanıtı ile ilişkili, hastalık şiddetini arttırabilecek belirgin akciğer dışı etkileri de olan önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımında KOA'ın sistemik bir hastalık olduğu, akciğer dışı etkilerinin ve ek hastalıkların hastalığın şiddetini etkilediği vurgulanmıştır (Dursunoglu et al., 2016; GOLD, 2018).

Global Burden of Disease Study raporlarına göre 2016 yılında KOA prevalansının 251 milyona ulaştığı ve 2015 yılında 3,17 milyon (toplam ölüm içerisindeki oranı %5) kişinin ölümüne sebep olduğu belirtilmiştir. 2030 yılında ise KOA'ın üçüncü ölüm nedeni olması beklenmektedir (López-Campos, Tan, & Soriano, 2016; WHO, 2018). Hastalığın Avrupa ölkelerindeki prevalansı %5-10 arasında değişmektedir (Buist et al., 2007; Kocabas, Hancioglu, Turkyilmaz, & Arslan, 2006). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı alışması 2013 raporunda; Türkiye'deki yaşa ve cinsiyete standardize KOA prevalansı %5.3 (erkeklerde %5.6, kadınlarda ise %5.1) olarak bildirilmiştir (Horasan, 2013).

KOA, hastalığın prognozunu önemli derecede etkileyen sistemik etkileri olan kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Bu sebeple tedavide amaç semptomları kontrol etmeyi ve atakları azaltmakla birlikte ikincil hedefler mortaliteyi artıran, dispneyi kötöleştiren ve fonksiyonel kapasiteyi bozan komorbiditeleri tedavi etmektir (Akpınar, 2011).

KOA'da, hastalığa sıklıkla eşlik eden komorbiditelerin başında; kardiyovasküler problemler, iskelet kas kütlelerinde kaybın gözlendiği malnütrisyon, osteoporoz, anemi, gastroözefageal reflü, depresyon ve anksiyete gelmektedir (Barnes & Celli, 2009; Uzun & Maden, 2013). Hastalıkta görölen ikincil sistemik etkiler; iskelet kaslarında zayıflama, osteoporoz, kaşeksi, normositik anemi, akciğer kanseri (küçük hücreli, küçük hücreli olmayan), diabetes mellitus, pulmoner hipertansiyon, metabolik sendrom, iskemik kalp hastalığı, endotel disfonksiyonu,

obstrüktif apne sendromu, konjestif kalp yetmezliği, depresyon ve anksiyete olarak özetlenebilir (Uzun & Maden, 2013).

3. KOAH ve D Vitamini

KOAH ve D vitamini arasındaki ilişki henüz tam olarak açıklanamasa da yakın zamanda yapılan çalışmalar, D vitamini eksikliğinin akciğer fonksiyonlarında azalma, inflamasyonda artış ve immünitede azalma ilişkili olduğunu göstermektedir (Tablo 1). Elde edilen veriler D vitamini eksikliğinin KOAH'ın gelişimi, ilerlemesi ve alevlenmeleri ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bununla beraber D vitamini tedavisi, akciğer fonksiyonlarının birincil ve ikincil korumasında umut vadetmektedir (Herr et al., 2011; Janssens et al., 2010; Zhang, Gong, & Liu, 2014).

D vitamini yetersizliği veya eksikliği, yalnızca KOAH hastalarına özgü bir bulgu değildir. Dünya çapında yaklaşık 1 milyar insanda D vitamini düzeylerinde bozukluk öngörülmektedir. KOAH hastaları; yetersiz beslenme, cildin D vitamini sentezinin azalması, dışarıda yapılan aktivitelerin azalması sonucu güneş ışınlarına temasın azalması, glukokortikoid nedenli katabolizmanın artması, renal disfonksiyon sonucu D vitamini aktivasyonun bozulması sonucunda D vitamini eksikliği açısından yüksek riskli olarak değerlendirilmelidirler (Holick, 2007; Pramyothin & Holick, 2012).

KOAH hastalarında D vitamini düzeyini gösteren çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Ancak birçok çalışmada, KOAH hastalarında D vitamini düzeyindeki yetersizliğin yaygın olduğu ve D vitamini düzeyindeki yetersizlikle hastalığın prognozu arasında negatif bir ilişki olduğu vurgulanmaktadır (Franco et al., 2009; Janssens et al., 2010; Kunisaki, Niewoehner, Singh, & Connett, 2012; Ringbaek et al., 2011; Shaheen et al., 2011) (Tablo 1).

Ayrıca geniş çaplı bir kohort çalışmasında da KOAH hastalarının sağlıklı sigara içicilerine kıyasla D vitamini yetersizliğine daha yatkın oldukları belirtilmiştir (Black & Scragg, 2005).

4. D Vitamininin KOAH Üzerine Etkileri

4.1. İmmünolojik Etkiler

Adaptif immün sistemin tüm hücreleri (dendritik hücreler, monositler, T hücreleri, B-hücreleri ve NK hücreleri) yapısal olarak ya da uygun immün uyarı sonrasında VDR ekspresye eder. Yüksek D vitamini düzeyi, MHC sınıf II moleküllerinin ekspresyonunu azaltarak dendritik hücre matürasyonunu inhibe eder. Yine D vitamini, ko-stimülatör moleküllerin down-regülasyonunu sağlar. Bununla beraber IL-2, IL-12 ve IL-23 gibi pro-inflamatuvar sitokinlerin üretimini azaltır (Wen & Baker, 2011; White, 2012). KOAH otoimmün hastalık olarak değerlendirilmemektedir. Ancak hastalığın şiddeti arttıkça, pulmoner CD-4 ve CD-8 hücrelerinin sayısının artmasına bağlı olarak KOAH'da adaptif immün sistemin önemli rolü olduğu düşünülmektedir (Barreiro et al., 2013; Loukides, Bartziokas, Vestbo, & Singh, 2013).

4.2. Akciğer Fonksiyonları Üzerine Etkileri

D vitamini ve akciğer fonksiyonlarının ilişkisinin araştırıldığı birçok çalışmada katılımcıların akciğer fonksiyonları ile serum D vitamininin düzeylerinin ilişkili olduğu belirtilmiştir (Kokturk, Baha, Oh, Young Ju, & Jones, 2018; Moghaddassi, Pazoki, Salimzadeh, Ramim, & Alipour, 2018). Ancak KOAH hastalarında; D vitamin düzeyi ve pulmoner fonksiyonlar arasındaki ilişki net olarak tanımlanamamıştır. FEV1 (ekspirasyonun 1. saniyesindeki volümü) değerinin

azalması ya da hastalık şiddetinin artması ile D vitamini düzeyinin azaldığı birçok çalışmada gösterilmiştir (Faerk, Colak, Afzal, & Nordestgaard, 2018; Kentson, Leanderson, Jacobson, & Persson, 2018; Zhu, Wang, Wang, & Ji, 2016). Bununla birlikte, hastalık şiddetinin ya da FEV1 değerindeki azalmanın, serum D vitamini düzeyini hangi mekanizmayla etkilediği konusu ise tartışmalıdır.

Black ve ark. (Black & Scragg, 2005) tarafından 14,091 kişi üzerinde yapılan NHANES çalışmasının verilerinin incelendiği bir çalışmada; yaş, cinsiyet, ırk, BKİ ve sigara öyküsü gibi faktörlere göre düzeltmeler yapıldıktan sonra, serum D vitamini düzeyi ile FEV1 ve FVC (zorlu vital kapasite) arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.001$). Ancak çalışmanın sonucunda D vitamini düzeyi ile KOAH varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Geniş çaplı bir kohort çalışmasının ($n=2937$) verilerinin kullanılarak yapıldığı bir çalışmada, katılımcıların 521'inde (%18) spirometrik olarak KOAH tespit edilmiştir. Düzeltmelerden sonra yapılan analizlerde, serum 25(OH)D konsantrasyonu ile FEV1 ve FVC arasında ilişki saptanmamıştır. FEV1/FVC oranı ile zayıfta olsa pozitif bir ilişki saptanmıştır. Buna karşın, daha önce yeterli D vitamini almış kişilerin, daha iyi akciğer fonksiyonlarına sahip olduğu ve daha düşük KOAH prevalansı görüldüğü saptanmıştır (Shaheen et al., 2011).

KOAH hastaları ($n=262$) ve sağlıklı yetişkinlerden oluşan kontrol grubu ($n=152$) ile yapılan kesitsel bir çalışmada ortalama serum D vitamini düzeyi, hasta grubunda ($19.9 \pm 8.2 \text{ ng/mL}$) kontrol grubundan ($24.6 \pm 8.7 \text{ ng/mL}$) daha düşük bulunmuştur ($p < 0.0001$). Ortalama D vitamini düzeyleri, evre 1 hastalarda ve kontrol grubunda benzer olarak saptanırken, GOLD spirometrik sınıflamasına göre evre arttıkça ortalama serum D vitamini düzeylerinin de anlamlı derecede azaldığı gösterilmiştir ($p < 0.0001$). Ayrıca D vitamini eksikliği ile FEV1 değeri ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0.28$, $p < 0.0001$) (Janssens et al., 2010).

Kunisaki ve ark. (Kunisaki et al., 2012) tarafından 196 hasta üzerinde yapılan uzunlamasına bir çalışmada, FEV1 kayıp hızı yüksek olan hastalarla, düşük olan hastaların D vitamini düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.54$).

Engelli kadınların ($n=646$) katılımıyla yapılan bir diğer çalışmada serum D vitamini ile FEV1, FVC ve FEV1/FVC oranı arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Elde edilen bulguların, yaşlı ve engelli kadınlarda D vitamini eksikliğinin diğer etkenlerden bağımsız olarak pulmoner fonksiyonlardaki bozuklukla ilişkili olduğunu rapor edilmiştir (Semba et al., 2012).

Kore Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması kapsamında 10096 yetişkinin verilerinin ele alındığı bir çalışmada, hastaların serum D vitamini düzeyleri ile pulmoner fonksiyon testleri (FEV1, FVC) arasında ilişki incelenmiştir. Araştırma sonucunda; 19 yaş üzeri bireylerde, serum D vitamini düzeyi ile pulmoner fonksiyon testleri arasında pozitif bir ilişki olduğu ifade edilmiştir (Choi et al., 2013).

4.3. Kemik Sağlığı Üzerine Etkileri

KOAH'lı hastalarda yapılan bir çalışmada ise torasik vertebra kırıkları arttıkça vital kapasitede ve total akciğer kapasitesinde azalma tespit edilmiştir (Graat-Verboom, van den Borne, Smeenk, Spruit, & Wouters, 2011). Osteoporoz ile ilişkili kifoz, kostaların hareketinde ve inspiratuvar kasların fonksiyonunda kısıtlamalara neden olmuş, bu da FEV1 ve FVC'deki kayıpla ilişkili bulunmuştur (Masala et al., 2014). D vitamininin osteoporoz ve osteoporotik

kırıkları önlediği, bu nedenle yeterli D vitamini desteği ile vertebral kırıkların önlenebileceği, böylece pulmoner fonksiyonların korunacağı düşünülmektedir (Nutti et al., 2009).

