

ISSN: 2618-625X
e-ISSN: 2667-5765



HALIÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

HALIÇ UNIVERSITY
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES

Cilt: 2 • Sayı: 2 • Tarih: 30 Haziran 2019
Volume: 2 • Issue: 2 • Date: 30 June 2019

Haliç Üniversitesi Adına Sahibi <i>Owner on behalf of Haliç University</i>	Rektör Prof. Dr. Melek Güneş YAVUZER Haliç Üniversitesi Rektörü
Editörler <i>Editors</i>	Prof. Dr. Nur TUNALI Editör / Editor-in-Chief Dr. Öğr. Üye. Berrak YİĞİT Editör Yardımcısı / Associate Editor Öğr. Gör. Elif İrem GÜNAYDIN Editör Asistanı / Assistant Editor Arş. Gör. Pınar ÖDEVOĞLU Editör Asistanı / Assistant Editor
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü <i>Publishing Manager</i>	Mustafa KILIÇASLAN Haliç Üniversitesi
Yönetim Yeri <i>Head Office</i>	Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yazışma Adresi <i>Corresponding Address</i>	Haliç Üniversitesi Sütlüce Mah. İmrahor Cad. No: 82 Beyoğlu – İSTANBUL Tel: +90 212 924 24 44 E-posta: sabd@halic.edu.tr
İnternet Adresi <i>Web Address</i>	http://dergipark.gov.tr/husagbilder
Yayın Türü <i>Publication Type</i>	Yerel Süreli / <i>Periodical</i> Ocak, Haziran ve Eylül aylarında olmak üzere yılda 3 sayı yayımlanır. Published three times a year, in January, June and September ISSN: 2618-625X e-ISSN: 2667-5765
Asitsiz kâğıda basılmaktadır <i>Printed on acid free paper</i>	Bu sayı 500 adet basılmıştır. This issue printed as 500 copies.
Baskı <i>Printing Press</i>	Aktif Matbaa ve Reklam Hizmetleri San. Tic. Ltd. Şti. Söğütlüçeşme Mah. Halkalı Cad. No: 245/1-A Küçükçekmece / İstanbul Tel: +90 212 698 93 54 Sertifika No: 13978
Basım Tarihi <i>Publication Date</i>	30.06.2019
Derginin Tarandığı Kaynaklar <i>Index in</i>	DergiPark AKADEMİK
Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Haliç Üniv Sağ Bil Der olarak kısaltılmaktadır.	

Bölüm Editörleri

Section Editors

- Dr. Öğr. Üye. Seda SAKA
(Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Editörü)
- Dr. Öğr. Üye. Zeynep ÖZERSON
(Beslenme ve Diyetetik Bölüm Editörü)
- Dr. Öğr. Üye. Leman KUTLU
(Ebelik Bölüm Editörü)
- Prof. Dr. Necmiye SABUNCU
(Hemşirelik Bölüm Editörü)
- Dr. Öğr. Üye. H. İlhan ODABAŞ
(Spor Yöneticiliği Bölüm Editörü)
- Prof. Dr. Aysel PEHLİVAN
(Antrenörlük Bölüm Editörü)
- Dr. Öğr. Üye. İbrahim Turgay TURAN
(Rekreasyon Bölüm Editörü)
- Prof. Dr. Ahmet Feridun VURAL
(Tıp Bilimleri Bölüm Editörü)
- Dr. Öğr. Üye. Ferimah YUSUFİ YILMAZ
(Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Bölüm Editörü)

Yayın Kurulu

Editorial Board

- Prof. Dr. Tahsin BEYZADEOĞLU
- Prof. Dr. Filiz AÇKURT
- Prof. Dr. Hatice YORULMAZ
- Prof. Dr. Furkan ALKAN
- Doç. Dr. Çiğdem BULGAN
- Dr. Öğr. Üye. Gülbahar KESKİN

Cilt: 2 • Sayı: 2 Hakem Listesi

Volume: 2 • Issue: 2 Reviewer List

- Prof. Dr. Gamze EKİCİ / Ahi Evran Üniversitesi
Prof. Dr. Neriman ZENGİN/ Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Prof. Dr. Melek Güneş YAVUZER/ Haliç Üniversitesi
Prof. Dr. Besti ÜSTÜN/ İstinye Üniversitesi
Prof.Dr. Nur TUNALI/ Haliç Üniversitesi
Doç. Dr. Tuğba KURU / Marmara Üniversitesi
Dr. Öğr. Üy. Berrak YİĞİT / Haliç Üniversitesi
Dr. Öğr. Üy. Serpil ÇOLAK/ İstanbul Medipol Üniversitesi
Dr. Öğr. Üy. Leman KUTLU / Haliç Üniversitesi
Dr. Öğr. Üy. Nesrin İLHAN/ Bezmialem Vakıf Üniversitesi
Dr. Öğr. Üy. Gülbahar KESKİN / Haliç Üniversitesi
Dr. Öğr. Üy. Seda SAKA/ Haliç Üniversitesi
Dr. Öğr. Üy. Makbule BATMAZ/ Haliç Üniversitesi
-

İçindekiler / Contents

Derleme

- s. 1-14 Gebelikte Fiziksel ve Ruhsal Şiddet Durumunda Ebelik Yaklaşımı
Midwifery Approach in Physical and Spiritual Violence in Pregnancy
Begüm ÇİLLİ, Nuran AYDIN ATEŞ, Gözde KÜĞCÜMEN

Olgu Sunumu

- s. 15-24 Ön Kol Sinir ve Tendon Transferi Sonrası Rehabilitasyonun Uzun Dönem Sonuçları: Olgu Sunumu
Long-Term Results of Rehabilitation After Forearm Nerve and Tendon Transfer: A Case Report
Serpil ÇOLAK

Klinik Çalışma

- s. 25-35 Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Öğrencilerinde Ev Egzersiz Programı Önerilen ve Önerilmeyen Grupların Fiziksel Aktivite İle Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması
The Comparison of Physical Activity and Depression Levels in Physical Therapy Students with and without Recommended Home-Based Exercises
Elif İrem GÜNAYDIN, Ayşe Nur TUNALI, Seda SAKA

- s. 37-49 Lumbosakral Spina Bifidalı Olgularda Alt Ekstremitte Kas Kuvveti ile Fonksiyonel Yürüme Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin Araştırılması
The Effect of Lower Extremity Muscle Strength on Functional Walking Level and Quality of Life in Patients with Lumbosacral Spina Bifida
Selen GÜLOĞLU, Devrim TARAKCI, İbrahim ALATAŞ,
Hüseyin CANAZ, Z. Candan ALGUN
- s. 51-66 Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersi Klinik Uygulamasında Öğrencilerin Belirledikleri NANDA-I Tanılarının Değerlendirilmesi
Evaluation of NANDA-I Diagnoses by Students in Mental Health and Disease Nursing Course Clinical Practice
Gülşah KÖRPE, Demet İNANGİL, Pınar IRMAK VURAL
- s. 67-78 Kemoterapi Uygulanan Akciğer Kanseri Hastalarının Fizyolojik Gereksinimlerini Karşılamada Hemşirelerin Yaşadıkları Güçlükler
The Nurses Providing The Care To Meet The Physiologic Requirements Of The Patients Suffering Lung Cancer And Undergoing Chemotherapy
Filiz YENİHAYAT, Prof.Dr. Necmiye SABUNCU,
Prof. Dr. Hatice YORULMAZ

Gebelikte Fiziksel ve Ruhsal Şiddet Durumunda Ebelik Yaklaşımı

Begüm ÇİLLİ^{1*}, Nuran AYDIN ATEŐ¹, Gözde KĐCMEN¹

¹Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

Geliş Tarihi: 29.05.2019

***Sorumlu Yazar e mail:** cillibegum@gmail.com

Kabul Tarihi: 20.06.2019

zet

Şiddet kavramı ‘bir devinimden doğan gç’ anlamına gelir. Günümüzde şiddete en çok kadınlar maruz kaldığı ve özellikle gebelik döneminde her c kadından birinin fiziksel psikolojik ve cinsel yönden şiddet gördüğü belirtilmektedir.

Kadın için gebelik dönemi hayatı boyunca en özel dönemlerinden biridir. Gebelik döneminde hem fiziksel hem ruhsal şiddete uğrayan kadınları ele alırsak; gebe de birçok sorun gözükmesi olasıdır. Ülkemizde en fazla görülen şiddet türü duygusal şiddet, kadına gebelikte şiddeti en fazla uygulayan kişiler ise eşlerdir. Gebelik döneminde kadınlar bir dizi beden ve ruh sağlığı sorunlarıyla baş etmeye çalıŐırken bir de şiddet gibi sorunla karşı karŐıya kalınca problemlerin üstesinden gelmek zor olacaktır. Annenin gebelik döneminde etkilenmesinin yanında, bebekte de önemli ölçüde hastalık riski oluŐabilmektedir. Gebelik döneminde görülen şiddetin insidansını artıran faktörler mevcuttur. Kadınların eğitim düzeyi de belirleyici faktörler arasındadır. Şiddet gören gebeyi ilk karŐılayan sağlık mensupları ebelerdir. Şiddet gören gebelerin gebe izlemi sırasında, çekinmeden ebelere paylaŐmaları gerekir, bu sayede şiddet gören gebenin risk faktörlerini ortadan kaldırmaya yardımcı olunabilir.

Ebelerin öncelikle kendi duygu ve tutumlarının farkında olması ve duygularını hizmet sunumuna karıŐtırmaması gerekir. Ebelerin ve diğer sağlık çalışanlarının şiddeti tanılama da problemler yaşadıkları ve şiddeti sağlık problemi olarak grmelelerine rağmen şiddet olgularına yeterli ölçüde müdahale edemedikleri görülmüştür.

Bu makalede öncelikle şiddet kavramının anlaŐılması ve gebelikte uygulanan fiziksel ve ruhsal şiddetin anne ve bebeğin sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri ve ebelerin yaklaşımı üzerine tartışılması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Gebe, Ebe, Şiddet

Atıf: illi B, Ateş NA, Kğcmen G, Gebelikte Fiziksel ve Ruhsal Şiddet Durumunda Ebelik Yaklaşımı, Hali Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019;2(2) 1-14

To cite this article: illi B, Ateş NA, Kğcmen G, Midwifery Approach in Physical and Spiritual Violence in Pregnancy, Hali University Journal of Health Sciences, 2019;2(2) 1-14

Midwifery Approach in Physical and Spiritual Violence in Pregnancy

Abstract

The concept of violence means ‘the power born from a motion’. Today, most women are exposed to violence and especially one of every three women during pregnancy physical psychological and sexual violence is seen.

Pregnancy is one of the most special periods of life for women. If we consider women who have suffered both physical and mental violence during pregnancy; many problems may appear in pregnant women. Emotional violence is the most common type of violence in our country, and spouses are the most perpetrators of violence against women during pregnancy. While women are struggling to cope with a series of physical and mental health problems during pregnancy, problems such as violence will be difficult to overcome. In addition to being affected by the mother pregnancy under, a significant risk of disease may occur in the baby. Factors increasing the incidence of violence during under pregnancy are also available. The education level of women is also a determinant factor.

Midwives are the first to meet the person pregnant women. Pregnant women who are exposed to violence need to share without any hesitation during the follow-up of the pregnant woman, thus helping to eliminate the risk factors of the pregnant woman.

Firstly, midwives should be aware of their own feelings and attitudes and should not confuse feelings with service delivery

Although midwives and other health workers experience problems in diagnosing violence and see violence as a despite health problem they cannot intervene sufficiently in cases of violence.

In this article, firstly, understanding of the concept of violence and the negative effects of physical and mental violence on the health of the mother and the baby; and the approach of midwives has been studied.

Keywords: Pregnant, Midwife, Violence

1. Giriş

Dünya sağlık örgütüne göre şiddet, ‘ fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit biçiminde başkasını yaralama, ölüm ve psikolojik zarara yol açma olasılığı bulunması durumu’ olarak tanımlanmıştır(21).

Kadınlar dünyanın pek çok yerinde temel fonksiyonların desteklenmesi açısından erkeklere göre daha zayıftırlar; daha kötü beslenmektedirler, daha sağlıksızdırlar, daha eğitimsizdirler ve profesyonel eğitimden yoksun bırakılmaktadırlar, fiziksel, psikolojik ve cinsel şiddete daha fazla maruz kalmaktadırlar(1).

Dünyada çeşitli ülkelerde şiddete maruz kalma durumları incelendiğinde; Fransa'da %51. 0'nin, Şili'de %80. 0'nin Pakistan'da %99. 0'nun, Tayland'da %50. 0'sinin eşinden şiddet gördüğü belirtilmektedir. Türkiye'de Başbakanlık Aile Araştırma Kurumunun 1997 yılında yaptığı çalışmada kadınların eşleri tarafından dövülme sıklığının %29. 6 olduğu belirtilmiştir(5). Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet araştırmasında da (2009), fiziksel şiddete maruz kalma oranının %39, cinsel şiddet oranının %15, duygusal/sözel şiddet oranının ise %44 olduğu tespit edilmiştir(6).

Kadın yaşamının her döneminde şiddete maruz kalabilmektedir. Bu dönemlerden biri de kadın için en özel olan "Gebelik Dönemi"dir(2). Dünya genelinde kadınların gebelik sürecinde şiddete maruz kalma durumları incelendiğinde oranların %0. 9 ile %49 arasında değiştiği görülmektedir (6). Amerika'da yetişkin gebelerde şiddet görme sıklığı %3-%11 arasında, adolesan gebeliklerde ise %38 oranında değiştiği bildirilmektedir(5).

Kadına yönelik şiddet fiziksel, psikolojik ve cinsel şiddet olarak farklı biçimlerde uygulanabilmektedir. Fiziksel şiddet; güç kullanımına bağlı fiziksel zarar vermeye yönelik davranışların tümü olarak tanımlanmaktadır.

Cinsel şiddet, her türlü ortamda gerçekleştirilebilen, cinsel ilişkiye zorlama, istenmeyen cinsel davranışlarda bulunma, rahatsız etme gibi davranışlarını içine alır. Cinsel şiddet sonrasında istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, depresyon, korku gelişebilmektedir(1). Cinsel ve fiziksel şiddet daha az oranda görülür(3).

Psikolojik şiddet, bireyin benlik duygusunu kaldırmaya ya da yaralamaya yönelik çeşitli saldırılar mevcuttur. Bir kişinin hedef seçilmesiyle başlayan ve bu kişiye her gün düzenli bir şekilde saldırarak

onu yardıma muhtaç hale getiren bir süreçtir(1). Gebelik sırasında en fazla görülen şiddet psikolojiktir(3)

Gebelikte şiddetin artıp artmadığı ile alakalı çelişkili araştırmalar mevcuttur. Bazı gebelerin hamile kaldıktan sonra eş şiddetinin azaldığını ve bunun için hamile kaldıklarını belirtmişlerdir. Bazıları ise hamile kaldıktan sonra babaya fazla gelen yükler ve sıkıntılar nedeniyle şiddetin bu evrede başladığı ya da arttığı tespit edilmiştir(3). Gebeler en çok eşlerinden şiddet görmüştür(15).

Gebelikte şiddete maruz kalanlar daha fazla sigara, alkol, uyuşturucu aldıkları bilinmektedir. Şiddete maruz kalan gebelerin en büyük stres nedeni sigara ve uyuşturucu kullanmalarıdır(2).

Şiddet gören gebelerde preeklampsi ve gestasyonel diyabet, spontan düşük, prematüre doğum, baş ağrısı, anksiyete, stres, ileri düzeyde depresyon, idrar yolu enfeksiyonu gibi olumsuz sonuçlar gelişebilmektedir. Fetüse etkileri ise, düşük doğum ağırlıklı (DDA) bebek, fetal yaralanma, kemik kırıkları, yumuşak doku hasarları gibi komplikasyonlar gözlemlenir. Ayrıca fetal büyümeyi ve gelişmeyi olumsuz olarak etkiler(2).

Ebelerin gebelikte şiddeti tanıyıp, şiddetin sözel ve sözel olmayan belirtilerini, şiddeti ortaya çıkaran etmenleri, şiddete uğrayan gebeyi destekleyici girişimleri bilmelidir. Ancak yardım ederken bir ebe kendi duygularını, tutumlarını, inançlarını, önyargılarını mesleklerine yansıtmadan, geleneksellikten uzak bir şekilde şiddete uğrayan gebeye yardım etmeleri gerekir(15).

Ebeler gebeye uygulanan şiddeti her ortamda tespit edebilmelidir. Ebeler ev ortamında gebenin ev yaşantısını görür, gebe kadın ile eş arasında iletişimi daha iyi gözleyebilir. Prenatal bakım almayan veya geç alan bir gebe yüksek olasılıkla şiddet kurbanı olabilir(5).

Aile içi şiddeti ortaya çıkarmanın en önemli ve yapılmayan yolu ‘sormak’ olacaktır. Bunun için sağlık profesyonellerinin ‘kaç çocuğunuz var?’ sorusunu sordukları gibi ‘şiddet görüyor musunuz?’ sorusunu sormaları gerektiği düşünülmektedir (17).

Bu noktadan hareketle yapılan çalışmada gebelikte görülen şiddetin tanınması, farkındalığı, anne ve bebek üzerine etkileri ve ebelerin bu konu hakkında yaklaşımı tartışılması amaçlanmıştır.

2. Gereç ve Yöntem

Genel literatür incelemesi ile Pubmed veri tabanında Kasım 2018 - Mayıs 2019 tarihlerin arasında 'Gebe', 'Ebe', 'Şiddet' anahtar sözcükleri girilerek 50 adet makaleye ulaşılmıştır. Şiddet türü, eş şiddeti, şiddet prevelansı ve ebe yaklaşımı gibi bazı kriterler ile sınırlandırılmış ve 21 adet makale elde edilmiştir. Bilgiler genel literatür incelemesi ile alınmıştır.

2.1. Kadın ve Şiddet

Kadına yönelik aile içi şiddetin yoğunluğu, türleri değişmekte, dünyanın her yerinde, her toplumda görülen dünyadaki kadınların ortak sorunudur. Uluslararası araştırmalar, fiziksel şiddetin özellikle kadının eşi/ birlikte yaşadığı kişi tarafından gerçekleştirilmiştir. Ayrıca kadına yönelik şiddet sadece kadını değil, çocukları, aileleri ve toplumu etkiler(9).

Dünya' da her dört kadından biri gebeliğinde fiziksel ya da cinsel olarak şiddet görmektedir. Dünya genelinde en yüksek şiddet prevelansı Mısır(%32), Hindistan (%28), Suudi Arabistan (%21) ve Meksika (%11)' tir(2).

Türkiye' de kadına yönelik şiddet verileri incelendiğinde evli kadınların %26-57' sinin yaşamları boyunca fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (7). Türkiye' de yapılan başka bir çalışmaya göre gebelikte fiziksel şiddet sıklığı %4,8 ile %36,4, duygusal şiddet sıklığı %26,7 ile %63,1, cinsel şiddet sıklığı %4,4 ile %36,4 gibi değerleri gösterir.

Farklı zamanda yapılan bir çalışmada kırsal alanda yaşayan kadınların şiddet görme sıklığı %32, kentlerde yaşayan kadınların şiddet

görme sıklığı %36' tır. Eşlerinin fiziksel şiddetine maruz kaldığı ve kadınların %47'sinin şiddet nedeniyle fiziksel zarar gördüğü bunun sonucunda ¼'ünün bir hastane veya sağlık profesyonellerine başvurduğu saptamıştır (20). Kadınlar şiddet gördüğü halde konuşmasını engel olan olgular mevcuttur; şiddet konusunu konuşurken bireysel rahatsızlık duyması (%54,5), can güvenliği için endişe duyması (%22,7) olduğu belirtilmiştir(2).

Kadına yönelik şiddet bir yandan fiziksel (organ travmaları) ve ruhsal (depresyon, anksiyete gibi) sağlığı olumsuz yönde etkiler. Gebelik kadın yaşamının en riskli dönemlerinden biridir, gebelik döneminde yaşanan şiddet bu riski tetikler(8).

Gebelikte şiddet tüm sosyal sınıftaki kadınlarda görülmekte, risk grubunu özellikle genç, bekar ya da boşanmış, eğitimsiz, alkol ya da uyuşturucu kullanan, sosyoekonomik düzeyi düşük kesimler oluşturur. Gebelikte aile içi şiddetini artıran etmenlere bakacak olursak, düşük sosyoekonomik durum, ayrı yaşam, geniş aile tipi, çok çocukluk, alkol- madde bağımlılığı ve işsizliktir(8).

2.2. Şiddet Türleri ve Gebeye Zararları

Gebelikte şiddetin yarattığı sonuçlar iki yönlü incelenir; fiziksel ve duygusal. Psikolojik şiddet, cinsel ve fiziksel şiddetin üzerinde fazla durulduğu için çok iyi tanımlanamamaktadır. Gebelikteki şiddet çalışmalarının çoğu fiziksel şiddet üzerinde yoğunlaşmıştır fakat psikolojik ve cinsel şiddet, fiziksel şiddet kadar anne ve bebek sağlığı için risk kabul etmektedir(2).

Fiziksel şiddet; bedenimize yönelik her türlü saldırıdır ve güç kullanımına dayanan fiziksel saldırı vermek olarak değerlendirilir (10) (3). Tokat atmak, işkence yapmak, sağlık hizmetlerinden yararlanmayı engellemek ve öldürmek gibi davranışları içerir(10). Ülkemizde gebelikte fiziksel şiddete uğrama oranı ulusal rapora göre %8,3'tür(2).

Psikolojik şiddet; kişinin bedeninden çok ruh sağlığını hedef alan şiddet türüdür(10). Bireyin benlik duygusunu ortadan kaldırmaya

yönelik tüm saldırıları psikolojik şiddet olarak tanımlanabilir(3). Sürekli olarak bağırarak, tehdit etmek, kimseyle görüşürmemek, eve hapsedmek, çocuklardan uzaklaştırmak, toplumsal itibarını zedelemek gibi davranışları kapsamaktadır(10)(3).

Gebelikte yaşanan duygusal şiddetin, gebelik ve doğum sonu dönemde annede depresyon, anksiyete gibi ruh sağlığı sorunları oluşabilir(11).

Cinsel şiddet; her türlü ortamda gerçekleştirilebilen, kadının rıza göstermediği cinsel davranış olarak tanımlanır(10)(3). Kadına yönelik cinsel davranışın sonuçlarında ölümcül olmayan sonuçlar (istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, jinekolojik hastalıklar), psikolojik sonuçlar (depresyon, korku, kendine güvensizlik, cinsel bozukluklar) ve ölümcül sonuçlar (HIV/ AIDS, intihar) olarak incelenir(3).

Ekonomik şiddet; kadının yaşamını önemli hale getiren, fakir ve kendine bağımlı yapan şiddet türüdür. Ekonomik kaynakların ve paranın kadın üzerinde bir yaptırım, tehdit ve kontrol etme aracı olarak kullanılmasıdır(12). Ekonomik şiddet diğer şiddet türleri gibi tek seferlik eylemler değil sürekli durumu ifade eder (10).

Gebelikte şiddet hem anneyi hem fetüsü olumsuz yönde etkilemektedir(2). Bu dönemde görülen şiddet kadında; antenatal bakım eksikliği, erken doğum, düşük, preeklampsi, gestasyonel diyabet, plasentanın erken ayrılması, doğum öncesi kanama ve erken membran rüptürü görülür(4)(2).

Gebelikte eşten kaynaklanan duygusal ve cinsel şiddet kadında baş ağrısı, anksiyete, yüksek seviyelerde depresyon, spontan düşük, idrar yolu enfeksiyonu, sigara, uyuşturucu, madde kullanımı ve anne-bebek bağlanmasında yetersizlik riski gibi sonuçlar görülür(2).

