



SAğLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERęİSİ
JOURNAL OF HEALTH PROFESSIONALS RESEARCH

J HEALTH PRO RES

SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAMİDİYE SAğLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ
JOURNAL OF HEALTH PROFESSIONALS RESEARCH

J HEALTH PRO RES

CİLT 1 SAYI 1 YIL 2019/ VOL 1 NO 1 YEAR 2019

İÇİNDEKİLER

HAKEM KURULU	i
YAZARLARA BİLGİ	ii
ARAŞTIRMA MAKALELERİ	
1 KOAH'lı Hastalarda Sağlık Durumunun Sosyodemografik ve Hastalık İle İlgili Özelliklere Göre İncelenmesi / Examining the State of Health in Patients with COPD According to Sociodemographic and Disease-Related Characteristics Semiha Kar, Neriman Zengin	1-7
2 Pes Planuslu Olan ve Olmayan Üniversite Öğrencisi kadın Bireylerde Statik Dengenin Değerlendirilmesi / Evaluation of Static Balance in University Students with and without Pes Planus Ümran Zararsız, Zuhul Didem Takinacı	8-12
3 Bening Eklem Hipermobilité Sendromu Olan ve Olmayan Lisans Fizyoterapi Öğrencilerinde Alt Ekstremité Kas Gücü ve Denge Skorlarının Karşılaştırılması / Comparison of Lower Extremity Muscle Strength and Balance Scores in Physiotherapy Bachelor Students with or Without Benign Hypermobility Syndrome Zuhul Didem Takinacı, Cansu Ak	13-17
OLGU SUNUMU	
4 Rezeksiyonsuz Proksimal Ostomili Hastada Farklı Fizyolojik Beslenme Uygulaması / Different Physiological Nutrition in a Patient with Proximal Ostomy Without Resection Cebrail Akyüz, Elvan Yılmaz Akyüz	18-20
DERLEME	
5 Ebelik Uygulamalarında Mahremiyet / Privacy in Midwifery Practices Hale Tosun, Nergiz Aksoy	21-27
6 Sosyal Medya Kullanımı: Yeme Bozukluğu Nedeni Olabilir Mi? / The Use of Social Media: Can the Eating Disorder Cause? Açelya Gül, Elvan Yılmaz Akyüz	28-32
7 Genital Sistem Enfeksiyonlarının Önlenmesi ve Ebelik / Prevention of Genital System Infections and Midwifery Approaches Saadet Yazıcı, Ayşe Çuvadar	33-37
8 Sirkadiyen Ritim İle Yeme Zamanı İlişkisi / The Relationship Between Circadian Rhythm and Timing of Food Intake Aysun Yüksel	38-43

DERGİNİN SAHİBİ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi

BAŞ EDITÖR
Prof. Dr. Cevdet ERDÖL

EDITÖR
Prof. Dr. Saadet YAZICI

Prof. Dr. Neriman ZENGİN

ALAN EDITÖRLERİ
Dr. Elvan YILMAZ AKYÜZ
Dr. Esin SEZGİN
Dr. Esra PEHLİVAN
Dr. Göksel DEMİR
Dr. Hasan Giray ANKARA
Dr. Handan ÖZCAN
Dr. Özgür SARI
Dr. Rıza Korhan SEZİN
Dr. Yasemin AYDIN KARTAL

SEKRETERYA / MİZANPAJ EKİBİ
Arş. Gör. Ayşe Derya SARAÇOĞLU
Arş. Gör. Büşra TEKİN
Arş. Gör. Cansu IŞIK
Arş. Gör. Ceyhan TURHAN
Arş. Gör. Ebru YILDIZ
Arş. Gör. Pınar BAŞTÜRK
Arş. Gör. Yasemin Tuba ÖĞÜNÇ

DANIŞMA KURULU

Dr. Abdullah Tırgil	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	Dr. İlkem Kara	Hacettepe Üniversitesi
Dr. Abdülkadir Yeler	İstanbul Medeniyet Üniversitesi	Dr. İpek Yeldan	İstanbul Üniversitesi
Dr. Ahmet Zeki İzgöer	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. İsmail Barış	Üsküdar Üniversitesi
Dr. Alev Keser	Ankara Üniversitesi	Dr. Joseph Akanuwe	Lincoln University
Dr. Ali Rıza Abay	Yalova Üniversitesi	Dr. Melih Zeren	Bezmialem Üniversitesi
Dr. Alis Kostanoğlu	Bezmialem Üniversitesi	Dr. Mendane Saka	Başkent Üniversitesi
Dr. Arzu Razak Özdiñler	Biruni Üniversitesi	Dr. Muhittin Tayfur	Başkent Üniversitesi
Dr. Asiye Ayar Kocatürk	Medipol Üniversitesi	Dr. Murat Baş	Acıbadem Üniversitesi
Dr. Aydan Ercan	Trakya Üniversitesi	Dr. Murat Konca	Çankırı Üniversitesi
Dr. Aysel Yıldız	Marmara Üniversitesi	Dr. Mustafa Yılmaz	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Dr. Aysun Yüksel	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Nazan Karahan	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Ayşen Köse	Hacettepe Üniversitesi	Dr. Nazlı Baltacı	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Dr. Besey Ören	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Nebile Özmen	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Binnur Okan Bakır	Yeditepe Üniversitesi	Dr. Necla Dalbay	İstanbul Aydın Üniversitesi
Dr. Birol TİBET	TÜSEB	Dr. Neriman Çağlayan Keleş	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Buket Akıncı	Biruni Üniversitesi	Dr. Neriman Zengin	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Demet Tekin	Fenerbahçe Üniversitesi	Dr. Neşe Kaya	Erciyes Üniversitesi
Dr. Derya Yüksel Koçak	Hitit Üniversitesi	Dr. Nevin Şahin	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa
Dr. Dilber Coşkunsu	Bahçeşehir Üniversitesi	Dr. Nezihe Kızılkaya Beji	Biruni Üniversitesi
Dr. Elif İşlek	TÜSEB	Dr. Nilgün Avcı	Biruni Üniversitesi
Dr. Elvan Yılmaz Akyüz	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Nur Elçin Boyacıoğlu	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa
Dr. Emel Tahir	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	Dr. Nuran Aydın	Medipol Üniversitesi
Dr. Emine Koç	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	Dr. Nurgül Karakurt	Atatürk Üniversitesi
Dr. Ergül Aslan	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa	Dr. Özge Küçükerdönmez	Ege Üniversitesi
Dr. Esra Pehlivan	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Özgür Sarı	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Esra Yücel	Hacettepe Üniversitesi	Dr. Ramazan Erdem	Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Fatih Özbey	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Rasmi Muammer	Yeditepe Üniversitesi
Dr. Fatma Deniz Sayınır	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi	Dr. Rengin Demir	İstanbul Üniversitesi
Dr. Fatma Esen Aydınlı	Hacettepe Üniversitesi	Dr. Rıza Korhan Sezgin	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Feryal Subaşı	Yeditepe Üniversitesi	Dr. Rukiye Hobek Akarsu	Bozok Üniversitesi
Dr. Gamze Akbulut	Gazi Üniversitesi	Dr. Rüştü Uçan	Üsküdar Üniversitesi
Dr. Göksel Demir	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Saadet Yazıcı	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Gül Kızıltan	Başkent Üniversitesi	Dr. Semiha Aydın Özkan	Adıyaman Üniversitesi
Dr. Gülay Koçoğlu	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi	Dr. Semirami Özyılmaz	Bezmialem Üniversitesi
Dr. Gülçin Bozkurt	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa	Dr. Serap Tepe	Üsküdar Üniversitesi
Dr. Gülhan Yılmaz Gökmen	Bandırma Üniversitesi	Dr. Sevgi Özalevli	Dokuz Eylül Üniversitesi
Dr. H. Serap İnal	Bahçeşehir Üniversitesi	Dr. Sevinç Yücecan	Yakın Doğu Üniversitesi
Dr. Hafize Öztürk Can	Ege Üniversitesi	Dr. Şengül Hablemitoğlu	Lefke Avrupa Üniversitesi
Dr. Hakan Değerli	Bilecik Şeyh Edebalı Üniversitesi	Dr. Tuncay Soylu	Trakya Üniversitesi
Dr. Hale Tosun	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Tülay Yılmaz	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa
Dr. Handan Özcan	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Ümit Çıraklı	Yozgat Bozok Üniversitesi
Dr. Hanifegül Taşkıran	İstanbul Aydın Üniversitesi	Dr. Ümmügülüm Aysan	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Hasan Hüseyin Yıldırım	TÜSEB	Dr. Üyesi Esin Sezgin	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Haşım Çapar	İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi	Dr. Vahit YİĞİT	Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Hayrettin Mutlu	İstanbul Gedik Üniversitesi	Dr. Yasemin Aydın Kartal	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Hilal Külli	Bezmialem Üniversitesi	Dr. Yasin Acar	Bilecik Şeyh Edebalı Üniversitesi
Dr. Huriye Tümer	İstanbul Sebahattin Zaim Üniversitesi	Dr. Yeliz Dinçer	Düzce Üniversitesi
Dr. Hür Mahmut Yücer	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Yasemin Hamlacı	Sakarya Üniversitesi
Dr. Hüsnüye Dinç	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa	Dr. Zekiye Karaçam	Adnan Menderes Üniversitesi
Dr. İlhan Tomanbay	İstinye Üniversitesi	Dr. Zekiye Turan	Sakarya Üniversitesi

YAZARLARA BİLGİ

1-DERGİNİN AMACI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından yayınlanan SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ kar amacı gütmeyen ve kamu yararını gözetken hakemli bir dergidir. Sağlık bilimleri ve meslekleri alanında ulusal ve uluslararası nitelikli çalışmaların yayınlanması ile sağlık profesyonellerinin gelişimine katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

2-ODAK VE KAPSAM

SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ'nin amaçları doğrultusunda yayın odağında;

- Teori ve uygulama arasında köprü olan,
- Sağlık profesyonellerinin teorik eğitimine katkı sağlayan,
- Sağlık profesyonellerinin uygulama alanlarında gelişmelerine katkı sağlayan,
- Sağlık profesyonellerinin çalışma kapsamında güncel sağlık sorunlarını ve çözüm önerilerini ele alan,
- Sağlığı geliştiren, koruyan ve hastalık sürecinde uygulanan girişimleri ele alan çalışmalar yer almaktadır.

SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ 'nin yayın kapsamında;

- Sağlık profesyonellerinin eğitimini geliştirmeye yardımcı olan çalışmalar
- Sağlık profesyonellerinin temel problemlerini ve uygulamalarını inceleyen, geliştiren çalışmalar
- Sağlık profesyonellerinin görev ve sorumlulukları kapsamında güncel sağlık sorunlarını irdeleyen çalışmalar
- Meta-analiz, sistematik inceleme ile büyük araştırma grupları veya örneklemelerle gerçekleştirilmiş çalışmalar
- Sağlık profesyonellerinin yetkileri kapsamında sağlık sorunlarını ve toplum üzerinde etkisini inceleyen çalışmalar

3-YAYIN SIKLIĞI

Uluslararası hakemli bir dergi olan SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ Şubat, Haziran ve Ekim aylarında olmak üzere yılda üç kez elektronik olarak yayımlanır.

4-YAYINLAMA POLİTİKALARI

SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ'ne, daha önce yayımlanmamış ya da yayımlanmak üzere başka bir yere gönderilmemiş, özgün, güncel ve sağlık profesyonellerine katkı yapacak makaleler gönderilmelidir.

5-YAYIN DİLİ

SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ'nin yayın dili Türkçe'dir. Aynı zamanda İngilizce makaleler yayımlanır. Makalelerin yazımı dil bilgisi kurallarına uygun olmalıdır. Makaleler anlaşılır, açık ve yalın bir dil ile yabancı sözcüklerden arındırılmış olarak yazılmalıdır. Yabancı sözcük kullanımı zorunlu olduğunda yanında parantez içinde Türkçesi yazılmalıdır. Yazar(lar)a, makalelerin değerlendirme sürecinde editörler kurulu, hakemler ya da dil editörlerince düzeltmeler önerilebilir. Bu düzeltmelerin yapılması, yazarların sorumluluğundadır.

6-DERGİNİN BÖLÜMLERİ

SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ'nde ağırlıklı olarak özgün nitelikli araştırma makaleleri (% 100 - % 80) yayımlanır. Her sayıda araştırma sayısına göre derleme makale sayısına karar verilir.

7-YAZIM KURALLARI

Sayfa Düzeni: Makale, bilgisayarlarda Microsoft Word programı ile yazılmalıdır. A4 dikey, Kenar boşlukları 4 yandan 2,5cm

Font: The Times Roman, Ana başlıklar 11, Metin 10 punto büyüklüğünde yazılmalıdır.

Makale türlerine göre sırasıyla aşağıdaki ana başlıklardan oluşmalıdır;

7-1. Orijinal Araştırma Makalesi: Sağlık profesyonellerinin görev yetki ve sorumlulukları kapsamında, daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamış prospektif-retrospektif ve deneysel çalışmalardır.

Yapısı:

- Başlık (11 punto, sırayla Türkçe ve İngilizce)
- Öz (10 punto, ortalama 250-300 kelime; amaç, gereç ve yöntemler, bulgular ve sonuç bölümlerinden oluşmalı)
- Abstract (10 punto ortalama 250-300 kelime, Aim, Method, Result, Conclusion)
- Anahtar kelimeler (10 punto alfabetik sıra ve noktalı virgül ile ayrılmalı)
- Giriş
- Gereç ve Yöntem
- Bulgular
- Tartışma
- Sonuç
- Teşekkür
- Kaynaklar
- Tablo, şekil, resim (**Tablo başlıkları ve metin 10 Punto**)

7-2. Derleme Makalesi: Doğrudan veya davet edilen yazarlar tarafından son literatürü içine alacak şekilde hazırlanmalıdır.

Yapısı:

- Başlık (sırayla Türkçe ve İngilizce)
- Öz (Ortalama 200-250 kelime, Türkçe)
- Abstract (Ortalama 200-250 kelime, İngilizce)
- Anahtar kelimeler (alfabetik sıra ve noktalı virgül ile ayrılmalı)
- Konu ile ilgili başlıklar
- Kaynaklar
- Tablo, şekil, resim (**Tablo başlıkları ve metin 10 Punto**)

7-3. Olgu Sunumu: Nadir görülen farklılık gösteren makalelerdir. Yeterli sayıda fotoğraflarla ve şemalarla desteklenmiş olmalıdır.

Yapısı:

- Başlık (11 punto, sırayla Türkçe ve İngilizce)
- Öz (10 punto, ortalama 100-150 kelime; bölümsüz; Türkçe)
- Abstract (10 punto, ortalama 200-250 kelime, İngilizce)
- Anahtar kelimeler (10 punto, alfabetik sıra ve noktalı virgül ile ayrılmalı)
- Giriş
- Olgu Sunumu
- Tartışma
- Kaynaklar
- Tablo, şekil, resim (**Tablo başlıkları ve metin 10 Punto**)

7-4. Editöryel Yorum/Tartışma: Yayımlanan orijinal araştırma makalelerinin, araştırmanın yazarları dışındaki, o konunun uzmanı tarafından değerlendirilmesidir. İlgili makalenin sonunda yayımlanır.

7-5. Editöre Mektup: Son bir yıl içinde dergide yayımlanan makaleler ile ilgili okuyucuların değişik görüş, tecrübe ve sorularını içeren en fazla 500 kelimelik yazılardır.

Yapısı:

- Başlık ve öz bölümleri yoktur.
- Anahtar kelimeler (alfabetik sıra ve noktalı virgül ile ayrılmalı)
- Kaynak sayısı 5 ile sınırlıdır.
- Hangi makaleye (sayı, tarih verilerek) ithaf olduğu belirtilmeli ve sonunda yazarın ismi, kurumu, adresi bulunmalıdır. Mektuba cevap, editör veya makalenin yazar(lar)ı tarafından, yine dergide yayımlanarak verilir.

7-6. Bilimsel Mektup: Genel tıbbi konularda okuyucuyu bilgilendiren, basılmış bilimsel makalelere de atıfta bulunarak o konuyu tartışan makalelerdir.

Yapısı:

- Başlık (sırayla Türkçe ve İngilizce)
- Öz (ortalama 100-150 kelime; bölümsüz, Türkçe ve İngilizce)
- Anahtar kelimeler (alfabetik sıra ve noktalı virgül ile ayrılmalı)
- Konu ile ilgili başlıklar
- Kaynaklar

7-7. Şekil, Resim, Tablo ve Grafikler

- Tablo başlıkları 10 Punto, ilk harfler büyük yazılmalıdır (Tablo 1. Sosyodemografik Özellikler)
- Şekil, resim, tablo ve grafiklerin metin içinde geçtiği yerler ilgili cümlelerin sonunda belirtilmelidir. Şekil, resim, tablo ve grafiklerin açıklamaları makalede kaynakların sonuna eklenmelidir.
- Şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer jpg veya gif dosyası olarak (pixel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm eninde ve 300 çözünürlükte taranarak), sisteme eklenmelidir.
- Kullanılan kısaltmalar şekil, resim, tablo ve grafiklerin altındaki açıklamada belirtilmelidir.
- Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak şekil, resim, tablo ve grafik açıklamasında belirtilmelidir.
- Resimler/fotoğraflar renkli, ayrıntıları görülecek derecede kontrast ve net olmalıdır.

7-8. Sayıların Yazılışı

Ondalık Sayıların yazımında sadece nokta kullanılmalıdır. Nokta sonrası iki sayı verilmelidir.

Örnek: 12.25; %36.74; p=0.025;

7-9. Kısaltmalar

İlk kullanımda uzun şekli yazılmalı ve hemen yanında parantez içinde kısaltılmış şekli verilmeli ve tüm metin boyunca o kısaltma kullanılmalıdır. Uluslararası kullanılan kısaltmalar için "Bilimsel Yazım Kuralları" kaynağına başvurulabilir.