4.4. Alevlenmeler Üzerine Etkisi

KOAH hastalarında akciğer fonksiyonlarının progresif azalması sonucunda alevlenmelerin daha sık ortaya çıktığı gözlenmiştir. KOAH alevlenmelerinin %50-70'inden trakeabronşiyal enfeksiyonlar (bakteriyel etkenler %40-50, viral etkenler % 30-40, atipik bakteriyel etkenler %5-10) sorumlu tutulmaktadır. Bu nedenle akut alevlenmelerin tedavisinde uygun antibiyotik tedavisi önerilmektedir (Bozinovski, Anthony, & Vlahos, 2014). Diğer bir yaklaşım ise doğal immün sistemin upregülasyonudur (Brusselle, Joos, & Bracke, 2011).

Bals ve ark. (Bals, Wang, Zasloff, & Wilson, 2008) antimikrobiyal peptid katelisinidin (LL-37) kodlayan genlerin, VDR içeren promotor bölgeleri tarafından düzenlendiğini göstermişlerdir. Monositlerde, D vitamini-VDR kompleksinin artması LL-37 üretimini arttırmaktadır. LL-37 insan hava yolları yüzey epitelinde, submukozal glandlarda ve makrofaj ve nötrofillerin sekretuar granüllerinde yaygın olarak eksprese edilmektedirler. D vitamini eksikliği durumunda, LL-37 üretiminin azalması, kronik respiratuvar enfeksiyonlara ve hava yolu kolonizasyonuna neden olabilmektedir. Bu nedenle, KOAH hastalarında D vitamini konsantrasyonunun artırılması ile bakteriyel yük ve eşlik eden alevlenmelerin azaltılabileceği düşünülmektedir (Herr et al., 2011).

Kunisaki ve ark. (Kunisaki et al., 2012) tarafından Kuzey Amerika'da 973 KOAH hastası üzerinde yapılan bir çalışmada, D vitamini düzeyi ile alevlenme riski arasındaki ilişki araştırılmıştır. Yapılan analizlerde 25(OH)D düzeyi ile ilk alevlenme olana kadar geçen süre ya da yıllık alevlenme sayısı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Başka bir çalışmada ise, 182 KOAH'lı hastaya bir yıl süreyle her dört haftada bir, yüksek doz D vitamini veya plasebo verilmiştir. Yüksek doz D vitamini tedavisi alan ve almayan hastalar; ilk alevlenme olana kadar geçen süre, alevlenme sayısı, açısından karşılaştırıldıklarında, iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yalnızca çok ağır D vitamini eksikliği (≤ 10 ng/mL) olan 30 kişide yapılan post hoc analizde, D vitamini tedavisi alan grupta alevlenme sayısında anlamlı azalma tespit edilmiştir (Lehouck et al., 2012).

4.5. Akciğer Hücre Yeniden Yapılanması Üzerine Etkisi

D vitamini, transforming büyüme faktörü-beta, matriks metalloproteinaz (MMP) ve plazminojen aktivatör sistemlerini kontrol ederek özellikle akciğer ve deri dokusu gibi belirli kemik dışı dokularda ekstraselüler matriks dengesini düzenlemektedir (Boyan, Wong, Fang, & Schwartz, 2007). D vitamini eksikliği, MMP yapımı ve hücre dışı matrikslerde bozulmaya neden olarak hastalık gelişimine katkıda bulunabilir. MMP-9'un, KOAH'lı hastaların indüklenmiş balgamlarında arttığı ve akciğer parankim hasarında ise önemli rolü olduğu bilinmektedir. D vitamininin TNF-alfanın indüklediği MMP-9'u azaltarak doku hasarını azaltabileceği düşünülmektedir (Zhou et al., 2013).

Damera ve ark. (Damera et al., 2009) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise, D vitamini'nin insan havayolu düz kas hücrelerinin büyümesini, retinoblastoma proteinin ve checkpoint kinaz 1'in fosforilasyonunu inhibe ederek azalttığı gösterilmiştir. Sonuç olarak astım ve KOAH gibi kronik havayolu hastalığı olan kişilerde D vitamini tedavisi ile havayolu düz kas hücrelerinin kitlesinin büyümesinin engellenebileceği düşünülmektedir.

4.6. İskelet Kası Üzerine Etkisi

İskelet kası zayıflığı orta ve ağır derecede KOAH hastalarında çok sık karşılaşılan bir bulgu olup, solunum yetmezliği ve mortalitenin bağımsız bir belirleyicisidir (Gosselink, Troosters, & Decramer, 2010).

KOAH'daki kas gücü zayıflığının, D vitamini düzeyi ile ilişkili olabileceği ve rehabilitasyon sürecinde uygun D vitamini desteği ile düzeltilebileceği düşünülmüştür. KOAH'daki vitamin D reseptör genotip polimorfizmi ve kuadriseps gücü ilişkisini araştıran bir çalışma ise bu görüşü desteklemektedir (Hopkinson et al., 2008). Bir başka çalışmada da rehabilitasyon boyunca yapılan suplementasyonun kas gücünü artırılabilceği, bunun da akciğer fonksiyonlarını olumlu etkileyebileceği gösterilmiştir (Hornikx et al., 2012).

4.7. D Vitamini Gereksinmesi

Institute of Medicine (IOM) US komitesinin önerilerinde günlük D vitamini gereksinmesi; 1-70 yaş arası bireyler, laktasyon ve hamilelikte 600 IU/gün, 70 yaş üzeri için ise 800 IU/gün olarak belirtilmiştir ((IOM) Institute of Medicine, 2011). Özellikle KOAH'da D vitamini gereksinmesini belirten çalışmalar olmamakla birlikte günlük 800-1000 IU/gün alımın iskelet sistemi dışı potansiyel fayda için yeterli olduğu öngörülmektedir (Holick et al., 2011).

5. Sonuç ve Öneriler

D vitamini eksikliği günümüzde hala önemli bir halk sağlığı sorunu olarak var olmaya devam etmektedir. D vitamininin etkinliği sadece kalsiyum homeostazisini düzenleyerek kemik sağlığını idame ettirmekle sınırlı olmayıp iskelet sistemi dışında da birçok fonksiyonu vardır. KOAH'daki etkinliği ve etki mekanizması net olmasa da geleceğe dönük umut vadetmektedir. D vitamininin iskelet sistemi dışındaki genel faydaları için günlük alım 800-1000 IU kadar olmalıdır. Bununla birlikte, D vitamininin KOAH ve diğer kronik hastalık arasındaki sebep-sonuç ilişkisini araştıran yeni ileriye dönük, randomize girişimsel çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

(IOM) Institute of Medicine. (2011). Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D. Washington DC: The National Academies Press.

Adams, J. S., & Hewison, M. (2010). Update in vitamin D. *J Clin Endocrinol Metab*, 95(2), 471-478. doi:10.1210/jc.2009-1773

Akpınar, E. E. (2011). Kronik obstrüktif akciğer hastalığının sistemik etkileri. *Solunum Hastalıkları*, 22, 107-114.

Aranow, C. (2011). Vitamin D and the immune system. *J Investig Med*, 59(6), 881-886. doi:10.231/JIM.0b013e31821b8755

Baeke, F., Takiishi, T., Korf, H., Gysemans, C., & Mathieu, C. (2010). Vitamin D: modulator of the immune system. *Curr Opin Pharmacol*, 10(4), 482-496. doi:10.1016/j.coph.2010.04.001

- Baeke, F., van Etten, E., Gysemans, C., Overbergh, L., & Mathieu, C. (2008). Vitamin D signaling in immune-mediated disorders: Evolving insights and therapeutic opportunities. *Mol Aspects Med*, 29(6), 376-387. doi:10.1016/j.mam.2008.05.004
- Bals, R., Wang, X., Zasloff, M., & Wilson, J. M. (2008). The peptide antibiotic LL-37/hCAP-18 is expressed in epithelia of the human lung where it has broad antimicrobial activity at the airway surface. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 95(16), 9541-9546.
- Barnes, P. J., & Celli, B. R. (2009). Systemic manifestations and comorbidities of COPD. *Eur Respir J*, 33(5), 1165-1185. doi:10.1183/09031936.00128008
- Barreiro, E., Femoselle, C., Mateu-Jimenez, M., Sanchez-Font, A., Pijuan, L., Gea, J., & Curull, V. (2013). Oxidative stress and inflammation in the normal airways and blood of patients with lung cancer and COPD. *Free Radic Biol Med*, 65, 859-871. doi:10.1016/j.freeradbiomed.2013.08.006
- Black, P. N., & Scragg, R. (2005). Relationship between serum 25-hydroxyvitamin d and pulmonary function in the third national health and nutrition examination survey. *Chest*, 128(6), 3792-3798. doi:10.1378/chest.128.6.3792
- Bouillon, R. (2011). The Vitamin D Binding Protein DBP. In J. Adams, D. Feldman, & J. W. Pike (Eds.), *Vitamin D (Third Edition)* (pp. 57-72). San Diego: Academic Press.
- Bourjeily, G., & Rochester, C. L. (2000). Exercise training in chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Chest Med*, 21(4), 763-781.
- Boyan, B. D., Wong, K. L., Fang, M., & Schwartz, Z. (2007). 1alpha,25(OH)2D3 is an autocrine regulator of extracellular matrix turnover and growth factor release via ERp60 activated matrix vesicle metalloproteinases. *J Steroid Biochem Mol Biol*, 103(3-5), 467-472. doi:10.1016/j.jsbmb.2006.11.003
- Bozinovski, S., Anthony, D., & Vlahos, R. (2014). Targeting pro-resolution pathways to combat chronic inflammation in COPD. *J Thorac Dis*, 6(11), 1548-1556. doi:10.3978/j.issn.2072-1439.2014.08.08
- Brusselle, G. G., Joos, G. F., & Bracke, K. R. (2011). New insights into the immunology of chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*, 378(9795), 1015-1026. doi:10.1016/s0140-6736(11)60988-4
- Buist, A. S., McBurnie, M. A., Vollmer, W. M., Gillespie, S., Burney, P., Mannino, D. M., . . . Group, B. C. R. (2007). International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study. *Lancet*, 370(9589), 741-750. doi:10.1016/S0140-6736(07)61377-4
- Choi, C.-J., Seo, M., Choi, W.-S., Kim, K.-S., Youn, S.-A., Lindsey, T., . . . Kim, C.-M. (2013). Relationship between serum 25-hydroxyvitamin D and lung function among Korean adults in Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES), 2008–2010. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 98(4), 1703-1710.