Gebelik dönemi anne için duygusal dalgalanma dönemidir. Bu dönemde tüm zıt duygular beraber görülür. Şiddete maruz kalan kadınlarda depresyon ve yalnızlık duygusunun daha yoğun yaşandığı belirtilmektedir ve depresif bir anneden doğan bebekler daha çok ağlar ve daha az aktiftirler, bebeğine bakım sağlama da yetersizdirler ileriki

yaşamlarında anne- çocuk ilişkisi zayıf olmaktadır (7)(2). Şiddete maruz kalan gebelerin benlik saygılarının şiddet görmeyen kadınlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir(4).

Şiddet gören gebelerin çoğunda komplikasyon insidansı yüksek bulunmuştur. Preterm eylem, gebelik hipertansiyonu ve hemorajidir (13).

Gebelik sırasında eş tarafından uygulanan fiziksel şiddet kadında ölümle sonuçlanan veya sonuçlanmayan sağlık sorunları görebilirken, stres kaynaklı psikolojik istismarın da fetal büyümeyi ve gelişmeyi etkilediği saptanmıştır(2). Şiddet gören kadınlarda yetersiz kilo alımı görülmektedir. Sigara ve madde kullanımı şiddet gören kadınlarda daha fazla görülür ve bu da yetersiz kilo alımına neden olur(13).

Fetüste ise; düşük doğum ağırlığı, kırıklar, uterus, akciğer ya da dalak rüptürü, yumuşak doku hasarları, fetal asfiksi, fetal yaralanma gibi yaşam şansını azaltabilecek sorunlar oluşturmaktadır(4). Avrupa'da Araştırmada, suistimal edilen grupta bebeklerin (%8.6), istismar edilmemiş gruptaki bebeklerden (%2.2) daha düşük doğum ağırlığı ile doğdukları (istismar edilmiş grupta doğum ağırlığı ortalama 175gr daha az), termdeki gebeliklerin daha az (%66.7'e karşı %74.4) ve daha çok düşük olayının (%16.1'e karşı %9.6) olduğu belirlenmiştir (5)(14).

Gebelikte eş şiddeti yaralarını tedavi etmek için kullanılan sağlık hizmetleri sonucunda sağlık giderlerinin artırdığı saptanmıştır (2).

Gebe kadınlarda aile içi şiddetin en kötü sonucu anne ve bebek ölümleridir (4).

2.3. Gebelikte Şiddetin Nedenleri

Erkeklerin kadınlara şiddet uygulama nedenleri arasında psikolojik, biyolojik, sosyolojik ve feminist açısından incelenir. Psikolojik açıdan bakıldığında başarı ve üstünlük sağlama amaçlı erkeklerin kadınlara şiddet uygulamak istemesi anlamına gelir (10).

Gebelikte duygusal ve fiziksel şiddet uygulanmasının nedenleri arasında işsiz kalma, sağlık güvencesinin bulunmaması, plansız gebe kalma, doğum öncesi düzenli bakım almama, geniş aile yapısı gibi nedenler mevcuttur. Gebenin cinsel şiddete uğramasında gebenin ve eşinin eğitim düzeyinin düşük olması, eşin işsiz olması ve doğum öncesi düzenli bakım almama nedenlerinden dolayı şiddet görülür(14).

Literatürde gebelikte şiddet insidansı ile ilgili farklı bulgular bulunmaktadır. Kadınların gebe olma özelliğini kullanarak ve tekrar tekrar gebe kalarak şiddetten korunduğunu belirtmektedir (4).

2.4. Ebelerin Gebelikte Görülen Şiddet ile ilgili Bilgi ve Görüşleri

Şiddet olayları günümüzde gittikçe artmakta olan önemli bir sorundur ve ebeler şiddete uğrayan kadının ulaşabileceği, yardım isteyeceği en yakın sağlık grubudur(11).

Çoğu kadın ev dışında gördüğü şiddeti kolayca konuşabilirken, aile içinde gördüğü şiddeti sineye çekmekte, çaresizce kabul etmektedir (16). Sağlık profesyonellerin temel rollerinden biriside gebelikte şiddeti tanımlamak, farkına varmak, mağdurlara tıbbi bakım, destek ve danışmanlık vermektir(13). Şiddete maruz kalan kadının sağlık profesyonellerinden ilk karşılaştığı meslek grubu ebeler ve hemşirelerdir. Ebe ve hemşirelerin ailenin ve toplumun sağlığının korunması, eğitim, danışmanlık gerektiğinde rehabilitasyonu sağlama işlevi vardır(16).

Ebelik öğrencileri inançlarını, tutumlarını, olumsuz tutumlarını mesleki yaşantısına yansıtmadan geleneksellikten uzak bir şekilde şiddete uğrayan gebeye yardım etmeleri gerekmektedir(11). Ebelik öğrencileri şiddeti sadece fiziksel yönden değil ekonomik, duygusal, cinsel şiddet türünü de şiddet olarak ele aldıkları, şiddeti meşrulaştırmadıkları farkına varılmıştır(16). Yine ebelik öğrencileri şiddet eğitimi almamalarına rağmen hizmet verirken şiddet ile alakalı çağdaş görüşe sahip olduğu belirlenmiştir(19). Farklı zamanda yapılan araştırmada, ebelik öğrencilerinin şiddete ilişkin görüşleri incelendiğinde

şiddete uğrama nedenleri arasında en fazla alkol, kumar gibi kötü alışkanlıklarının olması yer almaktadır ve gebelerin verdiği tepkilerin en fazla ağlama olduğu sonucuna varılmıştır(11). Bazı çalışmalarda öğrencilerin aile içi şiddeti önlemede kendini sorumlu görmediği saptanmıştır ama kendilerini bu konu hakkında geliştirmek istemektedirler(18).

Sağlık profesyonelleri şiddetle karşılaşan kadına toplumsal değerleriyle beraber öfke, şaşkınlık, üzüntü gibi duygular yaşamaktadır. Bu duyguları yaşayan sağlık profesyonelleri şiddet uğrayan kadına profesyonel olarak yaklaşım elde etmesi güç olduğu belirtilmiştir(13). Sağlık profesyonelleri gebelikte şiddeti tam olarak tanımlayamamakta, şiddeti sağlık problemleri olarak görmelerine rağmen yeterli ölçüde müdahale edememektedirler (15). Yeterli ölçüde müdahale etmeme sebepleri sistematik derlemede saptanmıştır. Bunlar; zaman kısıtlılığı (%81,8), şiddeti tarama konusunda eğitim ve bilgi eksikliği (%68,2), şiddet mağdurlarına yardım etmek için kaynakların ve personelin yetersiz olması (%63,6)' tır(2). Bazı çalışmalarda sağlık profesyonellerinin kadına şiddeti önlemesi için uzlaşmacı, ricacı, yumuşak başlı olması, alttan alması bununla birlikte kadınlık rollerini eksiksiz olarak yerine getirmesi, cinsel cazibesini kullanarak baş etmesi gibi toplumun kadına belirlediği roller konusunda öneride bulunmuşlardır(13). Sağlık profesyonellerinin gebelikte şiddet ile ilgili görüşleri incelendiğinde % 72,5'nin gebe kalmanın şiddeti koruduğunu, %59.2'sinin gebelikte şiddetin öngörülmesinde ebelerin, hemşirelerin bazen rolü olduğu, %58,3 'ünün gebelikte şiddet görüp görmediğini sorması gerektiğini düşünülmüştür (13).

Şiddet olaylarının giderek arttığı, şiddete uğrayan kadının yardım isteyebileceği, onlara destek olabilecek en yakın sağlık personeli ebelerdir bununla beraber ebelik öğrencilerinin anne ve fetus sağlığını koruma açısından gebelikte şiddet konusunda eğitim almaları oldukça önemlidir(15) (16).

3. Tartışma

Ülkemizde şiddetin meşru olarak görülmesi, tekrarlanması, gizlenmesi şiddet olaylarını daha fazla görülmesine yol açar. Bunun için geleneksel bakış açısı değiştirilmeli ve gereken önlemlerin alınması gerekir(13). Eskişehir’ de bir çalışmada gebelerde şiddet sıklığı %71.4’ü olarak görülmüştür. Bu kadınların %99.1’i sözel şiddet, %36,4 fiziksel şiddet, %5.4’ü ise cinsel şiddete maruz kalmıştır(8). Silverman ve ark. 2007 yılında Bangladeşli 13-40 yaş arasındaki 2677 kadın ile yaptıkları çalışmada %75.6 kadının eş tarafından şiddet gördüğü belirlenmiştir. Bu kadınlardan eğitim düzeyi düşük, yoksul kişilerde riskin daha fazla olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada eşlerinden şiddet gören kadınların istenmeyen düşük, isteğe bağlı düşük ya da ölü doğum riski gördükleri belirtilmiştir(6). Bu çalışmalarda görüldüğü gibi kadına, gebeye şiddetin en fazla eşlerinden uygulandığı görülmüştür. Brezilya’da yapılan çalışmada sözel şiddet %78.3, fiziksel şiddet %33.8 ve cinsel şiddet ise %9.9 oranında bulunmuştur. Aynı zamanda öğrenim durumu, ergen gebelikler, az sayıda doğum öncesi bakım, 5 yaş altında üç ve daha fazla çocuk varlığı, düşük sosyal destek, alkol-uyuşturucu kullanımı, kötü ev yaşam koşulları fiziksel şiddeti anlamlı olarak artıran risk etmenleri olarak belirlenmiştir(8). Prenatal bakım alan gebenin şiddet taraması da yapılması gerekir çünkü şiddet gören gebelerin çoğu yüksek risklidir. Gebelik hipertansiyonu ve preterm eylem hikâyesi vardır. Ayrıca prenatal bakım almayan ya da geç bakım alan kadınlar aile içi şiddet kurbanı olabilir(13).

Sağlık profesyonelleri şiddete uğramış gebeye yakından ilişki kurabilir, kadına destek ve bilgi verebilir. Yalnız sağlık profesyonellerinin çoğu şiddete uğramış kadının gereksinimlerini karşılama ve şiddet ile ilgili görüşmelerin hizmetini üzerine alabilecek eğitime sahip değildirler(13).

Yapılan başka çalışmada ebelik öğrencilerin aile içi şiddetle ilgili aldıkları bilgileri yeterli bulmadıkları tespit edilmiştir. Kendilerini yetersiz buldukları için eğitim görmek istediklerini belirtmişlerdir(18)

(13). Yapılan hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet konusunda bilgi ve tutumlarını belirledikleri çalışmada okulda kadına yönelik şiddet hakkında eğitim alma oranı %17.4'tür. Oysa şiddet gören kadının, gebenin ilk iletişim kurduğu kurum hastanelerdir. Özellikle gebelik, doğum, aile planlaması vb. hizmetleri sunan sağlık personeli kadına yönelik şiddetin erken tanısı, rehabilitasyonu ve önlenmesinde kilit noktadadır. Bundan dolayı sağlık profesyonelleri, ebelik, hemşirelik ve diğer sağlık bölümleri öğrencilerine kadına şiddet hakkında eğitim yoluyla gerekli bilgi ve beceri ile donatılması gerekir(18).

4. Sonuç

Ülkemizde gebeye şiddet, kadına şiddet önemli halk sorunudur. Şiddet yaşayan gebenin ilk karşılaştığı yer sağlık mensuplarıdır. İlk karşılaşılan grup burası olduğu için eğitim gören öğrenci ebelere okullarında, gebeye şiddet uygulanan kişilere karşı nasıl bir önlem alırız, ne yapmamız gerekir, nasıl azaltırız, şiddet gören gebeyi nasıl tanırız, bunlar hakkında eğitim verilmesi gerektiği yapılan farklı zamanlarda ki çalışmalara göre bu sonuca varılmıştır. Doğum öncesi bakım sırasında gebenin geniş kapsamlı araştırılması sağlık çalışanlarına şiddet ile alakalı bilgi verir, bu noktada sağlık çalışanlarının temkinli ve dikkatli olması gerekmektedir. Ebeğin gebe ile yakın iletişim kurması kilit noktalardandır.

Ebelerin ve sağlık çalışanlarının çoğu şiddeti tam olarak tanımlayamamaktadır. Yeterli ölçüde müdahale edemedikleri için ebelerin ve diğer sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitim almaları gerektiği birçok çalışmada öngörülmüştür. Öğrencilerin çoğunluğu kadına yönelik şiddete ilişkin eğitim almak istedikleri, kendilerini geliştirmek istedikleri sonucuna varılmıştır. Öğrencilerin ve sağlık çalışanlarının buldukları kurumlarda sertifikalı bir eğitim verilebilir.

Ülkemizde şiddet türü olarak en fazla duygusal şiddet, gebelikte şiddeti en fazla uyguladığı kişiler ise eşlerdir. Uygulanan şiddetin ortaya çıkardığı ruhsal ve fiziksel etkilerin anneye ve fetüse olumsuz

etkisi olduğu saptanmıştır. Gebenin aile sağlığı merkezine veya takip edildiği hastanesine prenatal bakım almak için gitmelidir ve şiddeti erken tanılmak için ebelerin gebelere soru sormaları, iletişim kurmaları gerekmektedir. Prenatal bakım alamayan gebeleri saptayıp aile sağlığı merkezine davet etmeleri gerekmektedir.

Bu şiddetin önüne geçilmezse gebeliği komplikasyonlu geçen gebeler, yaralı, sakat fetüsler, benlik saygısını yitirmiş, çevresine güvenemeyen, bebeği ile sağlıklı iletişim oluşturamayan kadınlar hatta ane-bebek ölümleri görmek kaçınılmaz olacaktır.

Kaynaklar

- (1) Harcar T, Çakır Ö, Sürgevil O, Budak G. Kadına Yönelik Şiddet ve Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddetin Durumu. Tematik Yazıları Toplum ve Demokrasi. **2008**; 2(4): 51-70.
- (2) Demirel Bozkurt Ö, Daşıkın Z. Gebelikte Eş Şiddeti: Risk Faktörleri, Sağlık Sonuçları ve Tarama Araçları. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics. **2016**;2(2):15-22
- (3) Ayrancı Ü, Günay Y, Ünlüoğlu İ. Hamilelikte Aile İçi Eş Şiddet: Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Başvuran Kadınlar Arasında Bir Araştırma. Anadolu Psikiyatri Dergisi. **2002**; 3: 75-87
- (4) Onat Bayram G. Gebelikte Şiddet ve Benlik Saygısı. Bakırköy Tıp Dergisi. **2009**; 5(2)
- (5) Ünsal Atan Ş, Şiddete Maruz Kalan Gebe Kadınların Evde İzlemi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. **2005**; 2(9)
- (6) Demir S, Ümran Yeşiltepe O. Aile İçi Şiddetin Kadın Üreme Sağlığına Etkisi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. **2015**; 5(1): 35-38
- (7) Kapan M, Yanikkerem E. Kırsal ve Kentsel Alanda Yaşayan Gebelerin Depresyon, Yalnızlık ve Şiddete Maruz Kalma Durumları. TAF Preventive Medicine Bulletin. **2016**; 15(5)
- (8) Giray H, Keskinöglü P, Sönmez Y, Meseri R. ve diğerleri. Gebelikte Aile İçi Fiziksel Şiddet ve Etkileyen Etmenler. STED Ekim. **2005**; 15
- (9) T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. Ankara. Elma Teknik Basım. **2009**
- (10) Ünkaracalar, AD. Şiddet Kavramı ve Kadına Şiddet, http://www.academia.edu/12701978/%C5%9Eiddet_Kavram%C4%B1_ve_Kad%C4%B1na_%C5%9Eiddet adresinden alındı.

- (11) Sağkal T, Kalkım A, Sülü Uğurlu E, Ersoy Kırmızılar N. Gebelerin Eşi Tarafından Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Şiddetle İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. **2014**;13(5):381-390
- (12) Can GÖ, Coşar F. Ekonomik Şiddetin Kadın Yaşamındaki Etkileri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. **2009**;2(3)
- (13) Şen S, Egelioglu N, Kavlak O, Sevil Ü. Sağlık profesyonellerinin gebelikte şiddet konusundaki farkındalıklarının belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. **2012**; 9(1)
- (14) Güler N. Gebelikte Eşi Tarafından Kadına Uygulanan Fiziksel, Duygusal, Cinsel ve Ekonomik Şiddet ve İlişkili Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. **2010**; 3(2): 72-77
- (15) Demirel Bozkurt Ö, Daşkan Z, Kavlak O, Şirin A. Ebelik Öğrencilerinin Gebelikte Şiddet Konusundaki Bilgi, Görüş ve Mesleki Tutumlarının Belirlenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. **2013**;2(2)
- (16) Dağlar G, Bilgiç D, Demirel G. Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutumları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. **2017**; 10 (4): 220-228
- (17) Tuncel E, DüNDAR C, Peşken Y. Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Aile İçi Şiddet Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi. **2007**; 17(2)
- (18) Kaya D, Gölbaşı Z. Son Sınıf Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Gebelikte Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle İlgili Görüşleri. ACU Sağlık Bil Dergisi. **2016**;4(4):202-208
- (19) Sabancıoğulları S, Taşkın Yılmaz F, Ar E, Çakmaktepe G. Hemşirelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddete ve Şiddette Mesleki Role İlişkin Tutumları, Benlik Saygıları ve Etkileyen Faktörler. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. **2016**;13(1): 35-43
- (20) Dişsiz M, Hotun Şahin N. Evrensel Bir Kadın Sağlığı Sorunu: Kadına Yönelik Şiddet. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. **2008**;1(1)
- (21) Polat O. Şiddet. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi. **2016**;22(1)

Olgu Sunumu

**Ön Kol Sinir ve Tendon Transferi Sonrası
Rehabilitasyonun Uzun Dönem Sonuçları:
Olgu Sunumu**

Serpil ÇOLAK¹

¹ İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul, Türkiye

Geliş Tarihi: 29.04.2019

***Sorumlu Yazar e mail:** scolak@medipol.edu.tr

Kabul Tarihi: 24.06.2019

Özet

Ön kol ezilme yaralanmaları, sinir, tendon ve yumuşak dokunun etkilendiği tedavisinde çoklu cerrahi ve uzun dönem rehabilitasyonu gerektiren yaralanmalardır. Tedavide fizyoterapi ve rehabilitasyon yaklaşımları etkin yöntemlerden olmasına rağmen uzun dönem sonuçları bilinmemektedir. Olgumuz Ocak 2014'te dirsek ekleminden el bileği distaline kadar uzanan matbaa makinasında sol ön kol crush yaralanması geçiren 1976 doğumlu erkek hastadır. Toplam dört operasyon geçiren olgunun 5 yıl sonrası klinik durumu değerlendirildi. Vakanın fizyoterapi ve rehabilitasyon programında, aktif, aktif asistif, pasif eklem hareket açıklığı egzersizleri, Propriyosepif Nöromusküler Fasilitasyon Teknikleri, elektrik stimülasyonu, düşük doz ultrason, desensitizasyon eğitimi ve orte zleme ile yumuşak doku sertliğini azaltmak amacıyla toplam 8 seans kuru iğneleme uygulandı. Olgunun yaralanma ve rehabilitasyonundan yaklaşık 5 yıl sonrası uzun dönem sonuçları değerlendirildi. Kavrama ve pinch kuvveti Jamar Dinamometre/Pinchmetre, eklem hareket açıklığı gonyometre ile değerlendirildi. Ayrıca performans dayalı el becerisi için Nine Hole Peg Test, duyu değerlendirmesi için beşli Semmes Weinstein Monofilaman Testi kullanıldı. Sağlam/Dominant tarafa göre kuvvet kaybı yaklaşık 2/3, ilk iki parmak haricinde, el bileği dahil hareket kısıtlılığı saptandı. Dirsek eklemine hareket kaybı bulunmadı. Bir, iki, üç ve dördüncü parmak falanksları ve tenar bölgede koruyucu dokunma duyusu veya normal duyu olduğu saptandı, ön kol dahil elin diğer kısımlarında duyu

Atf: Çolak S, Ön Kol Sinir ve Tendon Transferi Sonrası Rehabilitasyonun Uzun Dönem Sonuçları: Olgu Sunumu, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019;2(2) 15-24

To cite this article: Çolak S, Long-Term Results of Rehabilitation After Forearm Nerve and Tendon Transfer: A Case Report, Haliç University Journal of Health Sciences, 2019;2(2) 15-24

defektleri bulundu. Bizim olgumuzda en iyi klinik sonuçlardan biri dirsek eklemi-
deki hareket serbestliğinin olduğu söylenebilir. Bu sonucun alınmasında rehabilitas-
yon sırasında uygulanan atelleme ile uzun süreli hafif şiddetli germe, kuru iğneleme
ve erken hareket prensibi etkili olmuş olabilir. Kuru iğneleme uygulama sırasında
herhangi bir komplikasyon gelişmemiş, klinik gözlemde yumuşak doku esnekliğini
artırmıştır. Olgumuzun el bileği ekstansiyon kabiliyeti ve karpal dizilim takibi yö-
nünde sonuçlarımız yetersiz gözükmektedir. Bu sonuçlarda ilk müdahaledeki yeter-
sizlik ve düzeltici müdahalelerin geç yapılmış olması etkili olmuş olabilir. El bile-
ğindeki bu hareket kısıtlılığı olgumuzun sonuçlarını etkilemiş olabilir.

Anahtar Kelimeler: Crush yaralanma, Kuru iğneleme, Olgu sunumu, Rehabilitas-
yon, Uzun dönem sonuç

Long-Term Results of Rehabilitation After Forearm Nerve and Tendon Transfer: A Case Report

Abstract

Forearm crush injuries are injuries that involve nerve, tendon and soft tissue, and re-
quire multiple surgery and long-term rehabilitation. Although physiotherapy and re-
habilitation approaches are effective methods in treatment, long-term results are not
known. Our case was born in 1976 a male patient who had left forearm crush in-
jury in a printing machine from elbow joint to wrist distal in January 2014. The clin-
ical status of the patient who underwent four operations was evaluated after 5 years.
In the physiotherapy and rehabilitation program of the case, active, active assistive,
passive range of motion exercises, proprioceptive neuromuscular facilitation tech-
niques, electrical stimulation, low dose ultrasound, desensitization training and were
performed to reduce soft tissue stiffness orthosis and a total of 8 sessions of dry nee-
dling. Long-term results were evaluated approximately 5 years after injury and reha-
bilitation. Grip and pinch strength were measured with Jamar Dynamometer / Pinch-
meter and range of motion with goniometer. In addition, Nine Hole Peg Test was
used for performance-based dexterity, and a five-point Semmes Weinstein Monofil-
ament Test was used for sensory evaluation. The force registration with respect to
the intact side is approximately 2/3, movement limitation was detected on the wrist.
There was no loss of motion in the elbow joint. Only one, two, three and fourth fin-
ger phalanges and thenar area had a protective sense of touch or normal sense, and
sensory defects were found in other parts of the hand, and the forearm. In our case,
one of the best clinical results is the independence of movement in the elbow joint.
This is the result prolonged mild intense stretching, dry needling and early motion
may have been effective. No complication developed during dry needling applica-
tion and increased soft tissue flexibility in clinical observation. Our results seem to
be inadequate in wrist extension ability and carpal alignment success. This limitation
of movement in the wrist may have affected the results of our case.

Keywords: Crush injury, Dry needling, Case report, Rehabilitation, Long-term outcome

1.Giriş

Ön kol ezilme yaralanmaları, sinir, tendon ve yumuşak dokunun etkilendiği, tedavisinde çoklu cerrahi ve uzun dönem takipli fizyoterapi ve rehabilitasyon gerektiren yaralanmalardır. Klinik tablo etkilenen anatomik yapıya göre farklılık gösterir. Bu tarz yaralanmalarda ön kol ve elin periferik sinirleri primer veya tuzak nöropati ve iskemik alanların gelişmesi gibi durumlarda sekonder olarak yaralanabilir. Ayrıca bu tarz durumlar, tendon ve yumuşak dokunun iyileşmesini de zorlaştırır (1–3). Bu tarz yaralanma terapisinde fizyoterapi ve rehabilitasyon yaklaşımları etkin yöntemlerden olmasına rağmen uzun dönem sonuçları bilinmemektedir.