7-10. Anahtar Kelimeler

En az 2 adet, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. Kelimeler birbirlerinden noktalı virgül (;) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler “Medical Subject Headings (MESH)”e uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri (TBT)’ne uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.bilimterimleri.com).

7-11. Teşekkür

Eğer çıkar çatışması, finansal destek, bağış ve diğer bütün editöryal (istatistiksel analiz, İngilizce/Türkçe değerlendirme) ve/veya teknik yardım varsa, metnin sonunda sunulmalıdır.

7-12. Kaynaklar

Dergide kaynak yazımı Vancouver Stilidir.

Kaynaklar makalede geçiş sırasına göre yazılmalı ve metinde cümle sonunda noktalama işaretlerinden önce parantez içinde belirtilmelidir. Makale içinde geçen bütün kaynaklar makalenin sonunda Kaynaklar başlığı altında yazılmalıdır. Kaynaklarda yazar sayısı 6 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, 7 veya daha fazla ise ilk 6 isim yazılıp İngilizce kaynaklarda “et al.”, Türkçe kaynaklarda “ve ark.” eklenmelidir. Kaynakların yazımı için örnekler (Noktalama işaretlerine lütfen dikkat ediniz). Kaynakların doğruluğundan yazarlar sorumludur. Kaynak yazımında aşağıda belirtilen kurallara dikkat edilmelidir.

VANCOUVER KAYNAK YAZIM STİLİ	
Metin İçinde Kaynak Gösterimi Metin içinde geçiş sırasına göre numaralandırılır. Birden fazla kaynak kullanıldıysa kaynaklar arasında virgül konulmalıdır. (Örnek:.....(1,2).....(2,3). Birden fazla referans beraber kullanılacaksa kaynaklar arasında virgül konulmalıdır (1,2). Peş peşe gelen referanslar kullanılacaksa araya tire konulmalıdır (1-2). Aynı kaynaktan birden fazla alıntı yapılıyorsa sayfa numarası da belirtilmelidir.	
Kaynaklar Bölümünde Kaynak Gösterimi Metin sonunda kaynaklar metin içinde kullanıldıkları sıraya göre numaralandırılarak ayrı bir liste halinde verilmelidir.	
Dergi: Dergi isimlerinin kısaltmaları Index Medicus/Medline/PubMed listesine göre yapılmalıdır (dergilerin kısaltmaları için http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html adresinden ulaşılabilir).Dergi ismi bu listelerde yer almıyorsa tam olarak yazılmalıdır. Kaynaklarda yer alan yazar sayısı 6 ya da daha az ise hepsi yazılmalı, 7 ya da daha fazla ise 6. yazardan sonra Türkçe kaynaklarda “ve ark.”, yabancı kaynaklarda “et al.” olarak kısaltılmalıdır. Yazar isimlerinden sonra, o yazının tam başlığı, derginin adı, yıl, cilt ve sahifeler sıralanır.	
DERGİ	
Tek yazarlı makaleler	Zengin N. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde öz-etkililik-yeterlilik algısı ve klinik uygulamada yaşanan stresle ilişkisinin incelenmesi. <i>Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi</i> 10 (1), 49-57.
Çok yazarlı makaleler	Akinci AC, Zengin N, Yıldız H, Sener E, Gunaydin B. The complementary and alternative medicine use among asthma and chronic obstructive pulmonary disease patients in the southern region of Turkey. <i>Int J Nurs Pract</i> 2011;17(6), 571-582.
Yazarı verilmeyen makaleler	Cancer in South Africa [editorial]. <i>S Afr Med J</i> 1994; 84:15.
Yazarın kurum olduğu makaleler	Türk Hemşireler Derneği. Hemşirelik için geleceğe yönelik stratejiler. <i>Klinik Forum</i> 1992; 105: 23-5.
KİTAPLAR	
Tek yazarlı	Kolcaba K. Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research. New York: Springer publishing;2003.
2 – 6 Yazarlı	Madden R, Hogan T. The definition of disability in Australia: Moving towards national consistency. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 1997.
Yazar sayısı 6’dan fazla	Rodgers P, Smith K, Williams D, et al. The way forward for Australian libraries. Perth: Wombat Press; 2002.
Editör	Kastenbaum R, editor. Encyclopedia of adult development. Phoenix: Oryx Press; 1993 Zengin N, Ören B, eds. İç hastalıkları ve kadın sağlığı (ebeler için). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi,2018.
Kitap Bölümü	Zengin N. Şolt A. İmmün Sistem. İçinde: Zengin N, Ören B, Eds. İç Hastalıkları ve Kadın Sağlığı (ebeler için). İstanbul:Nobel Tıp Kitabevi; 2018. s. 8-20.

	Phillips SJ, Whistant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, Eds. Hypertension: Pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: RavenPress; 1995. p.465-78.
Kongre / Sempozyum özet bildirileri	Kar S, Zengin N. KOAH' ılı hastalarda öz-etkililiğın, bakım verenlerin yükü ile ilişkisi. 1..Uluslararası İç Hastalıkları Hemşireliğı Kongresi; 25-27 Kasım 2018; Antalya
Tez	Zengin N. Antikoagulan tedavinin İzlenmesinde iki farklı kan alma yöntemi: vena ponksiyon ve periferik venöz kateter. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliğı Anabilim Dalı Doktora Tezi. 1999.
Yazarın kurum olduğı kitaplar	Institute of Medicine. Looking at thefuture of theMedicaid program. Washington: TheInstitute; 1992. p. 567-98. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye nüfus ve sağık araştırması 2003. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2003. s. 56-72.
İNTERNET KAYNAKLARI	
CD Rom Kitaplar	The Oxford english dictionary [CD-ROM]. 2nd ed. New York, NY: Oxford UniversityPress; 1992. Alberts B, Johnson A, Lewis J, Raff M, Roberts K, Walter P. Molecular Biology of the Cell [CD-ROM]. 4th ed. New York, NY: Garland Science; 2002.
İnternet kitap	Yazar (lar). Bölüm başlığı İçinde: Editör (ler). Kitap başlığı. [Baskı numarası, ikinci veya üzeri ise; ilk basımdan baskı gerekli değildir]. Yayıncının Şehri, (veya ülkesi): Yayıncının adı; telif hakkı yılı: dahil sayfalar. URL: [URL sağlayın ve bağlantının hala yayınlanma süresine en yakın şekilde çalıştığını doğrulayın]. Erişim [tarih]. Resnick NM. Geriatric medicine. In: Braunwald E, Fauci AS, Isselbacher KJ, et al, eds. Harrison's Online. Based on: Braunwald E, Hauser SL, Fauci AS, Kasper DL, Longo DL, Jameson JL, eds. Harrison's Principles of Internal Medicine. 15th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2001.
İnternet Dergi	Reid DB. Australian association of doctors' health advisory services. Med J Australia [serial online]. 2005 [cited 2006 Mar 28];182(5):255. Available from: Health and Medical Complete LaPorte RE, Marler E, Akazawa S, Sauer F. The death of biomedical journals. BMJ [online]. 1995;310:1387-90. URL: http://www.bmj.com/bmj/archive/6991ed2.htm . September 26, 1996.
Web Sayfası	Yazar (lar), eğer verilmiş ise (çoğunlukla hiçbir yazar verilmez). Atıfta bulunulan konunun adı (belirtilmemişse, siteden sorumlu kuruluşun adını kullanın). Web sitesinin adı. URL [URL]. Yayınlanma tarihi. Güncellenme tarihi. Erişim tarihi. World Health Organization. Major NCDs and their risk factors.. https://www.who.int/ncds/introduction/en/ . Erişim tarihi 15.04.2019].
İnternette Alınan Kaynak	Covell K. 2007. [4 screens]. URL: http:// www.voicesforchildren.ca/index . April 24, 2007.
Elektronik dergi	LaPorte RE, Marler E, Akazawa S, Sauer F. The death of biomedical journals. BMJ [online]. 1995;310:1387-90. URL: http://www.bmj.com/bmj/archive/6991ed2.htm . September 26, 1996.
Kurum Raporları	Department of Health and Ageing. Ageing and aged care in Australia [Internet]. 2008 [cited 2008 November 10]. Available from: http:// www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing
İkincil Kaynaklar	Jones C. Hypotheses. 2008. Cited by: Smith J. Analysing Hypotheses. Penrith: University of Western Sydney; 2009:2.

8. MAKALE GÖNDERME

SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ'ne makale başvurusu yapacak yazar(lar) <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jhpr> adresindeki dergi yönetim sistemine üye olarak makalelerini sisteme yükleyebilirler.

8-1. Telif Hakkı Devri

Yazarlar makalelerinin telif haklarını, makale başvurusu sırasında devretmek zorundadır. Bunun için "Telif Hakkı Devir Formu"nu doldurarak tüm yazarlar imzalar ve PDF olarak makaleyle birlikte TÜBİTAK ULAKBİM DERGİPARK sistemine (<http://ulakbim.gov.tr/auebfd>) yükler. Editörler Kurulu, makalenin yayımlanmasında yetkilidir. Ayrıca yazarların telif hakkı dışında kalan patent hakları, dersleri, sunumları ve kitap çalışmalarında makaleyi ücret ödemeksizin kullanabilme hakkı, satmamak koşuluyla kendi amaçları için makaleyi çoğaltma hakkı, postayla veya elektronik yolla dağıtım hakkı saklıdır. Ayrıca makalenin herhangi bir bölümünün başka bir yayında kullanılmasına Dergiye atıfta bulunulması koşuluyla yazarına izin verilir. "Telif Hakları Tutanağı"nı makale başvurusu ile sisteme yüklemeyen yazarların makalelerine işlem yapılmaz. Telif hakkı devri yalnız SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ'nde yayımlanan makaleler için geçerlidir; yayımlanmayan makalelerin telif hakkı yazarlarındır.

9. KÖR HAKEMLİK VE DEĞERLENDİRME SÜRECİ

9-1. Değerlendirme Süreci

Sağlık Profesyonelleri ve Araştırma Dergisi'ne başvurusu yapılan makaleler, yazar ve hakem kimliklerinin gizlendiği, yazarların hakemlerin kim olduğunu hakemlerin yazarların kim olduğunu bilmediği **İKİ YÖNLÜ KÖR HAKEMLİK** süreciyle şu aşamalarda değerlendirilmektedir.

9-2. Ön İnceleme ve Ön Değerlendirme Süreci

Sağlık Profesyonelleri ve Araştırma Dergisi'ne gönderilen makaleler ön incelemede editörlerce değerlendirilir. Bu adımda, dergisinin amaçlarına, kapsamına ve yayın politikalarına uymayan, yazıldığı dil ve anlatım kurallarına uygun olmayan, yöntem açısından hata bulunan, özgün olmayan, benzerlik oranı yüksek olan makaleler reddedilir.

9-3. Benzerlik-Özgünlük Denetimi

Yayın etiği, başvurusu yapılan makale ile yayım aşamasına gelen her makalenin benzerlik-özgünlük durumunu belirlemek amacıyla **İNTİHAL DENETİMİNDEN** geçirilmesini zorunlu tutar. Benzerlik-intihal denetimi **ITHENTICATE** programıyla yapılır, raporu alınır. Editörler Kurul'unca makalede saptanan hataların yazar(lar) tarafından düzeltilmesi de istenebilir, ancak benzerlik oranı % 15-20'den fazla olan makaleler reddedilir ve yazar(lar)ı bilgilendirilir.

9-4. Ön Değerlendirme

Ön inceleme sürecini tamamlayan makaleler makalenin konusu ile ilgili olan **ALAN EDITÖRÜNE** iletilir. Alan editörüne gönderilen makaleyi inceler. Bu incelemede uygun bulunmayan makale gerekçe ile editöre sunulur. Alan editörü Dergiye uygun bulunduğu makalelerin hakem inceleme sürecini başlatır. Alan editörü makalenin sürecini izler.

9-5. Hakem Süreci

Alan editörü makaleyi değerlendirmesi için **ÜÇ HAKEME** iletilir. Yazar(lar)ın görev yaptığı kuruluştan, yazar(lar)la çatışma ve çıkar birliği bulunanlardan, alanı makaleyle ilgili olmayanlardan, tez danışmanı ya da tezin jüri üyelerinden hakem atanmasına özen gösterilir. Derginin bir sayısında aynı hakeme değerlendirmesi için bir makaleden fazla makale gönderilmez.

Hakem değerlendirmesi; makalenin bilimsel açısından incelenmesi, özgünlüğü, yöntemi, etik ilkelere uygunluğu, sonuçlarının tutarlı biçimde sunumuna, atıfların ilkelere uygunluğu, kaynakça ile atıfların tutarlılığına dayanır. Hakem değerlendirme süreci için hakemlere bir ay süre verilir, hakemin istemi doğrultusunda gerektiğinde süre uzatılabilir. Hakemler makaleyi değerlendirdikten sonra, makaleyle birlikte gönderilmiş olan, araştırma makalesi için "Araştırma Makalesi Değerlendirme Formu"nu, derleme makale için ise "Derleme Makalesi Değerlendirme Formu"nu doldurmaları gerekir. Hakemler, ayrıca makale üzerinde düzeltme önerilerini belirtebilirler. Hakemlerden ve/ya da editörlerden gelen düzeltme önerileri doğrultusunda yazarlarca üç hafta içinde "Makale Düzeltme Raporu" hazırlanması gerekir. Yazarlar bu raporda, yapılması önerilen düzeltmelerden yaptıklarını ve yapamadıklarını gerekçeleriyle belirtirler, sonra düzeltilmiş makaleyle birlikte elektronik başvuru sistemine yüklerler. Düzeltmeleri görmek isteyen hakemlere, düzeltilmiş makale gönderilir. Hakemler ya da editörlerce, yazarlardan birden fazla düzeltme istenebilir. Yazar(lar)ın bu düzeltmeleri yapmaları beklenir.

9-6. Değerlendirme Sonucu ve Editörler Kurulu Kararı

Hakemlerden gelen görüşler ile varsa yazarlardan gelen düzeltme raporu, editör tarafından incelenir. Bu inceleme sonucunda, editör, makalelerle ilgili kararı oluşturmak üzere Editörler Kurulu'na toplantıya çağırır. Editörler Kurulu, alan editörü ve hakemlerin görüşleri doğrultusunda makaleleri görüşerek son kararını verir. Editör, yayımlanmasına karar verilen makalelerle ilgili Fakültesi Yönetim Kurulu'na yazılı olarak bilgi verir. Yayımlanmasına karar verilen makalelerin sayfa düzenlemesi (mizanpajı), Fakültesi elemanlarınınca yapılır. Böylece yayımlanacak makalelerin biçim açısından bir örnek ve birbiriyle tutarlı olmaları sağlanır. Sayfa düzenlemesi yapılan makaleler dil editörlerince (Türkçe, İngilizce) incelenir, gerekliyse yazarlardan düzeltme istenir. Düzeltmeleri tamamlanarak yayım aşamasına gelen makalelerin son kez benzerlik- intihal denetimi yapılır, makale genel olarak bir kez daha gözden geçirilerek yazarlarından "basılabilir" onayı alınır.

9-7. Değerlendirmeye İtiraz Hakkı

Bir makale ile ilgili verilen karara, yazar(lar)ın itiraz hakkı vardır. Yazar(lar), Editörler Kurulu kararına yönelik itiraz gerekçelerini kanıtlarıyla ve kaynak göstererek <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jhpr> adresine bir iletiyle bildirebilirler. Yazar(lar)ın itirazı, Editörler Kurul'unca incelenerek yazar(lar)ı yanıt verilir. İtiraz haklı bulunursa, Editörler Kurulu yeni hakemlerle değerlendirmeyi yeniden başlatır.

9-8. Atıf ve Kaynakça Denetimi

Makalelere atıfların doğru ve eksiksiz verilmesi zorunludur. Bu denetim, önce değerlendirme sırasında hakemlerce, sonra benzerlik-intihal (iThenticate) programı sonucuna göre editörlerce yapılır.

- Kaynakça, vancouver biçimi kaynak yazımına uygun olmalıdır.
- Metinde yararlanılan kaynakların, kaynakçada eksiksiz ve doğru biçimde verilip verilmediği denetlenir. Kaynakçadaki her kaynağa ilişkin metin içindeki atıflar uygun biçimde yapılmadıysa düzeltilir.
- Metin içindeki atıfların, yollama ilkelerine uygun biçimde yapıp yapılmadığı denetlenir, eksik ya da hatalı olanlar düzeltilir.
- Türkçe makaleler için Türkçe, İngilizce makaleler için İngilizce kaynak gösterme ilkeleri temel alınır.

9-9. Makaleyi Geri Çekme

Editörler Kurulu, değerlendirme sürecindeki bir makaleyi yazar(lar)ının geri çekme istemini aldığı anda, kısa sürede inceleyerek yazar(lar)ı yazılı yanıt verir. Yazar(lar), değerlendirme sürecinde, makaleyi çekmek için editörle işbirliği yapmakla yükümlüdür. Başvurusu yapılmış bir makalenin geri çekilme istemi Editörler Kurulu'nca onaylanmadıkça, yazar(lar) makalesini başka bir dergiye gönderemez. Değerlendirme sürecindeki bir makalenin geri çekilme isteminde bulunmak isteyen yazar(lar), <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jhpr> ileti adresiyle Editörler Kurulu'na iletir. Editörler Kurulu, makale çekme istemini kısa sürede inceleyerek kararını yazar(lar)ı bildirir.