- Christakos, S., Hewison, M., Gardner, D. G., Wagner, C. L., Sergeev, I. N., Rutten, E., . . . Bikle, D. D. (2013). Vitamin D: beyond bone. *Ann N Y Acad Sci*, 1287, 45-58. doi:10.1111/nyas.12129
- Damera, G., Fogle, H. W., Lim, P., Goncharova, E. A., Zhao, H., Banerjee, A., . . . Panettieri, R. A., Jr. (2009). Vitamin D inhibits growth of human airway smooth muscle cells through growth factor-induced phosphorylation of retinoblastoma protein and checkpoint kinase 1. *Br J Pharmacol*, 158(6), 1429-1441. doi:10.1111/j.1476-5381.2009.00428.x
- Deluca, H. F. (2014). History of the discovery of vitamin D and its active metabolites. *Bonekey Rep*, 3, 479. doi:10.1038/bonekey.2013.213
- Dursunoglu, N., Kokturk, N., Baha, A., Bilge, A. K., Borekci, S., Ciftci, F., . . . Akkoca Yildiz, O. (2016). Comorbidities and their impact on chronic obstructive pulmonary disease. *Tuberk Toraks*, 64(4), 289-298.
- Faerk, G., Colak, Y., Afzal, S., & Nordestgaard, B. G. (2018). Low concentrations of 25-hydroxyvitamin D and long-term prognosis of COPD: a prospective cohort study. *Eur J Epidemiol*, 33(6), 567-577. doi:10.1007/s10654-018-0393-9
- Franco, C. B., Paz-Filho, G., Gomes, P. E., Nascimento, V. B., Kulak, C. A., Boguszewski, C. L., & Borba, V. Z. (2009). Chronic obstructive pulmonary disease is associated with osteoporosis and low levels of vitamin D. *Osteoporos Int*, 20(11), 1881-1887. doi:10.1007/s00198-009-0890-5
- GOLD. (2018). Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2018 Report. Retrieved from http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf
- Gosselink, R., Troosters, T., & Decramer, M. (2010). Peripheral muscle weakness contributes to exercise limitation in COPD. *Am J Respir Crit Care Med*, 153(3), 152-155. doi:10.1164/ajrccm.153.3.8630582
- Graat-Verboom, L., van den Borne, B. E., Smeenk, F. W., Spruit, M. A., & Wouters, E. F. (2011). Osteoporosis in COPD outpatients based on bone mineral density and vertebral fractures. *J Bone Miner Res*, 26(3), 561-568. doi:10.1002/jbmr.257
- Grant, W. B., & Holick, M. F. (2005). Benefits and requirements of vitamin D for optimal health: a review. *Altern Med Rev*, 10(2), 94-111.
- Grober, U., Spitz, J., Reichrath, J., Kisters, K., & Holick, M. F. (2013). Vitamin D: Update 2013: From rickets prophylaxis to general preventive healthcare. *Dermatoendocrinol*, 5(3), 331-347. doi:10.4161/derm.26738
- Hernigou, P., Auregan, J. C., & Dubory, A. (2018). Vitamin D: part I; from plankton and calcified skeletons (500 million years ago) to rickets. *Int Orthop*. doi:10.1007/s00264-018-3857-3



- Herr, C., Greulich, T., Koczulla, R. A., Meyer, S., Zakharkina, T., Branscheidt, M., . . . Bals, R. (2011). The role of vitamin D in pulmonary disease: COPD, asthma, infection, and cancer. *Respir Res*, 12, 31. doi:10.1186/1465-9921-12-31
- Holick, M. F. (2007). Vitamin D deficiency. *N Engl J Med*, 357(3), 266-281. doi:10.1056/NEJMra070553
- Holick, M. F., Binkley, N. C., Bischoff-Ferrari, H. A., Gordon, C. M., Hanley, D. A., Heaney, R. P., . . . Weaver, C. M. (2011). Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*, 96(7), 1911-1930. doi:10.1210/jc.2011-0385
- Hopkinson, N. S., Li, K. W., Kehoe, A., Humphries, S. E., Roughton, M., Moxham, J., . . . Polkey, M. I. (2008). Vitamin D receptor genotypes influence quadriceps strength in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Clin Nutr*, 87(2), 385-390.
- Horasan, G. D. (2013). Kronik Solunum Yolu Hastalıkları. In B. Ünal & G. Ergör (Eds.), *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması Final Raporu* (pp. 207-220). Ankara: Anıl Matbaa.
- Hornikx, M., Van Remoortel, H., Lehouck, A., Mathieu, C., Maes, K., Gayan-Ramirez, G., . . . Janssens, W. (2012). Vitamin D supplementation during rehabilitation in COPD: a secondary analysis of a randomized trial. *Respir Res*, 13, 84. doi:10.1186/1465-9921-13-84
- Janssens, W., Bouillon, R., Claes, B., Carremans, C., Lehouck, A., Buyschaert, I., . . . Lambrechts, D. (2010). Vitamin D deficiency is highly prevalent in COPD and correlates with variants in the vitamin D-binding gene. *Thorax*, 65(3), 215-220. doi:10.1136/thx.2009.120659
- Kentson, M., Leanderson, P., Jacobson, P., & Persson, H. L. (2018). The influence of disease severity and lifestyle factors on the peak annual 25(OH)D value of COPD patients. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 13, 1389-1398. doi:10.2147/copd.s156121
- Kocabas, A., Hancioglu, A., Turkyilmaz, S., & Arslan, M. (2006). Prevalence of COPD in Adana, Turkey (BOLD-Turkey Study). *Proc Am Thorac Soc*, 3, A543.
- Kokturk, N., Baha, A., Oh, Y. M., Young Ju, J., & Jones, P. W. (2018). Vitamin D deficiency: What does it mean for chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? a comprehensive review for pulmonologists. *Clin Respir J*, 12(2), 382-397. doi:10.1111/crj.12588
- Kulie, T., Groff, A., Redmer, J., Hounshell, J., & Schrage, S. (2009). Vitamin D: an evidence-based review. *J Am Board Fam Med*, 22(6), 698-706. doi:10.3122/jabfm.2009.06.090037
- Kunisaki, K. M., Niewoehner, D. E., Singh, R. J., & Connett, J. E. (2012). Vitamin D status and longitudinal lung function decline in the Lung Health Study. *Eur Respir J*, 37(2), 238-243. doi:10.1183/09031936.00146509

- Lehouck, A., Mathieu, C., Carremans, C., Baeke, F., Verhaegen, J., Van Eldere, J., . . . Janssens, W. (2012). High doses of vitamin D to reduce exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease: a randomized trial. *Ann Intern Med*, 156(2), 105-114. doi:10.7326/0003-4819-156-2-201201170-00004
- Litwack, G. (2008). *Human Biochemistry and Disease*. Amsterdam: Elsevier.
- López-Campos, J. L., Tan, W., & Soriano, J. B. (2016). Global burden of COPD. *Respirology*, 21(1), 14-23.
- Loukides, S., Bartziokas, K., Vestbo, J., & Singh, D. (2013). Novel anti-inflammatory agents in COPD: targeting lung and systemic inflammation. *Curr Drug Targets*, 14(2), 235-245.
- Masala, S., Magrini, A., Taglieri, A., Nano, G., Chiaravalloti, A., Calabria, E., . . . Simonetti, G. (2014). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients with osteoporotic vertebral compression fractures (OVCFs): improvement of pulmonary function after percutaneous vertebroplasty (VTP). *Eur Radiol*, 24(7), 1577-1585. doi:10.1007/s00330-014-3165-2
- McCollum, E. V., Pitz, W., Simmonds, N., Becker, J. E., Shipley, P. G., & Bunting, R. W. (2002). The effect of additions of fluorine to the diet of the rat on the quality of the teeth. 1925. *Studies on experimental rickets. XXI. An experimental demonstration of the existence of a vitamin which promotes calcium deposition. 1922. The effect of additions of fluorine to the diet of the rat on the quality of the teeth. 1925. J Biol Chem*, 277(19), E8.
- McLendon, K., & Gossman, W. G. (2018). *EMS, Field Identification Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing LLC.
- Moghaddassi, M., Pazoki, M., Salimzadeh, A., Ramim, T., & Alipour, Z. (2018). Association of Serum Level of 25-Hydroxy Vitamin D Deficiency and Pulmonary Function in Healthy Individuals. *ScientificWorldJournal*, 2018, 3860921. doi:10.1155/2018/3860921
- Mohr, S. B. (2009). A brief history of vitamin d and cancer prevention. *Ann Epidemiol*, 19(2), 79-83. doi:10.1016/j.annepidem.2008.10.003
- Nuti, R., Siviero, P., Maggi, S., Guglielmi, G., Caffarelli, C., Crepaldi, G., & Gonnelli, S. (2009). Vertebral fractures in patients with chronic obstructive pulmonary disease: the EOLO Study. *Osteoporos Int*, 20(6), 989-998. doi:10.1007/s00198-008-0770-4
- Özkan, B., & Döneray, H. (2011). D vitamininin iskelet sistemi dışı etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 54, 99-119.
- Peter, W. J., Whitfield, G. K., Ryan, F., Shane, B., Jamie, L., & Mark, R. H. (2012). *Vitamin D Vitamin D (pp. 3-36): CRC Press*.
- Pilz, S., Trummer, C., Pandis, M., Schwetz, V., Aberer, F., Grubler, M., . . . Marz, W. (2018). Vitamin D: Current Guidelines and Future Outlook. *Anticancer Res*, 38(2), 1145-1151. doi:10.21873/anticancer.12333