2. Olgu Sunumu

Ocak 2014'te dirsek ekleminde el bileği distaline kadar uzanan yumuşak doku, fleksör tendonlar, ulnar sinir yaralanması ve el bileği subluksasyonuna neden olan, matbaa makinasında sol ön kol crush yaralanması geçiren ve ilk müdahalesi Rusya'da yapılan, 1976 doğumlu erkek hastanın 5 yıl sonrası klinik durumu değerlendirildi. Rusya'daki ilk müdahalede el bileği subluksasyonu yerleştirilerek Kirshner teli ile tespit edilmiş, dirsekten itibaren avulse olan ön kol cildi yerine dikilmiştir. Klinik muayenede tamiri yapılan cildin nekroza döndüğü, avuç içinin ve ön kolun ileri derecede şiş ve sertliği ile Volkman iskemik kontraktür tablosunun yerleştiği, elde ulnar sinir trasesinde hissin olmadığı ve karpal kemiklerin uygun dizilimde sabitlenmediği rapor edilmiştir (Şekil 1). Bu hastaya Ocak ayındaki ilk operasyonunu takiben Türkiye'de Şubat ayında iki, Eylül ayında bir olmak üzere üç farklı cerrahi daha uygulandı. İlk iki ameliyatında Kirshner telleri çıkarıldı, yaygın nekrotik fleksör kaslar debride edildi (Şekil 2), Ulnar sinire greft uygulaması planlanmasına rağmen, Kübital tünelin hemen çıkışından itibaren 14 cm'lik defekt olduğu için sinir grefti uygulanamadı. Bir hafta sonraki ikinci seansta ise Split-Thickness cilt grefti

uygulandı ve yara takibi sonrasında hasta yoğun fizyoterapi programına dahil edildi (4,5). Eylül ayındaki son operasyonda ise ikinci parmağın Fleksör Digitorum Superficialis (FDS) ve Profundus (FDP) tendonları üç, dört ve beşinci parmak FDS ve FDP'lerine transferi sağlandı. Ayrıca Ulnar sinir distal ucu Median sinire yan anastomeze edildi.



Şekil 1. Türkiye'deki operasyonlardan önce nekroze olan dokular



Şekil 2. Operasyon sonrası debride edilen el ulnarı

Rehabilitasyon programı; 24 Şubat 2014'te fizyoterapi programına başlandı. Toplam kırk beş seansın son yirmisi tendon ve sinir transferi yapılan son operasyon sonrası uygulandı. İlk yirmi beş seanslık fizyoterapi ve rehabilitasyon programında eklem hareket açıklığının artırılması için aktif, pasif, aktif asistif eklem hareket açıklığı egzersizleri, Propriyosepif Nöromusküler Fasilitasyon Teknikleri (PNF), elektrik stimülasyonu-Russian akım; duyu ve dolaşım problemleri için düşük doz ultrason, desensitizasyon eğitimi; kontraktürleri önlemek için dirsekten itibaren atelleme ve son ameliyatından öncesi son bir ayda dirsekteki yumuşak doku sertliğini azaltmak için, üçü günün üçü haftada iki, ikisi ise haftada bir olmak üzere toplam 8 seans kuru iğneleme uygulandı (6,5,7). Kas sinir transferi postoperatif rehabilitasyonunda temel rehabilitasyon ilkelerine ek, akut dönemde ortezleme, kuvvet aktarım prensiplerine; uzun dönemde ise fonksiyonellik ergoterapi yaklaşımlarına yer verildi. Rehabilitasyon programı

sonunda olgumuz firmasının İstanbul'daki şubesinde, esnek çalışma saatleri ve daha arka planda olacak şekilde işine döndü.

Olgunun yaralanma ve rehabilitasyonundan yaklaşık 5 yıl sonrası uzun dönem değerlendirmesinde; kavrama ve pinch kuvveti Jamar Dinamometre ve Pinchmetre ile eklem hareket açıklığı gonyometre ile duyu değerlendirmesi beşli Semmes Weinstein Monofilaman Testi (SWMT) ile değerlendirildi. Performansa dayalı el becerisi Nine Hole Peg Test (NHPT) sonuçları sağlam ve dominant taraf olan sağ el değerleri ile karşılaştırıldı. Gonyometrik ölçümler dirsek fleksiyonda masa üzerinde destekli, ön kol nötral pozisyonda iken hastadan yumruk yapması istenerek fleksiyon, parmaklarını açması istenerek ekstansiyon açılı ölçümü gerçekleştirildi (6,8).

Kavrama, pinch kuvveti için olgu ayakları yer ile tam temasta oturur pozisyonda, ölçüm yapılan taraf üst kol gövdeye yapışık, dirsek 90° fleksiyonda ve Jamar dinamometrenin ikinci kavrama pozisyonunda üç ölçüm yapıldı. Analizinde değerlerin kilogram cinsinden ortalaması dikkate alındı. NHPT değerlendirme sırasında kronometre tutuldu, üç ölçümün en düşük saniye değeri kaydedildi. Tablo 1'de kuvvet ve el beceri değerleri bulunmaktadır(6,8).

3. Bulgular

Kavrama kuvveti ve el becerisinde genel olarak sol taraf değerlerinin 2/3 ila 1/2 kayıp olduğu görüldü (Tablo 1).

Tablo 1: Kuvvet ve el becerisi

	SAĞ	SOL	SOL/SAĞ İLİŞKİ (%)
Kavrama Kuvveti ^a	38,56	14,98	38,85
3 Nokta Pinch ^a	10,33	3,83	37,08
2 Nokta Pinch ^a	7,33	3	40,93
Lateral Pinch ^a	11,66	3,5	30,02
NHPT ^b	18,27	26,43	144,66

^a: kilogram, ^b: saniye, NHPT: Nine Hole Peg Test, Sol/Sağ İlişki (%):Sol*100/Sağ

Gonyometrik ölçüm sonucunda iki, üç, dört ve beşinci parmak metakarpofalangeal eklem (MCP) eklemlerde hiperekstansiyon, 3, 4 ve 5. parmak proksimal interfalangeal eklem (PIP) ve distal interfalangeal eklem (DIP) eklemlerde ekstansiyon kaybı vardı. Genel olarak başparmak ve ikinci parmak eklem açıları diğer parmak ölçümlerine göre optimal değerlere daha yakındı, el bileği ölçümünde ise ekstansiyon kaybı söz konusuydu. Buna rağmen dirsek ekleminde hareket kaybı bulunmuyordu (Tablo 2). Sağlam taraf olan sağ elde herhangi bir kısıtlılık bulunmadı.

Tablo 2: Gonyometrik ölçüm değerleri

Sol El Beşinci Parmak	MCP Eklem	Fleksiyon: 60	Ekstansiyon: 20 (+) ^a
	PIP Eklem	Fleksiyon: 75	Ekstansiyon: 15 (-) ^b
	DIP Eklem	Fleksiyon:75	Ekstansiyon: 5 (-) ^b
Sol El Dördüncü Parmak	MCP Eklem	Fleksiyon: 60	Ekstansiyon: 15 (+) ^a
	PIP Eklem	Fleksiyon: 95	Ekstansiyon: 30 (-) ^b
	DIP Eklem	Fleksiyon: 50	Ekstansiyon: 10 (-) ^b
Sol El Üçüncü Parmak	MCP Eklem	Fleksiyon: 100	Ekstansiyon: 15 (+) ^a
	PIP Eklem	Fleksiyon: 95	Ekstansiyon: 30 (-) ^b
	DIP Eklem	Fleksiyon: 45	Ekstansiyon: 10 (-) ^b
Sol El İkinci Parmak	MCP Eklem	Fleksiyon: 75	Ekstansiyon: 5 (+) ^a
	PIP Eklem	Fleksiyon: 100	Ekstansiyon: 0
	DIP Eklem	Fleksiyon: 65	Ekstansiyon: 0
Sol El Birinci Parmak	CMC Eklem	Fleksiyon: 10	Ekstansiyon: 0
	MCP Eklem	Fleksiyon: 65	Ekstansiyon: 0
	IP Eklem	Fleksiyon: 85	Ekstansiyon: 0
Sol El Bileği Eklemi		Fleksiyon: 60	Ekstansiyon: 10
Sağ El Bileği Eklemi		Fleksiyon: 90	Ekstansiyon: 75
Sol Dirsek Eklemi		Fleksiyon: 125	Ekstansiyon: 0
Sağ Dirsek Eklemi		Fleksiyon: 130	Ekstansiyon: 0

MCP: Metakarpofalangeal eklem, PIP: Proksimal interfalangeal eklem, DIP: Distal interfalangeal eklem, CMC: Karpometakarpal eklem, IP: Interfalangeal eklem ^a: hiperekstansiyon ^b: ekstansiyon kaybı

Duyu değerlendirmesinde ön kolda duyuusal defektler söz konusuydu (Şekil 3). El değerlendirmesinde ise beşinci parmak falankları, hipotenar bölge, el bileği ulnar kısmı 6.65; el bileği radial kısmı 4.56, avuç içi ve metakarp başları seviyesi 4.31, bir, üç ve dördüncü parmak falankları 3.61, ikinci parmak falankları ve tenar bölge 2.83 SWMT duyarlılığına sahip olduğu görüldü (Şekil 4).



Şekil 3. Ön kol volar yüz duyu durumu L: Lokalize, LD: Lokalize değil



Şekil 4. El volar yüz duyu durumu

4. Tartışma

Ön kol crush yaralanmaları ağırlıklı olarak genç erişkin erkeklerde görülür. Postoperatif rehabilitasyonu ile olguların el fonksiyonu ve kas kuvveti kazanılır. Bu kazanımı dominant tarafın yaralanması, travmanın ciddiyeti, etkilediği bölgenin çeşitliliği ve büyüklüğü, yaralanma ile ilk tamir arasında geçen süre ve rehabilitasyonun içeriği gibi çeşitli faktörler etkiler (1,3,6,9). Yaş, sinir tamiri sonrasında duyuusal iyilik ile ilişkilendirilir ve genç yaştaki hastalar yaşlı kişilere göre daha iyi prognoza sahiptir (10). Bu duruma özellikle çocuklarda daha

hızlı ve kuvvetli yenilenme kapasitesinin olması ve daha kısa ekstremitelere varlığından dolayı tamir edilmesi gereken daha kısa sinir trasesi olması neden olarak gösterilir (9). Bizim olgumuz, yenilenme kabiliyeti açısından ikinci sırada gösterilen yaş grubuna mensup erkek hasta idi. Bu durum iyileşmeyi olumlu yönde etkilemiş olabilse de, ekstremitelere uzunluğu dikkate alındığında etkilenen vücut bölümü uzunluğu negatif etkileyebilecek faktörlerdendir.

Travma sonrası dirsek eklemünde kontraktür gelişimi ile sıklıkla karşılaşılır. Dirsek kontraktürü ile mücadelede yumuşak dokunun gevşetilmesi iyi bir enstrümandır (11). Bizim olgumuzda en iyi klinik sonuçlardan biri dirsek eklemindeki hareket serbestliğinin olduğu söylenebilir. Bu sonucun alınmasında rehabilitasyon sırasında uygulanan atel ile uzun süreli hafif şiddetli germe, kuru iğneleme, erken hareket prensibi etkili olmuş olabilir (12,13). Ön kol fleksör tendonlarının rezeke edilmesi, yaralanan ekstremitenin non-dominant taraf olması, Volkman iskemik atrofisinin gelişmesi ve geç tamir edilmesi gibi dezavantajlar dikkate alındığında kas kuvveti ve el becerisindeki kazanımlar dikkat çekicidir (14). Non-dominant ekstremitenin sadece ulnar sinir yaralanması ve median ile ulnar sinirin birlikte yaralanmalarında kavrama kuvvetinin sırasıyla %40 ve %51 azaldığı rapor edilmiştir (15). Bizim sonuçlarımızda yaklaşık %60'lık kayıp söz konusudur. Olgumuzun daha düşük kavrama kuvveti değerine sahip olmasının nedeni, el bileğindeki normal eklem hareket açıklığı ve kavrama pozisyonunu korumadaki kısıtlılık olabilir.

Literatürde kuru iğneleme ile ilgili farklı sonuçlar bildirilmektedir. Bu araştırmalarda tedaviyi olumlu etkilediği bildirilse de uygulama sonrası komplikasyonların olduğu da rapor edilmiştir (7,16,17). Bizim uygulamamız sırasında herhangi bir komplikasyon gelişmedi, klinik gözlemlerde yumuşak doku esnekliğini artırdı.

El bileğinin ekstansiyon pozisyonu aynı zamanda elin fonksiyonel pozisyonudur. Olgumuzun el bileği ekstansiyon kabiliyeti ve karpal dizilim takibi yönünde sonuçlarımız yetersiz gözükmektedir. Bu sonuçlarda ilk müdahaledeki yetersizlik ve düzeltici müdahalelerin geç

yapılmış olması etkili olmuş olabilir. El bileğindeki bu hareket kısıtlılığı olgumuzun sonuçlarını etkilediği söylenebilir (18).

5. Sonuçlar

Olgumuzda sağlam/dominant taraf ekstremite ile karşılaştırıldığında %60'lık güç ve fonksiyon kaybı, ön kolda koruyucu dokunma duyusu yokluğu, elde ise özellikle ulnar tarafta duyu kaybı gözlemlendi. Eklem hareket açıklığında ise en yüksek kısıtlılığın el bileği ekleminde olduğu, bunu beş, dört ve üçüncü parmak eklemlerinin takip ettiği, en serbest eklem dirsek olduğu görüldü.

Bu vaka takibinin öncesi değerlendirme verilerinin olmaması gibi bazı limitasyonları bulunmakla birlikte komplike yaralanmalar sonrası rehabilitasyonun uzun dönem sonuçlarına dair fikir vermesi açısından dikkat çekicidir.

Yazar Notu: Bu çalışma, Uluslararası İş Kazaları, El Yaralanmaları ve Uzuv Kopmaları Kongresi (26-27 Nisan 2019, İstanbul) sözel bildiri olarak sunulmuştur ve bildiri kitabında yayınlanmıştır.

Kaynaklar

1. del Piñal F, Urrutia E, Klich M. Severe Crush Injury to the Forearm and Hand. *Clin Plast Surg*. 2017;44:233–55. Doi: 10.1016/j.cps.2016.11.002
2. Novak CB, Anastakis DJ, Beaton DE, Katz J. Patient-Reported Outcome After Peripheral Nerve Injury. *J Hand Surg Am*. 2009;34(A):281–7. Doi: 10.1016/j.jhsa.2008.11.017.
3. Geary N. Late surgical decompression for compartment syndrome of the forearm. *J Bone Joint Surg Br*. 1984;66(5):745–8. PMID: 6501373
4. Giessler GA, Erdmann D, Germann G. Soft tissue coverage in devastating hand injuries. *Hand Clin*. 2003;19(1):63–71. PMID:12683447
5. Gokkus K, Saylik M, Aydin AT. Forearm Compartment syndrome due to trapping in an industrial press machine. *Kafkas J Med Sci*. 2011;1(3):127–9. DOI: 10.5505/kjms.2011.02996
6. Cempla J, Pieniazek M, Pelczar-Pieniazek M. Regimen and results of physiotherapy in patients following surgical treatment of ulnar nerve injury. *Ortop Traumatol Rehabil*. 2007;5(6):499–510. PMID:18026069

7. Patrick R, McGinty J, Lucado A, Collier B. Chronic UCL Injury: A Multimodal Approach to Correcting Altered Mechanics and Improving Healing in a College Athlete— A Case Report. *Int J Sport Phys Ther* |. **2016**;11(4):614–26. PMID:27525185
8. Bueno E, Benjamin MJ, Sisk G, Sampson CE, Carty M, Pribaz JJ, et al. Rehabilitation following hand transplantation. *Hand*. **2014**;9:9–15. Doi: 10.1007/s11552-013-9568-8.
9. He B, Zhu ZW, Zhu QT, Zhou X, Zheng C Bin, Li PL, et al. Factors predicting sensory and motor recovery after the repair of upper limb peripheral nerve injuries. *Neural Regen Res*. **2014**;9(6):661–72. Doi: 10.4103/1673-5374.130094
10. Lohmeyer JA, Sommer B, Siemers F, Mailänder P. Nerve injuries of the upper extremity—expected outcome and clinical examination. *Plast Surg Nurs*. **2009**;29(2):88–93. Doi:10.1097/01.PSN.0000356867.18220.73.
11. Kugelman DN, Haglin JM, Egol KA, Christiano A, Konda SR, Paksima N. Open surgical elbow contracture release after trauma: results and recommendations. *J Shoulder Elb Surg*. **2018**;27(3):418–26. Doi: 10.1016/j.jse.2017.10.023.
12. Novak CB, von der Heyde RL. Evidence and techniques in rehabilitation following nerve injuries. *Hand Clin*. **2013**;29(3):383–92. Doi: 10.1016/j.hcl.2013.04.012.
13. Roll SC, Hardison ME. Effectiveness of occupational therapy interventions for adults with musculoskeletal conditions of the forearm, wrist, and hand: A systematic review. *Am J Occup Ther*. **2017**;71(1):7101180010p1–7101180010p12. Doi: 10.5014/ajot.2017.023234
14. Novak CB, Von Der Heyde RL. Rehabilitation of the upper extremity following nerve and tendon reconstruction: When and how. *Semin Plast Surg*. **2015**;29(1):73–80. Doi: 10.1055/s-0035-1544172
15. Rajan P, Premkumar R, Rajkumar P, Richard J. The impact of hand dominance and ulnar and median nerve impairment on strength and basic daily activities. *J Hand Ther*. **2005**;18:40–5. Doi:10.1197/j.jht.2004.10.011
16. McManus R, Cleary M. Radial nerve injury following dry needling. *BMJ Case Rep*. 2018; Doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2017-221302>
17. Leibold MBR, McDevitt AW, Krause LA, Snodgrass SJ, Cleland JA, Mintken PE. Treatment of individuals with chronic bicipital tendinopathy using dry needling, eccentric-concentric exercise and stretching; a case series. *Physiother Theory Pract*. **2018**; Doi: 10.1080/09593985.2018.1488023.
18. Seven B, Cobanoglu G, Oskay D, Atalay-Guzel N. Test-Retest Reliability of Isokinetic Wrist Strength and Proprioception Measurements. *J Sport Rehabil*. **2019**; Doi: 10.1123/jsr.2018-0341.

Klinik Çalışma

**Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Öğrencilerinde
Ev Egzersiz Programı Önerilen ve Önerilmeyen
Grupların Fiziksel Aktivite İle Depresyon Düzeylerinin
Karşılaştırılması**

Elif İrem GÜNAYDIN^{1*}, Ayşe Nur TUNALI¹, Seda SAKA¹

¹Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul, Türkiye

Geliş Tarihi: 27.05.2019

***Sorumlu Yazar e mail:** iremgunaydin@halic.edu.tr

Kabul Tarihi: 20.06.2019

Özet

Bu çalışmanın amacı; ev egzersiz programı ile fiziksel aktivite ve depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemektir. Günümüz koşullarında özellikle genç yetişkinlerde fiziksel olarak inaktif olmanın ruh durumunu da etkileyebileceği görüşü bu çalışmanın planlanmasına teşvik etti. Çalışma, T.C. Haliç Üniversitesinde öğrenim görmekte olan yaş ortalaması 21,35±1,49 olan 120 gönüllü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon öğrencisi ile yapılmıştır. Çalışmada, fiziksel aktiviteyi değerlendirmek için Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (International Physical Activity Questionnaire, IPAQ), depresyon düzeyini belirlemek için Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Uygulanacak anket ve ölçekler yüz yüze yapılmıştır. Ev egzersiz programı olarak alt ve üst ekstremitelere germe, postür, spinal stabilizasyon, solunum ve gevşeme egzersizleri verilmiştir. Egzersizlerin 6 hafta boyunca, haftada 3 gün yapılması istendi. Çalışmanın sonucunda egzersiz verilen grubun, Beck depresyon düzeyi(p=0,652), IPAQ Aktivite Değerleri (Şiddetli, Orta Şiddetli, Yürüme, Oturma, Toplam) kendi arasında istatistiksel olarak anlamlı değildir. Egzersiz verilmeyen grup, IPAQ Aktivite Değerleri(Şiddetli, Orta Şiddetli, Yürüme, Oturma, Toplam) kendi arasında istatistiksel

Atf: Günaydın Eİ, Tunalı AN, Saka S, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Öğrencilerinde Ev Egzersiz Programı Önerilen ve Önerilmeyen Grupların Fiziksel Aktivite İle Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019;2(2) 25-35

To cite this article: Günaydın Eİ, Tunalı AN, Saka S, The Comparison of Physical Activity and Depression Levels in Physical Therapy Students with and without Recommended Home-Based Exercises, Haliç University Journal of Health Sciences, 2019;2(2) 25-35

olarak anlamlı bulunmamıştır. Çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlara göre ev egzersizinin fiziksel aktivite ve Beck Depresyon düzeyine etkisi bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel aktivite, depresyon, ev egzersizi

The Comparison of Physical Activity and Depression Levels in Physical Therapy Students with and without Recommended Home-Based Exercises

Abstract

The aim of this study is to analyze relation between the home-based exercise program and physical activity and depression levels. In today's conditions, especially the idea of effects of physical inactivity on mental state/ mood encouraged this study. The study has been made/run with 120 volunteer students who are studying at Haliç University with the average age of $21,35 \pm 1,49$. In this study, International Physical Activity Questionnaire, IPAQ has been used for evaluation of physical activity and Beck Depression Inventory has been used for determination of depression level. Questionnaire and inventory has been applied face to face. Home-based exercises include upper and lower extremity stretching, posture exercises, spinal stabilization, breathing and relaxing exercises. It is asked to exercise for 3 times per week during 6 weeks. Statistically significance was evaluated with $p < 0.05$ significance level. In the end of the study, Beck Depression Inventory score ($p=0,652$) and IPAQ score (Intense, Moderate, Walking, Sitting, Total) of the group with recommended home-based exercises were not statistically significant among their own group/ themselves. IPAQ score (Intense, Moderate, Walking, Sitting, Total) of the group without recommended home-based exercises were not statistically significant among their own group/ themselves. According to results of this study, home-based exercises have no effects on physical activity a depression level.

Keywords: Physical activity, depression, home-based exercise

1. Giriş

Fiziksel aktivite kas ve eklemlerimiz aracılığıyla enerji harcamaya dayanan, kalp ve solunum hızını arttıran, çeşitli derecelerde yapılabilen aktivitedir (1). Fiziksel aktivite, sağlıklı yaşamın önemli bir göstergesidir. Fiziksel aktivitenin düzenli yapılması kişinin sağlığını olumlu

etkiler. Fiziksel aktivite ve egzersizin önemi günümüzde hızla artan bir öneme sahiptir. Son yıllarda bu konu ile ilgili dikkat çekici yoğunlukta çalışma yapılmıştır. Klinik, psikolojik ve sosyal yararları düşünüldüğünde ‘sağlıklı yaşlanmaya katkı sağlayan en önemli faktörün fiziksel aktivite olduğu görülmektedir (2). Fiziksel aktivite ile fizyolojik, metabolik ve psikolojik parametrelerde iyileşmeye, birçok kronik hastalık ve erken mortalite riskinde azalmaya, kemik ve eklem sağlığını sürdürmeye olanak sağlanır (3). Fiziksel aktivitenin bireylerin büyüme, gelişme aynı zamanda da sağlığın korunmasının yanı sıra fiziksel aktivitenin; kendini iyi hissetme, sosyal ilişkilerde uyum, olumlu düşünme, stresle mücadelede olumlu etkileri de mevcuttur. Fiziksel aktivitenin en iyi özelliklerinden biri de uzun yıllar başkalarına bağımlı olmadan yaşamak, sakatlanmaları azaltmaktır (4, 5). Fiziksel aktivite ve sportif aktivitelere katılımın uykuyu düzenlediği, stresle başa çıkmada olumlu etki sağladığı ve yaşam kalitesini arttırdığı bilinmektedir (6, 7). Günümüzde gelişen teknoloji ve modern yaşam tarzı, beden hareketliliğini azaltmakta ve beraberinde hemen hemen her yaş grubundaki bireyleri olumsuz etkileyerek sedanter kişilere dönüştürmektedir. Dünya Sağlık Örgütü; günümüzde morbidite ve mortaliteye yol açan en önemli faktörler olarak tütün kullanımı, kardiovasküler hastalıklar, bazı kanser türleri, obezite ve fiziksel inaktiviteyi açıklamıştır (8). Aynı zamanda fiziksel inaktivitenin hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, obezite ve kas iskelet hastalıkları gibi birçok kronik hastalık için de risk faktörü olduğu bilinmektedir (9). Fiziksel aktivitenin desteklenmesinde ev egzersiz programlarından; maliyet, zaman ve mekân gibi birçok kazanımları nedeniyle sıklıkla yararlanır. Çalışmamızda; Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümü öğrencilerinde ev egzersiz programı ile depresyon ve fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişkisinin incelemesi amaçlanmıştır.