ETİK SORUMLULUKLAR VE POLİTİKALAR

Yayın süreci bilimsel yöntemle yansız biçimde bilginin üretilmesi, geliştirilmesi ve paylaşılmasına dayanır. Yayıncı, editörler, yazarlar, hakemler ve okuyucuların etik ilkelere uymaları gerekir. Bu kapsamda Yayın Etiği Komitesi'nin (Committee on Publication Ethics, COPE) açık erişimde yayınladığı kılavuzlar ve politikalar doğrultusunda (COPE) Davranış Kuralları ve Dergi Editörleri İçin En İyi Uygulama Kılavuzları; "Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors" ve "COPE Best Practice Guidelines for Journal

Editors”) süreci sürdürmeleri gerektirmektedir. Makalelerde kullanılan verilerin manipüle edilmesi, çarpıtılması ve uydurma verilerin kullanılması gibi durumlar tespit edilirse makale red edilecektir.

Dergi, “İnsan” ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda Helsinki Deklerasyonu Prensipleri’ne uygunluk (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>) ilkesini kabul eder. Bu tip çalışmaların varlığında yazarlar, makalenin GEREÇ VE YÖNTEMLER bölümünde bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, kurumlarının etik kurullarından ve çalışmaya katılmış insanlardan “Bilgilendirilmiş Olur” (informed consent) aldıklarını belirtmek zorundadır. Çalışmada “Hayvan” ögesi kullanılmış ise yazarlar, makalenin GEREÇ VE YÖNTEM bölümünde Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (www.nap.edu/catalog/5140.html) prensipleri doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve kurumlarının etik kurullarından onay aldıklarını belirtmek zorundadır. Olgu sunumlarında hastanın kimliğinin ortaya çıkmasına bakılmaksızın hastalardan “Bilgilendirilmiş Olur” (informed consent) alınmalıdır. Eğer makalede direkt-indirekt ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar), editöre sunum sayfasında bildirmek zorundadır.

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

KOAH'lı Hastalarda Sosyodemografik ve Hastalık ile İlgili Özelliklere Göre Sağlık Durumunun İncelenmesi

Examining the State of Health in Patients with COPD According to Sociodemographic and Disease-Related Characteristics

Semiha KAR¹, Neriman ZENGİN²

ÖZ

Amaç: Çalışma KOAH'lı hastalarda sosyodemografik ve hastalık ile ilgili özelliklerine göre incelemek sağlık durumunu amacı ile gerçekleştirildi.

Gereç ve yöntemler: Kesitsel tanımlayıcı çalışma Haziran - Kasım 2017 tarihleri arasında hastaneye başvuran evre iki ve üç olan 200 KOAH'lı hastada gerçekleştirildi. Veriler anket formu, KOAH Değerlendirme Testi (CAT) ile toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı özellikleri için sayı, yüzdelik ve ortalama, standart sapma ve median kullanıldı. İki bağımsız grup arasındaki farklılıklar Mann Whitney U Testi, ikiden fazla bağımsız grup arasındaki farklılıklar Kruskal Wallis testi ile incelendi.

Bulgular: Yaş ortalaması 63.53 olan KOAH'lı bireylerin %50'si 60-80 yaş arasında, %51.1'inin kadın, olduğu saptandı. Olguların CAT toplam puanı 26.97'olarak saptandı. 80 yaş üzeri bireylerin, erkeklerin, okuryazar olmayanların, bekar/dul olanların, çalışmayanların CAT puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve KOAH nedeni ile sağlık durumlarının daha fazla etkilendiği belirlendi. Kronik hastalığı olanların, 10 yıldan daha uzun süredir KOAH'ı olanların, evde oksijen tedavisi kullananların ve daha önce hastaneye yatan KOAH'lı bireylerin CAT puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve sağlık durumlarının daha fazla etkilendiği belirlendi

Sonuç: KOAH'lı sosyodemografik ve hastalık ile ilgili özelliklere göre sağlık durumunu farklı olarak etkilenmektedir.

Anahtar Kelimeler: KOAH, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Aim: The study was conducted to examine the state of health in patients with COPD according to sociodemographic and disease-related characteristics.

Method: This cross-sectional descriptive study was conducted with 200 patients with stage 2 and 3 COPD, who applied to the hospital between June and November 2017. The data were collected from individuals with COPD via a questionnaire and the COPD Assessment Test (CAT) Scale. Number, percentage and mean, standard deviation and median were used for descriptive characteristics in the data analysis. While differences between two independent groups were examined by using Mann Whitney U Test, the differences between more than two independent groups were examined via Kruskal Wallis test.

Results: It was determined that age average of the individuals with COPD was 63.53 years, 50.0% of them were aged between 60-80 years and 51.1% were female. CAT total score of the patients was found to be 26.97. It was determined that individuals, who were older than 80 years, male, illiterate, single/widow and unemployed, had significantly higher CAT score and their state of health was affected more due to COPD. It was found that individuals with COPD, who had a chronic illness, suffered from COPD for more than 10 years, were using oxygen at home and had been hospitalized before, had significantly higher CAT score and their state of health was affected more.

Conclusion: The state of health in patients with COPD was affected differently according to sociodemographic and disease-related characteristics.

Keywords: COPD, pulmoner disease, quality of of life

Geliş Tarihi/Recieved:14-10-2019 **Kabul Tarihi/Accepted:**18-10-2019/

Çevrimiçi Yayın Tarihi/Avaliable Online Date:22-10-2019

¹Bayrampaşa Devlet Hastanesi, ORCID: 0000-0002-6489-0706, e-mail: semiha3334@gmail.com

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, ORCID 0000-0002-1045-7288;e- mail: zneriman@yahoo.com

Sorumlu yazar/Correspondence:Prof. Dr.ç Neriman Zengin, zneriman@yahoo.com.

Cite this article as:Kar S, Zengin N. Examining the state of health in patients with COPD according to sociodemographic and disease-related characteristics J Pro Health Res 2019; 1(1):1-7.

Makale "Kar S. KOAH'lı hastalarda öz-etkililiğin, bakım verenlerin yükü ile ilişkisi. Haliç Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doç. Dr. Neriman ZENGİN)."yüksek Lisans tezinden üretilmiştir.

Giriş

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), genellikle zararlı partikül veya gazlara ciddi maruziyetin neden olduğu, havayolu ve/veya alveoller anormalliklere (inflamasyon) bağlı, tam olarak geri dönüşümlü olmayan, kalıcı hava akımı kısıtlanması ve solunumsal semptomlarla karakterize, yaygın, önlenebilir ve tedavi edilebilir sistemik bir hastalıktır (1,2). Dünya çapında yaygın bir sağlık sorunu olan KOAH'ın bakım ve tedavi harcamaları ile birlikte mortalite ve morbiditesi yüksektir. Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre, 65 milyon insan KOAH'a sahiptir (3, 4). Küresel Hastalık Yüklü Çalışması 2016 yılında dünya genelinde KOAH vakası prevalansını 251 milyon olarak bildirmiştir. Küresel olarak 2015 yılında 3.17 milyon ölümün KOAH'dan kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Bu oran 2015 yılındaki tüm ölümlerin %5'ini oluşturmaktadır (3). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2016 verilerine göre ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır (5).

KOAH semptomları gün içinde değişiklik göstermekle birlikte (6), genel olarak dispne, öksürük ve balgamdır (6–8). Ayrıca wheezing, iştahsızlık, kilo kaybı, halsizlik, yorgunluk, uyku sorunları, göğüs ağrısı, anksiyete, depresyon ve aktivite kısıtlaması KOAH'a eşlik eden diğer semptomlardır. KOAH'ın ilerlemesi ile birlikte kronik semptomlar, egzersiz toleransında ve dolayısıyla günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlamaya neden olur (9–11) ve sağlıklı yaşam kalitesinin bozulmasına neden olur (12,13). Yapılan bir çalışmada KOAH şiddetine göre aktiviteye katılım ve boş zaman aktiviteleri incelendiğinde ağır şiddetli KOAH'lıların orta şiddetli KOAH'lılara göre aktivitelerinde daha fazla sınırlılıklar yaşadığı ve yaşam kalitelerinin kötüleştiği görülmüştür (12).

KOAH tedavisinde temel amaçlarından biri genel sağlık durumunu ve yaşam kalitesini iyileştirmektir. Bu nedenle birey üzerinde semptomların etkisini belirlemek önemlidir (14). KOAH'lı bireylerin semptomlardan etkilenme derecesi üzerinde etkili olan faktörlerin bilinmesi, hemşirelik bakımın planlanmasına rehberlik ederek bakımın kalitesini yükseltebilir (15,16). Bu amaçla çalışma KOAH'lı bireylerin semptomlardan etkilenme durumu ile sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özelliklere göre farklılık gösterme durumunu incelemek amacı ile yürütülmüştür.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Amacı

Araştırma KOAH'ın sağlık durumuna etkisini incelemek amacı ile tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Haziran - Kasım 2017 tarihleri arasında İstanbul İlinde bir Devlet Hastanesine KOAH tanısı ile başvuran hastalar örneklemi psikiyatrik sorunu olmayan, soruları anlayabilecek bilişsel yeterlilikte olan, görme ve işitmeyle ilgili bir problemi olmayan, Türkçe anlayan ve konuşan iletişime ve işbirliğine açık olan 180 KOAH'lı bireyler oluşturdu. Araştırmaya akut atak geçiren, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen, anlama ve konuşma güçlüğü olan Evre I, IV KOAH'lı bireyler örnekleme dahil edilmemiştir.

Veri Toplama Araçları

KOAH'lı olguların verileri sosyo-demografik ve hastalık sürecine ilişkin özellikleri sorgulayan anket formu, KOAH Değerlendirme Testi [COPD Assessment (CAT)](17) ile toplandı.

KOAH Değerlendirme Testi [COPD Assessment Test (CAT)]

KOAH'ın etkilerini ve sağlık durumundaki bozulmayı değerlendiren CAT ölçeği "öksürük, balgam, göğüs semptomları, yorgunluk ve evden ayrılmada güveni" sorgulayan sekiz maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yorgancıoğlu ve arkadaşları tarafından 2012 yılında gerçekleştirilmiştir (17). Çalışmada Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.91, madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0.62-0.79 arasında, test retest korelasyon katsayısı 0.96 saptanmıştır. Aynı çalışmada ölçeğin yapı geçerliliği açıklayıcı faktör analizi ile incelenmiş olup; faktör yükleri 0.71-0.85 arasında değişen, öz değeri 4.95 olan varyansın %61.9'unu açıklayan tek faktörlü yapı gösterdiği belirtilmiştir (17). Ölçekten en az 0, en fazla 40 puan alınabilmektedir. Yüksek puan KOAH'ın şiddetinin fazla olduğunu ve sağlık durumunun kötü olduğunu göstermektedir. Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.86 olarak saptanmıştır.

Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edildi. KOAH'lı bireylere çalışmanın amacı açıklandı ve araştırmaya katılmayı kabul eden KOAH'lı bireylere formlar uygulandı.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılacağı hastaneden ve girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan onay alındı.

İstatistiksel Analiz

Araştırmanın verileri SPSS 22 programı kullanılarak değerlendirildi. Araştırma verilerinin istatistiksel olarak analizinde tanımlayıcı özellikleri için sayı, yüzdelik ve ortalama, standart sapma ve median kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov Smirnov testi ile değerlendirildi. İki bağımsız grup arasındaki farklılıklar Mann Whitney U Testi, ikiden fazla bağımsız grup arasındaki farklılıklar Kruskal Wallis Analizi ile incelenmiştir. Kruskal Wallis Analizi sonucunda farklılık çıkması durumunda farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit edebilmek için ikili Mann Whitney U testi kullanılmış ve grup sayılarına göre Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır.

Bulgular

Yaş ortalaması 63.53 olan KOAH'lı bireylerin %50.0'si 60-80 yaş arasında, %51,1'i kadın, %52.2'si ilköğretim mezunu, %74.2'si evli, %81.3'ünün çalışmadığı saptandı. KOAH'lı

bireylerin hastalık ile ilgili tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde %36.3'ünün 5 yıldan daha az süredir KOAH tanısı aldığı, %65.4'nün ek bir kronik hastalığının olduğu, %38.5'inin evde oksijen kullandığı, %74.7'sinin daha önce hastalığı nedeniyle hastaneye yattığı saptandı (Tablo 2).

Olguların CAT toplam puanı 26.97'olarak saptanmıştır. CAT ifadelerinden "yokuş veya bir kat merdiven çıktığında nefesin daralması (4.03±0.80)", "sürekli öksürme (3.63±0.84)", "göğüste daralma (3.58±0.73)" en yüksek ortalama puanı alırken "rahat uyuyamıyorum (2.81+0,95)", "akciğerlerimin durumu nedeniyle evimden dışarı çıkmaya çekiniyorum (2.82+1.11)" ifadelerinin en düşük ortalama puanı aldığı görüldü (Tablo 1).

KOAH'lı bireylerin CAT ölçek puanının kişisel özelliklere göre karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 2'de görülmektedir. Yaş gruplarına, cinsiyete, eğitim durumuna, çalışma ve medeni duruma göre CAT ölçek puanının istatistiksel anlamlı farklılık gösterdiği (p<0.05), 80 yaş üzeri bireylerin, erkeklerin, okuryazar olmayanların, bekar/dul olanların çalışmayanların CAT puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve KOAH nedeni ile sağlık durumlarının daha fazla etkilendiği belirlendi (Tablo 2). Araştırmaya katılan KOAH'lı bireylerin hastalıkla ilgili tanımlayıcı özelliklerine göre CAT puanları incelendiğinde, kronik hastalık olma, hastalık süresi, evde oksijen tedavisi alma, daha önce hastaneye yatma durumuna göre istatistiksel anlamlı farklılık olduğu saptandı (p<0,05).

Tablo 1. CAT ifadelerinin ortalama puanları

CAT (COPD Assessment Test)			X±Sd/Median/Min-Max /Dağılım Aralığı
Hiç öksürmüyorum	0 1 2 3 4 5	Sürekli öksürüyorum	3.63±0.84/4/ (1-5)
Akciğerlerimde hiç balgam yok	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerim tamamen balgam dolu	3.22±0.79/3/ (1-5)
Göğsümde hiç tıkanma/daralma hissetmiyorum	0 1 2 3 4 5	Göğsümde çok daralma var	3.58±0.73/4/ (1-5)
Yokuş veya bir kat merdiven çıktığımda nefesim daralmıyor	0 1 2 3 4 5	Yokuş veya bir kat merdiven çıktığımda nefesim çok daralıyor	4.03±0.80/4/ (1-5)
Evdeki hareketlerimde hiç zorlanmıyorum	0 1 2 3 4 5	Evdeki hareketlerimde çok zorlanıyorum	3.33±1.05/3/ (0-5)
Akciğerlerimin durumuna rağmen evimden dışarı çıkmaya çekiniyorum	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerimin durumu nedeniyle evimden dışarı çıkmaya çekiniyorum	2.82±1.11/3/ (0-5)
Rahat uyuyorum	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerimin durumu nedeniyle rahat uyuyamıyorum	2.81±0.95/3/(0-5)
Kendimi çok güçlü/enerjik hissediyorum	0 1 2 3 4 5	Kendimi hiç güçlü/enerjik hissetmiyorum	3.55±0.937/4/ (0-5)
Toplam			26.97±5.25/27/(7-38)
Yüksek puan KOAH'ın günlük yaşamı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermektedir			

Tablo 2. KOAH'lı bireylerin kişisel ve hastalıkla ilgili tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı

Kişisel Özellikler		n	%	$\bar{X} \pm SS/Median$	
Yaş (yıl) (Ort±Sd)/median (min-max) 63.53±11.63/63 (41-93)	<60	78	42.9	24.32±4.97/25	KW=41.841
	60-80	91	50.0	28.63±4.66/29	p=0.000
	>80	13	7.1	31.31±2.68/32	
Cinsiyet	Kadın	93	51.1	26.12±5.50/26	z=-2.303
	Erkek	89	48.9	27.84±4.85/28	p=0.021
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	46	25.3	28.63±4.30/28	
	Okuryazar	25	13.7	27.04±4.98/28	KW=14.577
	İlköğretim	95	52.2	27.13±4.65/27	p=0.002
	Lise ve Üstü	16	8.8	21.19±7.53/21.50	
Medeni Durum	Evli	135	74.2	26.53±5.02/27	z=-1.997
	Bekar	47	25.8	28.23±5.73/29	p=.046
Çalışma Durumu	Evet	34	18.7	22.18±5.48	z=-5.486
	Hayır	148	81.3	28.07±4.54	p<0.01
Hastalıkla ilgili özellikler					
Hastalık süresi (yıl) (Ort±Sd)/median (min-max) 9.09±6.76 / 7 (1-40)	<5 İse	66	36.3	24.13±5.14/25.00	KW*=41.195
	5-10 Arası İse	64	35.2	27.19±4.47/27.00	P=0.000
	>10 İse	52	28.6	30.24±3.94/30.50	
Kronik hastalık	Var	119	65.4	27.75±4.90/28	Z**=-2.418
	Yok	63	34.6	25.51±5.60/26	P=0.016
Sigara İçme	İçiyor	40	22.0	25.33±5.49/25.5	KW*=5.644;
	Bırakmış	81	44.5	27.05±5.34/28	p=0.059
	Hiç içmemiş	61	33.5	27.73±4.94/28	
İlaçlarını kullanma şekli	Düzenli	119	65.4	27.29±5.30/27	Z**=-1.030
	İhtiyaç Oldukça	63	34.6	26.38±5.15/27	P=0.303
Evde oksijen kullanma	Evet	70	38.5	30.19±4.14/30.50	Z**=-6.851
	Hayır	112	61.5	24.96±4.86/25.50	P=0.000
Hastaneye yatma durumu	Evet	137	74.7	28.45±4.36/29.00	-6.320
	Hayır	45	24.7	22.49±5.21/24.00	0.000

z: Mann Whitney U,KW: Kruskal Wallis

Kronik hastalığı olanların, 10 yıldan daha uzun süredir KOAH'ı olanların, evde oksijen kullananların ve daha önce hastaneye yatan KOAH'lı bireylerin CAT ölçek puanı yüksektir (Tablo 2).