- Pludowski, P., Holick, M. F., Pilz, S., Wagner, C. L., Hollis, B. W., Grant, W. B., . . . Soni, M. (2013). Vitamin D effects on musculoskeletal health, immunity, autoimmunity, cardiovascular disease, cancer, fertility, pregnancy, dementia and mortality—A review of recent evidence. *Autoimmunity Reviews*, 12(10), 976-989. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.autrev.2013.02.004>
- Pramyothin, P., & Holick, M. F. (2012). Vitamin D supplementation: guidelines and evidence for subclinical deficiency. *Curr Opin Gastroenterol*, 28(2), 139-150. doi:10.1097/MOG.0b013e32835004dc
- Rajakumar, K. (2003). Vitamin D, cod-liver oil, sunlight, and rickets: a historical perspective. *Pediatrics*, 112(2), e132-135.
- Ringbaek, T., Martinez, G., Durakovic, A., Thogersen, J., Midjord, A. K., Jensen, J. E., & Lange, P. (2011). Vitamin d status in patients with chronic obstructive pulmonary disease who participate in pulmonary rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil Prev*, 31(4), 261-267. doi:10.1097/HCR.0b013e31821c13aa
- Semba, R. D., Chang, S. S., Sun, K., Cappola, A. R., Ferrucci, L., & Fried, L. P. (2012). Serum 25-Hydroxyvitamin D and Pulmonary Function in Older Disabled Community-Dwelling Women. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 67A(6), 683-689. doi:10.1093/gerona/glr213
- Shaheen, S. O., Jameson, K. A., Robinson, S. M., Boucher, B. J., Syddall, H. E., Sayer, A. A., . . . Dennison, E. M. (2011). Relationship of vitamin D status to adult lung function and COPD. *Thorax*, thx. 2010.155234.
- Sözen, T. (2011). D hormonu: Güncel gelişmeler. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 42, 14-27.
- Tellioğlu, A., & Başaran, S. (2013). Güncel Bilgiler Işığında Vitamin D. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(2), 259-271.
- Uzun, K., & Maden, E. (2013). KOAH'da sistemik sorunlar ve yaklaşım. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 1, 153-160.
- Visweswaran, R. K., & Lekha, H. (2013). Extraskeletal effects and manifestations of Vitamin D deficiency. *Indian J Endocrinol Metab*, 17(4), 602-610. doi:10.4103/2230-8210.113750
- Wacker, M., & Holick, M. F. (2013). Sunlight and Vitamin D: A global perspective for health. *Dermatoendocrinol*, 5(1), 51-108. doi:10.4161/derm.24494
- Wen, H., & Baker, J. F. (2011). Vitamin D, immunoregulation, and rheumatoid arthritis. *J Clin Rheumatol*, 17(2), 102-107. doi:10.1097/RHU.0b013e31820edd18
- White, J. H. (2012). Vitamin D metabolism and signaling in the immune system. *Rev Endocr Metab Disord*, 13(1), 21-29. doi:10.1007/s11154-011-9195-z
- WHO. (2018). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Retrieved from <http://www.who.int/respiratory/copd/en/>

- Wimalawansa, S. J., Razzaque, M. S., & Al-Daghri, N. M. (2017). Calcium and vitamin D in human health: Hype or real? *J Steroid Biochem Mol Biol*. doi:10.1016/j.jsbmb.2017.12.009
- Wolf, G. (2004). The discovery of vitamin D: the contribution of Adolf Windaus. *J Nutr*, 134(6), 1299-1302.
- Zhang, L. L., Gong, J., & Liu, C. T. (2014). Vitamin D with asthma and COPD: not a false hope? A systematic review and meta-analysis. *Genet Mol Res*, 13(3), 7607-7616. doi:10.4238/2014.February.13.10
- Zhou, H., Wu, Y., Jin, Y., Zhou, J., Zhang, C., Che, L., . . . Shen, H. (2013). Genetic polymorphism of matrix metalloproteinase family and chronic obstructive pulmonary disease susceptibility: a meta-analysis. *Sci Rep*, 3, 2818. doi:10.1038/srep02818
- Zhu, M., Wang, T., Wang, C., & Ji, Y. (2016). The association between vitamin D and COPD risk, severity, and exacerbation: an updated systematic review and meta-analysis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 11, 2597-2607. doi:10.2147/copd.s101382


Tablo 1. KOAH'da D Vitamini Düzeyi ile İlgili Bazı Çalışmalar

Referans	Vaka/ Kontrol sayısı	D vitamini Düzeyi
(Ringbaek et al., 2011)	311	61 hastada (% 19.6) eksiklik (< 20 ng/ml). 13 hastada (% 4.2) ağır vitamin eksikliği (< 10 ng/ml) 82 (% 26.4) hastada ise yetersizlik (20-29 ng/ml)
(Kunisaki et al., 2012)	196	60 (% 31) hastada D vitamini eksikliği. 69 (% 35) hastada D vitamini yetersizliği
(Franco et al., 2009)	49	3 (% 6) hastada D vitamini düzeyi yeterli (> 30 ng/mL). 29 (% 59) hastada yetersizlik (21-29 ng/mL). 17 (% 35) hastada eksiklik (< 20 ng/mL)
(Shaheen et al., 2011)	240	41 (%17.1) hasta (11.4-27.4 nmol/L) (%0-20) 37 (%15.5) hasta (27.5-38.2 nmol/L) (%20-40) 50 (%21.5) hasta (48.1-62.8 nmol/L) (%40-60)
(Janssens et al., 2010)	414	Ağır evre (n=75) hastaların %60'ında. Çok ağır (n=30) hastaların %77'sinde Vitamin D yetersizliği (<20 ng/mL)

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, ng/mL: nanogram/mililitre, nmol/L: nanomol/litre

Yaşlılarda Koah ve Beslenme Yaklaşımları / Nutritional Aspects of COPD in Elderly

Sedat ARSLAN¹.

1. Kastamonu Üniversitesi, sedatarслан@kastamonu.edu.tr 

Gönderim Tarihi | Received: 20.04.2018, Kabul Tarihi | Accepted: 3.10.2018, Yayın Tarihi | Date of Issue: 1.04.2020, DOI: 10.25279/sak.417312.

Atıf | Reference: "ARSLAN, S. (2020). Yaşlılarda Koah ve Beslenme Yaklaşımları. Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK), 5(1), s.78-90. DOI: 10.25279/sak.417312"

Öz

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı morbidite ve disabilitenin önemli bir nedenidir. Solunum sisteminde yaşla birlikte meydana gelen; solunum kaslarının kuvvetinde azalma, akciğer parankiminde anatomik değişiklikler gibi fizyolojik değişimlerin sonucu olarak hava akışında ve gaz değişim etkinliğinde azalmalar meydana gelir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan yaşlı hastalarda negatif enerji dengesi ve negatif protein dengesi bulunmaktadır. Bu hastalarda öncelik; ileri derecede ağırlık kaybı ve kaşeksi ortaya çıkmadan beslenme durumunun düzenlenmesi ile bu durumu önlemek olmalıdır. Bu hastalarda beslenme destek ürünlerinin kullanılmasından ziyade erken dönemde diyetin düzenlenmesi büyük önem taşımaktadır. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda solunum gücüne neden olması nedeniyle günlük enerjinin karbonhidratlardan gelen oranının %40-55 ile sınırlandırılması, malnutrisyon varlığında proteinlerden gelen oranın %20 ve yağlardan gelen oranın %30-45 olması önerilmektedir. Yine kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan yaşlılarda D vitamini seviyelerinin düşük olduğu gösterilmiştir. Hem bağışıklık sistemi üzerine etkileri hem de kaşeksi ve sarkopeni tedavisinde olumlu etkileri nedeniyle D vitamininin normal seviyelerde olmasının yararlı olacağı bildirilmiştir. Düşük vücut ağırlıklı veya istemsiz olarak ağırlık kaybeden kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarının daha yüksek mortalite gösterdiği belirtilmektedir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan yaşlı hastalarda yağsız doku kütlelerinin değerlendirilmesinde antropometrik ölçümlerin yetersiz kaldığı gösterilmiş, bu hastalarda bioelektrikimpedans analizinin daha iyi sonuç verdiği bildirilmiştir. Ayrıca yaşlı Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlarda beden kütle indeksi yerine yağsız vücut kütle indeksi değerlendirilmesinin daha iyi bir gösterge olduğu bildirilmiştir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ilerleyici bir hastalıktır ancak uygun tedavi ile hastalığın ilerleyişinin yavaşlanması sağlanabilir. Beslenme tedavisi Kronik obstrüktif akciğer hastalığında multidisipliner tedavi yaklaşımının önemli bir bileşenidir.

Anahtar Kelimeler: KOAH, Yaşlı Beslenmesi

Abstract

Chronic obstructive pulmonary disease is an important cause of morbidity and disability. As a result of physiological changes in the respiratory system such as decrease in strength of respiratory muscles and anatomical changes in lung parenchyma, air flow and gas exchange efficiency are reduced. Elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease usually have negative energy balance and negative protein balance. In these patients priority should be given to prevention of this situation by regulating the nutritional status before advanced weight loss and cachexia occurs. Rather than using nutritional support products, planning an

appropriate diet for chronic obstructive pulmonary disease patients has great importance. It is suggested that patients with chronic obstructive pulmonary disease should take carbohydrate limited to 40-55% of daily energy since it may cause respiratory distress, 20% of daily energy from dietary proteins in malnutrition and 30-45% of daily energy from dietary fats. It has also been shown that vitamin D levels are low in chronic obstructive pulmonary disease elderly. Vitamin D at normal level is reported to be beneficial because of its positive effects both on immune system and on treatment of cachexia and sarcopenia. chronic obstructive pulmonary disease patients with low body weight or involuntary loss of weight are reported to have higher mortality. In elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease, anthropometric measurements have been shown to be inadequate in the evaluation of lean tissue mass, and bioelectrical impedance analysis has been reported to provide better results. It has also been reported that evaluation of lean body mass index instead of body mass index in elderly chronic obstructive pulmonary disease patients is a better indicator. Chronic obstructive pulmonary disease is a progressive disease; however, with appropriate treatment progression of the disease can be slowed down. Nutritional therapy is an important component of multidisciplinary treatment approach in chronic obstructive pulmonary disease.

Keywords: COPD, Nutrition for Elderly

1. Giriş

Yaşlılığın getirdiği fizyolojik ve immünopatolojik değişiklikler kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) prevalansının yükselmesine neden olur. Benzer semptomlara neden olan komorbiditeler ve nefes darlığının yaşlılığın doğal sonucu olarak algılanması tanıda gecikmelere neden olur (De Marco et al., 2013). Bu hastalığın, GOLD (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Yaklaşım) tarafından önerilen ve Amerikan Toraks Derneği (ATS) ve Avrupa Solunum Birliği (ERS) kurumlarından da kabul gören tanımı; tam olarak geri dönüşlü olmayan hava akımı kısıtlanması ile karakterize, önlenemez ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. (Mannino, Doherty, & Buist, 2006). KOA'nın tipik özelliği olan yerleşik hava akımı kısıtlanması, genellikle ilerleyicidir ve zararlı partiküllere karşı akciğerlerde gelişen anormal inflamatuvar yanıt ile ilişkilidir. GOLD'un 2003 yılında yapmış olduğu tanımlamadan farklı olarak bu tanımında KOA'nın sistemik bir hastalık olduğu, akciğer dışı etkilerinin ve ek hastalıkların hastalığın şiddetini etkilediği vurgulanmıştır (D. M. Mannino et al., 2006).