2. Materyal ve Metot

Çalışmamıza, Haliç Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünde öğrenim görmekte olan 120 öğrenci gönüllülük esasına

göre dâhil edilmiştir. Çalışmamız Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu tarafından 10.12.2015 tarihinde, 11 numaralı karar ile onaylanmıştır. Egzersiz yapmaya engel muskuloskeletal, nörolojik ve kardiyovasküler problemi olan bireyler ile koopere olamayan bireyler çalışma dışı bırakılmıştır. Katılımcılar randomize olarak ev egzersiz programı ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmıştır. Ev egzersiz programına dahil olan katılımcılara; alt ve üst ekstremitelerde germe, postür, spinal stabilizasyon, solunum ve gevşeme egzersizleri öğretilmiştir. Egzersiz programına dâhil olan katılımcıların, egzersizlerini 6 hafta boyunca, haftada 3 gün yapması istenmiş ve programın devamlılığı takip edilmiştir. Tüm katılımcıların fiziksel ve sosyodemografik verileri kaydedilmiştir. Çalışmada, fiziksel aktivitenin değerlendirilmesinde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (International Physical Activity Questionnaire, IPAQ) ve depresyon düzeylerini belirlemede Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır.

Uluslararası fiziksel aktivite anketinin (IPAQ) kısa formu (7 soru), yürüme, orta-şiddetli ve şiddetli aktivitelerde harcanan zaman hakkında bilgi sağlamaktadır. Oturmada harcanan zaman ayrı bir soru olarak değerlendirilmektedir. Kısa formun toplam skorunun hesaplanması yürüme, orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitenin süre (dakikalar) ve frekans (günler) toplamını içermektedir (10). Bu hesaplamalardan, 'MET-dakika' olarak bir skor elde edilmektedir. Bir MET-dakika, yapılan aktivitenin dakikası ile MET skorunun çarpımından hesaplanmaktadır.

Beck Depresyon Envanteri; bireylerde depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için geliştirilmiş, sağlıklı ve psikiyatrik hasta gruplarında uygulanan, bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Hastalara doldururken kendi durumlarına en çok uyan ifadeyi işaretlemeleri belirtilir. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir (11).

Elde edilen veriler SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences- Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi) paket programı ile analiz edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3. Bulgular

Çalışmaya gönüllülük esasına dayanarak, 76 kadın ve 44 erkek olmak üzere 120 birey katıldı. Çalışmamızda uygulanan anketler sonucunda Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencileri arasında ev egzersiz programının fiziksel aktivite ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek hedeflendi ve bu amaçla 2 grup oluşturuldu. 1. Grup egzersiz verilen grup, 2. Grup egzersiz verilmeyen grup olarak belirtildi.

Çalışmaya katılan bireylerin demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de yer almaktadır. Katılımcıların; yaş dışında fiziksel, sosyodemografik özellikleri arasında fark yoktur ve gruplar homojen dağılmaktadır. Grupların, ev egzersiz programı öncesi değerlendirilen Beck depresyon ve IPAQ Aktivite Değerleri (Şiddetli, Orta Şiddetli, Yürüme, Oturma, Toplam) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p > 0.005$) (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik, fiziksel özellikleri ve program öncesi anket verileri

	1.grup (n=60)	2. grup (n=60)	p değeri
Kadın	40	36	0,570*
Erkek	20	24	
Yaş(ortalama)	21,07 ± 1,66	21,63 ± 1,25	0,036**
Kilo(ortalama)	63,55 ± 12,52	64,36 ± 12,66	0,726**
Boy(cm)	169,5 ± 0,08	171,82 ± 0,09	0,128**
Vücut Kitle İndeksi(kg/m ²) (ortalama)	21,98 ± 3,19	21,63 ± 2,8	0,52**

Sigara Kullanan Kişi Sayısı	20	19	0,85**
Alkol Kullanan Kişi Sayısı	13	9	0,35**
Beck Depresyon Skoru Ortalaması	10,92 ± 7,21	12,43 ± 8,23	0,285*
IPAQ Şiddetli Aktivite Ortalaması(MET-dk/ hafta)	809,33 ± 2165,85	713,53 ± 1203,52	0,76*
IPAQ Orta Şiddetli Aktivite Ortalaması(MET-dk/ hafta)	521,33 ± 1329,73	305,67 ± 589,5	0,25*
IPAQ Oturma Ortalaması(MET-dk/ hafta)	2361,5 ± 2455,45	2879,00 ± 2374,84	0,24*
IPAQ Yürüme Ortalaması(MET-dk/ hafta)	2028,42 ± 1890,65	1917,62 ± 1278,85	0,71*
IPAQ Toplam Skor Ortalaması(MET-dk/ hafta)	5720,58 ± 4234,08	5821,85 ± 3303,75	0,884*

*Ki-kare Testi, **Independent Samples T Testi

Egzersiz verilen grubun 6 hafta sonraki Beck Depresyon Skoru ortalamasında artış söz konusudur. Egzersiz verilmeyen grubun 6 hafta sonraki Beck Depresyon Skoru ortalaması ise azalmıştır. IPAQ Şiddetli ve Orta Aktivite ortalaması egzersiz verilen grupta azalmış, egzersiz verilmeyen grupta ise artmıştır. Egzersiz yapan grubun oturmak için harcadığı enerji artarken, egzersiz verilmeyen grubun harcadığı enerji azalmıştır. Yürümeye harcanan ortalama enerji ve toplam IPAQ skor ortalaması her iki grupta da artış göstermektedir.

Egzersiz verilen grup, program öncesi-sonrası karşılaştırıldığında; Beck depresyon düzeyi, IPAQ Aktivite Değerleri(Şiddetli, Orta Şiddetli, Yürüme, Oturma, Toplam) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. Egzersiz verilmeyen grupta ise; IPAQ Aktivite Değerleri(Şiddetli, Orta Şiddetli, Yürüme, Oturma, Toplam) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, Beck depresyon düzeyi için istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Her iki grupta 6 hafta öncesi-sonrası ortaya çıkan fark değerleri karşılaştırıldığında Beck Depresyon skoru dışında tüm skorlarda anlamlı farklılık gözlenmedi ($p>0.05$).

	1. grup(n=60)		2. grup(n=60)		p değeri	
	Önce	Sonra	Önce	Sonra		
Beck Depresyon Skoru Ortalaması	10,92 ± 7,21	11,32 ± 9,45	12,43 ± 8,23	10,02 ± 7,15	0,001	0,013*
IPAQ Şiddetli Aktivite Ortalaması(MET-dk/hafta)	809,33 ± 2165,85	547,33 ± 1273,49	713,53 ± 1203,52	727,00 ± 1233,55	0,938	0,421*
IPAQ Orta Şiddetli Aktivite Ortalaması(MET-dk/hafta)	521,33 ± 1329,73	403,67 ± 1022,2	305,67 ± 589,5	472,67 ± 706,79	0,111	0,427*
IPAQ Oturma Ortalaması(MET-dk/hafta)	2361,5 ± 2455,45	2690,63 ± 2376,65	2879,00 ± 2374,84	2675,40 ± 2038,25	0,202	0,148*
IPAQ Yürüme Ortalaması(MET-dk/hafta)	2028,42 ± 1890,65	2096,08 ± 1643,98	1917,62 ± 1278,85	2769,37 ± 5378,4	0,487	0,266*
IPAQ Toplam Skor Ortalaması(MET-dk/hafta)	5720,58 ± 4234,08	5725,72 ± 4042,98	5821,85 ± 3303,75	6644,43 ± 6177,13	0,281	0,294*

Paired Samples T test, Independent Samples T Test

4. Tartışma

Ev egzersiz programının fiziksel aktivite ve depresyon düzeyine etkisini araştırdığımız çalışmamızda, ev egzersiz programının fiziksel aktivite ve depresyon düzeyine etkisi bulunmadı.

Egzersiz verilen grubun 6 hafta sonraki Beck Depresyon skor ortalamasında artış söz konusu iken, egzersiz verilmeyen grubun 6 hafta sonraki Beck Depresyon skoru ortalaması azalmıştır. Ancak aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Egzersiz yapan grubun oturmak için harcadığı enerji artarken, egzersiz verilmeyen grubun harcadığı enerji azalmıştır. IPAQ şiddetli ve orta şiddetli aktivite ortalaması egzersiz verilen grupta azalmış, egzersiz verilmeyen grupta ise artmıştır. Yürümeye harcanan ortalama enerji ve toplam IPAQ skor ortalaması her iki grupta da artış göstermektedir. Egzersiz verilen grup için program öncesi-sonrası karşılaştırma yapıldığında; egzersizin Beck depresyon düzeyi, IPAQ Aktivite Değerleri(Şiddetli, Orta Şiddetli, Yürüme, Oturma, Toplam) üzerine olumlu etkisi gözlenmedi. Egzersiz verilmeyen grupta ise, IPAQ Aktivite Değerleri(Şiddetli, Orta Şiddetli, Yürüme, Oturma, Toplam) anlamlı iyileşme göstermezken, depresyon düzeyinde olumlu bir gelişme gözlemlendi. 6 haftalık zaman diliminde ev egzersiz programı vermediğimiz öğrencilerin yaşamlarında sebebini bilmediğimiz olumlu olayların meydana gelmiş olduğunu düşünmekteyiz.

2013 yılında De Mello ve arkadaşlarının yetişkin bireyler üzerinde geniş çaplı yaptıkları çalışmada düzenli fiziksel aktivite yapmayan katılımcılarda depresyon semptomunun görülme sıklığının iki kat arttığı rapor edilmiştir (12). 2018 yılında Kevin WC Lun ve arkadaşlarının egzersiz yapan adölesanlar üzerinde yaptıkları çalışmada ise; kondüsyon sağlamak için yapılan düzenli aralıklarla yapılmayan egzersizlerin (koşmak, yüzmek, bisiklete binmek vb.) , düzenli spor yapanlardan daha yüksek depresyon belirtileri olduğu saptanmış, önceki araştırmalarla tutarlı sonuçlar elde edilmiştir. Sekiz farklı üniversitede yapılan çalışma sonucunda; üniversite öğrencilerinin% 50'sinin depresif

belirtiler (% 68,5) veya kaygı belirtilerine (% 54,4) sahip olduğu bulunmuştur. % 9'unda orta ve şiddetli depresif belirtiler ortaya çıkmıştır. Düzenli egzersiz yapan öğrencilerde daha az depresif semptomlar görülmüştür(13). Palmer ve arkadaşlarının, kuvvet antrenmanları ve aerobik antremanın depresyon düzeyine etkisini karşılaştırdıkları çalışmalarında, düzenli egzersiz katılımının depresyon düzeyine olumlu etkisine dair literatür bilgisi desteklenirken, kuvvet antremanlarının aerobik antremanlara göre depresyon düzeyine etkisinin daha anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır (14).

Adölesanlar üzerine yapılan ruhsal durum ve fiziksel aktivite arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmaların metodolojik kalitesi için; özellikle sosyal, psikolojik ve iklim faktörlerinin ihmal edilmemesinin gerekliliği yapılan çalışmalarda belirtilmiştir. Bu faktörler ile fiziksel aktivite arasındaki ilişkilerin göz ardı edilmesi, fiziksel aktivite değerlendirmesiyle ilgili doğru olmayan sonuçların elde edilmesine neden olabilmektedir (15).

Literatürde yer alan fiziksel aktivitenin depresyon düzeyine ilişkin olumlu kanıtlara rağmen çalışmamız sonucunda elde edilen tam tersi sonuçların, çalışmamızda her ne kadar egzersiz takibi çeşitli yollarla yapılırsa da öğrencilerin egzersizleri tam anlamıyla yapmamış olmaları ihtimalinden, aynı zamanda literatürde de belirtildiği üzere fiziksel aktiviteyi ve depresyonu etkileyebilecek çok çeşitli faktörlerde meydana gelen değişikliklerden kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Depresyon ve fiziksel aktiviteyle ilişkili olan diğer faktörlerinde değerlendirilmesini destekleyici farklı ölçek (SF 36) kullanımının, çalışmamızda farklı anlamlı sonuçlar elde edilmesine olanak sağlayabileceği ön görülmektedir.

5. Sonuçlar

Çalışmamız verilerine göre; ev egzersiz programının fiziksel aktivite ve depresyon düzeyine istatistiksel olarak etkisi bulunamamış olmasına rağmen katılımcıların fiziksel aktivite sıklığının arttığı

gözlenmiştir. Fiziksel aktivite ve depresyonun birçok parametreden etkilenebileceği göz önünde bulundurularak, katılımcıların egzersiz programı devamlılıklarının kesin kontrolü sağlanıp farklı değerlendirme araçları ile ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Kaynaklar

- (1) Baltacı, G. (2008). Obezite ve Egzersiz. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Yayın No:730. Ankara.
- (2) Bauman A., Merom D., Bull FC., Buchner DM., Fiatarone Singh MA.(2016) Up the evidence for physical activity: summative reviews of the epidemiological evidence, prevalence, and interventions to promote ‘‘Active Aging’’, The Gerontological Society of America, Vol.56, No.S2, S268-S280.
- (3) Heyward V., (2006) Advanced H. Fitness Assesment and Exercise Prescription. Human Kinetics, USA, 1-5.
- (4) Stewart, A.I. Community – based physcal activity programs for adults age 50 and older. Journal of Aging and Physical Activity, 9. 2001 71-91.
- (5) Craig, C.L., Marshall, A.L., Sjöström, M., Bauman, A.E., Booth, M.L., Ainsworth, B.E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J.F., Oja, P., International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity, Med. Sci. Sports. Exerc., 35, 1381-1395, 2003.
- (6) Canan, F.,Ataoglu, A. (2010). Anksiyete, depresyon ve problem çözme becerisi algısı üzerine düzenli sporun etkisi. Anatolian Journal of Psychiatry,11 (38), 38-48.
- (7) Bruner, A., Gudmundsdottir, S.L., Augestad, L.B. (2014). Gender-specific associations between leisure-time physical activity and symptoms of anxiety: the HUNT study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1-9.
- (8) World Health Organization. Global Health Risk Report (2004). Erişim,17.05.2016.
- (9) Lee, I.M., Shiroma, E.J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S.N., Katzmarzyk, P.T. ve diğerleri. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet, 380 (9838), 219-229.
- (10) Savcı S., Öztürk M., Arıkan H., İnce D.İ., Tokgözoğlu L. Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri. Türk Kardiyoloji Derneği Arş. 2006; 34(3):166–172.
- (11) Yılmaz N, Gençöz T, Ak M. Psychometric properties of the defense style questionnaire: a reliability and validity study. Turk Psikiyatri Derg 2007; 18: 244-253.

- (12) De Mello, M.T., Lemos, V.d.A., Antunes, H.K.M., Bittencourt, L., Santos-Silva, R., Tufik, S. (2013). Relationship between physical activity and depression and anxiety symptoms: a population study. *Journal of Affective Disorders*, 149 (1), 241-246.
- (13) Lun, K. W., Chan, C. K., Ip, P. K., Ma, S. Y., Tsai, W. W., Wong, C. S., ... & Yan, D. (2018). Depression and anxiety among university students in Hong Kong. *Hong Kong medical journal= Xianggang yi xue za zhi*, 24(5), 466-472.
- (14) Palmer, J., Palmer, L. K., Michiels, K., and Thigpen, B. (1995). Effects of type of exercise on depression in recovering substance abusers. *Perceptual and Motor Skills*, 80, 523–530.
- (15) Lam LC, Wong CS, Wang MJ, et al. Prevalence, psychosocial correlates and service utilization of depressive and anxiety disorders in Hong Kong: the Hong Kong Mental Morbidity Survey (HKMMS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015;50:1379-88.

Lumbosakral Spina Bifidalı Olgularda Alt Ekstremitte Kas Kuvveti ile Fonksiyonel Yürüme Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin Araştırılması

Selen GÜLOĞLU^{1*}, Devrim TARAKCI¹, İbrahim ALATAŞ³,
Hüseyin CANAZ³, Z. Candan ALGUN¹

¹İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, İstanbul, Türkiye

²İstanbul Bilim Üniversitesi, Spina Bifida Araştırma ve Uygulama Merkezi, İstanbul, Türkiye

Geliş Tarihi: 01.03.2019

***Sorumlu Yazar e mail:** selensubasi@medipol.edu.tr

Kabul Tarihi: 20.06.2019

Özet

Bu çalışmanın amacı, lumbosakral etkilenimli Spina Bifidalı olgularda alt ekstremitte kas kuvveti, mobilite, fonksiyonel yürüme düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisinin araştırılmasıdır. Çalışmaya 5- 18 yaş aralığında lumbosakral etkilenimli Spina Bifida tanısı almış 40 olgu dâhil edildi. Olguların %60'ı Meningomyelose, %40'ı Spina Bifida Okulta'dır. Katılımcıların demografik verileri, vücut kütle indeksi ve klinik bilgileri çalışmacı tarafından hazırlanan forma kaydedildi. Alt ekstremitte kas kuvveti ölçümünde manuel kas testi yöntemi kullanıldı. Mobilite, Hoffer Sınıflama Sistemi, yürüme düzeyi Gillette Fonksiyonel Yürüme Değerlendirme Skalası ile ve yaşam kalitesi Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Anketi ile değerlendirildi. Meningomyelose grubunun mobilite ve yaşam kalite düzeyi Okulta grubuna göre düşük bulundu ($p=0.00$). Çalışmamızda alt ekstremitte kas kuvvetinin; mobilite seviyesi, yürüme düzeyi ve yaşam kalitesi Meningomyelose hastalarında ile doğrudan ilişkili olduğu, Okulta grubunun ise ciddi bir kuvvet kaybı yaşanmadığı sonucuna varıldı

Atf: Güloğlu S, Tarakcı D, Alataş İ, Canaz H, Algun ZC, Lumbosakral Spina Bifidalı Olgularda Alt Ekstremitte Kas Kuvveti ile Fonksiyonel Yürüme Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin Araştırılması, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019;2(2) 37-49

To cite this article: Güloğlu S, Tarakcı D, Alataş İ, Canaz H, Algun ZC, The Effect of Lower Extremity Muscle Strength on Functional Walking Level and Quality of Life in Patients with Lumbosacral Spina Bifida, Haliç University Journal of Health Sciences, 2019;2(2) 37-49

($p=0.00$). Elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda Spina Bifidalı çocukların kısmi parezi ve kas kuvvetsizlikleri fonksiyonellik ile ilişkilidir. Alt ekstremitelerin kuvveti ve ambulasyon becerisi, bu çocukların yaşam kalitesi üzerinde önemli belirleyicilerdir.

Anahtar Kelimeler: Kas Kuvveti, Spina Bifida, Yaşam Kalitesi

The Effect of Lower Extremity Muscle Strength on Functional Walking Level and Quality of Life in Patients with Lumbosacral Spina Bifida

Abstract

The aim of this study was to investigate the relationship between lower extremity muscle strength, mobility, functional gait level and quality of life in patients with Lumbosacral Spina Bifida. Forty patients who were diagnosed as Spina Bifida with lumbosacral effect were included in the study. 60% of the cases were Meningomyelocele and 40% were Spina Bifida Oculata. Demographic data, body mass index and clinical information of the participants were recorded. Manual muscle test was used to measure lower extremity muscle strength. Mobility, Hoffer Classification System, Gillette Functional Gait Assessment Scale and quality of life were evaluated with Quality of Life Questionnaire. The mobility and quality of life of the meningomyelocele group were found to be lower than in the Oculata group ($p = 0.00$). In our study, the level of mobility, gait level and quality of life were found to be directly related to lower extremity muscle strength in Meningomyelocele patients and no significant force record was observed in the Oculata group ($p = 0.00$). According to our results, partial paresis and muscle weakness of Spina Bifida children are directly related to functionality. The strength of the lower extremities and the ability to ambulate are important determinants of the quality of life of these children.

Keywords: Muscle Strength, Spina Bifida, Quality of Life

1. Giriş

Spina Bifida (SB), hamileliğin 22. ve 28. günleri arasında nöral tüpün yetersiz kapanması sonucu oluşan konjenital, kompleks ve çoğunlukla lezyon seviyesine göre motor kayıp, duyu kaybı, mesane ve barsak problemlerine neden olan kronik bir merkezi sinir sistemi hastalığıdır. İnsidansı dünya genelinde 1000 doğumda 1-4 arasındadır (1).

SB ana olarak iki tipi vardır. Meningomyelosele (MMC) açık spina bifida tiplerinden olup sıklıkla hidrosefali ve Chari II malformasyonu ile birlikte görülmektedir. Açık SB'li olguların kapalı SB'li olgulara oranı 9:1 dir (2).

Geçmişte SB'li vakaların büyük kısmı, gelişen komplikasyonlar nedeniyle veya geçirilen cerrahiler sırasında yaşamını kaybetmekteydi. Güncel tedaviler sayesinde olguların yaklaşık %75-80' i ergenlik çağına ulaşmış olup sağ kalım oranları ve yaşam süreleri artmıştır. Bununla birlikte, gelişen tedavi yaklaşımları medikal ve nörolojik komplikasyonların gelişimini önlemekte yetersiz kalmıştır. Bu hasta grubunda eşlik eden hastalıklar genellikle hidrosefali, Tethered Kord Sendromu, motor ve duysal bozukluklar, kas güçsüzlükleri, deformiteler, mesane ve barsak disfonksiyonları, bası yaraları, patolojik kırıklar, uyku bozuklukları ve kognitif parametrelerde azalma, obezite ve latex alerjisidir. Çoğu SB'li olguda değişik seviyelerde etkilenim sonucu parapleji ve motor fonksiyon kaybı görülebildiği gibi üst ekstremitelerde zayıflığı da görülebilmektedir. Motor seviyenin değerlendirilmesi çocuğun fonksiyonel durumunu saptama ve rehabilitasyon programının oluşturulması açısından büyük önem taşımaktadır. (3). Bağımsız bir yaşamın en önemli parametresi olan mobilite ve fonksiyonellik limitasyonları sonucunda ise özgüven eksikliği, sosyal izolasyon, sedanter yaşam tarzını benimseme, kendini ifade etmede güçlük ve bakım vericilere olan bağımlılık riskini arttırmaktadır (4). SB'li olgular medikal, tıbbi müdahalelere ek fizyoterapi ve rehabilitasyon programına alınmaktadır. Rehabilitasyon programında amaç; çocuğun mümkün olduğunca erken dönemde mobilize edilmesi, oluşabilecek sekonder komplikasyonların önlenmesinin yanında, çocuğu günlük yaşamında ulaşabileceği en yüksek motor fonksiyonel düzeye ve yaşam kalitesine ulaştırmak ve topluma kazandırmaktır. Literatürde son yıllarda yapılan araştırmalarda alt ekstremitelerde kaslarına uygulanan ilerleyici rezistif egzersizlerin fonksiyonellik ve mobilite becerisi üzerine olumlu etkileri tartışılmaktadır (5). Alt ekstremitenin farklı kas gruplarının kuvvet analizinin yapılması, mevcut kuvvetsizliklerin etkilerinin belirlenmesi

çizilecek rehabilitasyon programlarının da daha odaklı olmasına katkı sağlayacaktır. Ayrıca olguların kronik hastalıklarla birlikte geçirdikleri yaşam sürelerinin uzaması, yaşam kalitesini literatürde çokça tartışılan bir konu olmasını beraberinde getirmiştir. Literatür incelendiğinde alt ekstremitte kas kuvveti ve fonksiyonel yürüme düzeyinin irdelendiği az sayıda çalışma bulunmaktadır ve yaşam kalitesi ile ilişkilendirilen çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırmamız, literatürde vurgulanan bu değişimi göz önüne alarak ülkemizdeki SB’li olgulardaki alt ekstremitte kas kuvveti, yürüme düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisini değerlendirmek amacıyla planlandı.

2. Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, kesitsel araştırma olarak tasarlandı. Araştırma, Florence Niğtingale Hastanesi Spina Bifida Araştırma ve Uygulama Merkezinde, Ocak 2017 Mart 2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi. 24’ü Meningomyelosele 16’sı Okulta tipi olmak üzere yaşları 5-18 arasında değişen 40 SB’li olgu dâhil edildi. Çalışmaya dâhil edilme kriterleri; sağlık kurul raporunca SB tanısı almış ve 5-18 yaş aralığında olma, son 6 ay içinde alt ekstremitteye yönelik cerrahi girişim uygulanmamış olması, yönergelere uyum sağlayabilme yetisine sahip olma (Sağlık raporuna göre mental düzeyi normal veya “Hafif Mental Retarde” ibaresi bulunan olgular) olarak belirlendi. Çalışmadan dışlanma kriterleri; SB’ye eşlik eden ciddi sistemik hastalığın veya ikincil bir özrünlü olması (serebral palsi vb.), kooperasyon kurulamaması, mental retardasyon varlığı olarak kabul edildi.

Çalışma, İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul’unun 30.12.2016 tarihli toplantısında değerlendirildi ve 571 karar numarası ile onay alındı. Katılımcılar ve ailelerine araştırma hakkında bilgi verilerek “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” okutuldu ve yazılı onam alındı. Katılımcıların yaş, cinsiyet, boy, kilo, vücut kütle indeksi (VKİ), doğum şekli, şant kullanımı, şant revizyon sayısı, lezyon tipi, lezyon seviyesi, konjenital malformasyon varlığı,

kullanılan ilaçlar, mobilite düzeyi, yardımcı cihaz kullanımı, ikinci bir hastalık varlığı, latex alejisi, geçirilen operasyon ve ağrı düzeyleri ile ilgili sorulardan oluşan veri toplama formu ile klinik ve demografik bilgiler toplandı.

2.1. Kas Kuvveti

Kas kuvveti değerlendirmesi, 1917 yılında Dr. W. Lovett tarafından geliştirilen manuel kas testi ile yapıldı. SB'li çocuklarda kas kuvvetini değerlendirmek için güvenilir, standartlaştırılmış, tekrarlanabilir ve kullanımı kolay bir yöntem olarak belirtilmiştir (6). Test 0 ile 5 arasında puanlanırken hassasiyet düzeyini arttırmak amacıyla alt gruplar eklenmiştir ve 10 basamaklı puanlama mümkün hale gelmiştir (7). Manuel kas testi, çalışmamızda 0-10 arası puanlama yapılarak kullanıldı. Kas testi; kalça fleksiyon, kalça ekstansiyon, kalça adduksiyon, kalça abduksiyon, diz ekstansiyon, diz fleksiyon, ayak bileği plantar fleksiyon, ayak bileği dorsifleksiyon kas gruplarına uygulandı. Her değerlendirme üç kez tekrarlandı ve ortalaması alındı. Skorlar, sağ-sol ekstremitte kas kuvveti değerlerinin aritmetik ortalamaları kaydedildi. Alt ekstremitte kas kuvveti ölçümünde manuel kas testi uygulanacağı durumlarda, çocuğun yaşının 60 aylıktan büyük olması gerektiği literatürde belirtildiği için 5 yaşından büyük olgulara uygulandı (8)(9).

2.2. Ambulasyon Seviyesi

Ambulasyon seviyesini tanımlamak için SB'ye özel olarak geliştirilmiş 4 seviyeden oluşan Hoffer kriterleri kullanıldı. Toplum içi ambule (Hastalar çoğu etkinlik için yardımcı gereç kullanarak veya kullanmaksızın ev içinde ve dışında yürürler), ev içi ambule (Hastalar ev içinde bağımsız şekilde molite sağlayabilirken ev dışı aktivitelerde tekerlekli sandalyeye ihtiyaç duyar), non-fonksiyonel (Ev, okul, hastane veya fizyoterapi seansı sırasında ambule olabilir ama diğer tüm ulaşımlar için tekerlekli sandalye kullanılır), nonambulatuar (Sadece

tekerlekli sandalye ile mobildir, ancak genellikle yatak ve sandalye arasında transferini gerçekleştirebilir) (10).

2.3. Fonksiyonel Yürüme Düzeyi

Fonksiyonel yürüme değerlendirmesi, Gillette Fonksiyonel Değerlendirme Anketi (FDA) ile yapıldı. İleri düzey yürüme aktivitelerini inceleyen bu anket toplam 22 madde içermektedir. Her seviyede yürüme becerisine sahip bireyler için tasarlanmıştır. Lokomotor aktiviteler kolaydan zora doğru ilerlemektedir ve cevaplar ‘kolay’, ‘biraz zor’, ‘çok zor’, ‘yapamaz’ ve ‘aktivite için çok küçük’ şeklinde verilmektedir. Anket beş seviyeli likert zorluk skalasına göre puanlanmış olup ‘yapamaz’ ve ‘aktivite için çok küçük’ cevaplarına eşit skorlar verilmiştir. Ankette en az 22 puan alınırken maksimum 88 puan alınabilmektedir. Toplam skor ile yürüme düzeyi arasında doğru orantı mevcuttur (11).

2.4. Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde kendi yaşamını algılama şekli olarak tanımlamıştır (12). Yaşam kalitesi değerlendirmesi, Türkçe’ye ÇİYKÖ (Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği) olarak çevirilen PedsQI (Pediatric Quality of Life Inventory) ile yapıldı. Bu ankette, toplam 4 bölüm ve 23 madde bulunmaktadır. Bu bölümler; fiziksel sağlık (8 madde), duygusal işlevsellik (5 madde), sosyal işlevsellik (5 madde) ve okul işlevselliği (5 madde) olarak kategorize edilmiştir. 2-4 yaş, 5-7 yaş, 8-12 yaş, 13-17 yaşlar için ayrı formlar biçimlendirilmiştir. Formların her biri için olan maddeler aynıdır fakat gelişimsel olarak soruların soruluş şekilleri farklılık göstermektedir (13). Anketin 3 puanlama parametresi vardır. Bunlar; ölçek toplamı, fiziksel sağlık puanı ve duygusal, sosyal, okul işlevselliğinden oluşan psikososyal sağlık puanıdır. Her bir madde 0 ile 100 arasında skorlanmaktadır. Soruya verilen

cevap, hiçbir zaman ise 100, nadiren ise 75, bazen ise 50, sıklıkla ise 25, hemen her zaman ise 0 olarak puanlanmaktadır. Sorulardan alınan puanlar madde sayısına bölünerek bölümlerin skorları hesaplanır. Toplam skor ile yaşam kalitesi arasında doğru orantı mevcuttur (13).

2.5. İstatistiksel Analiz

Analizlerde SPSS 22.0 programı kullanıldı. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan, en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov Simirnov test ile ölçüldü. Nicel bağımsız verilerin analizinde bağımsız örneklem T Test, Kruskal-wallis, Mann-Whitney U test kullanıldı. Nitel bağımsız verilerin analizinde Ki-Kare test, Ki-Kare test koşulları sağlanmadığında Fischer test kullanıldı. Korelasyon analizinde Spearman Korelasyon analizi kullanıldı.

3. Bulgular

Lumbosakral etkilenimli SB'li olgularda alt ektremite kas kuvveti, mobilite, fonksiyonel yürüme düzeyi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi saptamak için gerçekleştirilen bu çalışmaya 5-18 yaş aralığında 40 SB'li olgu çalışmaya dahil edildi. MMC grubunun yaş ortalaması $8,96 \pm 4,03$, Okülta grubunun $8,40 \pm 3,90$ olarak bulundu. Bu olgulara ait demografik bilgiler Tablo 1'de gösterilmiştir. MMC grubunda; değerlendirilen tüm kas grupları ile ambulasyon ve fonksiyonel yürüme düzeyi arasında ilişki tespit edilirken, yaşam kalitesi ile sadece kalça ve diz çevresi kasların ilişkili olduğu bulundu ($p=0,00$). Okülta grubunda ise kalça fleksör kas gruplarının mobilite düzeyi ve yürüme fonksiyonunda anlamlı şekilde ilişkili olduğu tespit edildi ($p=0,00$), diğer kas grupları ile herhangi bir ilişki tespit edilmedi. Gruplar arası farklılıklara bakıldığında; MMC grubunda, mobilite fonksiyonunun ve yaşam kalitesinin Okülta grubuna göre anlamlı olarak düşük seviyede olduğu sonucuna varıldı ($p=0,016$).

Tablo 1. Olguların demografik özellikleri

	Meningomyelose (Ort.±s.s.)	Okulta (Ort.±s.s.)
Yaş (yıl)	8,96±4,03	8,44±3,90
Cinsiyet		
Kız	9	9
Erkek	15	7
	15	7
Boy(m)	1,23±0,26	1,24±0,20
Kilo(kg)	30,35±18,13	26,19±10,93
VKİ(kg/m²)	18,53±3,73	16,30±2,35
Hidrocefali Varlığı		
Var	16	0
Yok	8	16

Tablo 2: Kas kuvveti değerleri ile mobilite, yürüme düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi

		Hoffer		Gilette		ÇİYKO/Total		ÇİYKO/ Sağlık ve Aktv		ÇİYKO/ Psikososyal	
		MMC	Okulta	MMC	Okulta	MMC	Okulta	MMC	Okulta	MMC	Okulta
Kalça fleksiyonu	r p	-0,68 0,00	-0,58 0,02	0,79 0,00	0,79 0,00	0,62 0,00	0,59 0,00	0,71 0,00	0,66 0,01	0,36 0,09	0,34 0,19
Kalça ekstansiyonu	r p	-0,73 0,00	-0,42 0,10	0,76 0,00	0,37 0,15	0,53 0,01	0,68 0,00	0,64 0,00	0,70 0,00	0,29 0,16	0,51 0,04
Kalça abduksiyonu	r p	-0,76 0,00	-0,45 0,08	0,81 0,00	0,30 0,26	0,61 0,00	0,31 0,24	0,70 0,00	0,38 0,15	0,38 0,07	0,10 0,70
Kalça adduksiyonu	r p	-0,76 0,00	-0,22 0,42	0,81 0,00	0,06 0,83	0,61 0,00	-0,19 0,47	0,66 0,00	-0,07 0,79	0,38 0,07	0,40 0,13
Diz fleksiyonu	r p	-0,74 0,00	-0,57 0,02	0,69 0,00	0,73 0,00	0,58 0,00	0,46 0,07	0,66 0,00	0,68 0,00	0,39 0,06	0,28 0,29
Diz ekstansiyonu	r p	-0,74 0,00	-0,42 0,10	0,78 0,00	0,44 0,09	0,66 0,00	0,27 0,31	0,73 0,00	0,16 0,56	0,40 0,05	0,41 0,12
Dorsi fleksiyon	r p	-0,62 0,00	-0,14 0,61	0,68 0,00	0,37 0,16	0,30 0,16	0,49 0,05	0,61 0,00	0,30 0,27	-0,09 0,69	0,59 0,02
Plantar fleksiyon	r p	-0,63 0,00	-0,07 0,80	0,65 0,00	0,06 0,83	0,23 0,28	0,06 0,84	0,56 0,00	0,03 0,92	-0,14 0,52	0,19 0,47

Spearman Korelasyon

Tablo 3: Grupların mobilite yürüme ve yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması

	Meningomyelozel		Okulta		p
	Ort.±s.s.	Medyan	Ort.±s.s.	Medyan	
ÇİYKÖ /Sağlık ve Aktiviteler	41,41 ± 22,29	42,19	80,47 ± 18,42	84,38	0,000 t
ÇİYKÖ/Psikososyal	65,13 ± 17,71	68,33	78,43 ± 13,79	78,33	0,016 t
ÇİYKÖ/Ölçek Toplamı	56,88 ± 16,35	57,60	79,14 ± 13,47	79,89	0,000 t
Gillette Fonk.Yürüme	40,21 ± 19,84	29,50	72,75 ± 11,49	73,50	0,000 m
Hoffer Sınıflaması	2,54 ± 1,14	3,00	1,19 ± 0,54	1,00	0,000 m

^m Mann-whitney u test /^t t test

Tablo 4: Grupların alt ekstremitte kas kuvvet değerleri ve karşılaştırılması

	Meningomyelozel		Okulta		p
	Ort.±s.s.	Medyan	Ort.±s.s.	Medyan	
Kalça Fleksiyon	3,97 ± 1,64	3,23	4,60 ± 0,49	4,75	0,000 m
Kalça Ekstansiyon	3,00 ± 1,69	3,00	4,45 ± 0,55	4,50	0,000 m
Kalça Abduksiyon	3,16 ± 1,60	3,00	4,45 ± 0,84	4,50	0,000 m
Kalça Adduksiyon	3,36 ± 1,72	3,39	4,70 ± 0,49	5,00	0,001 m
Diz Fleksiyon	3,16 ± 1,33	3,00	4,50 ± 0,65	4,60	0,000 m
Diz Ekstansiyon	3,29 ± 1,60	3,00	4,90 ± 0,26	5,00	0,000 m
Dorsi Fleksiyon	2,62 ± 1,84	2,16	4,50 ± 0,52	4,50	0,000 m
Plantar Fleksiyon	2,56 ± 1,69	2,16	4,75 ± 0,36	5,00	0,000 m

^m Mann-whitney u test /^t t test

4. Tartışma

Lumbosakral SB hastalarında kas kuvveti ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelediğimiz çalışmamız sonucunda; MMC hastalarının kas kuvveti kaybı yaşadıkları ve bu durumun ambulatuvar düzey, yürüme fonksiyonu ve yaşam kalitesiyle ilişki içinde olduğu bulundu.

Gutierrez ve arkadaşları 38 lumbosakral Meningomyelozel’li olguyu manuel kas testi ve yürüme parametreleri açısından

değerlendirdikleri çalışmalarında; yürümeyi en çok etkileyen kas grubunun kalça abduktör ve plantar fleksörler olduğunu belirtmişlerdir (14). Schoenmakers ve arkadaşları, alt ekstremite kas kuvvetinin, yürüme parametrelerine, ve fiziksel aktivite düzeyine etkisini incelemek amacıyla lumbosakral etkilenimli 6-18 yaş arası 23 Meningomyelosele ve Lipomeningomyelosele tanılı olguyu dâhil etmişlerdir. Meningomyelosele ve Lipomeningomyelosele grupları arasında alt ekstremite kas güçlerinde anlamlı bir farklılık bulunmadığını, fakat iki grubun da kas kuvvet değerlerinin sağlıklı bireylere göre anlamlı şekilde düşük olduğunu bulmuşlardır. Aynı çalışmada yürüme parametrelerinde kalça abduktör kasları ve dorsi fleksör kas grubunun önemli role sahip olduğunu bildirmişlerdir. Tüm alt ekstremite kaslarının yürüme düzeylerini ve fiziksel aktivite düzeyini etkilediğini vurgulamışlardır (8). Ulus ve ark. SB’li çocuklarda alt ekstremite kas kuvveti, kas tonusu ve kontraktürlerinin ambulasyon ve fonksiyonel durum üzerine etkisini incelemek üzere yaptıkları çalışmalarında; alt ekstremite kas kuvvetini manuel kas testi ile testlemişlerdir. Kalça fleksör, kalça ekstansör, kalça abduktör, diz ekstansör ve ayak bileği dorsi fleksör kas gruplarının kuvvetini ölçmüşlerdir. Ambule olmayan ve fonksiyonel ambule olan çocuklar arasında kas kuvveti değerlerinin farklılık gösterdiğini belirtmişlerdir (15). McDonald ve ark., alt ekstremite kas gücü ile ambulatuar düzeyin ilişkisini araştırmak amacıyla 60 aylıktan büyük 291 SB’li olguyu çalışmalarına dahil etmişlerdir. Olguların tüm alt ekstremite kasları, manuel kas testi ile 0-5 arasında puanlayarak test etmişlerdir. Tüm alt ekstremite kaslarının mobiliteyi sağlamada önemli yere sahip olduğunu bildirirken gluteus maximus, gluteus medius, quadriceps femoris ve tibialis anterior kasların daha etkin rol oynadığını vurgulamışlardır (9). Bartonek ve ark. MMC tanılı olguların motor parezisine göre beklenen ambulasyon düzeyine ulaşıp ulaşmadığını, eğer ulaşmadıysa olası nedenlerini belirlemeyi amaçlayarak yaptıkları çalışmalarında, 53 çocuğun 31’inde motor parezisine göre beklenen ambulasyon düzeyine ulaşırken 22’si ulaşamadığını bildirmişlerdir. Bu iki grup arasındaki farklılıklarını incelediklerinde, beklenen

ambulasyon düzeyine ulaşamayan grupta, alt ekstremite kaslarından kalça fleksörleri ve diz ekstansörlerini zayıf bulmuşlardır (16).

Araştırmamızda MMC grubunda kalça fleksiyon, kalça ekstansiyon, kalça adduksiyon, kalça abduksiyon, diz ekstansiyon, diz fleksiyon, ayak bileği plantar fleksiyon, ayak bileği dorsi fleksiyon kas gruplarının kuvveti ile mobilite düzeyi arasında ilişki bulundu. Ayrıca mobilite düzeyi daha düşük olan MMC grubunun, Okülta grubuna göre tüm alt ekstremite kas kuvveti değerlerinin düşük olduğu bulundu. En büyük farklılığın, diz ekstansör, ayak bileği dorsi ve plantar fleksör kas güçlerinde olduğu tespit edildi. Bu durumu SB'li hastaların fonksiyonel gelişim aşamasında en son yürüme kabiliyeti kazanmaları ve bu kasların yürümenin topuk vuruşu ve itme fazındaki görevleri sebebiyle Okülta grubunda daha aktif olarak kullanılmasına bağlamaktayız.

Yaşam kalitesi, hem sağlıklı hem kronik hastalığa sahip bireylerde yaş, çevresel faktörler, ailenin sosyokültürel düzeyi, psikolojik durum, ağrı gibi birçok parametreden etkilenmektedir. Şahin ve ark. fonksiyonel durum ile yaşam kalitesi ilişkisini araştırmak amacıyla çalışmalarına 40 SB' li olgu dahil etmişlerdir. Fonksiyonel durumun yaşam kalitesini etkilediğini, SB' li olguların kendine bakım, iletişim becerilerinin ve yaşam kalitesi düzeylerinin düşük olduğunu bulmuşlardır(17). Nancy ve ark. 40 SB' li olguyu değerlendirerek yaptıkları çalışmada, fonksiyonellik ve ambulasyon becerisinin azalması ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeylerinin düştüğünü bildirmişlerdir. Bu durumda yaşam kalitesini azalttığını ortaya koymuşlardır (18).

Çalışmamızda, mobilite düzeyi ile yaşam kalitesinin ilişkili olduğu görüldü. Yaşam kalitesinin alt parametreleri incelendiğinde, mobilite limitasyonlarının sadece fiziksel işlevsellik ile değil duygusal, sosyal ve okul işlevsellikle de ilişkili olduğu sonucuna varıldı.

Çalışmamızın özgün yanını; literatür, daha çok MMC tanılı olgular üzerinde dururken, belirli seviyedeki SB'li olguların iki farklı tipini dahil etmemiz olarak düşünmekteyiz. Çalışmamızın limitasyonunu,

örneklem sayısının sınırlı olması ve farklı lezyon seviyesinde tutulma sahip vakaların dahil edilmemesi olarak düşünmekteyiz. Gelecek çalışmalarda örneklem sayılarını genişletilerek, fonksiyonellik ve yaşam kalitesinin olumsuz etkileyen tam veya kısmi motor parezi ile mücadelede uygulanabilecek rehabilitatif yaklaşımlar üzerinde durulan araştırmalar yapılabilir.

5. Sonuç

Bu çalışma; lumbosakral seviyede etkilenimi olan Meningomyelomal tanılı olgularda, tüm alt ekstremitte kaslarındaki kuvvet kaybının mobilite, fonksiyonel yürüme ve yaşam kalitesi düzeyi ile önemli şekilde ilişkili olduğunu, kapalı SB'li olguların ise ciddi kuvvet kaybı yaşamadığını ortaya koymuştur. SB'li olgularda kas kuvvet değerlendirilmesi; lezyon seviyesinin belirlenmesi, olası mobilite düzeyinin öngörülmesi ve rehabilitasyon programının ilerleyişini takip etmek, açısından oldukça önemli yere sahiptir, yaşam kalitesinin önemli belirleyicilerindedir.

Kaynaklar

1. Patnaik A, Mahapatra AK. Complex forms of spinal dysraphism. **2013**; 29(9):1527-32.
2. Tortori-Donati P, Rossi A CA. Spinal dysraphism: a review of neuroradiological features with embryological correlations and proposal for a new classification. *Neuroradiology*. **2000**;42(7):471-91.
3. Dicianno BE, Kurowski BG, Yang JMJ, Chancellor MB, Bejjani GK, Fairman AD, et al. Rehabilitation and medical management of the adult with spina bifida. *Am J Phys Med Rehabil*. **2008**;87(12):1026-50.
4. Dicianno BE, Kinback N, Bellin MH, Chaikind L, Buhari AM, Holmbeck GN, Zabel TA, Donlan RM CD. Depressive Symptoms in Adults with Spina Bifida. *Rehabil Psychol*. **2016**;8(5):583-92.
5. Baym CL, Hedgecock JB, Rapport MJK. Functional Mobility Improved after Intensive Progressive Resistance Exercise in an Adolescent with Spina Bifida. *Pediatr Phys Ther*. **2018**;30(2):1-7.