Tartışma

Araştırma kapsamına alınan olguların KOAH nedeni ile günlük yaşamının önemli ölçüde etkilendiği (CAT skoru 26,97; CAT \geq 10 ise semptom yükünün fazla) görülmüştür (Tablo

1). Stabil KOAH'lı bireylerde yapılan çalışmalarda CAT puanı 9.0-17.8 arasında değişmektedir (18–20). KOAH atağı ile hastaneye başvuran bireylerde yapılan bir çalışmada ise CAT puanı 24.7, ve atak geçirenlerin, geçirmeyenlere göre CAT puanının yüksek olduğu bildirilmiştir (21). Mevcut çalışmada örneklemi hastaneye başvuran KOAH'lı olgular oluşturmuştur. Bu nedenle olguların CAT puanı stabil KOAH'lı olgulardan daha yüksek ve atak nedeni ile hastaneye kabul edilen KOAH'lı

hastaların CAT puanına yakındır. KOAH'lı hastalarda CAT atak riskini belirlemede (22), atak dönemi ile iyileşme dönemini saptamada kullanışlı olduğu belirtilmiştir (23)

Araştırmada yaş gruplarına göre 80 yaş üzeri KOAH'lı bireylerin, CAT puanını oldukça yüksek olduğu ve KOAH semptomlarından aşırı derecede etkilendiği görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 2). İlerleyen yaşla birlikte bütün sistemlerde geri dönüşümsüz birçok fizyolojik değişiklikler meydana gelmekte ve bu değişiklikler yaşlıların fiziksel, kognitif ve sosyal olarak olumsuz yönde etkilemektedir (24). Ayrıca yaşlanma ile birlikte solunum sisteminde meydana gelen değişikliklere bağlı solunum sistemi hastalıklarında artış olur ve önemli mortalite nedenleri arasında yer alır (25). Araştırmada 80 yaş üzeri olguların 80 yaş altı gruba göre sağlık durumlarının kötü olması beklenen bir durum olarak yorumlanabilir. Bu gruptaki olgular aşırı derecede KOAH semptomlarından etkilenmesi hem KOAH'ın solunum sistemi semptomlarına hem de yaşlılığın fizyolojik etkilerinin ortak etkisine bağlanabilir (26, 27).

Mevcut çalışmada erkeklerin kadınlara göre KOAH şiddetinin ve sağlıklarının daha kötü olduğu görülmüştür. Bu sonuçta kadın ve erkeklerde sigara içme davranışındaki tarihsel farklılıklardaki değişikliklere bağlanmaktadır. (28)

Eğitim durumlarına göre olguların CAT puanları anlamlı farklılık göstermiştir. Lise ve üstü eğitimi olanlarda KOAH'ın günlük yaşama etkisinin daha az olduğu görülmüştür. Bu durumu eğitim durumunun yükselmesi ile birlikte hastalık bilincinin artmasına bağlanabilir (Tablo 1).

Hastalık süresi az olanlarda KOAH'ın günlük yaşama etkisi hastalık süresi fazla olanlara göre anlamlı olarak daha iyidir. KOAH geri dönüşümsüz, ilerleyici bir hastalıktır (29). Bazı tedavi yöntemleri ile semptomlar azaltılıp, yaşam süresi uzatılabilir. Ancak birçok olguda hastalığın yıllar içinde ilerleyişi, sakatlık yaratacak düzeyde dispneye yol açmakta ve akciğer fonksiyonlarını kötüleştirmekte ve böylece bireylerin günlük yaşamları olumsuz etkilenmektedir (30). Ayrıca hastalığın ilerlemesi ile birlikte depresyon ve anksiyete de artmaktadır (31). Bu nedenlerle mevcut çalışmada ilerleyen yıllarla birlikte öz-etkiliğin azaldığı ve günlük yaşamın daha fazla etkilendiği düşünülebilir.

KOAH harici kronik bir hastalığı olan bireylerin CAT puanları, kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı bir farklılık göstermiştir (Tablo 2). KOAH harici kronik rahatsızlığı olan bireylerde, KOAH'ın günlük yaşama etkisi daha fazladır. KOAH akciğerlere ek olarak birçok organ sistemini de etkiler (32, 33). Örneğin, sigara içen ve KOAH gelişen bireyler, kalp-damar hastalıkları riskini daha da arttırmaktadır (34). Yapılan araştırmalara göre; kronik obstrüktif akciğer hastalığının kardiyovasküler morbidite ve mortalite için güçlü ve bağımsız bir risk faktörü olduğunu da göstermektedir (35). KOAH'ın kardiyovasküler hastalıklarla birlikte görülmesi, bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürür (36). Bu bulgular ışığında; KOAH'a eşlik eden bir kronik hastalığın, bireylerin günlük yaşamını olumsuz etkilediğini söyleyebiliriz.

Evde oksijen kullananlarda KOAH'ın günlük yaşama etkisinin daha az olduğu görüldü (Tablo 2). KOAH'lı bireylerde, uzun süreli oksijen tedavisi (>15 saat/gün) yaşam süresini uzatırken ve mortalite oranını anlamlı ölçüde azaltmaktadır (37- 39). Ayrıca oksijen tedavisinin KOAH'lı bireylerde hastane yatış sayısını azalttığı, efor kapasitesini arttırdığı ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini iyileştirdiği bildirilmektedir (40). Literatürde belirtilen oksijen tedavisinin KOAH'lı bireye sağladığı yararlar (37-40) göz önüne alındığında, oksijen kullanan bireylerin solunum sıkıntısını yönetmede kendilerine güvenmesi ve KOAH nedeni ile günlük yaşamlarının daha az etkilenmesi beklenen bir sonuçtur.

Kaynaklar

1. Barnes PJ. GOLD 2017: A New Report. Chest. 2017;151(2):245–6.
2. Vogelmeier CF, Criner GJ, Martinez FJ, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J, et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report. Respirology. 2017;22 (3):575–601.
3. WHO. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Internet]. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-copd>
4. WHO Burden of COPD. <https://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/>

5. WHO. Top 10 causes of death. https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/
6. Miravitlles M, Worth H, Soler Cataluña JJ, Price D, De Benedetto F, Roche N, et al. Observational study to characterise 24-hour COPD symptoms and their relationship with patient-reported outcomes: results from the ASSESS study. *Respir Res* 2019;15(1):122.
7. Kessler R, Partridge MR, Miravitlles M, Cazzola M, Vogelmeier C, Leynaud D, et al. Symptom variability in patients with severe COPD: a pan-European cross-sectional study. *Eur Respir J* 2011;37(2):264–72.
8. Stephenson JJ, Cai Q, Mocarski M, Tan H, Doshi JA, Sullivan SD. Impact and factors associated with nighttime and early morning symptoms among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obs Pulmon Dis* 2015;10:577–86.
9. Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017 KOAH Raporuna Bakışı.
10. GOLD Pocket Guide 2018. Pocket guide to COPD, Diagnosis, Management and prevention A Guide for health Care Professionals 2018 Report.
11. Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Raporuna Bakışı.
12. Yenilmez Ö, Gürsoy S., Evyapan F, Kitiş A. KOAH'li bireylerde aktivite katılımı ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2018(2), 30-36.
13. Çil Akıncı A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klin J Intern Med Nurs* 2017;3(3):154–61.
14. Mallouli M, Dardouri M, Ajmi T, Mtiraoui A, Ben Dhiab M, Zedini C. Factors Determining the Quality of Life of Patients With COPD: A Review. *Clinical Pulmonary Medicine* 2017; 24(6), 227-231.
15. Ünsal A, Yetkin A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 8(1); 42-53.
16. Özer C. KOAH'lı Hastada Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics* 2014; 5(3):93-7.
17. Yorgancıoğlu A, Polatlı M, Aydemir Ö, Yılmaz Demirci N, Kırkil G, Nayci Atış S, et al. Reliability and validity of Turkish version of COPD assessment test. *Tuberk Toraks* 2012;60(4):314-20.
18. Polatlı M, Yorgancıoğlu A, Aydemir O, Demirci NY. Validity and reliability of Turkish version of St. George's respiratory questionnaire. *Tuberk Toraks* 2013; 61(2): 81-87
19. Cimsit C, Bekir M, Karakurt S, Eryüksel E. Ultrasound assessment of diaphragm thickness in COPD. *Marmara Med J* 2016;29(1):8–13.
20. Özsoy İ, Kahraman BÖ, Acar S, Özalevli S, Akkoçlu A, Savcı S. Comparison of functional exercise capacity in chronic obstructive pulmonary disease individuals with hypertensive and non-hypertensive. *JETR* 2017;4(1):26–32.
21. García-Sidro P, Naval E, Martínez Rivera C, Bonnin-Vilaplana M, García-Rivero JL, Herrejón A, et al. The CAT (COPD Assessment Test) questionnaire as a predictor of the evolution of severe COPD exacerbations. *Respir Med* 2015;109(12):1546–52.
22. Lee S, Huang M, Kang J, Lin C, Park M. The COPD assessment test (CAT) assists prediction of COPD exacerbations in high-risk patients. *Respir Med* 2014;108(4):600–8.
23. Miravitlles M, García-Sidro P, Fernández-Nistal A, Buendía MJ, Espinosa de los Monteros MJ, Molina J. Course of COPD assessment test (CAT) and clinical COPD questionnaire (CCQ) scores during recovery from exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Health Qual Life Outcomes* 2013;29;11:147.
24. Yıldırım B, Özkahraman Ş, Ersoy S. Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2012;2(2):19–23.
25. Gülhan M. Geriatrik Olgu Tanımı ve Epidemiyolojisi; Akciğer Sorunlarına Genel Bakış. *Türkiye Klin Pulm Med* 2017;10(3):141–7.
26. Tel Aydın H , Tok Yıldız F , Karagözoğlu Ş, Özden D . Hastaların bakış açısıyla kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile yaşamak: fenomenolojik çalışma. *Florence Nightingale Journal of Nursing* 2013; 20(3): 183-177.
27. Kara M, Mirici A. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Türkçe Formu'nun Geçerlilik ve Güvenirliliği. *AUTD*; 34(3):61-6.
28. Sørheim IC, Johannessen A, Gulsvik A, Bakke PS, Silverman EK, DeMeo DL.

- Gender differences in COPD: Are women more susceptible to smoking effects than men? *Thorax* 2010;65(6):480–5.
29. Gunen H, Yilmaz M, Aktas O, Ergun P, Ortakoylu MG, Demir A, et al. Categorization of COPD patients in Turkey via GOLD 2013 strategy document: ALPHABET study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2015;13;10:2485-94.
30. Ataseve A, Ertürk E. KOAH'da Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2003;51(4):446–55.
31. Singh G, Zhang W, Kuo YF, Sharma G. Association of psychological disorders with 30-day readmission rates in patients with COPD. *Chest* 2016;1;149(4):905–15.
32. Andreassen H, Vestbo J. Chronic obstructive pulmonary disease as a systemic disease: an epidemiological perspective. *Eur Respir J* 2003; 22:2S–4S.
33. Agusti AGN. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease. *Proc Am Thorac Soc* 2005;2:367–370.
34. Machado MC, Krishnan JA, Buist SA, Bilderback AL, Fazolo GP, Santarosa MG, Queiroga F J, Vollmer WM. Sex differences in survival of oxygen-dependent patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2006;174(5):524-9.
35. Sin DD, Man SF. Chronic obstructive pulmonary disease as a risk factor for cardiovascular morbidity and mortality. *Proc Am Thorac Soc* 2005; 2:8–11.
36. Rennard SI. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve kardiyovasküler hastalığı olan hastalara klinik yaklaşım. *Proc Am Thorac Soc* 2005; 2: 94 -100.
37. Düzenli H, Doğan Ö, Berk S, Özşahin SL, Akkurt İ. Kronik solunum yetmezliği olan olgularda uzun süreli oksijen tedavisinin yaşam süresi üzerine etkisi. *Tüberküloz ve Toraks* 2008;56(2): 179-186.
38. Ahmadi Z, Sundh J, Bornefalk-Hermansson A, Ekström M. Long-Term oxygen therapy 24 vs 15 h/day and mortality in chronic obstructive pulmonary disease. *PLOS ONE* 2016;11(9):
39. Pavlov N Haynes AG, Stucki A, Jüni P. and Ott, SR. Long-term oxygen therapy in COPD patients: population-based cohort study on mortality. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2018;13:979-988.
40. Güell Rous, MR. Long-term oxygen therapy: Are we prescribing appropriately?
- Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2008;3(2):231-7.

Pes Planuslu Olan ve Olmayan Üniversite Öğrencisi Kadın Bireylerde Statik Dengenin Değerlendirilmesi

Evaluation of Static Balance in University Students with and without Pes Planus

Ümran ZARARSIZ,¹ Zuhal Didem TAKİNACI²

ÖZ

Amaç: Çalışmamızın amacı pes planuslu olan ve olmayan üniversite öğrencisi kadınlarda statik dengenin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntemler: Araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde gerçekleştirilmiştir. 21 kadın öğrenci çalışmaya alınmıştır. Katılımcıların pes planuslu olup olmadıklarına navikular düşme testi ile bakılmıştır. Statik dengeleri Flamingo denge testi ile ölçülmüştür.

Bulgular: Yaş ortalaması 20.62±0.97 olan üniversite öğrencisi kadın bireylerle yapılan çalışmada, pes planusu olan (n=8) ve pes planusu olmayan (n=13) gruplarla yapılan değerlendirmelerde, gruplar arası karşılaştırmada pes planus ile statik denge arasında anlamlı fark görülmüştür. (p<0.05).

Sonuç: Pes planus olup olmamanın statik dengeyi etkilediği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Pes planus; statik denge

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to evaluate the static balance in university students with and without pes planus.

Method: The research was carried out in the Physiotherapy and Rehabilitation Department of Health Sciences University. 21 female students were included in the study. The navicular drop test was used to determine whether the participants had pes planus. Static balances were measured by flamingo balance test.

Results: In the study conducted with female students with a mean age of 20.62±0.97, significant difference was found between the presence of pes planus and static balance (p< 0.05) in the evaluations made with the groups with pes planus(n=8) and without pes planus (n=13).

Conclusion: It was concluded that the presence of pes planus affects the static balance.

Key Words: Pes planus; static balance

Geliş Tarihi/Received:03-07-2019 / **Kabul Tarihi/Accepted:** 14-10-2019

Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:22/10/2019

¹Anne Sefkati Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, İstanbul, ORCID: 0000-0002-0808-3125, umran.zararsiz@gmail.com

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul, ORCID: 0000-0001-5569-5282 mail: didem.takinaci@sbu.edu.tr

Sorumlu yazar/Correspondence: Dr. Öğr. Üyesi Zuhal Didem TAKİNACI, didem.takinaci@sbu.edu.tr

Cite this article as: Zararsız U, Takinacı ZD. Evaluation of static balance in university students with and without pes planus. J Health Pro Res 2019;1(1): 1-5.

Giriş

Uzun yıllardır yapılan araştırmalara göre; ayak çok sayıda kemikten, bu kemiklerin kendi aralarında yaptığı çok sayıda eklemlerden ve eklemleri birbirine bağlayan çok sayıdaki ligamentlerden oluşmuş olup vücudun tüm yükünü taşıyan bir yapıdır. Ayağı oluşturan kemiklerin kendi aralarında özel bir ilişkisi olup, kemikler arasındaki bu özel ilişki sayesinde, ayak tabanının iç kısmında uzunlamasına ark dediğimiz yapılar gelişir. Pes planus (düztabanlık) genel olarak ayağın medial longitudinal ark yüksekliğinin azalması ya da tamamen ortadan kalkması sonucu oluşan anomalidir. Başka tanımlara göre pes planus; ön ayak supinasyonuna eşlik eden topuğun eversiyonu ya da pronasyonu veya geniş tabanlı ayak olarak da tanımlanmıştır. Daha ayrıntılı bir tanıma göre ise; ayağa yük verirken arka ayağın valgusu, orta ayakta arcus longitudinalis medialis'in kaybolması ve ön ayağın arka ayağa göre supinasyonu olarak tanımlanır (1,2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), pes planusu sert (rijit) ve esnek olarak iki şekilde sınıflandırmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ)ne göre sert pes planus nüfusun %1 den daha azını kapsar, ağrılıdır ve cerrahi müdahale gerektirir. Buna rağmen esnek pes planus gelişimsel olup çok daha yaygın görülür (3).

Çocukluk döneminin önemli sorunlarından biri olan pes planus (düz tabanlık) ayakta görülen bir şekil bozukluğu olup, çocukluk döneminde fizyolojiktir. Ancak hiç ayakkabı giymemiş kişilerde, uzun süre ayakta çalışanlarda, aşırı şişman veya zayıflarda ayak kemerlerini destekleyen kaslarda zayıflama, ya da kalkaneus kemiğinin kırılması sonucu oluştuğu görülmektedir ve bu durum patolojiktir. Bunun yanında ayak tabanında bulunan ve en yüksek arkı olan medial longitudinal arkın çökmesi sonucu da oluşabilmektedir (4).

Denge, vücudun ağırlık merkezini koruma yeteneğidir (5). Dengeyi sağlamak, görsel, vestibüler ve somatosensör sistemlerinden doğru bilgilerin alınmasına bağlıdır (6,7). Somatosensör sistem, bir dizi yüzeysel ve derin mekanoreseptörden oluşur (6). Ayakta dururken veya yürürken, ayağın yüzeysel ve derin alıcılarının verileri dengeyi iyileştirmek için birbirleriyle birleşir (8).