KOA dünyada giderek artan hayati bir kronik morbidite ve mortalite nedeni hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün raporunda belirtildiği üzere KOA, 2001 senesinde dünyanın en önemli ölüm nedenleri arasında 5. sırada bulunmakta ve her yıl 2.7 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır (Lopez et al., 2006).Günümüzde 80 milyon orta-ağır şiddette KOA'lı hasta var olduğu, 2005 yılında 3 milyonu aşkın insanın KOA nedeniyle öldüğü ayrıca bu rakamın dünyanın toplam ölüm rakamının %5'i olduğu belirtilmiştir (Lopez et al., 2006). Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre KOA 2030 yılına kadar ölüm nedenleri sıralamasında 3. sıraya yerleşecektir (Lopez et al., 2006).

Kırk yaş ve üzerinde KOA prevalansı 1990-2004 yılları arasında yayımlanan çalışmaların meta analizinde %10 olarak bulursa da, son zamanlarda yapılmış PLATINO ile BOLD çalışmalarında bu oranların birçok ülkede %20.4 dolaylarında bulunduğu, yaş ve tütün kullanımı yoğunluğuyla oranların arttığı bildirilmiştir (Buist et al., 2007; Talamo et al., 2007). Spirometri testinin kullanıldığı epidemiyolojik araştırmaların meta analizinde gelişmiş dünyada KOA prevalansı %8,9 olarak saptanmıştır (Halbert et al., 2006).

Dünyada 65 yaş ve üstü bireylerde KOAH prevalansı %14.2 (%11.0 - %18.0) olarak tahmin edilmektedir. Son zamanlarda yapılan çok uluslu, kesitsel bir çalışmada araştırmacılar, Amerika Birleşik Devletleri'nde KOAH şiddetini belirlemek için GOLD sınıflaması kullanıldığında, GOLD evre II veya daha yüksek olanların yaygınlığı 40 ila 49 yaş arasındaki bireylerde %1.9 bulunurken, bu oranın 70 yaşın üzerindeki bireylerde %19.2 olduğunu bulmuşlardır. Her 10 yıllık artışta, KOAH prevalansında iki kat artış gözlenmiştir (Paolisso, 2009). Avrupa'da yapılmış olan epidemiyolojik çalışmalar KOAH'ın yetişkin nüfusun yaklaşık %9'unu etkilediğini ve bunun çoğunu da sigara içicilerin oluşturduğunu göstermiştir (De Marco et al., 2013; López-Campos, Tan, & Soriano, 2016). Slovenya'da Dünya KOAH gününde her yıl düzenlenen spirometri taraması dahilinde 770 kişinin incelendiği uzunlamasına bir çalışmada katılımcıların %16.2'sinin bozulmuş akciğer fonksiyonları olduğu, bunların %10.2'sinin obstrüktif paterne sahip olduğu saptanmış, 79 birey KOAH tanısı almıştır (Grzetic-Romcevic, Devcic, & Sonc, 2011). KOAH 2001 yılına kadar küresel işlev kaybına uyarlanmış yaşam yılı (DALY) sıralamasında 9. sırada yer almıştır. Bu da DALY'nin global yükünün %2.5'ine ve ölümlerin %4.8'ine karşılık gelmektedir (Murray & Lopez, 1997). Türkiye'de ölüm nedenlerini tahmin etmeyi hedefleyen Ulusal Hastalık Yükü (UHY) çalışmasına göre KOAH, önde gelen hastalık yükü nedenleri arasında 8. sırada yer almaktadır (Kocabaş, 2010).

Türkiye'de 1976'da yapılmış Ankara bölgesine ait bir çalışmada, 40 yaş üzerindeki bireylerde KOAH prevalansının %13.6 olduğu (erkeklerde %20.1, kadınlarda %8.2) bildirilmiştir (Hastalığı, 1976). BOLD çalışmasının Adana'daki örneğinde ise KOAH prevalansının 40 yaş üzerinde %19.1 (erkeklerde %29.3, kadınlarda %9.9) olduğu saptanmıştır (Kocabaş, Turkyilmaz, & Unalan, 2006). Türkiye'de tütün kullanımının yanında tezek kullanımının, keten-kenevir işçiliğinin, odun sobası kullanımının ve asbeste maruziyetin KOAH'ın oluşmasında etkili olabileceği üzerinde durulmaktadır (Kocabaş, 2010).

KOAH mortalitesinde en belirgin artış 1980-2000 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) kadın hastalarda gerçekleşmiştir. Mortalite, 1980 yılında ABD'de kadın hastalarda yüz binde 20.1 iken, bu oran 2000 yılında yüz binde 56.7 olarak belirlenmiştir. Erkek hastalarda KOAH'a bağlı mortalitedeki artış kadın hastalara göre daha ılımlı (1980 yılında yüz binde 73, 2000 yılında yüz binde 82.6) olarak değerlendirilmiştir (Jemal, Ward, Hao, & Thun, 2005).

KOAH klinik olarak belirgin olup, hasta birey sağlık kuruluşuna başvurmadığı müddetçe teşhis yapılamadığından, eldeki prevalans ile morbidite gibi veriler bu hastalığın toplumda görülme yaygınlığı ile ciddiyetini yansıtamamaktadır. Çoğunlukla, ölümün sebebi olan asıl hastalık ve etken olarak değil de öncü faktörmüş gibi değerlendirilip çoğunlukla kayıtlara geçirilmediğinden, mortalite verilerinin de toplumda bulunan gerçek değerlerden düşük olduğu tahmin edilmektedir (Samurkaşoğlu, 2003). Özellikle erken evre KOAH'ın varlığı, hem hasta hem de doktor tarafından yetersiz olarak fark edilmektedir (D. Mannino et al., 2006; Pena et al., 2000).

2. Solunum Sisteminde Yaşa Bağlı Değişimler

Yaşa bağlı fizyolojik değişiklikler, bozulmuş akciğer fonksiyonuna ve yaşla birlikte KOAH prevalansının artmasına katkıda bulunmaktadır. Genel olarak, bu değişiklikler göğüs duvarının uyumunda ilerleyici bir azalmayı, solunum kaslarının kuvvetinde azalmayı ve akciğer parankimi ve periferik solunum yollarında anatomik değişiklikleri içerir (Janssens, 2005). Osteoporoz ve kifoz nedeniyle toraks şeklindeki değişiklikler göğüs duvarı mekaniğinde verimsizliklere neden olabilmektedir (Janssens, 2005). Bu değişikliklerin işlevsel sonuçları,

doruk inspiratuvar ve ekspiratuvar hava akışlarının, hayati kapasitenin ve gaz değişiminin etkinliğinin azalmasıdır (Janssens, 2005).

Sigara içen veya sigara öyküsü olan ve kronik öksürük, nefes darlığı veya fiziksel aktivite sınırlamaları gibi solunum semptomları gösteren yaşlı bir hasta KOAH'a sahip olabilir (Vestbo et al., 2013). Spirometri testi, uygun tedavinin başlatılabilmesi, hastalığın şiddetinin belirlenmesi ve KOAH tanısının doğrulanması için endikedir (Vestbo et al., 2013).

2.1. Beslenme Tedavisi

Amerika Toraks Derneği (ATS) ve Avrupa Solunum Topluluğu (ERS)'nin önerisine göre yaşlı KOAH'lı hastalarda $BKI < 21 \text{ kg/m}^2$ olanlarda, son 6 ayda vücut ağırlığının %10'undan ya da son bir ayda %5'inden fazlasını istemsiz şekilde kaybetmekte olan vakalarda, yağsız vücut kütlelerinde düşüş görülen vakalarda beslenme tedavisinin düzenlenmesi gereklidir (Celli et al., 2004). Ağırlık kaybının tedavisi, diyetle besin alımının artırılması, farklı enerji içeriği yoğun besinlerin diyete eklenmesi, hastanın fiziksel aktivite durumu ve semptomlarına göre ana ve ara öğünlerin düzenlenmesi amaçlarını içermelidir. Ayrıca beslenme desteğinin, pulmoner rehabilitasyon programlarının bir bileşeni olarak ağırlık kazanımı ve fonksiyonel iyileşmeyi sağladığı gösterilmiştir (Celli et al., 2004).

ESPEN kılavuzuna göre egzersiz ve anabolik farmakoterapi ile birlikte enteral beslenme, KOAH'lı hastalarda beslenme durumunu ve fonksiyonunu iyileştirebildiği gibi sık ve az miktarda oral beslenme takviyeleri yemek sonrası dispne ve aşırı doygunluğun önlenmesi ve uyumun geliştirilmesi nedeniyle tercih edilebilir. (Anker et al., 2006).

Ghrelinin hormonu, yağ kullanımını azaltarak ve büyüme hormonundan bağımsız mekanizmalarıyla beslenmeyi uyararak pozitif bir enerji dengesi oluşturur. Diğer ağırlık kaybı yaşatan hastalıklarının aksine, KOAH hastalarında plazma ghrelinin seviyeleri azalmaktadır. Tekrarlı ghrelinin tedavisinin, vücut kompozisyonunu geliştirdiği ve fonksiyonel kapasiteyi arttırdığı gibi kas kaybını azalttığı ve kaşeksi olan KOAH hastalarında sempatik aktiviteyi geliştirdiği bildirilmiştir (Anker et al., 2006).

2.2. Enerji ve Makro Besin Ögeleri

Yaşlanan bireyin beslenme gereksinimleri kişisel ve çevresel faktörler arasındaki karmaşık etkileşime dayanır. Normal yaşlanma ile ortaya çıkan değişiklikler yaşlı erişkinlerde beslenmeyle ilgili riskleri ortaya çıkarır. Yaşlı bireyin beslenme gereksinimleri eşlik eden sağlık sorunları, aktivite düzeyi, kalori gereksinimi, gıdaya ulaşma, hazırlama, sindirme ve gıda tercihlerinden etkilenir. Sağlıklı beslenme ve beslenme durumunun yönetimi birinci basamağa başvuran yaşlının kapsayıcı bakımının bir parçası olmalıdır (Peker & Ungan, 2014). KOAH'lı hastalarda beslenme desteğinin araştırıldığı olgular genellikle ileri evre hastaları içermektedir. Bu olgularda negatif enerji dengesi yanı sıra negatif bir protein dengesi de bulunduğundan beslenme desteğinin etkinliği kısıtlanabilmektedir (Ekren & Gürgün, 2013). Çok ağır KOAH'lı olgularda enerji alımını artırmak zordur ve bu nedenle ağırlık kazanımı sağlanamamaktadır. Bu nedenle özellikle bu olgulardaki yaklaşım, ileri derecede ağırlık kaybı ve kas erimesi ortaya çıkmadan beslenme desteği yaklaşımlarını yoğunlaştırmaktır. Bu olgularda, nutrisyonel destek ürünlerinin kullanılmasından çok, erken dönemde diyetin düzenlenmesinin büyük önem taşıdığı bildirilmektedir (Ekren & Gürgün, 2013).