6. Tan JL, Thomas NM, Johnston LM. Reproducibility of Muscle Strength Testing for Children with Spina Bifida. *Phys Occup Ther Pediatr* **2016**;37(4):1–12.
7. Kendal F.P., McCreary E.K, In: *Muscles Testing and Function*. 4th ed. Philadelphia, Hong Kong, London, Munich, Sydney, Tokyo; **1993**;179–293.
8. Schoenmakers MAGC, de Groot JF, Gorter JW, Hillaert JLM, Helders PJM, Takken T. Muscle strength, aerobic capacity and physical activity in independent ambulating children with lumbosacral spina bifida. *Disabil Rehabil*. **2009**;31(4):259–66.
9. McDonald Kenneth M Jaffe Vincent S Mosca David B Shurtleff CM. Ambulatory Outcome of Children With Myelomeningocele: Effect of Lower-Extremity Muscle Strength. *Dev Med Child Neurol*. **1991**;11(6):814
10. Bisaro DL, Bidonde J, Kane KJ, Bergsma S, Musselman KE. Past and Current Use of Walking Measures for Children with Spina Bifida: A Systematic Review. *Arch Phys Med Rehabil*. **2015**;96(8):1533–1543.
11. Gorton GE, Stout JL, Bagley AM, Bevans K, Novacheck TF, Tucker CA. Gillette Functional Assessment Questionnaire 22-item skill set: Factor and Rasch analyses. *Dev Med Child Neurol*. **2011**;53(3):250–5.
12. Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. **1995**;41(10):1403–9.
13. Ferreira PL, Baltazar CF, Cavalheiro L, Cabri J, Gonçalves RS. Reliability and validity of PedsQL for Portuguese children aged 5–7 and 8–12 years. *Health Qual Life Outcomes*. **2014**;12(1):122.
14. Gutierrez EM, Bartonek Å, Haglund-Åkerlind Y, Saraste H. Kinetics of compensatory gait in persons with myelomeningocele. *Gait Posture*. **2005**;21(1):12–23.
15. Ulus Y, Tander B, Akyol Y, Ulus A, Tander B, Kuru Ö. Muscle function of lower extremities in children with lumbar spina bifida: Impact on functional status. *Turkiye Fiz Tip ve Rehabil Derg*. **2014**;60(1):57–62.
16. Bartonek A, Saraste H. Factors influencing ambulation in myelomeningocele: a cross-sectional study. *Dev Med Child Neurol*. **2001**;43(1976):253–60.
17. Şahin N, Albayrak İ, Durmuş B, Güngör T, Turaç Cingöz H. Assessment of Functional Status and Quality of Life in Children with Spina Bifida. *Turkiye Fiz Tip ve Rehabil Derg*. **2014**;60(4):302–7.
18. Young NL, Sheridan K, Burke TA, Mukherjee S, McCormick A. Health outcomes among youths and adults with Spina bifida. *J Pediatr*. **2013**;162(5):993–8.

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersi Klinik Uygulamasında Öğrencilerin Belirledikleri NANDA-I Tanılarının Değerlendirilmesi

Gülşah KÖRPE^{1*}, Demet İNANGİL², Pınar IRMAK VURAL¹

¹İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

²Sađlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Fakóltesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Geliş Tarihi: 09.01.2019

***Sorumlu Yazar e mail:** gulsahkorpe@outlook.com

Kabul Tarihi: 26.02.2019

Özet

Bu çalışma Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi klinik uygulamasında hemşirelik öğrencilerinin Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Model'ine göre belirledikleri 2015-2017 Uluslararası Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği (North American Nursing Diagnosis Association-International) tanılarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Araştırmada 03.11.2017-12.01.2018 tarihleri arasında bir vakıf üniversitesinde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi klinik uygulamasındaki hemşirelik öğrencilerinin, Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli doğrultusunda tanıladıkları veriler ile hazırlamış oldukları 93 bakım planının retrospektif olarak incelenmesi ile yürütülmüştür. Çalışmada “Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli Hasta Tanılama Formu” ve “Bakım Planı Formu” kullanılmıştır. Öğrencilerin 93 hasta için hazırladıkları bakım planları incelendiğinde 601 hemşirelik tanısını doğru olarak koydukları saptanmıştır. Araştırma kapsamında yaşam aktiviteleri alanında öğrenciler tarafından konulan iletişim aktivitesi (%39,10) ile güvenli çevre sağlama ve sürdürme (%26,29) aktivitesine ilişkin tanıların en

Atıf: Körpe G, İnançil D, Vural Pİ, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersi Klinik Uygulamasında Öğrencilerin Belirledikleri NANDA-I Tanılarının Değerlendirilmesi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019;2(2) 51-66

To cite this article: Körpe G, İnançil D, Vural Pİ, Evaluation of NANDA-I Diagnoses by Students in Mental Health and Disease Nursing Course Clinical Practice, Haliç University Journal of Health Sciences, 2019;2(2) 51-66

fazla, cinselliği ifade etme (%2,00) aktivitesine ilişkin tanıların ise en az oranda olduğu saptanmıştır. Belirlenen hemşirelik tanıları değerlendirildiğinde en fazla; uyku örüntüsünde bozulma (%7,83), bozulmuş sosyal etkileşim (%7,32), kendini ihmal etme (%7,15) ve anksiyete (%5,66) olduğu görülmüştür. Genellikle Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde psikososyal gereksinimlerin tanımlandığı aynı zamanda biyofizyolojik gereksinimlerin de göz ardı edilmediği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik öğrencileri, Bakım planı, Ruh sağlığı hemşireliği

Evaluation of NANDA-I Diagnoses by Students in Mental Health and Disease Nursing Course Clinical Practice

Abstract

The aim of this descriptive study was to evaluate the North American Nursing Diagnosis Association-International nursing diagnoses of mental health and nursing students for the patients they undertook the care of and to determine the nursing diagnoses. The study was carried out by reviewing 93 care plans retrospectively, which was prepared between 03.11.2017-01.01.2018 by the data collected by nursing students who applied mental health and diseases nursing lesson in a foundation university in terms of life activity model. In the study, Patient Identification with Life Activities Form and Care Plan Forms were used. When the care plans prepared for 93 patients were examined, it was found that they had 601 true nursing diagnoses. Within the scope of the research, the nursing diagnoses most frequently favored by the students, were in the activity of communication (39,10%) and the activity of maintaining a safe environment (26,29%) in the life activities. On the other hand the students diagnosed expressing sexuality (2,00%) at least. The nursing diagnoses that the students used most in these domains were disturbed sleep pattern (7,83%), impaired social interaction (7,32%), self-neglect (7,15%) and anxiety (5,66%). At the same time, the biophysical requirements are not overlooked at the same time as psychosocial needs are generally recognized in the Mental Health and Diseases Clinic.

Keywords: Nursing students, care plan, Mental health nursing

1. Giriş

Hemşirelik, tanımlanabilir felsefeye, kendine özgü düşünce biçimine ve ilkeler bütünlüğüne sahip kuramsal ve uygulamalı bir bilim dalıdır. Aynı zamanda, bilgi gelişimine olanak sağlayan kabul edilebilir

metodolojik yaklaşımlarının bulunması ve tüm bunları hemşirelik süreci gibi bilimsel ve sistematik bir yöntemle uygulamada kullanması ile kendine özgü bir bilim dalıdır (1). Hemşirelik mesleğine profesyonel bir kimlik kazandıran hemşirelik süreci bilimsel olarak düşünme ve araştırmayı gerektiren, eleştirel düşünme, yaratıcılık, karar verme, problem çözme süreçlerini de içeren birey / aile / topluma özgü olarak planlanıp, uygulanan ve değerlendirilen sistematik dinamik bir sorun çözme yöntemidir (2). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın 8 Mart 2010 tarihli resmi gazetesinde yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği’ne göre; “Hemşireler, uygulamalarını hemşirelik sürecine temellendirmelidir. Hemşireler, bireyin, ailenin ve toplumun sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve bakımı hemşirelik tanılama süreci kapsamında kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler” ibaresi eklenerek hemşirelik sürecinin uygulanması yasal zorunluluk haline dönüşmüştür (3).

Hemşirelik bakımının planlamasında verilerin hemşirelik modeli temelinde toplanması, toplanan verilere dayalı hemşirelik tanımlarının belirlenmesi, hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması, ortaya çıkan sonuçların doğru olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Tüm bu süreçlerde sınıflandırılmış sistemlerin kullanılması hastaya ve ailesinin sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde en doğru kararı vermeyi sağlayarak, güvenli bakım uygulamalarını ve hasta güvenliğini desteklemektedir (4).

Dünya çapında bilinen ve Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA) tarafından da onaylanmış birçok hemşirelik sınıflama sistemi bulunmaktadır. Bunlardan sıklıkla kullanılanlar; hemşirelik tanısı belirlenmesinde Uluslararası Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği (North American Nursing Diagnosis Association-International-NANDA-I), bireyin gereksinimine yönelik hedef koyma ve hastanın çıktısını değerlendirmede Hemşirelik Bakımının Sonuçları (Nursing Outcomes Classification-NOC), hemşirelik girişimlerini seçme, karar verme ve uygulamada ise Hemşirelik Girişimleri (Nursing Interventions Classification-NIC) sınıflama sistemleri örnek verilebilir (5,6).

Hemşirelik tanılarının sınıflandırılmasına yönelik çalışmalar yapmakta olan NANDA-I'nın amacı; profesyonel hemşirelerin kullanımı için hemşirelik tanıları terminolojisini belirlemek ve geliştirmektir. NANDA-I hastanın olası ya da gerçek problemlerine yönelik hemşirenin verdiği klinik kararı bilimsel olarak nasıl isimlendireceğini belirler. Hemşirelik tanısı hemşirenin bağımsız olarak hemşirelik yaklaşımları ile önlemek, hafifletmek ya da çözümlenmekle yetkili olduğu birey, aile ve toplumun var olan veya potansiyel sağlık problemleridir (7). NANDA-I'nın çalışmaları tüm dünyadaki hemşirelerin sağlık problemlerine yönelik ortak bir terminoloji üzerinden dil birliğinin oluşmasını sağlar (4).

Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli (YADHM), hemşirelik bakımı uygulamalarının temel öğeleri koruma, rahatlatma ve bağımlı fonksiyonlara odaklanır. Bu model, hemşireliğin gerçek doğasıyla ilgilidir ve deneyimlere odaklı bir modeldir (8,9). YADHM'nin kullanılması hemşirelik tanısının belirlenmesinde kolaylık sağlamaktadır. 1970 yılında N. Roper, W. Logan ve A. T. Tierney tarafından geliştirilen bu model, 12 temel yaşam aktivitesinden oluşmuştur. Bu aktivitelerin bazıları yaşamın sürdürülmesinde öncelikli olan biyofizyolojik temelli aktiviteleri, bazıları ise yaşam kalitesini artırmaya odaklı aktiviteleri kapsamaktadır (9). YADHM, hemşirelik süreci ile uygun bir temel oluşturması, sadece hasta değil sağlıklı bireylerin bakımında da uygulanabilen bir model olması nedeniyle hem eğitimde hem de uygulama alanında benimsenmiştir. Ancak NANDA-I tanıları Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne (FSÖ) göre sınıflandırılmıştır. Vicdan ve ark. (10) yaptığı çalışmada 2012-2014 NANDA-I hemşirelik tanıları YADHM'ne göre sınıflandırılması yapılmış, bu sayede hemşirelere ve öğrencilere kullanım kolaylığı sağlanmıştır.

Hemşirelik süreci, hemşirelik eğitiminin tüm sürecinde yer almasına rağmen öğrencilerin bakımından sorumlu oldukları bireylerin gereksinimlerinin planlanmasında ve gereksinimlere yönelik klinik karar vermeyi gerektiren hemşirelik tanısını belirlemede güçlük yaşadıkları bilinmektedir (10). Ruh sağlığı ve hastalıkları alanında

öğrenci hemşirelerin hasta bakımında belirledikleri hemşirelik tanıların hemşirelik bakımını planlama ve belirlemeye ön ayak olacağı ve bu doğrultuda konunun önemine dikkat çekilmesi gerektiği düşünülmüştür. Türkiye’de standardize edilmiş hemşirelik dilinin kullanımını artırmak için hem eğitim hem de uygulamada hemşirelik tanı ve müdahalelerinin kullanımı ile ilgili araştırma yapılması gerekmektedir. Literatürde hem öğrenci hemşirelerin hem de klinikte çalışan hemşirelerin bakım verdikleri hastalara yönelik yaptıkları bakım planlarının incelendiği çalışmalar bulunmaktadır (11,12,13). Ancak çalışmaların arasında YADHM’ne göre sınıflandırmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersi klinik uygulamasında hemşirelik öğrencilerinin YADHM’ne göre belirledikleri 2015-2017 NANDA-I tanılarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

2. Materyal-Metot

2.1. Araştırmanın türü

Araştırma retrospektif tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmada 03.11.2017-12.01.2018 tarihleri arasında bir vakıf üniversitesinde ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersi alan hemşirelik öğrencilerinin YADHM doğrultusunda toplamış oldukları veriler ile hazırlanmış olduğu 93 bakım planının retrospektif olarak incelenmesi ile yürütülmüştür. Öğrencilerin koyduğu 683 hemşirelik tanısı araştırmacılar tarafından değerlendirilerek doğruluğu onaylanan 601 tanı araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmanın gerçekleştirildiği üniversitede hemşirelik bölümü uygulamalı olarak eğitim vermekte ve tüm uygulamalı derslerde bireyin bakım sürecinde N. Roper, W. Logan ve A. T. Tierney tarafından geliştirilen yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeli temel alınmaktadır.

2.3. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında bir vakıf üniversitesi hemşirelik bölümü YADHM ile Hasta Tanılama Formu ve bakım planı kullanılmıştır. YADHM ile hasta tanılama formunda; güvenli çevre sağlama ve sürdürme, iletişim, solunum, beslenme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyinme, beden sıcaklığının kontrolü, hareket, çalışma ve eğlence, cinselliği ifade etme, uyku ve dinlenme ve ölüm olmak üzere 12 yaşam aktivitesi bulunmaktadır ve bu aktivitelere yönelik veriler toplanmaktadır. Toplanan veriler ile hemşirelik tanısı, tanıya yönelik amaçlar, planlama, girişimler ve değerlendirme ile bakım planı formu hazırlanmaktadır.

Çalışmada yer alan araştırmacılar tarafından hazırlanan bakım planlarının değerlendirilmesinde hemşirelik süreci basamaklarını içeren, hemşirelik bölümü öğretim elemanları tarafından hazırlanmış 18 maddeli değerlendirme formu kullanılmıştır. Araştırmaya yalnızca doğru konulan tanılar dâhil edilmiştir.

2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi amacıyla SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versiyon 22.0 kullanılmıştır. Nicel değişkenlerin sunulması amacıyla ortalama, standart sapma değerleri; nitel değişkenlerin sunumu için ise frekans ve yüzde değerler kullanılmıştır.

2.5. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce araştırmaya katılacak öğrencilere araştırmanın amacı ve elde edilen verilerin nerede ve niçin kullanılacağı açıklanarak öğrencilerden yazılı bilgilendirilmiş gönüllü onam alınmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için etik kurul izni alınmıştır. (Sayı: 10840098-604.01.01-E.2593).

3. Bulgular

Bakım planları incelenen hastaların %51,6'sı kadın, %73,1'i bekâr, %36,6'sı ilkököl mezunu ve %59,1'inin çocuğunun olmadığı, saptanmıştır. DSM-V tanı kriterlerine göre hastaların %40,9'unun şizofreni ve diğer psikotik bozukluk olduğu ve %40,9'unun aynı zamanda fiziksel hastalığının bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Bakım planında yer alan hastaların tanıtıcı özellikleri (n=93)

Tanıtıcı özellikler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	45	51,6
Kız	48	48,4
Yaş		
13-25	10	10,8
26-45	27	29,0
46-65	24	25,8
66-90	32	34,4
Eğitim		
Okuryazar değil	4	4,3
Okur -yazar	11	11,8
İlkökököl	34	36,6
Ortaökököl	14	15,1
Lise	23	24,7
Üniversite	7	7,5
Medeni Durum		
Evli	25	26,9
Bekâr	68	73,1
Çocuk Sayısı		
Yok	55	59,1
1-3	33	35,5
4 ve daha fazla	5	5,4

Fiziksek Hastalık		
Yok	55	59,1
Var	38	40,9
Tıbbi Tanısı		
Şizofreni açılımı kapsamında ve psikoza giden diğer bozukluklar	38	40,9
İki uçlu (Bipolar) Bozukluklar ve İlişkili bozukluklar	14	15,1
Depresyon bozuklukları	6	6,5
Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar	2	2,2
Nörobilişsel Bozukluklar	13	14,0
Nörogelişimsel Bozukluklar	2	2,2
Alkol ve Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar	2	2,2
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi	16	17,2

Öğrencilerin bakım verdikleri hastalardan YADHM doğrultusunda belirledikleri hemşirelik tanıları incelendiğinde 50 farklı hemşirelik tanısı belirledikleri ve 93 hastaya belirlenen doğru hemşirelik tanısının toplamda 601 olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin YADHM'ne göre iletişim aktivitesi (%39,10) ile güvenli çevre sağlama ve sürdürme (%26,29) aktivitesine ilişkin en fazla, cinselliği ifade etme (%2,00) aktivitesine ilişkin en az oranda tanı koyduğu, beden sıcaklığının kontrolü aktivitesine ilişkin ise hiç tanı koymadıkları bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin belirledikleri 2015-2017 NANDA-I hemşirelik tanılarının yaşam aktivitelerine göre sınıflandırılması (n=601)

YAŞAM AKTİVİTELERİ	n	%
Güvenli Çevre Sağlama ve Sürdürme	158	26,29
İletişim	235	39,10
Solunum	16	2,66
Beslenme	31	5,15
Boşaltım	20	3,33
Kişisel Temizlik ve Giyinme	20	3,33

Beden Sıcaklığının Kontrolü	0	0,00
Hareket	31	5,15
Çalışma ve Eğlence	18	3,00
Cinselliği İfade Etme	12	2,00
Uyku ve Dinlenme	47	7,83
Ölüm	13	2,16

Öğrencilerin en fazla belirlediği tanılar; güvenli çevre sağlama ve sürdürme aktivitesinde; kendini ihmal etme (%7,15), iletişim aktivitesinde; bozulmuş sosyal etkileşim (%7,32), solunum aktivitesinde; bozulmuş gaz alışverişi (%2,16), beslenme aktivitesinde; dengesiz beslenme; beden gereksiniminden az (%3,98), boşaltım aktivitesinde; konstipasyon (%2,66), kişisel temizlik ve giyinme aktivitesinde; deri bütünlüğünde bozulma riski (%2,16), hareket aktivitesinde; bozulmuş fiziksel hareketlilik (%1,83), çalışma ve eğlence aktivitesinde; yetersiz eğlenme aktivitesi (%3,00), cinselliği ifade etme aktivitesinde; bozulmuş beden imajı (%1,17), uyku ve dinlenme aktivitesinde; uyku örneğinde bozulma (%7,83), ölüm aktivitesinde; umutsuzluk (%1,50) olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. Öğrencilerin belirledikleri 2015-2017 NANDA-I hemşirelik tanılarının yaşam aktivitelerine göre dağılımı (n=601)

YAŞAM AKTİVİTELERİ	n	%
Güvenli Çevre Sağlama ve Sürdürme		
Kendini ihmal etme	43	7,15
Düşme riski	23	3,83
Kendini yaralama riski	20	3,33
Enfeksiyon riski	17	2,83
Travma riski	11	1,83
İntihar riski	10	1,66
Kronik ağrı	9	1,50
Kanama riski	7	1,17
Etkisiz sağlık yönetimi	6	1

Kendine yönelik şiddet riski	6	1
Amaçsızca dolanma	3	0,50
Kronik konfüzyon	2	0,33
Konforda bozulma	1	0,16
İletişim		
Bozulmuş sosyal etkileşim	44	7,32
Anksiyete	34	5,66
Etkisiz baş etme	29	4,83
Bozulmuş bireysel kimlik	27	4,50
Değişken emosyonel kontrol	20	3,33
Bozulmuş sözel iletişim	16	2,66
Bozulmuş hafıza	13	2,16
Yalnızlık riski	11	1,83
Kesintiye uğramış aile süreçleri	9	1,50
Sosyal izolasyon	9	1,50
Bozulmuş duygu durum yönetimi	5	0,83
Bilgi eksikliği	5	0,83
Korku	4	0,67
Bireysel kimlikte bozulma riski	3	0,50
Etkisiz toplumsal baş etme	2	0,33
Güçsüzlük	2	0,33
Savunucu baş etme	1	0,16
Kronik üzüntü	1	0,16
Solunum		
Bozulmuş gaz alışverişi	13	2,16
Aspirasyon riski	3	0,50
Beslenme		
Dengesiz beslenme: Beden gereksiniminden az	24	3,98
Elektrolit dengesizliği riski	7	1,17
Boşaltım		
Konstipasyon	16	2,66
Fonksiyonel üriner inkontinans	4	0,67

Kişisel Temizlik ve Giyinme		
Deri bütünlüğünde bozulma riski	13	2,16
Bozulmuş oral mukoz membran	7	1,17
Hareket		
Bozulmuş fiziksel hareketlilik	11	1,83
Yorgunluk	10	1,66
Aktivite intoleransı	10	1,66
Çalışma ve Eğlence		
Yetersiz eğlenme aktivitesi	18	3,00
Cinselliği İfade Etme		
Bozulmuş beden imajı	7	1,17
Etkisiz cinsellik örüntüsü	4	0,67
Cinsel işlevde bozulma	1	0,16
Uyku ve Dinlenme		
Uyku örüntüsünde bozulma	47	7,83
Ölüm		
Umutsuzluk	9	1,50
Uyumsuzluk	2	0,33
Karar vermede çatışma	2	0,33

4. Tartışma

Hemşirelik tanılmasının amacı; birey, ailesi veya yakınlarına ve topluma hemşirelik tanısı koyabilmek, hedef ve bakımın sonuçlarını belirleyebilmek, hemşirelik girişimlerini planlayabilmek, planlanan girişimleri uygulayabilmek için gereken bilgiyi toplamaktır. Sağlıklı/hasta bireyden/aileden verilerin sistemli ve kapsamlı bir biçimde toplanmasını sağlamak amacıyla hemşire kuramcılar tarafından çeşitli modeller geliştirilmiştir. Ülkemizde eğitim, araştırma ve uygulamada yaygın olarak kullanılan YADHM hümanist ve holistik bir yaklaşımla bireyi bakımın merkezine koyarak, bakıma bireyin katılımını öngörmektedir (14,15). Çalışmada, YADHM'nin yaşam aktiviteleri

öğesinde bulunan 12 yaşam aktivitesine göre hemşirelik tanılaması yapılmış olup bu doğrultuda hemşirelik tanıları belirlenmiştir. Öğrencilerin vakalara doğru olarak koydukları tanıları araştırmacılar tarafından belirlenmiştir. Bu doğrultuda belirlenen tanıların büyük çoğunluğu iletişim, güvenli çevre sağlama ve sürdürme ve ölüm aktivitesinde olduğu görülmektedir. Hastalar için belirlenen tanıların öncelikli sorunları belirleyerek bakım sürecinde yapılacak planlamalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

Sık görülen ruhsal hastalıklardaki hemşirelik tanılarının incelendiği bir çalışmada belirlenen 7 hemşirelik tanısının; bireysel baş etmede yetersizlik, düşünce sürecinde değişim, ümitsizlik, sözel iletişimde bozulma, kendine ya da çevresine zarar verme riski, benlik saygısında bozulma, sosyal etkileşimde bozulma olduğu belirtilmiştir (16). YADHM'ne göre bu tanıları iletişim ve güvenli çevre sağlama ve sürdürme aktivitesinde yer almaktadır. Bu çalışmada öğrencilerin bu aktivitelerde psikososyal alana yönelik belirledikleri tanıları sırasıyla bozulmuş sosyal etkileşim, kendini ihmal etme, anksiyete, etkisiz baş etme, bozulmuş bireysel kimlik, değişken emosyonel kontrol, kendini yaralama/kendine yönelik şiddet/intihar riski, bozulmuş sözel iletişim, umutsuzluk olduğu belirlenmiştir. Taşdemir ve Kızılkaya'nın (17) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi klinik uygulamasındaki öğrencilerin FSÖM doğrultusunda hazırladıkları bakım planlarını inceledikleri çalışmada, öğrencilerin psikososyal alana yönelik belirledikleri tanıları sırasıyla; anksiyete, bireysel baş etmede yetersizlik, sosyal etkileşimde bozulma, aile süreçlerinde değişim olduğu belirtilmiştir. Sık görülen ruhsal hastalıklardaki hemşirelik tanılarına göre (16) ümitsizlik, sözel iletişimde bozulma, kendine ya da çevresine zarar verme riski tanılarının daha az belirlendiği görülmektedir. Sabancıoğulları ve ark. (18) psikiyatri kliniğinde hemşireler tarafından yapılan hasta bakım planlarında fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre belirlenen tanıları incelenmiştir. Çalışmada psikososyal alana yönelik bireysel baş etmede yetersizlik, benlik saygısında azalma, rol performansında bozulma, terapötik rejimi etkisiz yönetme,

düşünce sürecinde değişim, başkalarına ve kendine zarar verme potansiyeli, duyuşsal algısal değişim tanılarının çoğunlukta olduğu ve ümitsizlik, sözel iletişimde bozulma, sosyal etkileşimde bozulma tanılarının yer almadığı görölmektedir. Literatürde ruhsal hastalıklara yönelik yer alan çalışmalarda incelenen bakım planlarında FSÖM'ne göre, çalışmamızda ise YADHM'ne göre tanılama yapılmıştır. Çalışmalar karşılaştırıldığında ise genel olarak psikososyal alana ilişkin belirlenen hemşirelik tanılarının benzerlik gösterdiği görölmektedir.