Pes planuslu genç yetişkinlerde en çok görülen semptomlardan biri ağrıdır (9). Pes

planusun klinik belirtilerinde ağrının yanı sıra denge bozuklukları ve genel eklem hipermobilitesi de görülmektedir (10). Son zamanlarda yapılan çalışmalar, pes planusun dengeyi etkileyebileceğini göstermiştir (11-14). Bazı çalışmalar pes planusun kinetik zincirin nöromekanik bağlantısını bozarak dengeyi azaltmada bir faktör olarak kabul edilebileceğini belirtmektedir (15). Bu çalışma literatürdeki bu bilgilere dayanılarak pes planus ve statik denge arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yürütülmüştür.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamız Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümü öğrencileri arasında gerçekleştirildi. Çalışmanın örneklemini 21 kadın öğrenci oluşturdu.

Veri Toplama Araçları

Öğrencilere navikular düşme testi yapılarak pes planuslu olup olmadıklarına bakıldı. Navikular düşme testi 10 mm ve üzeri olanlar pes planuslu olarak kabul edildi. Çalışmaya katılan her bireyin statik dengelerine bakıldı. Statik dengeleri flamingo denge testi ile ölçüldü.

Navikular düşme testi: Navikular düşme testi, ayakta, ayağa ağırlık verilerek ölçülen navikular yüksekliğin, oturma pozisyonunda ayağa ağırlık verilmeden ölçülen navikular yükseklikten çıkarılması ile elde edilen, ayakta pronasyon miktarını ölçmek için kullanılan testtir. Bireyler çıplak ayak bir sandalyede otururken her iki ayaklarında da navikular tüberkül işaretlendi, sonra alt kenarı yerde bulunan bir kart üzerine navikular tüberkül hizasına işaret koyuldu. Daha sonra bireyden ayağa kalkması istendi, ayağa tam ağırlık vermişken aynı kartın üzerine navikular tüberkül hizası yeniden işaretlendi. Her iki çizgi arasındaki uzaklığın mm cinsinden ifadesi navikular düşme miktarı olarak kaydedildi (16).

Flamingo denge testi: Test, 50 cm. uzunluğunda, 4 cm. yüksekliğinde ve 3 cm. genişliğinde olan hareket etmemesi için 15 cm. uzunluk ve 2 cm. genişlikte iki ayak üzerine oturtulmuş tahta kiriş üzerinde, dominant ayağı ile ayakta mümkün olduğunca uzun süre dengesini korumaya çalışmasıdır. Denek

serbest kalan bacağını bükerek ve kollarını dengeyi sağlamak amacıyla kullanmıştır. 1 dakika sürede dengesini korumayı başaran denegin deneme sayısı hesaplanarak ölçüm yapılmıştır (17).

İstatistiksel Analiz

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 kullanılmıştır. İstatistiksel analiz ortalama ve standart sapma ile yapılmıştır (n<30). Grupların karşılaştırılmasında nonparametrik testler olarak Mann-Whitney-U kullanılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan olguların yaş ortalaması 20.62±0.97, vücut kitle indeksi ortalaması 21.08±2.70, boy ortalaması 164.57±5.61, kilo ortalaması 57.05±7.17'dir (Tablo 1).

Tablo 1. Olguların yaş, vücut kitle indeksi, boy ve kilo dağılımları

	Ort	min-mak
Yaş	20.62±0.97	20-24
BMI	21.08±2.71	18-29
Boy	164.57±5.618	154-175
Kilo	57.05±7.17	44-75

Tablo 3. Gruplar arası Flamingo testi değerleri karşılaştırılması

	Flamingo Denge Testi		
	Ort±Sd	p	z
Pes Planus (n=8)	2.75±2.96	0.011*	-2.553
Pes planus olmayan (n=13)	6.85±5.34		

Mann-Whitney U testi, *p<0.05

Tartışma

Pes planus öncelikle medial longitudinal arkın çökmesi ve arka ayak eversiyonun azalması ile oluşan çok yönlü düzlemde meydana gelen bir deformitedir. Pes planusun ayakta ortaya çıkan bu problemlerle birlikte vücudun diğer segmentlerini de etkilediği, bireylerde postür bozukluklarına ve kas iskelet sistemindeki sorunlara sebep olduğu görülmektedir (18,19).

Alt ekstremiteye ait patolojilerin birçoğunda denge problemleri gözükmemektedir. Pes planus ile denge arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, pes planus'un

Tablo 2. Olguların özelliklerinin incelenmesi

Dominant taraf	n	%
sağ	17	81.0
sol	4	19.0
Pes planus olan	8	38.1
Pes planus olmayan	13	61.9
Aktivite Yapmıyorum	4	19.0
Düzenli Aktivite Yapıyorum	17	81.0

Olguların navikular düşme testi sonucuna göre 8 tanesinin pes planuslu ve 13 tanesinin pes planuslu olmadığı tespit edildi (Tablo 2).

Çalışmaya katılan 17 olgunun dominant tarafı sağ, 4 olgunun sol taraftır (Tablo 2). Çalışmaya katılan 4 olgu fiziksel aktivite yaptığını, 17 olgu herhangi bir fiziksel aktivite yapmadığını bildirmiştir.

Yapılan değerlendirmelerde; pes planus olan ve olmayan bireylerin statik dengeleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 3)

derecesinin artmasıyla denge performansının bozulduğu gösterilmiştir (20). Yapılan prospektif bir çalışmada farklı özelliklerdeki tabanlıkların statik denge üzerine etkilerini inceledikleri çalışmalarında, pes planus'lu bireylerin statik denge performanslarının daha az olduğu ve negatif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir (21). Pes planus tipi ve postüral stabilite ile ilgili yapılan bir başka çalışmada ise, pes planus deformitesinin derecesi arttıkça, statik postüral stabilitenin derecesi azaldığı sonucuna varılmıştır (22).

Bu çalışmada 21 kadın üniversite öğrencisi, araştırmacı fizyoterapist tarafından *navikular düşme testi* ile değerlendirilerek, pes planusu olan ve olmayanlar olmak üzere iki gruba ayırmıştır. Çalışmaya katılan iki gruptaki bireylerin de statik dengelerini flamingo denge testini kullanarak değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda pes planusu olan ve olmayan iki grubun statik dengeleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Bu çalışmada pes planusta statik denge etkilenimini değerlendirilmiş ve pes planusun statik dengeyi etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada olgu sayısının az olması, statik dengenin değerlendirilmesinde sadece flamingo denge testinin kullanılması ve dijital cihazlarla edinilen denge verilerin kullanılmaması çalışmanın sınırlılıkları olarak sıralanabilir. İleri çalışmalarda daha fazla sayıda çalışma ve kontrol grubu değerlendirilerek, objektif değerlerle, kanıt değeri yüksek çalışmalar yapılabilir.

Teşekkür

Çalışmamızın istatistiksel analizinde yardımcı olan Ar. Gör. Pınar BAŞTÜRK'e, çalışmamızda yardımcı olan Fizyoterapist Cansu AK'a ve çalışmamıza katılan tüm gönüllülerimize teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Arıncı K, Elhan A. Anatomi, 3.Baskı 2. Cilt Güneş Kitapevi, Ankara, 2001.
2. Williams Pl, Bannister LH, Berry MM, Collins P, Dyson M, Dussek Je Et Al. (1989), Grays Anatomy, 37th Edition, Edinburgh: Churchill Livingstone, Wiley.
3. Banwell HA, Mackintosh S; Thewlis D. Foot orthoses for adults with flexible pes planus: a systematic review. Journal of Foot And Ankle Research 2014; 7:23.
4. Yalçın E, Kurtaran A, Akyüz M. Pes planus: tanısı, etiyojisi ve tedavisi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008; 28: 743-753.
5. Cote KP, Brunet II ME, Gansneder BM, Shultz Sj. Effects of pronated and supinated foot postures on static and dynamic Postural Stability. Journal of Athletic Training 2005; 40(1):4146.
6. Christovão Tcl, Neto Hp, Grecco Lac, Ferreira Lab, Franco De Moura Rc, Eliege De Souza M, Et Al. Effect of different insoles on postural balance: a systematic review. Journal of Physical Therapy Science. 2013; 25(10):1353–6.

7. Woo MT, Davids K, Liukkonen J, Jaakkola T, Chow JY. Effects of textured compression socks on postural control in physically active elderly individuals. Procedia Engineering. 2014; 72:162–7.
8. Kavounoudias A, Roll R, Roll J-P. The plantar sole is a “dynamometric map” for human balance control. Neuro Report. 1998; 9(14):3247–52.
9. Spahn G, Schiele R, Hell AK, et al. The prevalence of pain and deformities in the feet of adolescents. Results of a cross-sectional study. Z Orthop Ihre Grenzgeb 2004; 142: 389-396.
10. Uzunca K, Taştekin N, Birtane M. Erişkin tip pes planusta ağrı ve dizabilitenin radyografik ve pedobarografik parametreler ile ilişkisi. Romatizma Dergisi 2006; 21: 91-95.
11. Akbari M, Mohammadi M, Saedi H. [Effects of rigid and soft foot orthoses on dynamic balance in females with flatfoot (persian)]. Medical Journal Of The Islamic Republic Of Iran. 2007; 21(2):91-7.
12. Ali ME, Mohamed Ms. [Dynamic postural balance in subjects with and without flat foot (persian)]. Bulletin of Faculty Of Physical Therapy. 2011; 16(1):7-11.
13. Takata Y, Matsuoka S, Okumura N, Iwamoto K, Takahashi M, Uchiyama E. Standing balance on the ground: the influence of flat feet and insoles. Journal of physical therapy science. 2013; 25(12):1519–21.
14. Tsai LC, Yu B, Mercer VS, Gross Mt. Comparison of different structural foot types for measures of standing postural control. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy. 2006; 36(12):942–53.
15. Rome K, Brown Cl. Randomized Clinical Trial Into The Impact Of Rigid Foot Orthoses On Balance Parameters İn Excessively Pronated Feet. Clinical Rehabilitation. 2004; 18(6):624–30. Doi: 10.1191/0269215504cr767oa
16. Morrison Sc, Durward Br, Watt Gf, Donaldson Mdca. Literature review evaluating the role of the navicular in the clinical and scientific examination of the foot. Br J Pod. 2004;7(4):110-114.
17. de Lira CA, Vancini RL, Minozzo FC, Sousa BS, Dubas JP, Andrade MS, Steinberg LL, da Silva AC. Relationship between aerobic and anaerobic parameters and

- functional classification in wheelchair basketball players. Scand J Med Sci Sports. 2010;20(4):638-43.
18. Safrit Mj, Wood Tm. Introduction To Measurement İn Physical Education And Exercise Science. 3th Ed. St. Louis: Mosby; 1995.
 19. Kothari A, Dixon P, Stebbins J, Zavatsky A, Theologis T. The relationship between quality of life and foot function in children with flexible flatfeet. Gait Posture. 2015;41(3):786-90.
 20. Paik-Ling H, Chris L. Relationship between pes planus foot type and postural stability. Indian J Physiother Occup Ther 2017; 65: 238-245.
 21. Büyüktrın Ö, Büyükturan B, Karartı C. Sağlıklı genç yetişkinlerde pes planus ile ağrı, hipermobilite ve denge arasındaki ilişkinin incelenmesi, F.Ü.Sağ.Bil.Tıp.Derg. 2017; 31 (1): 33 – 37.
 22. Harrison PL. Littlewood C. Relationship between pes planus foot type and postural stability, Indian Jouanl of Physiotherapy and Occupational Therapy. 2010;4(3):21-24.

Benign Eklem Hipermobilité Sendromu Olan ve Olmayan Lisans Fizyoterapi Öğrencilerinde Alt Ekstremité Kas Gücü ve Denge Skorlarının Karşılaştırılması

Comparison of Lower Extremity Muscle Strength and Balance Scores in Physiotherapy Bachelor Students with or Without Benign Hypermobility Syndrome

Cansu AK¹, Zuhâl Didem TAKİNACI²

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, eklem hipermobilitesi olan ve olmayan üniversite öğrencilerinde alt ekstremité kas gücü ile denge skorlarının karşılaştırılmasıdır.

Gereç ve yöntemler: Çalışma sağlık bilimleri fakültesi fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya 35 gönüllü öğrencisi dahil edilmiştir. Katılımcılar Beighton skoruna göre gruplandırılmışlardır. Her iki grubun alt ekstremité kas gücü ve denge skorları ölçülüp karşılaştırılmıştır.

Bulgular: İki grubun sosyodemografik değerleri, fiziksel aktivite kapasitesi arasında bir fark yoktur. Ayrıca her iki grubun kas gücü ve Flamingo denge testi sonuçları karşılaştırılması sonucunda da anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Sonuç: Çalışmamızda hipermobilité ile alt ekstremité kas gücü ve statik denge arasında ilişki bulunamamıştır.

Anahtar Kelimeler: Beighton skoru; hipermobilité; flamingo denge testi; kas kuvveti

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to compare the lower extremity muscle strength and balance scores in university students with and without joint hypermobility.

Method: The study was performed in faculty of health science. 35 volunteer students attended to this study. The participants were grouped according to the Beighton score. The lower extremity muscle strength and balance scores of both groups were assessed and evaluated.

Results: There is no significant difference between the sociodemographic values and the physical activity capacity of the two groups. In addition, there was no significant difference between the muscle strength and Flamingo balance test results of both groups.

Conclusion: There was no relationship between hypermobility and lower extremity muscle strength and static balance.

Keywords: Beighton score; hypermobility; flamingo balance test, muscle strength

Geliş Tarihi/Recieved:03-07-2019 / **Kabul Tarihi/Accepted:** 14-10-2019 / **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Availiable Online Date:**22/10/2019

¹Duyusal Akademi, İstanbul, ORCID: 0000-0002-0920-7097, mail: akcansu_02@hotmail.com

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul, ORCID: 0000-0001-5569-5282, mail: didem.takinaci@sbu.edu.tr

Sorumlu yazar/Correspondence: Dr. Öğr. Üyesi Zuhâl Didem TAKİNACI, didem.takinaci@sbu.edu.tr

Cite this article as: Ak C, Takinacı ZD. Comparison of Lower Extremity Muscle Strength and Balance Scores in Physiotherapy Bachelor Students with or Without Benign Hypermobility Syndrome. J Health Pro Res 2019;1(1): 1-4.

Giriş

Bireyin sinoviyal eklemlerinin çoğunun, diğer sağlıklı bireylerde yaş, cinsiyet ve etnik arka planı dikkate alarak, hareket aralığının normal sınırlarının ötesine geçtiği bir durum *Genelleştirilmiş eklem hipermobilitesi (GJH)* olarak tanımlanır (1). Bir bireyin genetik yapısı GJH'nin boyutunu belirler (2). Ligamentus genişletilebilirlik, kolajen, elastin, fibrillin ve tenasin gibi bağ dokularındaki değişikliklerin bir sonucudur (1, 2). Kadınlarda, relaksin gibi hormonlar da ligament esnekliğini etkiler (3). Epidemiyolojik olarak Kafkas nüfusun %10'u ve Afrikalı ve Asyalı nüfusun % 25'i GJH' ye sahiptir (4-6). Kadınlarda görülme sıklığı, erkeklere oranla üç kat daha fazladır. Yaşın artmasıyla ve doku sertleşmesi nedeniyle hipermobilitede azalma görülür. Eklem hipermobilitesindeki azalma çocuklukta daha hızlı, genç yaşta daha az ve yetişkin yaşamında çok yavaştır. Baskın olmayan taraf (genellikle sol) çoğunlukla dominant tarafa göre (genellikle sağ) daha hipermobildir (4). GJH'nin bu semptomatik formları, klinik özelliklerin geniş bir çeşitliliğini göstermektedir. GJH gibi, Hipondansite sendromu (HMS) ve Ehlers-Danlos sendromunun (hipermobil tip) en yaygın olduğu birkaç eşanlamlı terim de bilinmektedir.

GJH'li birçok bireyde herhangi bir semptom veya sakatlık yoktur ve hatta bu durum bale dansçıları ve müzisyenler gibi profesyonellerin avantajı olabilir (4). Bununla birlikte, yaklaşık %3.3'ü kadın ve 0.6'sı GJH' li erkeklerde alt ekstremitte ve omuz eklemlerinde ağrı geliştirme eğilimi göstermektedir. Ambegaonkar J.P. çalışmasında, GJH' li genç kadın dansçılarda fiziksel uygunluk düzeylerinin daha düşük olduğunu ve yürüme ile atlama kapasitesinin azaldığını göstermektedir (5).

Benign eklem hipermobilitte sendromu (BJHS), herhangi bir sistemik, romatizmal, nörolojik, iskelet veya metabolik hastalık yokluğunda, ilişkili kas-iskelet sistemi şikayetleri (artralji, tekrarlayan subluksasyonlar veya akut travma sonrasında çıkıklar, fiziksel aktivitede değişiklik veya çıkma) ile genelleştirilmiş eklem gevşekliliği ile karakterizedir. BJHS, artmış hareketlilik, değişmiş nöromüsküler refleksler ve propriosepsiyonun azalması ile eklemleri travmaya karşı savunmasız hale getirmektedir. BJHS'li eklem hareketinde, hareket açıklığının sonunda eklemleri lokalize etmek daha güçtür

(6). Şahin ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, BJHS'li bireylerde propriosepsiyonun sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede azaldığı gösterilmiştir (7).

Patellofemoral eklem sendromu, omuz, kalça subluksasyonu, radius başı dislokasyonu ve lomber faset eklem subluksasyonu hiper mobil bireylerde normal popülasyona göre daha sıktır. Bunun nedeni, eklem ligamentlerinin gevşekliliğinin, eklem instabilitesine, subluksasyona ve dislokasyona yol açmasıdır. Hiper mobil bireylerdeki yumuşak dokular daha az dirençli olduğundan, ligament ve kas yırtıkları sıklıkta görülebilir (8).