KOAH'lı hastalarda hastaya uygulanan (klinik ve/veya poliklinik) solunum tedavisi yöntemine bağlı olarak, hastanın enerji gereksinimi değişmektedir (Mahan & Escott-Stump, 2008).

Stabil ve beslenme durumu normal olan KOAH'lı hastalarda enerji gereksinmesi için dinlenme enerji harcamasının 1.3 katının verilmesinin yeterli olduğu bildirilmiştir (Mahan & Escott-Stump, 2008). KOAH'lı hastalarda yeterli enerji sağlanması yaşamsal olduğu kadar fazla enerji tüketimi de dispneyi tetikleyeceği için istenilmemektedir (Mahan & Escott-Stump, 2008).

Karbonhidratlar lipitlerle karşılaştırıldığında, %40 oranında daha fazla karbondioksit oluşumuna neden olurlar. Karbonhidratların katabolizmaları sonucu biriken karbondioksitin solunum güçlüğüne neden olması ve fiziksel aktivite toleransını azaltması sebebiyle sınırlandırılması ve KOAH'lı hastalarda günlük enerjinin karbonhidratlardan gelen oranının %40-55 olması önerilmektedir (Mahan & Escott-Stump, 2008).

KOAH olan hastalarda sadece düşük vücut ağırlığına sahip olanlarda değil, aynı zamanda normal vücut ağırlığına sahip olgularda da protein sentezinin sağlanması ve yağsız vücut kütesinin korunması amacıyla yeterli protein alımı gerçekleşmelidir (Yeh, Deguzmán, Kramer, & Group, 2002). KOAH'ta kas kaybının temeli, protein sentezi (anabolizma) ve protein yıkımı (katabolizma) arasındaki dengenin bozulmasına bağlanmaktadır. Ayrıca, diyetle azalmış alım, fiziksel inaktivite, nöroendokrin yanıtta değişiklikler, sistemik inflamatuvar yanıt KOAH'lı olgularda negatif azot dengesine neden olabilmektedir (Yeh et al., 2002). Stabil KOAH'lı hastalarda malnütrisyon varlığında toplam enerjinin %20'sinin proteinlerden sağlanması optimal beslenme tedavisi yaklaşımı olarak kabul edilmektedir (Ferreira et al., 1998). Akciğer ve kas dokusunun korunumu ve onarımı için diyetle kaliteli protein kaynakları tercih edilmelidir. KOAH'lı hastalarda artmış oksidatif stres glutasyon gereksinimini arttırmaktadır. Sistein içeriği yüksek olan bir protein kaynağı (whey proteini gibi) glutasyon içeriğini arttırmada kazeine göre daha etkili olduğu bildirilmiştir (Ferreira et al., 1998). Protein vücutta enerji de sağlar. Karbonhidrat ve yağın az alınması durumunda protein enerji için kullanılır. Bu istenmeyen bir durumdur. Çünkü protein enerji olarak kullanıldığında vücuttaki asıl görevlerini yerine getiremez. Protein bütün hayvansal ve bitkisel besinlerde bulunur. Ancak besinler içerdikleri protein miktarı ve kalitesi (vücutta kullanılma durumu) bakımından farklıdır. Et, et ürünleri, yumurta, sakatatlar, balık, süt ve ürünleri gibi hayvansal besinlerden sağlanan protein üstün kaliteli, bitkisel besinlerden sağlanan düşük kalitelidir (Aksoydan, 2005).

KOAH'lı hastalarda günlük enerjinin %30-45'inin yağlardan sağlanması önerilmektedir. Bunun sebebi KOAH hastalarında solunum güçlüğünün önlenmesi için kısıtladığımız CHO'dan eksik kalan enerji açığını yağlardan gelen enerjiyle tamamlamaktır. Ventilatuvar rezervi kısıtlı olan hastalarda günlük enerjinin yarısının yağlardan sağlanmasının yararlı olacağı bildirilmiştir (Cohen, 1994). Yüksek yağlı diyetin dispneyi arttırdığına dair çalışmalar da mevcuttur. Yağların Krebs döngüsüne girmeden önce daha fazla oksidatif kapasite ve enerji girdisi gerektirdiği bilinmektedir (Cohen, 1994). Yine bir çalışma da KOAH hastalarına yüksek, orta ve düşük yağlı diyetler verilmiş, yüksek yağlı diyetin gaz çıkışı ve enerji kullanımı açısından daha faydalı olduğu gösterilmiştir (Kuo, Shiao, & Lee, 1993). Bu konuda net bir görüşe henüz varılamamıştır ve çalışmalar çelişkili sonuçlar vermektedir.

2.3. Vitamin ve Mineraller

Yaşlılık döneminde enerji gereksinmesinin azalması, vücut direncinin azalması, hareket kısıtlılığı, kronik hastalıkların görülme sıklığının artması gibi nedenlerle vitamin ve minerallere olan ihtiyaç artar. Vitamin ve mineral yetersizliği akut ve kronik hastalıkların seyrini etkiler, ağırlaştırarak ölümlere neden olabilir. Vitamin ve minerallerin vücutta kullanımını engelleyen bir sağlık sorunu ya da besin alımında bir kısıtlamanın olmadığı durumlarda, D vitamini dışındaki vitamin ve mineral ihtiyacı, iyi planlanmış bir diyetle besinlerden sağlanabilir (Peker & Ungan, 2014).

D vitamini kemik mineralizasyonunda, kalsiyum ve fosfor emiliminde ve bağışıklık sisteminde önemli role sahiptir. Solunum fonksiyonu ile ilgili olarak D vitamini, TNF- α 'nın inhibisyonu ve bağışıklık hücrelerinde IL-10'un geliştirilmesi yoluyla hava yolunun yeniden modellenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Hughes & Norton, 2009).

Yaşlanma ile birlikte görülen cilt değişiklikleri nedeniyle deri altı D vitamini sentezinin azalması, D vitamininin oral aliminde yetersizlik, bağırsak emiliminde azalma ve böbrek aktivitesindeki düşüklük, ileri yaşlarda D vitamini eksikliğinin daha sık görülmesine yol açmaktadır (2). Aynı zamanda kas-iskelet sistemi agrisi, denge bozukluğu ve düşme yatkınlığı gibi sonuçlar, bu yaş grubundaki hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Kaya, Karadağ Saygı, & Akyüz, 2010). KOAH'lı yaşlı hastalarda artmış osteoporoz prevalansı (%9-69) ve osteopeni (%27-67) vardır. Malnutrisyon ve düşük D vitamini seviyeleri bu yüksek prevalansın nedeni olabilir. KOAH'lı hastaların çoğunda D vitamini eksikliği vardır, bu nedenle KOAH'lı hastalarda vitamin D takviyesi önerilmektedir (Sin, Man, & Man, 2003). Son olarak, D vitamini, sadece spirometrik değerlerdeki belirgin düzelme için değil, aynı zamanda KOAH hastalarında kaşeksi ve sarkopenide yeni bir tedavi olarak önerildiği için antioksidan tedavi olarak önemli bir rol oynayabilir (Ferguson et al., 2009). Kemik-mineral yoğunlukları, KOAH hastalarının düşüş eğilimindedir. Bundan sebeple, D ile K vitaminleri de gerektiği durumlarda takviye verilebilmektedir (Tsiligianni & van der Molen, 2010).

A, C ve E vitamini gibi antioksidan özelliği bulunan antioksidanların KOAH üzerinde semptom giderici etkileri olduğu gibi pulmoner fonksiyonları da geliştirici özelliği mevcuttur (Park et al., 2016). Ayrıca yaşlanmayla birlikte vücutta artan oksidatif stresin azaltılmasında da yaşlı beslenmesinde önemli bir yer tutmaktadır (Akila, Harishchandra, D'souza, & D'souza, 2007). Solunum semptomlarında C ve E vitamininin rolü ile ilgili çalışmalar, düşük düzeylerin daha fazla wheezing, balgam üretimi ve dispne ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Tsiligianni & van der Molen, 2010). Tug ve arkadaşları alevlenme dönemindeki KOAH hastalarının A ve E vitamini düzeylerinin stabil KOAH hastalarına göre daha düşük olduğunu göstermişlerdir (Tug, Karatas, & Terzi, 2004).

Vitamin A (retinol ve karotenler), görme, kemik ve cilt sağlığı gibi insan vücudunun çeşitli işlevlerinde önemli bir rol oynar ve ayrıca doğal bir antioksidan aktiviteye sahiptir. B vitamini metabolizmanın çeşitli basamaklarında yer alır ve bağışıklığı artırır. Çalışmaların çoğunda yüksek A vitamini, b-karoten ve / veya alfa-karoten FEV1 ve FVC'de artış ile ilişkili bulunmuştur. Magnezyum ile kalsiyum mineralleri de KOAH hastalarında önemli olmaktadır. (Tsiligianni & van der Molen, 2010).

3. Yaşlı KOAH'lılarda Beslenme Durumunun Saptanması

KOAH olan olgularda beslenme durumunun değerlendirilmesindeki amaç beslenme durumu bozuk ve beslenmeyle alakalı sorunları mevcut olguların saptanmasıdır. Orta-ağır KOAH vakalarının hemen hemen 1/3'ü normal vücut ağırlığının altında bulunmaktadır ve bu vakaların çoğu (%32-63) pulmoner rehabilitasyon programlarına yönlendirilmektedir. Kas kaybı sıklıkla KOAH hastalığına eşlik etse de sadece zayıf bireylerde karşılaşılmayabilir. Pulmoner rehabilitasyon programlarıyla birlikte beslenme durumunun değerlendirmesi, klinik verilerle, vücut kompozisyonu ve biyokimyasal verilerin değerlendirilmesiyle yapılabilmektedir (Aygün et al., 2002).

Yaşlı KOAH'lılarda beslenme durumunun saptanmasında besin tüketim kaydı, besin tüketim sıklığı ve özellikle malnutrisyonun tanımlanmasında ve erken tanısında beslenme tarama testlerinin kullanılması hayati önem taşımaktadır. Malnutrisyonun saptanmasında altın

standart olarak kabul edilmiş bir yöntem olmamakla birlikte kullanılan parametrelerin yaşlı için uygun olması, geçerliliğinin olması, kolay uygulanabilir olması en önemli noktalar olarak öne çıkmaktadır (Pekcan, 2008).