Ruhsal hastalıklarda hemşirelik bakımı yalnızca psikososyal alanla ilgili olmayıp bireyin biyofizyolojik gereksinimlerinin de belirlenmesini de gerektirmektedir. Çalışmamızda yaşam aktivitelerine göre öğrencilerin belirledikleri uykusuzluk, enfeksiyon riski, düşme riski, dengesiz beslenme: beden gereksiniminden az, konstipasyon, deri bütünlüğünde bozulma riski, bozulmuş fiziksel hareketlilik, aktivite intoleransı tanılarının yer alması, öğrencilerin ruhsal hastalıklarda hemşirelik bakımında biyofizyolojik gereksinimlerinin göz ardı edilmediğini göstermektedir. Taşdemir ve Kızılkaya'nın (17) çalışmasında ise öğrencilerin fiziksel gereksinimlere yönelik çoğunlukla uyku örüntüsünde değişim, özbakımda yetersizlik, beslenme örüntüsünde değişim (gereğinden az beslenme), aktivite intoleransı, enfeksiyon riski, fiziksel aktivitede yetersizlik, solunum fonksiyonlarında değişim tanılarının olduğu belirtilmiştir. Literatür ve diğer çalışmalarda incelendiğinde ruhsal hastalıklar ve tedavisinin yan etkisine yönelik oluşabilecek biyofizyolojik sorunların bakım planlarında yer aldığı görölmektedir (17,20,21). Hemşirelik sürecinin tanılama aşamasında yer alan YADHM ve FSÖM'ne göre belirlenen hemşirelik tanılarının psikososyal ve biyofizyolojik alanlarda benzer olduğu düşünölmektedir. Ancak literatürde FSÖM'ne göre tanılama yapılmış çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada yetersiz eğlenme aktivitesi hemşirelik tanısı olduğu görölmektedir. Bu durum YADHM'nde çalışma ve eğlence aktivitesinin yer almasıyla, bakım veren hemşirenin bu aktiviteye yönelik tanılama yapmaya yönlene-mesi ile açıklanabilir.

Cinselliği ifade etme aktivitesine yönelik belirlenen tanımlar incelendiğinde ise literatürde hemşirelik bakım planlarının incelendiği tüm çalışmalarda bu aktiviteye yönelik veri toplama ve tanı koymada sıkıntı yaşadıklarını ve az sayıda ya da bazen hiç tanı belirlenmediği görülmüştür. Bu durum cinselliğin ifade edilmesi aktivitesine ilişkin tanılamada öğrencilerin iletişim becerilerinin yetersiz olduğunu düşündürmektedir (19).

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi dışındaki derslerin klinik uygulaması sırasında incelenen çalışmalarda öğrencilerin daha çok biyofizyolojik alan üzerine odaklandıkları görülmektedir (20,21,22,23). Oysaki hemşirelik bakımının eğitiminin her aşamasında bütüncül bakış açısı kazandırılmaya çalışılmaktadır. Öğrencilerin iletişim becerilerinin geliştirilmesi ile birlikte ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında sorunların doğru tanılanması sağlanabilecektir.

5. Sonuç

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre çalışma kapsamına alınan öğrencilerin YADHM'ne göre yaptıkları tanılama ile hastaların biyofizyolojik, psikososyal, kültürel boyutlarını ele aldıkları görülmüştür. Yaşam aktivitelerinden çoğunlukla iletişim, güvenli çevre sağlama ve sürdürme ve ölüm aktivitesine yönelik hemşirelik tanımları belirledikleri saptanmıştır. Öğrencilerin belirledikleri tanımlar çoğunlukla, psikososyal alanda bozulmuş sosyal etkileşim, kendini ihmal etme, anksiyete, etkisiz baş etme; biyofizyolojik alanda uykusuzluk, infeksiyon riski, düşme riski, dengesiz beslenme: beden gereksiniminden az, konstipasyon, deri bütünlüğünde bozulma riski; kültürel alanda yetersiz eğlenme aktivitesi tanımlarının yer aldığı saptanmıştır. Cinselliği ifade etme aktivitesine yönelik belirlenen tanımların yetersiz olmasının öğrencilerin yetkinlik düzeylerine göre beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir. Sonuçlar doğrultusunda Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersinde YADHM'ne göre hemşirelik tanılamasının ruhsal hastalıklarda sık görülen hemşirelik tanımlarını belirlemede

yönlendirici olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda bireyin tüm boyutlarının ele alınmasına katkı sağladığı söylenebilir. Çalışma sonuçlarının hemşirelik eğitiminde temel bir yapıda yer alan hemşirelik modellerinin bakıma olan yansımalarının değerlendirilmesine katkı sağladığı düşünülmektedir.

Kaynaklar

- (1) Babadağ, K. Hemşirelik ve değerler. İksan Matbaası. Ankara: (2010).
- (2) Berman, A., Snyder, S. S., Kozier, B. and Erbs, G. Fundamentals of nursing concepts, process and practice, 8th Ed. New Jersey: (2008).
- (3) URL-1: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm> (Erişim Tarihi: 21.04.2018)
- (4) Ay, F. Uluslararası alanda kullanılan hemşirelik tanıları ve uygulamaları sınıflandırma sistemleri. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, **2008**, 28(4); 555-561.
- (5) Park, H. Identifying core NANDA-I nursing diagnoses, NIC interventions, NOC outcomes, and NNN linkages for heart failure. International Journal of Nursing Knowledge, **2014**, 25(1); 30-38.
- (6) Tastan, S., Linch, G. C., Keenan, G. M., Stifter, J., McKinney, D., Fahey, L., Lopez, K. D., Yao, Y. and Wilkie, D. Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: A systematic review. International Journal of Nursing Studies, **2014**, 51(8); 1160-1170.
- (7) Birol, L. Hemşirelik Süreci. Etki Yayınları. İzmir, Türkiye: (2009).
- (8) Köşgeroğlu, N. ve Boğa, S. Yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeli (YADHM)'ne göre zihinsel engelli bireylerin sorunları ve hemşirelik. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, **2011**, 1(4); 149-154.
- (9) Holland, K., Jenkins, J., Solomon, J. and Whittom, S. Applying The Roper, Logan, Tierney model in practice. 2th Ed. Churchill Livingstone Elsevier. Philadelphia: (2008).
- (10) Vicdan, A. K., Karabacak, B. G. ve Alpar, Ş. E. 2012-2014 NANDA-I hemşirelik tanılarının yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeline göre sınıflandırılması. Journal of Human Sciences, **2015**, 12(2); 1626-1636.
- (11) Çam, O., Özgür, G., Gürkan, A., Dülgerler, S. ve Engin, E. Psikiyatri hemşireliği klinik uygulamalarında öğrenci hemşirelerin hemşirelik süreci raporlarının değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, **2004**, 20(1); 23-34.

- (12) Lopes, J. L., de Barros, A. L. and Michel, J. L. A pilot study to validate the priority nursing interventions classification interventions and nursing outcomes classification outcomes for the nursing diagnosis “excess fluid volume” in cardiac patients. *Int J Nurs Terminol Classif*, **2009**, 20; 76-88.
- (13) Müller-Staub, M. Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *Int J Nurs Terminol Classif*, **2009**, 20; 9-15.
- (14) Acaroğlu, R., Şendir, M. ve Kaya, H. Hemşirelik süreci. Babadağ, K. ve Aştı, T. (Ed), Hemşirelik esasları uygulama rehberi. Gözden geçirilmiş 2. Baskı. Medikal Yayıncılık. İstanbul: **(2012)**.
- (15) Kaya, N. Hemşirelik süreci, hemşirelik tanılaması. Aştı, T., Karadağ, A. (Ed), Hemşirelik esasları, hemşirelik bilim ve sanatı. Akademi Yayınevi. İstanbul: **(2012)**.
- (16) Korkut, B. S. ve Ünsal, A. Sık görülen ruhsal hastalıklardaki hemşirelik tanı ve girişimleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2016**, 6(2); 115-119.
- (17) Taşdemir, G. ve Kızılkaya, M. Sağlık yüksekokulu son sınıf öğrencilerin ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersi klinik uygulamasında NANDA hemşirelik tanılarının incelenmesi. *International Journal of Human Sciences*, **2013**, 10(1); 246-257.
- (18) Sabancıoğulları, S., Ata, E. E., Kelleci, M. ve Doğan, S. Bir psikiyatri kliniğinde hemşireler tarafından yapılan hasta bakım planlarının fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli ve NANDA tanılarına göre değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **2011**, 2(3); 117-122.
- (19) Magnan, M. A. and Norris, D. M. Nursing students’ perceptions of barriers to addressing patient sexuality concerns. *J Nurs Edu*, **2008**, 47(6); 260-268.
- (20) Aydın, N. and Akansel, A. Determination of accuracy of nursing diagnoses used by nursing students in their nursing care plans. *International Journal of Caring Sciences (IJCS)*, **2013**, 6(2); 252-257.
- (21) Hakverdioğlu, Y. G., Akın, K. E., Erdemir, F. and Müller-Staub, M. Nursing diagnoses determined by first year students: a vignette study. *International Journal of Nursing Knowledge*, **2014**, 25(1); 39-42.
- (22) Noh, H. K. and Lee, E. Relationships among NANDA-I diagnoses, nursing outcomes classification, and nursing interventions classification by nursing students for patients in medical-surgical units in Korea. *Int J Nurs Knowl*, **2015**, 26(1); 43-51.
- (23) Uysal, N., Gürol, A. G., Yılmaz, İ. ve Yelkin, A. F. Hemşirelik ikinci sınıf öğrencilerinin bakım planlarındaki hemşirelik tanıları ve verilerin analizi. *CBU SBED*, **2016**, 2(5); 139-143.

Kemoterapi Uygulanan Akciğer Kanserli Hastaların Fizyolojik Gereksinimlerini Karşılama da Hemşirelerin Yaşadıkları Güçlükler

Filiz YENİHAYAT¹, Prof.Dr. Necmiye SABUNCU²,
Prof. Dr. Hatice YORULMAZ^{2*}

¹Yenikent Devlet Hastanesi, Dâhili Birimler Kliniği, Sakarya

²Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Sütluce, İstanbul

Geliş Tarihi: 04.04.2019

***Sorumlu Yazar e mail:** haticeyorulmaz@halic.edu.tr **Kabul Tarihi:** 20.06.2019

Özet

Bu araştırma ile kemoterapi uygulanan akciğer kanserli hastaların fizyolojik gereksinimlerinin ortaya konulması ve bakım veren hemşirelerin bu gereksinimlerin karşılanamadığı durumlarda yaşadıkları güçlüklerin saptanması amaçlandı. Çalışmanın yapılması için gerekli izinler alındıktan sonra, İstanbul ilindeki beş devlet hastanesinin onkoloji bölümünde yatan hasta servislerinde çalışan 36 onkoloji hemşiresi çalışmaya dâhil edildi. Veri toplanması için anket formu kullanıldı. Formun ilk kısmında hemşirelerin tanıtıcı özellikleri, ikinci kısmında ise konu ile ilgili literatürler taranarak oluşturulan hemşirelerin hastalara bakım verirken yaşadıkları güçlükler yer aldı. Hemşirelerin yaşadıkları güçlükler; beslenme ve hidrasyon, eliminasyon, solunum, uyku ve dinlenme, hijyen olarak gruplandırıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar kullanıldı. Hemşirelerin; %50' sinin 26-30 yaş grubunda, %41.7' sinin sağlık meslek lisesi mezunu, %58.3' ünün 1-5 yıl arası mesleki deneyime sahip, %33.3' ünün 11 ve üzeri hastaya bakım verdikleri saptandı. Hemşirelerin yaşadıkları güçlükler incelendiğinde çoğunun, hastalara bulantı-kusma durumunda antiem etikleri vermede (%75), diyare durumunda kaybedilen sıvının yerine

Atf: Yenihayat F, Sabuncu N, Yorulmaz H, Kemoterapi Uygulanan Akciğer Kanserli Hastaların Fizyolojik Gereksinimlerini Karşılama da Hemşirelerin Yaşadıkları Güçlükler, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019;2(2) 67-78

To cite this article: Yenihayat F, Sabuncu N, Yorulmaz H, The Nurses Providing The Care To Meet The Physiologic Requirements Of The Patients Suffering Lung Cancer And Undergoing Chemotherapy, Haliç University Journal of Health Sciences, 2019;2(2) 67-78

konması ve sıvı elektrolit dengesinin kontrolünde (%69.4), hastaya rahat nefes alması için uygun pozisyon vermede (% 61.1) hastanın rahat uyuması için uygun ortamın sağlanmasında (% 63.9), hastanın katater bakımını zamanında yapmada (% 63.9) her zaman güçlükler yaşadıkları görüldü. Hemşireler, hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları bu fiziksel semptomların yaşam kaliteleri üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak ve semptom yönetimi için bireye uygun hemşirelik girişimlerini planlayarak uygulamalı ve sonuçlarını değerlendirmelidir. Aynı zamanda hemşirelerin semptomların yönetimi için hasta ve ailelerine eğitim yapması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Kanseri, Fizyolojik gereksinim ve güçlük, Kemoterapi, Hemşire

The Nurses Providing The Care To Meet The Physiologic Requirements Of The Patients Suffering Lung Cancer And Undergoing Chemotherapy

Abstract

This study was aim to reveal the physiological needs of patients with lung cancer who were treated with chemotherapy and to determine the difficulties experienced by nursing nurses in cases where these requirements could not be met. After obtaining the necessary permissions to perform study, 36 nurses in five hospitals in Istanbul were included. The questionnaire was used for data. In the first part of the form, the introductory features of the nurses and in the second part, the nurses created by scanning the literature related to the subject took the difficulties they experienced while giving care to the patients. Difficulties of nurses; nutrition and hydration, elimination, respiration, sleep and rest, hygiene were grouped. Descriptive statistical methods were used to analyze data. It was determined that 50% of nurses were in the age group of 26-30, 41.7% of them were health high school graduates, 58.3% of them had professional experience between 1-5 years, 33.3% of them had cared for 11 and more patients The study revealed the difficulties experienced, the majority in regard to administering anti-emetics against nausea and emesis (75%), in replacement of the liquid depleted and controlling liquid electrolyte in case of the diarrhea (69.4%), in regard to providing suitable posture to the patients for comfortable inhalation (61.1%), in regard to providing suitable ambient for comfortable sleeping (63.9%) and in regard to timely catheter maintenance (63.9%). Nurses should evaluate the practical and results by planning appropriate nursing interventions for the management of symptoms and to reduce the negative effects of these physical symptoms on the quality of life of the patients. At the same time, training for the patient and families could be recommended for the management of symptoms.

Keywords: Chemotherapy, Lung Cancer, Nurse, Physiological need and difficulty.

1.Giriş

Akciğer kanseri neoplastik hastalıklar grubunda en sık karşılaşılan kanser türüdür Tedavi yöntemlerinin gelişimine bağlı olarak, kanserli hastaların yaşam sürelerini uzatmak ve yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla genel olarak kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve immünoterapi gibi tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. (1,2). Kemoterapi, neoplastik hücrelerin büyüme ve çoğalmalarını durdurmayı ya da tamamen yok etmeyi amaçlayan doğal ve sentetik kimyasal maddeler, biyolojik ajanlar ve hormonlarla yapılan tedavilerin tümünü kapsamaktadır Akciğer kanseri kemoterapisinde sık rastlanan yan etkiler; bulantı, kusma, iştahsızlık, kilo kaybı, halsizlik, dispne, ağrı, konstipasyon, enfeksiyon, saç dökülmesi ve anksiyetedir (3). Akciğer kanserli birçok hasta bu yan etkiler ve oluşabilecek komplikasyonlara karşı hassastırlar. Bu sorunların önlenmesi, etkin ve bilinçli hemşirelik girişimleri ile olasıdır. Hemşirelik fonksiyonlarının temel amacı, hastanın her açıdan bakım gereksinimlerini kapsayan etkili ve iyi planlanmış bir hasta bakımını gerçekleştirmektir (4). Fizyolojik gereksinimler tam anlamıyla karşılandığında hastanın anksiyetesi önemli ölçüde azalmakta, karşılanmadığı zaman ise hasta ölüme yaklaştığını düşünmektedir (5). Bu açıdan onkoloji hemşireleri tarafından kanserli hastaların fizyolojik gereksinimlerinin karşılanması kemoterapinin yan etkilerine, gelişebilecek komplikasyonlara karşı önlem almada ve hastanın rahat olarak fizyolojik sürecini sürdürmede önemli yer tutmaktadır. Hemşireler, kriz anında hastalarla iletişim kurmakta güçlük yaşadıklarını, kendilerini yetersiz hissettikleri için hastalardan uzaklaşma yolunu seçtiklerini ve hastanede kaldıkları sürece etkili bakım veremediklerini belirtmişlerdir (6). Bu araştırma kemoterapi uygulanan akciğer kanserli hastaların fizyolojik gereksinimlerinin ortaya konulması ve bakım veren hemşirelerin bu gereksinimlerin karşılanamadığı durumlarda yaşadıkları güçlüklerin saptanması amacıyla yapıldı.

2. Materyal ve Metot

Araştırma tanımlayıcı olarak planlanmış olup, İstanbul ilinde yer alan beş devlet hastanesinin onkoloji bölümünde yatan hasta servisinde hasta servislerinde yapıldı. Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul il sağlık müdürlüğünden gerekli izinler alındı. Araştırmanın evrenini 41 onkoloji hemşiresi örneklemini ise örneklem seçimine gidilmeden çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 36 hemşire oluşturdu. Evreni belli örneklem hesaplama formülüne göre ise %95 güvenirlilik aralığında %5 hata oranında en az 36 hemşirenin katılması gerektiği saptanmıştır. Anket formu araştırmacı tarafından ilgili kurumlardan yazılı, hemşirelerden sözel izin alındıktan sonra, yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı.

2.1. Veri Toplama Formu

Araştırmanın verileri, konu ile ilgili literatürlere dayanılarak hazırlanan anket formu aracılığı ile toplandı (7,8). Anket formunun birinci bölümü hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini, ikinci bölümü ise kemoterapi alan akciğer kanserli hastaların fizyolojik gereksinimlerini karşılamada hemşirelerin yaşadıkları güçlük durumları; beslenme ve hidrasyon, eliminasyon, solunum, uyku-dinlenme, ağrı ve hijyen gereksinimi başlıkları altında toplandı. Anket formunun ikinci bölümünde yaşanan güçlüklerde yer alan ifadeler Her zaman (HZ), Ara sıra (AS), Hiçbir zaman (HBZ) olarak derecelendirildi.

2.2. Verilerin Analizi

Veri SPSS 15.0 programında tanımlayıcı istatistiksel metotlar (yüzde, frekans) kullanılarak analiz edildi.

3. Bulgular

Elde edilen bulgular ve bulguların istatistiksel değerleri hemşirelerin, sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular ve hemşirelerin

akciğer kanserli hastaların fizyolojik gereksinimlerini karşılamada yaşadıkları güçlükleri içeren ifadeler halinde sunuldu.

3.1. Akciğer Kanserli Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Akciğer kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde Hemşirelerin yaş dağılımlarına göre; %50' sinin 26-30 yaş grubunda, eğitim düzeylerine göre; %41.7' sinin sağlık meslek lisesi mezunu, meslek deneyimleri incelendiğinde; %58.3' ünün 1-5 yıl arasında olduğu belirlendi. Bakım verilen hasta sayısı incelendiğinde; %33.3' ünün 11 ve üzeri hastaya bakım verdikleri saptandı (Tablo 1).

3.2. Akciğer Kanserli Hastaların Fizyolojik Gereksinimlerini Karşılamada Hemşirelerin Yaşadıkları Güçlüklere İlişkin Bulgular

Akciğer kanserli hastaların fizyolojik gereksinimlerini karşılamada hemşirelerin yaşadıkları güçlüklerin dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin çoğunluğu, beslenme ve hidrasyon bölümünde yer alan “Hastada bulantı- kusma durumu” (%75), “Gelişebilecek komplikasyonlara karşı önlem alma” (%72.2), “Hastanın oral beslenemediği durumlarda enteral beslenmesini sağlama ve sürdürme” (%61.1), “Gelişen komplikasyonlarda uygun medikal tedaviyi uygulama” (%69.4), “Hastanın ağız içini stomatit ve mukozitlere karşı değerlendirme ve gelişen durumlarda tedavisini yapma” (%66.7) durumlarında hemşirelerin çoğunluğunun her zaman güçlük yaşadıklarını ifade ettikleri görüldü. Eliminasyon bölümünde yer alan “Diyare durumunda kaybedilen sıvının yerine konulması” (%69.4), “Hastada konstipasyon durumunda” (%63.9), “Hastaların normal bağırsak alışkanlığının devamını sağlama ve sürdürme” (%63.9), “Eliminasyon durumuna göre besin alımını artırma veya azaltma” (%61.1) her zaman

güçlük yaşadıklarını ifade ettikleri görüldü. Solunum bölümünde yer alan “Hastaya rahat nefes alması için uygun pozisyon verme” (%61.1), “Gelişebilecek komplikasyonlara karşı hastayı mobilize etme” (%61.1), “Hastaya dispne durumunda oksijen tedavisi uygulama” (%61.1), “Kemoterapik ilaçlara bağlı allerjik reaksiyonlarda uygun antihistaminik ajanları verme” (%58.3) hemşirelerin çoğunluğu her zaman güçlük yaşadıklarını ifade ettiği belirlendi. Uyku ve dinlenme bölümünde yer alan “Hastanın rahat uyuması için uygun ortamın sağlanması” (%63.9), “Hastaların sağlık bakım işlevlerini uyku döneminde en aza indirmeye” (%50) hemşirelerin çoğunluğu her zaman güçlük yaşadıklarını ifade ettiği saptandı.