Bu çalışmada BJHS olan ve olmayan üniversite öğrencilerinde alt ekstremitte kas gücü ile denge skorlarının karşılaştırılmasıdır. Bireyler BJHS'li olanlar ve olmayanlar olarak 2 gruba ayrılmıştır. BJHS'nin dengeye ve alt ekstremitte kas kuvvetine etkisi araştırılmış ve gruplara arası değerlendirmeler yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma gönüllü 35 öğrenci ile gerçekleştirildi. Çalışmaya dahil edilme kriterleri gönüllü olmak, cinsiyeti kadın olmak, 18-25 yaş aralığında olmak ve Beighton skorunun 4'ün üzerinde olmasıdır. Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri; dahil edilme kriterlerini sağlamamak, bunlara ek olarak son 6 ay içinde akut alt ekstremitte yaralanması geçirmiş, ameliyat geçirmiş veya alt ekstremitte konjenital defekt tanısı konulmuş olmasıdır.

Beighton skoru

Beighton kriterleri eklem hipermobilitesi varlığını belirlemek için kullanılır. Beighton skoru, kişinin küçük parmakların pasif bir şekilde 90 derece yapabilmesi durumunda başparmağın ön kolların fleksör yönüne değmesi (2 puan), dirsekleri 10 derecenin üzerinde (2 puan) hiperekstansiyona gelmesi, dizlerin 10 derecenin üzerinde (2 puan) hiperekstansiyona gelmesi, gövdeyi düz ve ileriye yere doğru eğilebilmesi (1 puan) bakılarak değerlendirilir. 4 ya da daha fazla puan alındığında *genelleştirilmiş eklem hipermobilitesi* varlığı kabul edilir (9). Çalışmada bu değerlendirme araştırmacı fizyoterapist tarafından yapılmıştır. 35 öğrenci değerlendirilmiş ve BJHS grubu (n= 19) ile ve kontrol grubu (n=16) oluşturulmuştur.

Sırt/bacak dinamometresi

Alt ekstremite kas gücünü ölçmek için sırt / bacak dinamometresi kullanıldı. Katılımcı ayakları ile bir platformda denge için omuz genişliğine rahat bir mesafede durdu. Elleri bir çubuğun her bir ucunu kavradı. Katılımcılardan dizlerinin yaklaşık 135 dereceye kadar bükülmesi istenmiştir. Sırt düz tutuldu ve kalçalar doğrudan ayak bileği eklemlerinin üzerine yerleştirildi. Bu şekilde sırt kaslarının aktivasyonu ortadan kaldırıldı. Katılımcı dizlerini rahatça ve mümkün olduğu kadar kuvvetli bir şekilde uzatmaya çalıştı. Üç deneme yapıldı ve ortalama skor kaydedildi (10).

Flamingo testi

Grupların statik dengelerini belirlemek için Flamingo Denge Testi kullanıldı. Bu teste göre araştırma grubu; 50 cm. uzunluk, 4 cm. yükseklik ve 3 cm. geniş, bir ahşap denge cihazında dominant ayak ile diğer bacak diz üzerine bükülür, kalçaya doğru çekilir ve aynı el ile tutulur. Tek ayakla dengelenmişken, zaman başlar ve 1 dakika boyunca dengeli kalmaya çalışır (11). Denge bozulduğunda (eğer bacağınızı tutarsanız, tahttan düşürün, vücudunuzun herhangi bir bölgesine dokundurun, vb.) zaman durdurulur. Katılımcı denge aracından çıkıp dengeyi tekrar sağladığında, kaldığı yerden devam eder. Test bu şekilde bir dakika devam eder. Süre dolduğunda, dengenin bozulduğu bu sayı testin sonunda bir dakikadaki skoru olarak kaydedilir (12).

İstatistiksel Analiz

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 kullanılmıştır. İstatistiksel analiz ortalama ve standart sapma ile yapılmıştır (n<30). Tanımlayıcı istatistiksel veriler, ortalama (X ± SD) veya (%) olarak gösterilmiştir. Grupların karşılaştırılmasında nonparametrik test olarak Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi p <0,05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Bu çalışmada BJHS olan ve olmayan kadınlarda statik dengenin ve kas kuvvetinin değerlendirilmesi amacıyla 35 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir. Olguların yaş ortalamaları 20,69, boy ortalamaları 162,63 ve kilo ortalaması 55,51 olarak bulunmuştur (Tablo 1-2).

Tablo 1. Demografik Özellikler

	n	Ort (Sd)	min.	max.
Yaş	35	.	20	24
Boy(cm)	35	162.63 (4.21)	154	170
Kilo(kg)	35	55.51(5.14)	44	65

Tablo 2. Demografik Özellikler

	n	%	
Dominant taraf	Sağ	27	77.1
	Sol	8	22.9
Fiziksel Aktivite	Aktivite	25	71.4
	Yapmayanlar		
	Düzenli Aktivite	10	28.6
	Yapanlar		
Beighton Skoru	≤ 4	16	45.7
	> 4	19	54.3

Çalışmaya katılanların % 77,1 si sağ dominant, %22,9 ü sol dominant olduğunu belirtmiştir. Çalışmaya katılanların % 71,4 ünün düzenli aktivite yapmadığı ve %28,6 sının düzenli aktivite yaptığı belirtilmiştir. Beighton kriterleri 4 ve üzeri çıkanlar çalışmaya katılanların %54,3'ünü kapsarken, 4 ve 4 altındaki değerler katılımcıların % 45,7'sini oluşturmuştur (Tablo 2).

Katılımcıların alt ekstremite kas gücü için sırt/bacak dinamometresi ölçümlerinde, BJHS'li bireylerde elde edilen dinamometre değerleri kas gücü ortalaması 47,5; kontrol grubunda ise ortalama değer 42,0 olarak ölçülmüştür. İki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 3).

Statik denge değerlendirmesinde yapılan Flamingo denge testi sonuçlarına göre BJHS'li bireylerde Flamingo denge testi ortalaması 8,0 iken kontrol grubunda 7,0 olarak ölçülmüştür. İki grup arasında bir fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 3).

Tartışma

Bu çalışmada, BJHS ve kontrol grubundaki kadınların sırt/bacak dinamometresi ile kas güçleri, flamingo denge testiyle ise statik denge skorları hesaplanmıştır.

Dansçı kadınlarla yapılan, hipermobilitate ve denge korelasyonunu inceleyen bir çalışmada, hipermobilitate olduğunda dengenin.

Tablo 3. Gruplar Arası Alt Ekstremitte Kas Gücü ve Flamingo Testi değerleri Karşılaştırılması

	Kas Kuvveti		p	Flamingo Denge Testi		
	ort. (std.)	min-max		ort. (std.)	min-max	P
BJHS (n=19)	47.50 (14.08)	20-74	0.246	7.0 (3.71)	2-12	0.537
Kontrol (n=16)	42.0 (16.17)	15-79		8.0 (3.18)	3-17	

Mann-Whitney U testi, *p<0.05

azaldığı ve aralarında pozitif bir korelasyon olduğu görülmüştür. Çalışmamızda bu verilere benzer olarak, Flamingo testi ile yapılan statik denge değerlendirmesinde BJHS grubundaki denge değerleri daha düşük çıkmış, fakat istatistiksel olarak gruplar arasında bir üstünlük görülmemiştir

Teorik olarak kas kuvvetinin fazla olması, stabilizasyonun devamlılığını sağlar (13). Gordon ve ark. kalça ekstansör kas kuvvetinin denge ile korelasyonunu göstermişlerdir (14). Çalışmamızda BJHS grubunda kas kuvveti daha yüksek çıkmış, fakat denge daha düşük değerlerle ölçülmüştür. Gruplar arası anlamlı bir fark olmamasına rağmen, değerler olarak çalışmamız bu teoriyle uyum göstermemektedir. Buna zıt olarak, kas kuvvetinin fazla olmasının denge değerlerini değiştirmeyeceğini savunan çalışmalar literatürde bulunmaktadır (15).

Sonuç

Bundan sonraki çalışmalarda geniş bir örneklem grubunda veya BJHS'i olan farklı popülasyonlarda bu parametrenin araştırılmasına ihtiyaç duyulabilir. Çalışmamızın bazı limitasyonlar bulunmaktadır. Bu çalışmada kadınların sırt/bacak dinamometresi ile sadece bacak kas gruplarının genel endüransı değerlendirilmiştir. İleri çalışmalarda kor stabilizasyon kasları değerlendirilebilir. Statik denge Flamingo testi ile ölçülmüştür. İleri çalışmalarda teknolojik cihazlardan yararlanılabilir. Çalışmamızda evren SBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencilerinden oluşturulmuştur. İleri çalışmalarda daha büyük gruplar kullanılabilir. Çıkan sonuçlar doğrultusunda, görülen denge veya kas gücü yetersizliklerine karşı koruyucu egzersiz programları önerilebilir, sonrasında tekrardan değerlendirmeler yapılabilir.

Teşekkür

Gönüllü öğrencilerimize ve teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Jindal P, Narayan A, Ganesan S, MacDermid, JC. Muscle strength differences in healthy young adults with and without generalized joint hypermobility: a cross-sectional study. BMC Sports Science, Medicine And Rehabilitation 2016;8(1), 12:1-9.
2. Iatridou K, Mandalidis D, Chronopoulos E, Vagenas G, Athanasopoulos S. Static and dynamic body balance following provocation of the visual and vestibular systems in females with and without joint hypermobility syndrome. Journal of bodywork and movement therapies, 2014; 18(2), 159-164.
3. Stanley P. Brown, Wayne C. Miller JME. Female-specific issues. In: exercise physiology: basis of human movement in health and disease. Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 405–28.
4. Schmidt H, Pedersen TL., Junge T, Engelbert R. Juul-Kristensen B. Hypermobility in adolescent athletes: pain, functional ability, quality of life, and musculoskeletal injuries. Journal of Orthopaedic Sports Physical Therapy 2017;47(10), 792-800.
5. Ambegaonkar JP, Cortes N, Caswell SV, Ambegaonkar JP, Wyon M. Lower extremity hypermobility, but not core muscle endurance influences balance in female collegiate dancers. International Journal of Sports Physical Therapy 2016;11(2), 220.
6. Sahin N, Baskent A, Cakmak A, Salli A, Ugurlu H, Berker E. Evaluation of knee proprioception and effects of proprioception exercise in patients with benign joint

- hypermobility syndrome. *Rheumatology International* 2008; 28(10), 995-1000.
7. Scheper M, de Vries J, Beelen A, de Vos, R, Nollet, F, Engelbert R. Generalized joint hypermobility, muscle strength and physical function in healthy adolescents and young adults. *Current Rheumatology Reviews* 2014; 10(2), 117-125.
 8. Clifton DR, Harrison BC, Hertel J, Hart J. M. Relationship between functional assessments and exercise-related changes during static balance. *The Journal of Strength and Conditioning Research* 2013; 27(4), 966-972.
 9. Beydağ Odabaşı B. Kas iskelet sistemi problemi olan hastalarda hipermobilité sıklığı ve tespit edilen hiper mobil hastalardaki kas iskelet sistemi problemlerinin dağılımı. Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi Doktora Tezi 2009.
 10. Ozcan, A, Donat H, Gelecek N, Ozdirenc, M, Karadibak D. The relationship between risk factors for falling and the quality of life in older adults. *BMC Public Health* 2005;5(1), 90:1-6.
 11. Walaszek R, ChwałaW, Walaszek K, Burdacki M, Błaszczuk J. Evaluation of the accuracy of the postural stability measurement with the Y-Balance Test based on the levels of the biomechanical parameters. *Acta of Bioengineering And Biomechanics* 2017; 19(2):121-128.
 12. Hazar F, Taşmektepligil Y. Puberte öncesi dönemde denge ve esnekliğin çeviklik üzerine etkilerinin incelenmesi. *Spor metre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi* 2008; 6(1), 9-12.
 13. Borghuis J, Hof AL, Lemmink KA The importance of sensory-motor control in providing core stability: implications for measurement and training. *Sports Med.* 2008; 38(11):893-916.
 14. Gordon AT Ambegaonkar JP Caswell SV. Relationships between core strength, hip external rotator muscle strength, and star excursion balance test performance in female lacrosse players. *Int J Sports Phys Ther.* 2013;8(2):97-104.
 15. Ambegaonkar JP, Mettinger LM, Caswell SV, Burt A, Cortes N. Relationships between core endurance hip strength, and balance in collegiate female athletes. *Int J Sports Phys Ther.* 2014;9(5):604-616..

Rezeksiyonsuz Proksimal Ostomili Hastada Farklı Fizyolojik Beslenme Uygulaması**Different Physiological Nutrition in a Patient with Proximal Ostomy Without Resection**Elvan YILMAZ AKYÜZ¹, Cebrail AKYÜZ²**ÖZ**

Kısa barsak sendromlu hastaların beslenmesi için en sık kullanılan tedavi yöntemi parenteral nütrisyon olup, uygun hastalarda oral beslenme teşvik edilmelidir. Erkek, 47 yaşındaki hasta lenfomaya bağlı incebarsak perforasyonu nedeniyle acil olarak ameliyat edildi. Proksimal ve distal incebarsak ansları tüfek namlusu şeklinde batına ostomi yapılarak ağızlaştırıldı. Postoperatif 1.gün orta zincirli yağ asitleri içeren oral beslenme solüsyonu başlandı. Ostomi torbasına gelen incebarsak içeriği bir kateter yardımı ile distal barsak ansına verildi. Hastanın postoperatif parenteral beslenme ihtiyacı olmadı. Altı hafta sonrasında hastanın ostomisi kapatıldı ve sorunsuz taburcu edildi. Proksimal barsak anslarından gelen incebarsak içeriğinin distal segmentlere ulaştırılması ile barsak bütünlüğü sağlanmış olup hasta malnütrisyon ve komplikasyonlarından korunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kısa Barsak Sendromu; Malnütrisyon; Nütrisyon Tedavisi; Ostomi.

ABSTRACT

Parenteral nutrition is the most commonly used treatment for short bowel syndrome and oral nutrition should be encouraged in appropriate patients. A 47-year-old male patient underwent emergency surgery for small bowel perforation due to lymphoma. Proximal and distal small bowel loops were brought as a rifle barrel in abdominal ostomy. Oral feeding solution containing medium chain fatty acids was started on the first postoperative day. Small bowel contents to the ostomy bag were given to the distal bowel loops with a catheter. The patient did not need postoperative parenteral nutrition. Six weeks later, the patient's ostomy was closed and discharged without any problem. Intestinal integrity is achieved by transporting the contents of the small intestine from the proximal bowel loops to the distal segments. Thus, the patient was protected from malnutrition and its complications.

Keywords: Short bowel syndrome; malnutrition; nutrition therapy; ostomy.

Geliş Tarihi/Received: 08-10-2019 **Kabul Tarihi/Accepted:** 15-10-2019 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:** 22-10-2019

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü İstanbul, ORCID: 0000-0002-1878-9412, mail: elvan.yilmazakyuz@sbu.edu.tr

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği İstanbul, ORCID: 0000-0003-0917-9345, mail: drcakyz@hotmail.com

Sorumlu yazar/Correspondence: Dr. Öğr. Üyesi Elvan YILMAZ AKYÜZ, elvan.yilmazakyuz@sbu.edu.tr

Cite this article as: Yilmaz Akyuz E, Akyuz C. Different Physiological Nutrition In A Patient With Proximal Ostomy Without Resection. J Health Pro Res 2019;1(1): 1-3.

Giriş

Kısa barsak sendromu (KBS), barsak uzunluğunun konjenital ya da edinsel yetersizliğinden kaynaklanan ve sonucunda besin emiliminin eksikliğine yol açan bir durumdur. Konjenital olarak pediatrik yaş grubunda görülmekte, edinsel olarak hem pediatrik hem de erişkin popülasyonda görülebilmektedir. Pediatrik grupta en sık karşılaşılan patolojiler; nekrotizan enterokolit, ince barsak atrezisi ya da volvulustur. Erişkin popülasyonda ise mezenterik iskemi, radyasyon enteriti, crohn hastalığı, ameliyata bağlı komplikasyonlar veya postoperatif yapışıklıklardır (1).

KBS, barsak yetmezliğinin önde gelen nedenidir. İntestinal yetmezlik, altta yatan nedene bağlı olarak geri dönüşümlü veya geri döndürülemez olabilir. Klinik pratikte intestinal yetmezlik veya yetersizlik metabolizma için ek beslenme stratejilerini gerektirmektedir. Geçtiğimiz on yıllar boyunca makro ve mikro besin öğelerinin uygun kombinasyonlarını içeren parenteral beslenme destekleri, güvenli ve verimli bir beslenme teşviği olarak kullanılmıştır (2,3). Bu çalışmada lenfomaya bağlı olarak proksimal jejunal barsak perforasyonu olan, karın içi apse nedeni ile anostomoz yapılmayan ve çifte namlusu şeklinde proksimal ostomi açılan hastanın, ostomi torbasına gelen barsak içeriğinin distal ostomi ağzından bir katater ile tekrar barsak lümenine verilerek beslenmesinin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu

Bu çalışmada hastaya ait bilgilerin, bilimsel içerikli toplantı ya da makalede kullanılabileceğine dair hasta tarafından bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Kırk yedi yaşında erkek hasta, şiddetli karın ağrısı şikayeti ile bir eğitim ve araştırma hastanesi genel cerrahi acil kliniğine başvurmuş, değerlendirilme sonucu içi boş organ perforasyon ön tanısı ile ameliyata alınmıştır. Lenfomaya bağlı ince barsak perforasyonu olması ve karın içi kirlilik nedeni ile proksimal ve distal barsak uçları tüfek namlusu şeklinde ostomi oluşturulmuştur. Jejunal perforasyon alanının triatdan yaklaşık 35 cm distalde ve oldukça proksimalde olması nedeni ile hastaya barsak rezeksiyonu yapılmamasına rağmen kısa barsak oluşmuştur. Herhangi bir komplikasyon gelişmemesi halinde 6 hafta sonra ostomi kapatılması planlanan hastada malnütrisyon gelişebileceği düşünülerek hekim ve diyetisyen tarafından uygun bir beslenme stratejisi oluşturulmuştur. Ameliyat sonrası 1. günde oral beslenmeye

başlanmıştır. Hastanın günlük alması gereken enerji ve besin öğeleri planlanmış, oral beslenmesine ek olarak emilimi daha hızlı olduğu için 2X1 orta zincirli yağ asidi içeren enteral nütrisyon ürünü verilmiştir. Ostomi torbasına gelen barsak içeriği her 4 saatte bir toplanmış ve distal barsak içerisine itilen bir katater ile bu içerik hemşire tarafından tekrar infüzyon pompası yardımı ile geri verilmiştir. Her gün ağırlık takibi yapılarak kaydedilmiştir. Hastaneye başvuru esnasında 79 kg ağırlığında olan hasta ostomi kapatılan tarihte ise 77.5 kg idi. Hasta altı haftalık süre içerisinde sadece enteral olarak beslenmiş, parenteral nütrisyon ihtiyacı olmamıştır. Altı hafta sonrasında ostomi kapatılan hasta, komplikasyonsuz şekilde bir hafta sonra sadece oral beslenerek şifa ile taburcu olmuştur.