3.1. Yaşlılarda KOAH - BKİ

Düşük beden kütle indeksi (BKİ), KOAH'da kısa ve uzun vadeli mortaliteyle ilişkili potansiyel bir prognostik faktördür. Öte yandan, obezite ile KOAH'ın mortalitesi arasındaki ilişki tartışmalıdır. Yağ dokusu, obezite paradoksunda bahsedildiği gibi mortaliteye karşı koruyucu özellik gösterse de, kardiyovasküler hastalık, kronik kalp yetmezliği, inme, kronik böbrek hastalığı, tip 2 diabetes mellitus ve pulmoner hipertansiyon gibi çeşitli kronik hastalıklarla pozitif ilişkili olduğu iyi bilinmektedir. Ayrıca solunum yolu hastalıklarında obezite paradoksu bildirilmiştir ve KOAH'ta obezite paradoksu olma ihtimali tartışılmıştır. Bununla birlikte, KOAH'lı hastalarda obezite paradoksu yeterince incelenmemiştir (Mannino et al., 2014).

Düşük vücut ağırlıklı veya istemsiz olarak ağırlık kaybeden KOAH hastalarının diğer KOAH hastalarına göre daha yüksek oranda mortalite gösterdikleri belirtilmektedir (Vandenbergh, Van de Woestijne, & Gyselen, 1967). Intermittent Positive-Pressure Breathing (IPPB) çalışmasında, KOAH'lı hastaların %24'ünün düşük ağırlıklı olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada FEV1 değeri beklenenin %35'inin altında olan hastaların %50'sinin zayıf olduğu belirlenmiştir. Bunun bir sonucu olarak hava yolu obstrüksiyonunun şiddetinin yetersiz beslenme riskini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Wilson, Rogers, Wright, & Anthonisen, 1989).

Landbo ve diğ. (120)'nin 2132 KOAH'lı hasta ile yapmış oldukları bir kohort çalışmasında, normal vücut ağırlığına sahip hastalarla karşılaştırıldığında düşük BKİ'ye sahip hastaların daha yüksek oranda mortaliteye sahip oldukları gösterilmiştir. Hafif-orta KOAH'lı hastalarda mortalite ile BKİ arasında U şeklinde bir ilişki tespit edilmiştir, yani hafif-orta KOAH'lı hastalarda mortalite hem düşük hem de yüksek BKİ ile ilişkili bulunmuştur (Landbo, Prescott, Lange, Vestbo, & Almdal, 1999). Ağır KOAH'lı hastalarda yapılan bir çalışmada, Chailleux ve diğ. ,BKİ ile FEV1 arasında pozitif korelasyon kurmuşlardır. BKİ'si 30 kg/m² ve üzerinde olan hastalara göre rölatif ölüm riski, BKİ'si 25 ile 29 kg/m² arasında olan hastalarda 1.4, BKİ'si 20 ile 24 kg/m² arasında olan hastalarda 1.8 ve BKİ'si 20 kg/m² 'nin altında olan hastalarda 2.4 olarak belirlenmiştir (Chailleux, Laaban, & Veale, 2003).

KOAH'lı hastalarda kas atrofisi görülmektedir. Yağsız vücut kütlesi temel olarak kas kütlelerinin göstergesi olduğundan ideal vücut ağırlığı yüzdesinden veya BKİ'den daha iyi bir prognostik gösterge olarak tanımlanmaktadır. KOAH'lı hastalarda yağsız doku kütlelerinin değerlendirilmesinde antropometrik ölçümlerin yetersiz kaldığı gösterilmiş, bu hastalarda vücut bileşiminin saptanmasında biyoelektrik impedans analizinin daha doğru sonuç verdiği bildirilmiştir (King, Cordova, & Scharf, 2008).

3.2. Yağsız vücut kütlesi (FFM)

Yağsız vücut kütlelerinin azalışı çoğunlukla ağırlık kaybı ile birlikte görülürken, vücut ağırlığı sabit vakalarda yağsız vücut kütlelerinde düşüş görülebilmektedir. Yağsız vücut kütlelerinin kaybı özellikle tip II kas liflerinin selektif atrofisi ile ilişkilidir (Koehler et al., 2007). Kas erimesi nedenli ağırlık kaybı çoğunlukla KOAH vakalarında sıkça görülen bir durum olmakla birlikte hastalığın

ilerleyen dönemlerinde komorbidite olarak kabul edilmektedir. Yağsız vücut kütlesi azalmış olan KOAH'lı olgularda yürüme mesafesi, maksimal oksijen tüketim kapasitesi ve periferik kas gücü azalmıştır. Kas gücü, kasın kesit alanı ile direkt olarak ilişkili olduğundan, kas kütle kaybı kas direncinin ve kas gücünün azalmasına neden olmaktadır (Gosselink, Troosters, & Decramer, 2000). Yağsız Vücut Kütle İndeksi (FFMI) yağsız vücut kütle (kg) boy uzunluğunun (m) karesine bölünerek hesaplanmaktadır. Normalde FFMI'nin kadınlarda; $>15 \text{ kg/m}^2$, erkeklerde; $>16 \text{ kg/m}^2$ olması beklenir. Bu nedenle yağsız vücut kütle kaybı için kesişim noktaları KOAH'lı kadınlarda; $<15 \text{ kg/m}^2$, erkeklerde; $<16 \text{ kg/m}^2$ olarak bildirilmiştir (Tatlıcioğlu, 2007). Ağır KOAH'lı hastaların %50'sinde, hafif-orta KOAH'lılarda ise %10-15 oranında, çoğunlukla iskelet kas kaybına bağlı açıklanamayan vücut ağırlığı kaybı vardır. Klinik olarak belirgin ağırlık kaybı görülmeyenlerde yağsız kütle, yağ kütle ve kemik mineral içeriği gibi vücut kompozisyonunda değişiklikler oluşur. FFMI vücut kütle kaybını belirlemede BKİ göre daha objektif bir indeks olduğu kabul edilmektedir (Tatlıcioğlu, 2007).

Kas gücü ve kas dayanıklılığı kas sağlığının önemli göstergeleridir ve kas gücü el kavrama kuvveti (EKK) ile ölçülmektedir. EKK aynı zamanda BKİ'si hesaplanamayan yaşlı hastalarda FFMI'nin hesaplanmasında da kullanılmaktadır. Yaşlılarda kas gücünü korumak çok önemlidir. El kavrama gücü iskelet kas fonksiyonunun basit, beslenme durumunun ise fonksiyonel bir göstergesidir (Jeong et al., 2017). Bununla birlikte, KOAH'lı hastalarda kavrama gücünün etkisi belirsizdir. KOAH hastaları ile kontrol grubu arasında kavrama kuvvetini karşılaştırmış çalışmaların çoğu az sayıda katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle, sonuçları tutarlı olmamıştır. Daha önce yapılmış bazı çalışmalarda KOAH'lı hastalarda kavrama gücünün azaldığı gösterilirken (Felipe, Bartolome, Miguel, & Victor, 2015; Gosselink et al., 2000; Puhan, Siebeling, Zoller, Muggensturm, & Ter Riet, 2013), azalmadığını gösteren çalışmada mevcuttur (Calik-Kutukcu et al., 2014). Ayrıca, yakın zamanda yayınlanan bir kohort çalışmada, azalmış el kavrama kuvveti, tüm nedenli mortalite oranında ve kardiyovasküler hastalık insidansında artış ile ilişkili bulunurken solunum hastalıkları insidansı ile ilişkili bulunmamıştır (Leong et al., 2015).

4. Sonuç

Yaşlanmayla birlikte gelişen fizyolojik değişimlere ek olarak KOAH ilerleyici bir hastalıktır ancak uygun tedavi ile hastalığın ilerleyişinin yavaşlaması sağlanabilir. Beslenme tedavisi KOAH'ta multidisipliner tedavi yaklaşımının önemli bir bileşenidir. Hastalığın alevlenme dışı dönemleri dahil erken evrelerinden itibaren KOAH hastalarının beslenme durumları açısından değerlendirilmesi hastalığın prognozunu olumlu yönde etkileyecektir. Yaşlı KOAH'lı hastalarda ideal vücut ağırlığının korunmasının yanı sıra kas kütle kaybının önlenmesi beslenme tedavisinin en önemli hedeflerinden biri olmalıdır.

KOAH'lı yaşlılarda yağsız vücut kütle indeksinin hastalığın seyrinin değerlendirilmesinde beden kütle indeksinden daha iyi bir gösterge olduğu bildirilmekte ve bu hasta grubunun beslenme durumunun değerlendirilmesinde kullanılması önerilmektedir. Yağsız vücut kütle ile pozitif korelasyon gösteren el kavrama kuvvetinin ölçülmesi; bioelektrik empedans yönteminin kullanılmasının mümkün olmadığı durumlarda vücut yağsız kütle indeksinin değerlendirilmesine alternatif bir yöntem olarak kullanılabilir. Ayrıca yaşlı KOAH hastalarında el kavrama gücü ve KOAH'ın ilerleyişi arasındaki korelasyonu belirleyecek büyük örneklemli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

KOAH, Türkiye'de oldukça yaygın ve ciddi bir morbidite ve mortalite nedenidir. Mevcut veriler hastalığın tanı ve tedavisinde çok ciddi sorunlar bulunduğunu göstermektedir. Stabil KOAH'lı yaşlılarda kaşeksiyi ve sarkopeniyi düşünerek, kas kütle kaybının korunması veya artırılmasının

sağlanması için yeterli ve kaliteli protein tüketimi sağlanmalıdır. Bu hastalarda beslenme tedavisi proteinlerin diyet enerjisinin yaklaşık %20'sini karşılayacak düzeyde planlanması gerekmektedir. Hastalığın ve risk faktörlerinin mevcut durumu ve gelecek öngörülerini konusunda yeterli veri bulunmamaktadır. Hastalık yükünü sürekli izleyen ve sağlıklı veri toplayan bir sistem bulunmamaktadır. Türkiye'de yaşlı KOAH'lı hastaların tanı ve tedavi pratiği ile ilgili yeterli veri ve bu hizmetlerin iyileştirilmesine yönelik kapsamlı bir etkinlik bulunmamaktadır. Türkiye'de yaşlı nüfusun önümüzdeki yıllarda giderek artacak oluşu, risk faktörlerine yönelik kapsamlı etkinliklerin bulunmaması, ikincil ve üçüncül koruma çalışmalarının yetersizliği hastalık yükünün gelecekte ağırlaşmasına neden olacaktır. 5227 sayılı yasa ile kapalı alanlarda sigara içiminin yasaklanması ve Sağlık Bakanlığınca "Kronik havayolu hastalıklarını önleme ve kontrol programının" oluşturulması hastalık yükünü olumlu yönde etkileyebilecek önemli ve olumlu gelişmelerdir.