Hijyen bölümünde yer alan “Hastada katater bakımını zamanında yapmada” (%63.9), “Hasta eğer yapabiliyorsa kişisel hijyenine dikkat etmesini sağlamada” (%63.9), “Hastanın gelişebilecek/gelişmiş enfeksiyonlara karşı vital bulgularını değerlendirme ve rapor etme” (%55.6), “Hastanın enfeksiyonlu kişilerle temasını önleme ve mümkünse izolasyon sağlama” (%61.1), “Deri bütünlüğünün bozulması ve enfeksiyon riski fazla olduğundan yara alanını temiz ve kuru tutmada” (%61.1) hemşirelerin çoğunluğu her zaman güçlük yaşadıklarını ifade ettiği belirlendi. (Tablo 2)

Tablo 1: Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=36)

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri	n	%
Yaş		
18-25	12	33.3
26-30	18	50.0
31-40	4	11.1
40 ve üzeri	2	5.6
Eğitim Düzeyi		
Sağlık Meslek Lisesi	15	41.7
Önlisans	9	25.0
Lisans	12	33.3

Mesleki Deneyim		
1-5 yıl	21	58.3
6-11 yıl	11	30.6
12-17 yıl	1	2.8
18 yıl ve üzeri	3	8.3
Bakım Verilen Hasta Sayısı		
1-3 hasta	5	13.9
4-6 hasta	9	25.0
7-10 hasta	10	27.8
11 hasta ve üzeri	12	33.3

Tablo 2: Akciğer Kanserli Hastaların Gereksinimini Karşılama Hemşirelerinin Yaşadıkları Güçlükler

Akciğer Kanserli Hastaların Gereksinimini Karşılama Hemşirelerinin Yaşadıkları Güçlükler						
Beslenme ve Hidrasyon	Her Zaman		Ara Sıra		Hiçbir Zaman	
	n	%	n	%	n	%
Hastada bulantı-kusma durumu	27	75.0	6	16.7	3	8.3
Gelişebilecek komplikasyonlara karşı önlem alma	26	72.2	8	22.2	2	5.6
Hastanın ağız içini stomatit ve mukozitlere karşı değerlendirme ve gelişen durumlarda tedavisini yapma	24	66.7	8	22.2	4	11.1
Hastanın oral beslenemediği durumlarda enteral beslenmesini sağlama ve sürdürme	22	61.1	12	33.3	2	5.6
Gelişen komplikasyonlarda uygun medikal tedaviyi uygulama	25	69.4	7	19.4	4	11.1
Eliminasyon	Her Zaman		Ara Sıra		Hiçbir Zaman	
Diyare durumunda kaybedilen sıvının yerine konulması	25	69.4	7	19.4	4	11.1
Hastada konstipasyon durumu	23	63.9	7	19.4	6	16.7

Hastanın normal bağırsak alışkanlığının devamını sağlama ve sürdürme	23	63.9	10	27.8	3	8.3
Eliminasyon durumuna göre besin alımını artırma veya azaltma	22	61.1	9	25.0	5	13.9
Solunum	Her Zaman n	%	Ara Sıra n	%	Hiçbir Zaman n	%
Hastaya rahat nefes alması için uygun pozisyon verme	22	61.1	10	27.8	4	11.1
Gelişebilecek komplikasyonlara karşı hastayı mobilize etme	22	61.1	10	27.8	4	11.1
Hastaya dispne durumunda oksijen tedavisi uygulama	22	61.1	7	19.4	7	19.4
Kemoterapik ilaçlara bağlı alerjik reaksiyonlarda uygun antihistaminik ajanları verme	21	58.3	8	22.2	7	19.4
Uyku ve Dinlenme	Her Zaman n	%	Ara Sıra n	%	Hiçbir Zaman n	%
Hastanın rahat uyuması için uygun ortamın sağlanması	23	63.9	8	22.2	5	13.9
Hastanın sağlık bakım işlevlerini uyku döneminde en aza indirme	18	50.0	13	36.1	5	13.9
Hijyen	Her Zaman n	%	Ara Sıra n	%	Hiçbir Zaman n	%
Hastanın katater bakımını zamanında yapma	23	63.9	7	19.4	6	16.7
Hasta eğer yapabiliyorsa kişisel hijyenine dikkat etmesini sağlama	23	63.9	9	25.0	4	11.1
Hastanın enfeksiyonlu kişilerle temasını önleme ve mümkünse izolasyon sağlama	22	61.1	8	22.2	6	16.7
Deri bütünlüğünün bozulması ve enfeksiyon riski fazla olduğundan yara alanını temiz ve kuru tutma	22	61.1	8	22.2	6	16.7
Hastanın gelişebilecek/gelişmiş enfeksiyonlara karşı vital bulgularını değerlendirme ve rapor etme	20	55.6	12	33.3	4	11.1

4. Tartışma

Kanserin ilerlemesine ve uygulanan tedavi yöntemlerine bağlı olarak ortaya çıkan semptomlar morbiditeyi, tedaviyi etkin bir şekilde sürdürmeyi ve yaşam kalitesini etkileyebileceği için kanserli hastaya bakım veren sağlık bakım profesyonellerinin ve özellikle hemşirenin bu semptomları erken dönemde saptama, önleme ve kontrol etme sorumluluğu bulunmaktadır. (9,10). Bunun yanında hemşirenin hem hasta ve ailenin kanser tanısı ve tedaviye bağlı gelişen yan etkiler ile baş etmelerinde önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle hemşirenin kanser tedavisine devam eden hastalarda semptomları tam ve zamanında sistematik olarak değerlendirmesi; uygun tedavinin yapılabilmesini, hemşirelik girişimlerinin uygulanabilmesini ve hastaların kaliteli bir yaşam sürdürebilmesini sağlamaktadır (11). Bu araştırmada, kemoterapi uygulanan akciğer kanserli hastaların, beslenme ve hidrasyon gereksinimlerini karşılamada, hemşirelerin yaşadıkları güçlükler incelendiğinde; hemşirelerin %75' inin hastaların bulantı ve kusma durumunda her zaman güçlük yaşadıkları saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada hemşirelerin en fazla hastaların bulantı ve kusma problemleri ile yüz yüze geldiklerini, semptomları azaltma ve rahatını sağlamada fazla çaba harcadıkları bulunmuştur (12). Araştırmada beslenme ve hidrasyon gereksinimlerini karşılamada, hemşirelerin çoğunluğunun hastada bulantı ve kusma durumu ile gelişebilecek komplikasyonlara karşı önlem almada her zaman güçlük yaşadığı görülmüştür. Bu sonuçlar, hemşirelerin hastaların beslenme ve hidrasyon gereksinimlerini karşılamada, gelişebilecek/gelişen komplikasyonlarda önlem alma ve medikal tedaviyi uygulamada güçlüğü olması, hastaların tanılarına ve çalışmaya katılan hemşirelerin fazla sayıda hastaya bakım vermeleri gibi nedenlere bağlanabilir. Kemoterapi uygulanan akciğer kanserli hastaların eliminasyon gereksinimlerini karşılamada hemşirelerin yaşadıkları güçlükler incelendiğinde; hemşirelerin çoğunluğunun diyare durumunda kaybedilen sıvının yerine konulmasında ve hastaların konstipasyon durumunda her zaman güçlük yaşadıkları

saptanmıştır. Literatürde hemşirelerin kanserli hastalarda çok fazla eliminasyonla ilgili problemler yaşadıklarını belirtmekte ve temel problemler olarak da diyare ve konstipasyonu işaret etmektedir (13). Bu durumda hemşirelerin kanserli hastanın diyare durumunda kaybedilen sıvının yerine konulmasında, aldığı-çıkardığı sıvı takibinin gözlenmede ve kayıt etmede problemler yaşadıkları görülmektedir. Yine hemşirelerin bakım verdiği hasta sayısının fazla olması bu duruma etken olabilir. Kemoterapi uygulanan hastaların solunum gereksinimini karşılanmada hemşirelerin yaşadıkları güçlükler incelendiğinde; hemşirelerin %61.1' i hastaya rahat nefes alması için uygun pozisyon vermede her zaman güçlük yaşadıklarını ifade ettiler. Hasta birey için Fowler pozisyonunun rahat olarak nefes alıp verebilmesi için en uygun pozisyon olduğunu belirtmektedir. Hastanın rahat olarak solunum yapabilmesi için yatak içinde verilecek pozisyon çok önemlidir. Vücut pozisyonu hava yolu açıklığını sağlamada ve sürdürmede önemli rol oynamaktadır (14). Hemşirelerin %61.1' inin hastaya dispne durumunda oksijen tedavisi uygulamada her zaman güçlük yaşadıkları saptanmıştır. Oksijenin hasta birey için karşılanması gereken en temel gereksinimi olduğunu, hastanın oksijen ihtiyacı karşılanamadığı zaman hastada anksiyete gelişmektedir (15). Gelişen anksiyetenin hastaya bakım veren hemşirelerin iş etkinliğini önemli ölçüde düşürmektedir. Kemoterapi uygulanan akciğer kanserli hastaların fizyolojik gereksinimlerinden olan uyku ve dinlenme gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirelerin yaşadıkları güçlükler incelendiğinde; hemşirelerin %63.9' unun hastanın rahat uyuması için uygun ortamın sağlanmasında her zaman güçlük yaşadıkları görülmüştür. Hasta kendisini rahat ortamda hissedemediğinde uyuyamamaktadır. Uyku ve dinlenme gereksiniminin karşılanmasında yaşanan temel problemlere bakıldığında ilk sırayı uykusuzluk almaktadır (16). Hastaya uyuması için daha rahat ve temiz bir ortam sunulması bu şikayetlerin azaltılmasında önemli bir etkidir. Hemşirelerin %50' si ise hastanın sağlık bakım işlevlerini uyku döneminde en aza indirgemedi güçlük yaşadıklarını ifade ettiler. Hemşireler, ilaç saatlerinin doktorlar tarafından belirlendiğini ve

ilaçların yazıldığı saatte verilmesi zorunluluğundan dolayı bu problemi yaşadıklarını belirtmektedir. Özellikle hemşirelerin akşam yap gereken tedavilerin hastaların uyku saatine yakın olması hastayı rahatsız edebilmekte, hasta bundan ötürü uykusuzluk problemi çekebilmektedir.

5. Sonuçlar

Sonuç olarak bu çalışmada; hemşirelerin hastalara antiemetik uygulama, sıvı kayıplarını telafi etme, hastaların normal solunumu ve uyku düzenini sağlama analjezik dozunu ayarlama ve kateter bakımının zamanında yapılması gibi konularda güçlükler yaşadıkları görülmektedir. Bu konularda yapılacak hasta eğitim programları ve hemşirelere semptom yönetim eğitimleri verilmesi hastaların yaşam kalitesini artıracaktır.

Kaynaklar

- (1) Saijo, N. Recent trends in the treatment of advanced lung cancer. *Cancer Sci.* **2006**;97(6):448-452.
- (2) Kaufman, D.S. Challenges in the treatment of bladder cancer. *Ann Oncol.* **2006**;17:106-112.
- (3) Anderson, P., Höglund, M., Rödger, S. Pulmonary side effects of interferon-alpha therapy in patients with hematological malignancies. *Am J Hematol.* **2003**;73(1):54-58.
- (4) Otis-Green, S., Sidhu, R.K., Del Ferraro, C., Ferrell, B. Integrating social work into palliative care for lung cancer patients and families: a multidimensional approach. *J Psychosoc Oncol.* **2014**;32(4):431-446.
- (5) Adams, L. Precision medicine in oncology standard of care. *Semin Oncol Nurs.* **2014**;30(2):100-108.
- (6) Bonk AK. Management of dyspnea in a patient with lung cancer. *Oncol Nurs Forum.* **2012**;39(3):257-260.
- (7) Gridelli C, Hainsworth J. Meeting the chemotherapy needs of elderly and poor performance status patients with NSCLC. *Lung Cancer.* **2002**;38(4):37-41.
- (8) Potter, P.A., Perry, A.G. *Basic Nursing, Theory and Practice.* **1995**;473-653.

- (9) Lehto, R.H., Wyatt, G. Perceptions about using mindfulness therapy: a lung cancer focus group study. *Cancer Nurs.* **2013**; 36(4):51-60.
- (10) Dickerson, S.S., Sabbah, E.A., Ziegler, P., Chen, H., Steinbrenner, L.M., Dean G. The experience of a diagnosis of advanced lung cancer: sleep is not a priority when living my life. *Oncol Nurs Forum.* **2012**;39(5):492-499.
- (11) Skaug, K., Eide, G.E., Gulsvik, A. Prevalence and predictors of symptoms in the terminal stage of lung cancer: A community study. *Chest.* **2007**;131(2):389-394.
- (12) Genç, A., Can, G., Aydiner, A. The efficiency of the acupressure in prevention of the chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Support Care Cancer.* **2013**;21(1):253-261.
- (13) Fathi, M., Nikbakht Nasrabadi, A., Valiee, S. The effects of body position on chemotherapy-induced nausea and vomiting: a single-blind randomized controlled trial. *Iran Red Crescent Med J.* **2014**;16(6):17778.
- (14) Inzeo, D., Tyson, L. Nursing assessment and management of dyspneic patients with lung cancer. *Clin J Oncol Nurs.* **2003**;7(3):332-333.
- (15) Ergin E, Sagkal Midilli T, Baysal E. The Effect of Music on Dyspnea Severity, Anxiety, and Hemodynamic Parameters in Patients With Dyspnea. *J Hosp Palliat Nurs.* **2018**;20(1):81-87.
- (16) Dean, G.E., Abu, Sabbah, E., Yingrengreung, S., Ziegler, P., Chen, H., Steinbrenner, L.M., Dickerson, S.S. Sleeping with the enemy: sleep and quality of life in patients with lung cancer. *Cancer Nurs.* **2015**;38(1):60-70.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ'NİN YAYIN İLKELERİ

1. GENEL

1.1. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri dergisi dört ayda bir (yılda üç sayı) ve gerektiğinde 'özel sayı' olarak yayımlanır. Dergi basılı olarak yayınlanacaktır.

1.2. Dergide sağlık ilgili özgün araştırma makaleleri, derlemeler, vaka sunumları, çeviri yazılar, eğitim amaçlı bilimsel yazılar (kitap özetleri ve değerlendirmeleri, Sağlık alanındaki uluslararası kuruluşların (WHO, UNFPA, UNICEF, vb) açıklamaları, literatürden özetler yayımlanır.

1.3. Derginin yayın dili Türkçe olmakla birlikte Türkçe özet içermek kaydıyla yazarların İngilizce yazılmış makalelerine de dergide yer verilebilir.

1.4. Yayınlanmak üzere dergiye gönderilen makalelerin daha önce yayınlanmamış ya da yayınlanmak üzere başka bir dergide halen değerlendirilmedi olmamaları gereklidir. Daha önce bir kongrede tebliğ edilmiş çalışmalar bu durum belirtilmek koşuluyla kabul edilir.

1.5. Yayınlanan bütün yazıların içerikleri yazarların görüşlerini yansıtır, hiçbir şekilde editör ve yayıncı sorumlu değildir.

1.6. Yazarlar dergide yayınlanan yazıların yayın haklarını dergiye devredeceklerini yazılı olarak beyan ederler. Bu durumlar tüm yazarlarca imzalanan ve yayın için editöre başvuru mektubunda belirtilir. Dergiye gönderilen yazılara telif hakkı ödenmez.

1.7. Çevirilerde yazının yabancı dildeki orijinal metni de gönderilmeli, metnin kaynağı ve yazarı açık şekilde belirtilmelidir.

2. YAZININ İNCELENME VE KABUL SÜRECİ

- 2.1. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri dergisi hakemli bir dergidir.
- 2.2. Yayınlanmak üzere gönderilen bütün makalelerin dergimiz yazım kurallarına titizlikle uyularak hazırlanmış olması gerekir.
- 2.3. Yayınlanmak üzere gönderilen yazılar ilk olarak editör(ler) tarafından dergi okuyucu kitlesine hitap etmesi ve derginin yayın ilkelere uyum açısından incelenir. Yazı uygun bulunursa, en az iki danışman (hakem) tarafından değerlendirmeye gönderilir. Editör(ler) konunun özelliğine göre gerekli gördüğünde, yazıyı yayın kurulunda veya danışma kurulunda yer alan hakemler dışında hakemlere gönderebilir. Yazılar konu ile ilgili iki danışmanın olumlu görüşü, Yayın Kurulu'nun kararıyla yayımlanır. Düzeltmesi istenilen yazı yazarına iade edilir, gerekli düzeltme yapıldıktan sonra yayın kurulu tarafından uygun görülürse yayımlanır.
- 2.4. Editörler yayın koşullarına uymayan yazıları yayınlamamak, düzeltmek veya kısaltmak üzere yazarlara geri göndermek, ayrıca yazıları biçim olarak düzenlemek yetkilerine sahiptir. Editörlerin yazının mesajını değiştirmeyen düzeltmeleri ve kısaltmaları yapma yetkisi vardır.
- 2.5. Yayımlanan ve yayına kabul edilmeyen yazılar, ekleri dâhil, geri gönderilmez, yazarlar bu konuda bir hak iddia edemez.

3. ETİK İLKELER

- 3.1. Makalelerin bilimsel ve etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.
- 3.2. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri dergisi Helsinki Bildirgesi etik standartlarına (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>) uymayı kabul eder.
- 3.3. Çalışmanın yapıldığı hasta veya gönüllüler bilgilendirilerek yazılı onayları alınmalı ve makalenin Gereç ve Yöntem kısmında yazılmalıdır.

3.4. Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalarda, yazının Gereç ve Yöntem kısmında çalışmanın Laboratuvar Hayvanlarının Bakımı ve Kullanımı Kılavuzu (www.nap.edu/catalog/5140.html) prensipleri doğrultusunda yapıldığı ve ilgili kurumdan etik kurul onayı alındığı belirtilmelidir.

3.5. Gerek görülürse editör tarafından etik kurul onayının bir örneği yazarlardan istenebilir.

3.6. Eğer makalede doğrudan veya dolaylı ticarî bağlantı veya çalışma için maddî destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kaynak sayfasında, kullanılan ticarî ürün, ilaç, ilaç firması v.b. ile ticari hiçbir ilişkinin olmadığını veya varsa nasıl bir ilişkinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar) bildirmek zorundadır.

4. YAZIM KURALLARI

4. 1. Orijinal Makale Yazım Kuralları

- Çalışmanın Türkçe İsmi Her Kelimenin İlk Harfi Büyük (Bağlaçlar Hariç) ve “Times New Roman” Fontunda 14 Punto Olacak Şekilde
- Özet kısmında çalışmanın yenilikleri ve temel bulguları vurgulanmalıdır. Türkçe ve İngilizce özet kısımları Times New Roman yazı tipi ile yazılmalı ve 10 punto büyüklüğü seçilmelidir. Yazım metni iki tarafa yaslanmalıdır. Özet bölümünün yazımında tek satır aralığı seçilmelidir. Makale özetinin 250 ila 300 kelime arasında olmasına dikkat edilmelidir. Türkçe ve İngilizce özetlerin 1 (bir) sayfayı geçmemesi gerekmektedir.
- Anahtar kelime sayısı en az 3 en fazla 6 olmalıdır.
- Ana metin, A4 kâğıt boyutuna 2 cm kenar boşlukları ile 12 punto yazı büyüklüğünde Times New Roman yazı tipi ile 1 satır aralığı ve her iki yana yaslı şekilde yazılmalıdır. Ana bölüm başlıkları numaralandırılmalı, kelimelerin ilk harfleri büyük olmalı ve koyu

(bold) karakterde yazılmalıdır. Ana bölüm başlığından sonra 1,5 satır aralıklı boşluk bırakılarak metne geçilmelidir. Başlıkla üst metin arasında da bir satır boşluk bırakılmalıdır. Paragraflar arasında boşluk bırakılmamalıdır.

- Giriş bölümünde çalışmayla ilgili yeterli literatür bilgisi verilmeli ve çalışmanın gerekçesi belirtildikten sonra amacı vurgulanmalıdır. Ancak konu ile ilgisi olmayan ve gereğinden fazla literatür bilgisi vermekten kaçınılmalıdır.
- Materyal ve Metot bölümünde, uygulanan yöntemler ve teknikler anlaşılır bir şekilde verilmeli ve metin “Times New Roman” yazı tipinde 12 punto büyüklüğünde ve tek satır aralıkla yazılmalıdır.
- Bulgular bölümünde çalışma sonucunda elde edilen bulgular çalışma sırasına göre sunulmalıdır. İstatistik için kullanılan analizler detaylı olarak anlatılmalıdır. İstatistiksel anlamlılık durumunu belirtmek için kullanılan “p” değerinin gerçek değeri verilmelidir.
- Şekiller grafik, diyagram, fotoğraf, resim şeklinde olabilir. Şekil yazısı şeklin alt kısmına yazılmalıdır. Hem şekil hem de şekil yazısı sayfaya ortalanmalıdır. Şekil yazıları okunaklı olmalıdır. Şekil ile üst metin arasında 1 satır boşluk bırakılmalıdır. Şekil yazısı ile alt metin arasında da 1 satır boşluk bırakılmalıdır. Şekil yazısı 11 punto olarak yazılmalıdır. Metin içerisinde şekillere atıfta bulunulmalıdır. Şekiller grafik, diyagram, fotoğraf ve resimler sayfanın en altına konulmalıdır.
- Tablolar kapalı çerçeveli tercih edilebilir. Tablo yazısı tablonun üst kısmına yazılmalıdır. Hem tablo hem de tablo yazısı sayfanın soluna hizalanmalıdır. Tablo yazısı ile üst metin arasında 1 satır boşluk bırakılmalıdır. Tablo ile alt metin arasında 1 satır boşluk bırakılmalıdır. Tablo yazıları tercihen 11 punto ile yazılmalı ve tek satır aralığı seçilmelidir. Metin içerisinde tablolara atıfta bulunulmalıdır.

- Tartışma bölümünde, yapılan çalışmadan elde edilen bulgular bilimsel ilkelerin ışığı altında önceki verilerle karşılaştırılarak irdelenmelidir.
- Sonuçlar bölümünde çalışmadan elde edilen özgün sonuçlar bir sıra dâhilinde sunulmalıdır.
- Kaynaklar kullanım sırasına göre numaralandırılarak verilmelidir. Ancak Özet bölümünde kaynak gösterilmez. Kaynak numaraları parantez içerisinde gösterilmelidir. Kaynakların tamamı çalışmanın son sayfasındaki “Kaynaklar” başlığı altında, makale içerisindeki kullanım sırasına göre aşağıdaki örneklere uygun biçimde verilmelidir. Kaynaklar “Times New Roman” fontunda 10 punto olarak yazılmalıdır. Kaynak numaraları otomatik numaralandırma ile eklenmelidir ve her referans arasında 6 punto boşluk olmalıdır.

4.2. Derleme Yazım Kuralları

Derlemeler, standart yazı şeklinden farklıdırlar. Yazı yazmanın evrensel formatı IMRAD derleme yazılarında uygulanmaz. Ana hatlarıyla giriş bölümü daha geniştir. Amacı ve yazı gerekçesini açıklar. Yöntem ve gereçler bölümünde makale taramasının hangi veri tabanlarında yapıldığını ve makalelerin hangi dâhil edilme ve dışlanma kriterlerine göre derlemeye kabul edildiği açıklanır. Bulgular kısmı bulunmaz. Tartışma kısmı yine geniş tutulacak ve kişisel deneyimler doğrultusunda aynı konuda yapılmış çalışmalar ve onların sentezi yapılır. Sonuç anlamında bir yorum ve değerlendirme paragrafı bulunur. Kaynaklar ise tüm yazılara göre daha fazla sayıda olur. Derleme yazarken;

- Derlemenin başlarında, incelenen konunun neden önemli olduğunu ve derlemede hangi konuların ele alınıp alınmayacağını açık olarak belirtin
- Araştırma bulguları ve diğer bilgi kaynakları arasındaki ayrımı belirtin
- Belirli çalışmaların neden önemli olduğunu açıklayın

- Bir konunun güncelliğine dair yorum yapıyorsanız, zaman çerçevesini tanımlarken spesifik olun.
- Klasik veya alanında dönüm noktası yaratmış bir çalışmayı kaynak gösteriyorsanız paragrafta önemini vurgulayarak tanımlayın.
- Konunuzla ilgili diğer derlemeleri tartışın
- Ayrıntılı olarak tartışmayacağınız konularda okuyuculara başka derlemeleri kaynak gösterin.
- “Hiçbir çalışma bulunamadı” gibi yorumları doğrulayın.
- Derlemenize dâhil ettiğiniz çalışmaların sonuçları tutarsız veya çok farklıysa, bunları ayrı ayrı belirtin.

* Derleme yazılarının şekil ve düzeni orijinal makale yazım kuralları ile aynıdır.

Prof. Dr. Nur TUNALI

Editör

Dr. Öğr. Üye. Berrak YİĞİT

Editör Yardımcısı

e-posta: sabd@halic.edu.tr

<http://dergipark.gov.tr/husagbilder>

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi

Sütlüce Mah. İmrahor Cad. No: 82 Beyoğlu – İSTANBUL

Tel: +90 212 924 24 44