Tartışma

Kısa barsak sendromunun ilk yönetimi mümkün olduğunca fazla barsak segmentini korumayı, iyi beslenme durumunu sürdürmeyi ve kalan bağırsağın emici yüzey alanını en üst düzeye çıkarmayı içerir. Bu durum erken postoperatif parenteral beslenmenin yanı sıra enteral beslenmeyi de içerir (4). Fizyolojik sürece uygun olarak mümkün olduğunca tüm gastrointestinal kanalın kullanıldığı oral beslenme teşvik edilmelidir (5). Hastanın tolerasyonuna uygun olarak beslenmesi kademeli olarak artırılmalıdır. Orta zincirli yağ asitlerince zengin bir diyetin uygulanması son yıllarda iyi bir seçenek olarak görülmektedir (3). Bu olguda hastaya postopreatif dönemde erken oral beslenme solüsyonu başlanarak proksimalde kalan incebarsak segmentinde adaptasyonu geliştirmek amaçlanmıştır. Adaptasyon cerrahi müdahale sonrası 24-48 saat içerisinde başlayan ve yıllar alabilecek, devam eden bir süreçtir (6).

KBS' de ikincil yönetim ise barsak yetersizliğine ve parenteral beslenme ihtiyacına bağlı olarak ortaya çıkabilecek komplikasyonların yönetilmesi ve önlenmesinden oluşur. Yetersiz emilim ve sıvı kaybı ile ilişkili olarak dehidratasyon, akut veya kronik böbrek yetmezliği, elektrolit defisitleri sık görülen komplikasyonlardır (3). Yine parenteral nütrisyonun uzun süreli kullanımına sekonder olarak katater enfeksiyonları, sepsis, karaciğer kolestazi, safra kesesi ve üriner taş oluşumları yüksek oranda görülmektedir (3). Distal barsak segmentinin korunması barsak fizyolojik adaptasyonunda önemli bir süreçtir. Bu nedenle barsak devamlılığının sağlanması mümkün olan en kısa sürede

yapılmalıdır. Gecikmiş intestinal perforasyonlar, karın içi apse, cerrahi teknik yetersizlikleri gibi nedenler ile bu her zaman sağlanamayabilir. Ayrıca kullanılmayan barsak kısımlarında diversiyon koliti gelişebilmekte ve hastada ciddi semptomlar ortaya çıkabilmektedir (7). Bu olgu sunumunda görüldüğü gibi ostomi torbasına gelen intestinal içerik bir katater yardımı ile distal barsak segmentlerine ulaştırılmıştır. Böylece parenteral beslenme desteğine ihtiyaç duyulmamış olup fizyolojik beslenme yolu kullanılarak intestinal mukozal bütünlük korunarak olası komplikasyonların önüne geçilmiş ve malnütrisyon gelişimi engellenmiştir.

Sonuç

Barsak rezeksiyonu olmadan malign nedenlerle kısa barsak sendromu olan ve bir süre sonra barsak devamlılığının sağlanabileceği olguda, proksimal barsak kısımlarından gelen intestinal içeriğin distal barsak kısımlarına ulaştırılması, hastada fizyolojik şartların sağlanmasının yanında malnütrisyon ve komplikasyonlardan da korunma sağlamıştır.

Bu çalışma 1.Uluslararası Sosyal Beşeri ve Eğitim Bilimleri Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

Kaynaklar

[1] Pironi L, Arends J, Baxter J, Bozzetti F, Peláez RB, Cuerda C, et al. Home Artificial

Nutrition & Chronic Intestinal Failure. Acute Intestinal Failure Special Interest Groups of ESPEN. ESPEN endorsed recommendations. Definition and classification of intestinal failure in adults. Clin Nutr. 2015;34(2):171-80.

[2] Mihatsch W, Shamir R, van Goudoever JB, Fewtrell M, Lapillonne A, Lohner S, et al. ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN guidelines on pediatric parenteral nutrition: guideline development process for the updated guidelines. Clin Nutr. 2018; 37:2306–8.

[3] Goulet O, Abi Nader E, Pigneur B, Lambe C. Short Bowel Syndrome as the Leading Cause of Intestinal Failure in Early Life: Some Insights into the Management. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2019;22(4):303-329.

[4] Jeppesen PB, Fuglsang KA. Nutritional Therapy in Adult Short Bowel Syndrome Patients with Chronic Intestinal Failure. Gastroenterol. Clin. North Am. 2018;47(1):61-75.

[5] Goulet O, Olieman J, Ksiazek J, Spolidoro J, Tibboe D, Köhler H, et al. Neonatal short bowel syndrome as a model of intestinal failure: physiological background for enteral feeding. Clin Nutr. 2013; 32:162–171.

[6] Goulet O, Ruemmele F, Lacaille F, Colomb V. Irreversible intestinal failure. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2004; 38:250–269.

[7] Tominaga K, Kamimura K, Takahashi K, Yokoyama J, Yamagiwa S, Terai S. Diversion colitis and pouchitis: A mini-review. World J Gastroenterol. 2018;28;24(16):1734-1747.

Ebelik Uygulamalarında Mahremiyet

Privacy in Midwifery Practices

Hale TOSUN,¹ Nergiz AKSOY²

ÖZ

Ebelik mesleği, bilim ve sanatı bir arada ele alarak, etik ilke ve değerler üzerine temellenmiş bir meslektir. Mahremiyet, ebelik uygulamalarında vazgeçilmez bir kavramdır. Aynı zamanda sağlık bakım uygulamalarında etik ilkeler kapsamında yer alan özerklik ilkesinin de ön koşuludur. Mahremiyet, başkaları tarafından bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal alanlarının yanı sıra kendisi ile ilgili bilgilerin erişimine sınırlama anlamına gelmektedir. Kaliteli hizmeti amaçlayan sağlık kurumları, hasta haklarının yanı sıra mahremiyet ve bilgilerin gizliliğinin korunması ve sürdürülmesine ilişkin kurumsal ve yasal düzenlemeleri yapmalı ve bunları uygulamalıdır. Bu amaçla, sağlık çalışanları ve özellikle de ebeler bakım, muayene, tedavi ve tanısal işlemlerde hastanın bedenine, sağlığına ve bireysel tercih/yaşam şekline ilişkin gizli kalması gereken yönleri zorunlu olarak açıklaması gereken durumlarda mahremiyet hakkını mutlaka göz önünde bulundurmalıdır. Mahremiyet algısı, insanların yaşamlarının her döneminde, her dinde, her toplumda, karşılaştıkları her durumda, kültürden kültüre ve aynı toplum içerisinde zamana ve içinde bulunulan şartlara göre farklılık gösterebilen evrensel etik ilkelerin temelinde yer alan bir insan hakkıdır.

Anahtar Kelimeler: Ebelik; mahremiyet, sağlık hizmeti, uygulama.

ABSTRACT

Midwifery is a profession based on ethical principles and values by addressing science and art together. Privacy is an indispensable concept in midwifery practices. It is also a prerequisite for the principle of autonomy within the scope of ethical principles in health care practices. Privacy implies limiting access to information about him / herself as well as the physical, psychological and social domains of the individual by others. Health institutions aiming at quality service should make and implement institutional and legal arrangements regarding the protection and maintenance of privacy and confidentiality of information as well as patient rights. To this end, health workers especially midwives should take in to account the right to privacy in cases where they must necessarily disclose aspects of the patient's body, health and individual choice / lifestyle that must remain confidential in the care, examination, treatment and diagnostic procedures. The perception of privacy is a human right that lies at the basis of universal ethical principles that can vary in every period of life, in every religion, in every society, in every situation they encounter, from culture to culture and within the same society according to time and conditions.

Keywords: Midwifery; privacy; health care, application.

Geliş Tarihi/Received: 12-10-2019 **Kabul Tarihi/Accepted:** 18-10-2019 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:** 22-10-2019

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, ORCID: 0000-0001-5362-6793, mail: hale.tosun@sbu.edu.tr

²Ebe, Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, ORCID : 0000-0003-4078-720X, mail:nergis1905-aksoy@hotmail.com

Sorumlu yazar/Correspondence: Dr. Öğr. Üyesi Hale TOSUN, hale.tosun@sbu.edu.tr

Cite this article as: Tosun H, Aksoy H. Ebelik Uygulamalarında Mahremiyet. J Health Pro Res 2019;1(1): 22-28

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ebelik; “gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak, yenidoğanın bakımını ve aile planlaması danışmanlığını yapmak” olarak tanımlamıştır. Puberteden menopoza kadar kadın sağlığından ebeler sorumludur. Ebelik felsefesine göre; doğum fizyolojik bir süreç olmakla birlikte kadın, aile ve toplum için son derece önemli anlamları içinde barındıran bir deneyimdir (1).

Sağlık teknolojisi ve uygulamalarındaki gelişmelere paralel günümüzde ebelik; bilim ve sanat kavramlarının birleştiği, aynı zamanda evrensel ve mesleki etik ilke ve değerler üzerine kurulan profesyonel sağlık disiplinlerinden biridir. Ebelik rollerinin mesleki değer ve ilkelere göre planlanması ve uygulanması, hümanist ve bütüncül bakım uygulamalarına katkı sağlar (1). Ebelerin hizmet verdiği bireylerin mahremiyetini korumada etik ve yasal sorumlulukları bulunmaktadır (2). Mahremiyet kavramı, sağlık hizmetinin sunumunda başlıca bir değer olarak temel bir insanlık hakkıdır (3). Sağlık teknolojisindeki hızlı değişim bireyin mahremiyetleri konusunda daha duyarlı olunmasını zorunlu kılmaktadır (2). Uluslararası ebelik dernekleri ebeliğe yönelik değerleri; mesleki yeterlilik, bilgilendirilmiş onam, mahremiyete saygı, farklılıklara saygı, kadının değerlerine ve benliğine saygı olarak belirtmektedir (4).

Bu çalışmanın amacı ebelik uygulamalarında mahremiyete saygı gösterilmesinin hizmet alan birey ve hizmet veren ebeler açısından ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktır.

Mahremiyet Kavramı

Mahremiyet kavramı, temel insan gereksinimi ve hakkı olma yaklaşımı kabul görmektedir. (5) Mahremiyet, başkaları tarafından kişinin beden, emosyonel durumu, düşünce ya da kendisi veya ilişkilerine yönelik bilgilere erişimin kısıtlanması olarak ifade edilmektedir. Başkaları tarafından uygulanacak fiziksel veya düşünceye ilişkin girişimleri kontrol etme hakkı insana saygı ilkesinin ön koşuludur. Bu aynı zamanda özerkliğe saygı ilkesinin gerekliliğidir. Özerklik birey için dış etkilerden korunması ve uzak olmasıdır (6). Mahremiyet hakkı, bireyin başkaları ile iletişimini kesmesi ya da tamamen uzak-

laşması olarak algılanmamalıdır. Birey yaşamını diğer bireyler ile hangi düzeyde paylaşacağını belirleme yönünde karar vericidir (7).

Mahremiyet hakkı, ilk defa 1890 yılında Warren ve Brandie tarafından, bireyin toplum içinde yasal güvenliğini sağlamanın yanı sıra, düşünce ve duygularını başkaları ile paylaşma yönünde karar verme hakkı olarak tanımlanmış ve bu şekilde olması gerektiği vurgulanmıştır (8). Türk Dil Kurumu (TDK) mahremiyeti, gizlilik olarak tanımlamaktadır (9). Kültürlerarası farklılığın yanı sıra, aynı toplumda zaman içerisinde farklılık göstermektedir. Sadece bir bilim alanı olmamakla birlikte, insanın var olduğu tüm alanlarda önemli bir kavram olan mahremiyet, her insan için farklı anlamlar taşıması ve belli çerçevesinin olmaması nedeniyle önemlidir. ⁽¹⁰⁾ Arapça kökenli olan mahremiyet kelimesini, Alan ve Erbay (2011) “mahremiyet gizlilik anlamına gelen bir kelime olup kişiye özel olan, kişinin başkalarınca bilinmesini istemediği her şey mahremiyet kapsamına girmektedir” olarak tanımlamışlardır. Ayrıca mahremiyetin bireyin maddi ve manevi değerlerini kontrol edebilmesi olduğunu belirtmişlerdir (11). Kılıncı (2012) ise mahremiyet kavramını “Bireylerin, grupların veya kurumların kendilerine ait bilgilerini başkalarına, ne zaman, nasıl ve ne ölçüde aktarabileceğini belirleme hakkı” olarak ifade etmektedir (12). Tanrıverdi (2012) mahremiyet kavramını tanımlarken beden, his, düşünce, ilişki kavramlarına da yer vererek daha geniş bir perspektiften ele almıştır. Ayrıca hasta mahremiyetinin korunmasının temel bir yaklaşım olduğunu ve hastaların bu mahremiyet hakkının korunmasını talep edebilmeleri gerektiğini ifade etmiştir. Hastaya yapılan tüm uygulamalarda hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmeti mahremiyet ilkesine uygun hareket edilmesi gereksiniminin olduğu bir hizmet alanıdır (13). Taitsman ve ark. (2013) ise sağlık hizmetinde bilgi güvenliğinin dolayısı ile mahremiyetin göz ardı edilmesinin, gizlilik endişeleri ve ekonomik sorunlardan daha fazla hastaların yaşamlarını tehdit edebileceğini belirterek mahremiyetin ne kadar önemli olduğuna vurgu yapmıştır (14).

Hipokrat yemininde hekimin hastanın gizliliğini sağlayacağı yönünde "sanatımın icrası sırasında hastalarım hakkında edindiğim bilgileri saçmayacağım, sır olarak saklayacağım ve

kimseye açıklamayacağım" ifadesi yer almaktadır (15). Arısoy (2009) mahremiyetin yalnız tam ve tedavi sürecinde değil, ölüm meydana geldikten sonra da devam etmesi gerektiği üzerinde durmuştur (16).

Sağlık kurumlarının etik ilkeler doğrultusunda hastayı merkeze alan yaklaşımları, bakımın istendik düzeyde olmasına olanak sağlayacaktır (17). Bostan (2007) sağlık çalışanları ile yaptığı araştırmada; %59.2'sinin mahremiyet hakkının, tedavi kadar önemli olmadığını ifade ettiklerini belirtmiştir. Sağlık çalışanları üzerinde yapılan bu araştırma, çalışanların hastaların mahremiyet hakkı ile ilgili farkındalığının arttırılmasına yönelik desteklenmesi gerektiğini göstermektedir (18).

Meslek Sırrı ve Mahremiyet

Meslek sırrı, mesleğin uygulanma sürecinde bilinen, başkalarınca bilinmeyen ya da sır sahibi bireyin açıklanmasını istemediği özel yaşamına ilişkin bilgi ve durumdur. Hasta birey, ebe ile olan birlikteliğin de aktardığı tüm bilgilerin sır olarak korunacağını bilmek ister bu aynı zamanda hastanın güven duyması için ön koşuldur. Güvenin sağlanamaması durumunda alınan sağlık hizmetinin istendik düzeyde olması da güçleşir. Sağlık uygulamalarında ve hizmetin sürekliliğinde mahremiyet temel bir hak olarak tanımlanmakla birlikte hasta mahremiyetin sınırlarına yönelik farklı görüşler bulunmaktadır. Bunlardan ilki hastanın sırrı hangi koşulda olursa olsun saklanması yönündeyken, buna karşın görüş hasta bireyin sırrının sadece yasaların öngördüğü durumlarda ve bireye/topluma faydası olması durumunda meslek sırrının açıklanabileceğidir (19).

Sır saklama yükümlüğünün temelinde etik ilke olan özerklik ve dolayısı ile hayatın gizliliği yer almaktadır. Sır saklama yükümlülüğünün ihlal edilmesi ayrıca özel hayatın gizliliği ve kişisel bütünlüğünde ihlali anlamını taşır. Özel hayatın gizliliği ilkesi, bireye ait sırların saklanması yükümlüğünü ele alacak şekilde değerlendirilmektedir (20). Bireylere ait sağlığa ilişkin bilgilerin gizli kalıp kalmaması konusunda sağlayacağı faydaya ilişkin bir denge vardır. Bu nedenle sağlık profesyonelleri bu dengeyi göz ardı etmeksizin nasıl bir yol izleneceği konusunda etik ilkeler doğrultusunda hareket etmelidir (21).

Mahremiyetin Boyutları

Mahremiyet, insanın yaratılışının, özgürlüğünün, kişiliğinin korunması gereken bir alan ve

değerdir (22). Bireysel verilerin kullanılması, gizlenmesi ve yayınlanmasında sorunlar belirlenebilir. Bireyin mahremiyet algısının zarar görmemesi için, manevi bir gereksinim olduğu ve mahremiyet boyutlarının iyi tanımlanarak sağlık profesyonellerinin ve ebelerin bu konudaki farkındalığının arttırılması gerekir (23).