Kaynaklar

- Akila, V. P., Harishchandra, H., D'souza, V., & D'souza, B. (2007). Age related changes in lipid peroxidation and antioxidants in elderly people. *Indian Journal of Clinical Biochemistry*, 22(1), 131-134.
- Aksoydan, E. (2005). Yaşlılık ve Beslenme.
- Anker, S., John, M., Pedersen, P., Raguso, C., Cicoira, M., Dardai, E., Becker, H. (2006). ESPEN guidelines on enteral nutrition: cardiology and pulmonology. *Clinical Nutrition*, 25(2), 311-318.
- Aygün, G., Demirkiran, O., Utku, T., Mete, B., Ürkmez, S., Yılmaz, M., Öztürk, R. (2002). Environmental contamination during a carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* outbreak in an intensive care unit. *Journal of Hospital Infection*, 52(4), 259-262.
- Buist, A. S., McBurnie, M. A., Vollmer, W. M., Gillespie, S., Burney, P., Mannino, D. M., Weiss, K. B. (2007). International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study. *The Lancet*, 370(9589), 741-750.
- Calik-Kutukcu, E., Savci, S., Saglam, M., Vardar-Yagli, N., Inal-Ince, D., Arikan, H., Coplu, L. (2014). A comparison of muscle strength and endurance, exercise capacity, fatigue perception and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease and healthy subjects: a cross-sectional study. *BMC pulmonary medicine*, 14(1), 6.
- Celli, B. R., MacNee, W., Agustí, A., Anzueto, A., Berg, B., Buist, A. S., Fahy, B. (2004). Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *European Respiratory Journal*, 23(6), 932-946.
- Chailleux, E., Laaban, J.-P., & Veale, D. (2003). Prognostic value of nutritional depletion in patients with COPD treated by long-term oxygen therapy: data from the ANTADIR observatory. *CHEST Journal*, 123(5), 1460-1466.
- Cohen, F. J. (1994). Glucose vs lipid calories. *Nutrition in critical care*. Zaloga G (editor). St Louis, MO: Mosby, 169-182.

- De Marco, R., Pesce, G., Marcon, A., Accordini, S., Antonicelli, L., Bugiani, M., Panico, M. G. (2013). The coexistence of asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD): prevalence and risk factors in young, middle-aged and elderly people from the general population. *PloS one*, 8(5), e62985.
- Ekren, P. K., & Gürgün, A. (2013). KOAH'da Pulmoner Rehabilitasyon: Kime, Ne Zaman, Nasıl. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 1(1), 124-135.
- Felipe, C., Bartolome, C., Miguel, D., & Victor, P.-P. (2015). Longitudinal changes in handgrip strength, hyperinflation, and 6-minute walk distance in patients with COPD and a control group. *Chest*, 148(4), 986-994.
- Ferguson, G. T., Calverley, P. M., Anderson, J. A., Jenkins, C. R., Jones, P. W., Willits, L. R., Celli, B. (2009). Prevalence and progression of osteoporosis in patients with COPD: results from the TOWARDS a Revolution in COPD Health study. *CHEST Journal*, 136(6), 1456-1465.
- Ferreira, I. M., Verreschi, I. T., Nery, L. E., Goldstein, R. S., Zamel, N., Brooks, D., & Jardim, J. R. (1998). The influence of 6 months of oral anabolic steroids on body mass and respiratory muscles in undernourished COPD patients. *Chest*, 114(1), 19-28.
- Gosselink, R., Troosters, T., & Decramer, M. (2000). Distribution of muscle weakness in patients with stable chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 20(6), 353-360.
- Grzetic-Romcevic, T., Devcic, B., & Sonc, S. (2011). Spirometric testing on world COPD Day. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 6, 141.
- Halbert, R., Natoli, J., Gano, A., Badamgarav, E., Buist, A. S., & Mannino, D. M. (2006). Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. *European Respiratory Journal*, 28(3), 523-532.
- Hastalığı, B. Y. K. O. A. (1976). üzerinde epidemiyolojik bir araştırma. *Tüberküloz ve Toraks*, 24, 3-18.
- Hughes, D., & Norton, R. (2009). Vitamin D and respiratory health. *Clinical & Experimental Immunology*, 158(1), 20-25.
- Janssens, J.-P. (2005). Aging of the respiratory system: impact on pulmonary function tests and adaptation to exertion. *Clinics in chest medicine*, 26(3), 469-484.
- Jemal, A., Ward, E., Hao, Y., & Thun, M. (2005). Trends in the leading causes of death in the United States, 1970-2002. *Jama*, 294(10), 1255-1259.
- Jeong, M., Kang, H. K., Song, P., Park, H. K., Jung, H., Lee, S.-S., & Koo, H.-K. (2017). Hand grip strength in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 12, 2385-2390.
- Kaya, Ü., Karadağ Saygı, E., & Akyüz, G. (2010). Yaşlı kadınlarda D vitamini tedavisinin ağrı ve yaşam kalitesi üzerine etkileri.

- King, D. A., Cordova, F., & Scharf, S. M. (2008). Nutritional aspects of chronic obstructive pulmonary disease. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 5(4), 519-523.
- Kocabas, A., Turkyilmaz, S., & Unalan, T. (2006). Under-diagnosis and undertreatment of COPD in Adana, Turkey (BOLD-Turkey Study). *Eur Respir J*, 28(Supp 50), 446s.
- Kocabaş, A. (2010). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Epidemiyolojisi Ve Risk Faktörleri. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, 1(2), 105-113.
- Koehler, F., Doehner, W., Hoernig, S., Witt, C., Anker, S. D., & John, M. (2007). Anorexia in chronic obstructive pulmonary disease-association to cachexia and hormonal derangement. *International journal of cardiology*, 119(1), 83-89.
- Kuo, C.-D., Shiao, G.-M., & Lee, J.-D. (1993). The effects of high-fat and high-carbohydrate diet loads on gas exchange and ventilation in COPD patients and normal subjects. *Chest*, 104(1), 189-196.
- Landbo, C., Prescott, E., Lange, P., Vestbo, J., & Almdal, T. P. (1999). Prognostic value of nutritional status in chronic obstructive pulmonary disease. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 160(6), 1856-1861.
- Leong, D. P., Teo, K. K., Rangarajan, S., Lopez-Jaramillo, P., Avezum Jr, A., Orlandini, A., Kelishadi, R. (2015). Prognostic value of grip strength: findings from the Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study. *The Lancet*, 386(9990), 266-273.
- López-Campos, J. L., Tan, W., & Soriano, J. B. (2016). Global burden of COPD. *Respirology*, 21(1), 14-23.
- Lopez, A., Shibuya, K., Rao, C., Mathers, C., Hansell, A., Held, L., Buist, S. (2006). Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections. *European Respiratory Journal*, 27(2), 397-412.
- Mahan, L. K., & Escott-Stump, S. (2008). *Krause's food & nutrition therapy*. St. Louis, Mo.: Saunders: Elsevier.
- Mannino, D., Watt, G., Hole, D., Gillis, C., Hart, C., McConnachie, A., Sin, D. (2006). The natural history of chronic obstructive pulmonary disease. *European Respiratory Journal*, 27(3), 627-643.
- Mannino, D. M., Doherty, D. E., & Buist, A. S. (2006). Global Initiative on Obstructive Lung Disease (GOLD) classification of lung disease and mortality: findings from the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Respiratory medicine*, 100(1), 115-122.
- Mannino, D. M., Meilan, K., van der Molen, T., Ichinose, M., Oh, Y.-M., & Davis, K. J. (2014). Continuing to Confront COPD International Patient Survey: methods, COPD prevalence, and disease burden in 2012–2013. *International Journal of COPD*, 9, 597-611.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349(9064), 1498-1504.

- Paolisso, G. (2009). COPD in elderly patients. *Age Ageing*, 38, 537-541.
- Park, H. J., Byun, M. K., Kim, H. J., Kim, J. Y., Kim, Y.-I., Yoo, K.-H., Ahn, C. M. (2016). Dietary vitamin C intake protects against COPD: the Korea National Health and Nutrition Examination Survey in 2012. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 11, 2721.
- Pekcan, G. (2008). Beslenme durumunun saptanması. *Diyet El Kitabı*. Hatipoglu Yayınevi. Ankara, 67-141.
- Peker, A. G. C., & Ungan, M. (2014). Yaşlılık Döneminde Beslenme. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 5(6), 30-35.
- Pena, V. S., Miravittles, M., Gabriel, R., Jimenez-Ruiz, C. A., Villasante, C., Masa, J. F., Fernandez-Fau, L. (2000). Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD: results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. *CHEST Journal*, 118(4), 981-989.
- Puhan, M. A., Siebeling, L., Zoller, M., Muggensturm, P., & Ter Riet, G. (2013). Simple functional performance tests and mortality in COPD. *European Respiratory Journal*, erj01316-02012.
- Samurkaşoğlu, B. (2003). Epidemiyoloji ve risk faktörleri. *Güncel Bilgiler Işığında KOAH*. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi. Sayfa, 9-19.
- Sin, D. D., Man, J. P., & Man, S. P. (2003). The risk of osteoporosis in Caucasian men and women with obstructive airways disease. *The American journal of medicine*, 114(1), 10-14.
- Tálamo, C., de Oca, M. M., Halbert, R., Perez-Padilla, R., Jardim, J. R. B., Muino, A., Moreno, D. (2007). Diagnostic labeling of COPD in five Latin American cities. *CHEST Journal*, 131(1), 60-67.
- Tatlıcioğlu, T. (2007). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve geleceği. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 55(3), 303-318.
- Tsiligianni, I. G., & van der Molen, T. (2010). A systematic review of the role of vitamin insufficiencies and supplementation in COPD. *Respiratory research*, 11(1), 171.
- Tug, T., Karatas, F., & Terzi, S. M. (2004). Antioxidant vitamins (A, C and E) and malondialdehyde levels in acute exacerbation and stable periods of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Clinical and investigative medicine*, 27(3), 123.
- Vandenbergh, E., Van de Woestijne, K., & Gyselen, A. (1967). Weight Changes in the Terminal Stages of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 1, 2: Relation to Respiratory Function and Prognosis. *American Review of Respiratory Disease*, 95(4), 556-566.
- Vestbo, J., Hurd, S. S., Agustí, A. G., Jones, P. W., Vogelmeier, C., Anzueto, A., Nishimura, M. (2013). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 187(4), 347-365.



Wilson, D. O., Rogers, R. M., Wright, E. C., & Anthonisen, N. R. (1989). Body weight in chronic obstructive pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis*, 139(6), 1435-1438.

Yeh, S., Deguzmán, B., Kramer, T., & Group, M. (2002). Reversal estudio de EPOC asociados adelgazar utilizando la oxandrolona agente anabólico. *Pecho*, 122(2), 421-428.