1. Ebelik Uygulamalarında Fiziksel Mahremiyet

Bireyin başkaları ile fiziksel iletişim derecesini ve samimiyetini kapsar (24). Sağlık kurumlarında hastalar kendi istek ve kontrolleri doğrultusunda ortamlarını oluşturamazlar ve hasta odalarındaki fiziki ortam, ışıklandırma, renk, sıcaklık açısından evlerinden oldukça farklıdır. Hastaların bireysel alanlarının sınırlandırılması mahremiyetlerine yapılan bir müdahale anlamına gelir (5).

Bireye bilgilendirilmiş onam alınmadan girişim yapılmaması ve izin verdiği ölçüde işlemin uygulanması bireyin mahremiyet hakkının gerekliliğidir. Örneğin izin alınmadan yapılan gebeliği sonlandırma, doğurganlığı önleme uygulamalarının yanı sıra tıbbi açıdan bir sakıncası olmadığı sürece istenen girişimin uygulanması da bireyin haklarının ihlali olarak kabul edilir. Kadınlarda sterilizasyon, rahim içi araç uygulaması taleplerinin karşılanmaması da beden mahremiyeti hakkının göz ardı edilmesi olarak kabul edilir. Kadın bireysel bütünlüğü içerisinde tek başına bu kararı verebilmelidir. Beden mahremiyetinin göz ardı edilmesi aynı zamanda hastanın emosyonel ve sosyal yönden de olumsuz etkilenmesine neden olabilir. Hastaya ait bilgilerin korunmasının yanı sıra, beden mahremiyetinin de göz önünde bulundurulması hastanın özel yaşamına ilişkin saygının başka bir yönüdür (25).

"Hasta Hakları Yönetmeliği"nin 21. maddesi "Mahremiyete Saygı Gösterilmesi" başlığında bulunan maddeler gereğince beden mahremiyetine özen gösterilmesi; "Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesi", "Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez", "Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmaması", "Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbi müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın

ayrıca rızası alınır” maddeleri ile hükme bağlanmıştır. “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği” 7. maddesinde bulunan “Poliklinik muayenelerinde gizlilik kurallarına uymak esastır. Hastalar teker teker muayene edilir. Muayene esnasında poliklinik odasında tıp ve yardımcı tıp meslekleri personelinden başka kimsenin bulunmaması gerekir. Ancak hasta isterse ailesinden biri veya bir yakını bulunabilir” maddeleri gereğince de hastaların muayeneleri sırasında beden mahremiyetine önem verilmesi hükme bağlanmıştır. Hastalara yapılan uygulama sürecinde aileden birinin bulunması ya da işlem ile ilgili olmayan birinin uygulama anında bulunmaması ve eğitim araştırma hastanelerinde öğrenci stajyer bulunmasının hasta tarafından reddedilmesi “hasta hakkı” olarak değerlendirilmesine karşın yine de alanda buna çok fazla uyulmadığı durumlar ile karşılaşmaktadır (26).

2. *Ebelik Uygulamalarında Sosyal Mahremiyet*

Bireyin sosyal ilişkilerinin yönetimi ve kontrolünü kapsar. Genellikle sağlık bakımında bunun kontrolü sağlık profesyoneline geçer. Bu nedenle ebe tarafından mahremiyetin sağlanması ve sürdürülmesi bireyin hakkıdır. Bu hak yapma (pozitif hak) ya da yapmama (negatif hak) yükümlülüğünü ortaya çıkartmaktadır (5,24).

3. *Ebelik Uygulamalarında Psikolojik Mahremiyet*

Kişinin mahremiyet hakkının göz ardı edilmesine yönelik yaklaşım birçok problemi beraberinde getirmektedir. Sağlık çalışanlarının günlük işlemlerini yerine getirirken bireyin mahremiyet hakkını düşünmemesi veya ihlal etmesinin sonuçları bireyden bireye farklılık göstermekle birlikte, kendisini değersiz algılamasına, sosyal izolasyona, kendine olan güvenin azalmasına ve hastanedeki yatış sürecinde kendisini huzursuz ve konforsuz hissetmesine neden olur (5).

4. *Ebelik Uygulamalarında Bilgi Mahremiyeti*

Türk Dil Kurumu gizliliği; mahremiyet ve gizli olma olarak tanımlamaktadır (9). Mahremiyetin bir insan hakkı olduğu, genelde kabul edilen bir yaklaşımdır (23). Ebenin hastası ile ilgili her türlü veriyi içinde barındıran sağlığına yönelik verilerin hastaya ait olduğu ve onun mülkiyet hakkı ile korunduğunu kabul eder. Bununla ilişkili olarak sağlık kurumu hastaların tıbbi bilgilerini gelecekte yarar sağlayabilme öngörüsü ile

saklamalıdır. Fakat unutulmamalıdır ki sağlık kurumu koruma görevi ve pozitif hak nedeni ile bu, bu verilerin sahibi değildir. Bu veriler her şart ve zamanda hastanın mülküdür. Gizlilik hasta mahremiyetine saygının gereği olarak bir önkoşuludur. Hipokrat’tan bu yana mahremiyete saygı, bireyin onurunu ve özgürlüğünü korumanın temelidir (27).

Bireylerin üreme sağlığı ve cinsel yaşamlarına ilişkin veriler hayatlarının en mahrem alanları olup, buna yönelik hizmet alma sırasında öğrenilen ve elde edilen tüm bilgi ve belgelerin gizliliği sağlanmalıdır. Burada ana hedef bireyin özel yaşamının korunmasının yanı sıra bu konudaki güvenceler, bireylerin sağlık hizmetini alma ve yararlanmasında güvenini sağlamaktır. (25) Bilginin dağıtımı, toplama yönetimi bilgi teknolojisindeki hızlı gelişmelerle ve elektronik kayıtlar ile güvenilmez olabilmektedir. Hastaların bilgi mahremiyetine ilişkin gereksinimleri tıbbi kayıtların gizliliği ile karar ve uygulamalarda bilgilendirilerek; fiziksel, sosyal ve psikolojik mahremiyetleri sağlanmalı ve sürdürülmelidir (5).

Sağlık profesyonelleri, veriyi bir araya getirme, koruma ve hasta bilgilerini paylaşma esnasında mahremiyet konusunda dikkatli olmalıdır. (28) Gizliliğin ihlali hasta bireyin ebeye olan güvenini de olumsuz yönde etkileyerek kişilerarası ilişkilere zarar verir (29). İnsanlar kendileriyle ilgili bilgilerin doğru şekilde kayıt edileceğinden ve gizli kalacağından emin olmalıdır (23).

Sağlık Uygulamalarındaki Mahremiyet İhlali

Sağlık kurumlarında hasta mahremiyetinin ihlali durumları ile karşı karşıya kalınmaktadır. Sağlık Bakanlığı 2007-2012 kayıtlarına göre; 2007 yılında hasta hakları ihlali konusunda yapılan başvuru sayısı 78.636 iken, 2012’de bu sayı 195.669’a ulaşmıştır. Hasta hasta hakları birimlerine yapılan başvurularda ihlaller içerisinde, mahremiyet ihlali başvuruların %1’ini oluşturmaktadır (30). Mahremiyet ihlallerinin esas nedeni; sağlık profesyonellerinin hastalara ilişkin haklardan haberdar olmaması, bireysel hatalı davranışlar, yoğun iş temposu, görev ve yetki dağıtımına yönelik adaletsizlik, iş ortamındaki olumsuzluklar, fiziksel alt yapı kaynaklı sorunlar, eleman eksikliği gibi birçok neden bulunmaktadır. Tüm bu nedenler göstermektedir ki, mahremiyet ihlallerinin engellenmesi için kurum yöneticilerine ve sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir (31).

Akyazı (2001) mahremiyet ihlali, gizli kalması gereken bilgilerin izin alınmadan ve bireyin toplum içerisinde güç durumunda kalmasına neden olabilecek şekilde, ilgili bireyin toplum ve yasalar karşısında yanlış algılanması, doğru bilgilerin yanlış aktarılması ve bireyi maddi, manevi açıdan zarara uğratabilmesi ile sonuçlanan durum olarak tanımlamıştır (21).

Mahremiyet kavramı sağlık uygulamalarında ilk olarak Hipokrat ile ortaya çıkmıştır. Hasta bilgileri kişisel verilerdir. Bazı hastalar sağlıklarına yönelik verilerin birinci derece yakınları ile dahi paylaşılmamasını tercih edebilirler. Hastane bilgi sistemlerinde olası güvenlik açığı, hastalara ait bilgilerin asıl hedef dışında kullanılmasına neden olabilir (32). Hasta Hakları Yönetmeliği'nde net bir şekilde yer alan mahremiyet hakkına özen gösterilmesi sağlık hizmeti veren tüm kurumlarda "Hastane Kalite Standartları" uygulamaları ile hayata geçirilmiştir (33). Tüm veriler doğrultusunda şekillenen kurallar ile sağlık hizmeti veren kurumlarda hasta mahremiyeti konusunda farkındalık artırılmaya çalışılmaktadır.

Şüphesiz sağlık uygulama sürecinin en önemli etik ilkesi olan mahremiyet hakkı, hastanın tıbbi tanı, tedavi ve taburculuk sonrası da devam etmektedir (21).

Ebelik Uygulamalarında Mahremiyet İhlali

Ebelik eğitiminde ilk öğretilen ilkelere biri, uygulamalar esnasında hastanın mahremiyetinin sağlanmasıdır. Temel bir hak olan mahremiyet, otonomi (özerklik) ilkesinin ana bileşenidir. Sağlık hizmetlerinde mahremiyetin sağlanması ve sürdürülmesinde, bireyin fiziksel, sosyal, psikolojik ve bilişsel boyutları ile ele alınmalıdır. Ebeler sorumlulukları kapsamında kadının gebelik, doğum, kürtaj, emzirme, menopoz, infertilite, jinekolojik muayene gibi süreçlerinde ve yaşamlarının her döneminde gereksinim duyulan sağlık hizmetini verirken kadının yanında yer almalı ve mahremiyete gereken özeni göstermelidir (34).

Ebelerin mahremiyet kapsamında dikkate alınması gereken konulardan birkaçı; hasta odasına girmeden önce kapıya vurmamak, hastanın hijyen alışkanlıkları, sağlık kayıtları, cinsel tercihleri veya aile ilişkilerine ilişkin bilgilerin paylaşılmamasıdır (35). Ebelerin gizlilik gerektiren veriyi özenle koruyarak bireyin mahremiyet hakkını savunması beklenir. Mahremiyet ihlali bireyin ebeye olan güvenini olumsuz yönde etkiler ve kişilerarası ilişkilere zarar verir (29). Ebelik uygulamalarında önemli bir yeri olan

mahremiyetin ihlali, kişinin utangaçlık ve kırılabilirlik duygusu yaşamasına neden olduğu ve dürüst bir iletişimi engellediği için önlenmelidir (24).

Hasta haklarından biri olan mahremiyet kavramı ile; bireyin mahremiyet hakkına saygı gösterilmesi, bireysel kontrolün sağlanması ve sürdürülmesi ile direkt bağlantılı olan kendi öz benliğinin korunması, birlikte karar alınması, profesyonel şekilde iletişimin kurulması ve konforunun sağlanması, hasta memnuniyeti gibi çıktılar temel kalite göstergeleri olarak kabul görmektedir. Hasta hakları çerçevesi içerisinde gerekli ve önemli bir alan olan hasta mahremiyeti; bireyin bakım ve tedavisi ya da başka bir nedenle açıklamak zorunda kaldığı, fakat toplumdaki tüm bireylerin bilgisinden saklamayı tercih ettiği yaşam alanı şeklinde ifade edilmektedir. Hasta Hakları Yönetmeliğine göre mahremiyet; hastanın sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içinde sürdürülmesi, tedavi sürecinde mümkünse yanında bir yakınının bulundurulmasına izin verilmesi, ilgili olmayan kişilerin tedavi sırasında bulunmaması olarak ifade edilmektedir (36).

Literatürde bulunan Aşkar'ın (37) çalışmasında hasta haklarına önemli ölçüde uyulduğu, Aydemir'in (38) çalışmasında; sağlık kurumlarına başvuran hastaların mahremiyet gereksinimine yönelik muayene ve uygulamalarda azami düzeyde özen gösterildiği sonucuna ulaşmıştır. Kişiler arası ilişkinin en yoğun yaşandığı alanlardan olan sağlık hizmetleri insana yönelik en özel ve özenli hizmet sunmayı gerektiren ve sırada sağlık profesyonellerine etik sorumluluk yükleyen bir alandır. Temel hak olarak kabul edilen ve özerklik ilkesinin gereği olarak mahremiyetin sağlanması ve sürdürülmesinde sağlık hizmeti sunumunda hasta ile en fazla iletişim içerisinde bulunan profesyonel olarak ebelere düşen sorumluluk oldukça fazladır. Sağlık alanında mahremiyetin sağlanmasında, fiziksel, sosyal, psikolojik ve bilişsel boyutları ile göz önünde bulundurulması önemlidir. Sağlık sistemindeki ekibin önemli üyeleri olan ebelerin, hastalarının güvenini sağlama, çıkarlarını ve iyi hallerini koruma, savunuculuğunu yapma, iletişim kurma, dürüstlük ve doğruluk ilkesini koruma, dini inanç ve değerlerine saygı gösterme, bakım verme, araştırmalarda etik kurallara uyma ve mahremiyete saygı gösterme gibi sorumlulukları bulunmaktadır (34).

Sonuç

Mahremiyet, insan hayatının her dönemi için

önemli bir değer ve haktır. Ebelik uygulamalarında mahremiyet ve mahremiyete saygı; gerçek anlamda değerini özenli ve bilinçli uygulamalar ile bulacaktır. Ebelik uygulamalarında başta doğum, jinekolojik muayene, tanısal işlemler ve tedavi olmak üzere hizmet verilen bütün bölümlerde, yapılan uygulama ve girişimlerde insan ve üreme hakları içinde temel alınan bir değer olan mahremiyete, saygı gösterilmesine dikkat edilmelidir. Paravan veya perde kullanımına, hasta bilgilerinin paylaşılmasına özen gösterilmeli, konuyla ilgili hizmet içi eğitim programları düzenlenerek bu konudaki farkındalık artırılmalıdır. Ebelerin hasta hakları ve hasta mahremiyeti yönünde hukuki sorumluluklarının neler olduğu ile ilgili gerekli yasal düzenlemelerden haberdar olmaları son derece gerekli ve faydalıdır. Kadın hayatının en mucizevi olaylarından biri olan doğumun, hafızalarda güzel bir hatıra olarak kalması doğum yapan kadının en temel hakkıdır. Bu deneyimin kadın açısından olumlu olmasındaki en önemli etken; ebeinin ilgisi, ortamın konforu, temizliği, insan onuruna saygılı hizmet anlayışının sağlanması ve mahremiyete saygı gösterilmesidir.

Kaynaklar

1. Demirbaş Meydan Ş, Kaya N. Ebelerin profesyonel değerleri ölçeğinin geliştirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2018; 5(2), 129-138.
2. Foster IR., Lasser J. Professional ethics in midwifery practice. Ersoy N., Özcan M., Ergin A, Çev. Mahremiyet ve gizlilik. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık: 2015.p.35-48.
3. Arslan, H., Karahan, N., Çam, Ç. Ebeliğin doğası ve doğum şekli üzerine etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2008; 1(2), 54-58
4. Bekmezci H, Özkan H. Ebelik uygulamalarında mahremiyetin önemi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2015; 2(1), 113-124.
5. Akyüz, E., Erdemir, F. Surgical patients' and nurses' opinions and expectations about privacy in care. *Nursing Ethics* 2013; 20, 660-671.
6. Taşçı, KD. Evaluation of patients to received care after birth from the aspect of patient rights. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007; 10 (3), 26-33.
7. Yüksel, M. Mahremiyet hakkı ve sosyo-tarihsel gelişimi. *AÜSBF Dergisi* 2003;58(1),181-213

8. Woogara, J. (2001). Human rights and patients' privacy in uk hospitals. *Nursing Ethics* 2001; 8,234-246.
9. Türk Dil Kurumu. <http://www.tdk.gov.tr/index>. Erişim tarihi 07.08.2019.
10. İnan, M. Mahremiyet: Kişiye ait özel alan tartışmaları. *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 2008; (18), 203-209.
11. Alan, S., Erbay, H. Tıp etiği açısından ambulans hizmetlerinde hasta mahremiyeti. *Akademik Acil Tıp Dergisi* 2011;33(8), 33-34.
12. Kılınç D. Anayasal bir hak olarak kişisel verilerin korunması. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 2012;61(3),1089-1169.
13. Tanrıverdi, H. Hastaların hasta hakları konusundaki farkındalık düzeylerinin incelenmesi, *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2012; 16(3), 101-122.
14. Taitsman, J.K., Grimm C.M., Agrawal, S. Protecting patient privacy and data security. *The New England Journal Of Medicine* 2013; 368(11), 977-979.
15. Altuner, İ. Hipokrat yemini. *İğdır Üniversitesi. Sosyal Bilimler Dergisi* 2015; 7, 4-5.
16. Arısoy, Y. Sağlık çalışanlarının hukuki sorumlulukları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi* 2009; 2(4), 183-187.
17. Lin, Yk, Lee, Wc, Kuo Lc, Cheng Yc, Lin Cj, Lin Ty. Building an ethical environment improves patient privacy and satisfaction in the crowded emergency department:a quasi-experimental study. *Bmc Medical Ethics* 2013; 14(8), 1-8.
18. Bostan, S. Sağlık çalışanlarının hasta haklarına yönelik tutumlarının araştırılması: farabi hastanesi örneği, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2007; 10(1), 1-18.
19. Karataş, M., Ataç, A., Uçar, M., Kantarcı, NK. HIV pozitif kişilerin eşlerine hastalığı bildirme(me)nin yasal ve etik açıdan değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2010;17(3), 215-222.
20. Küçükgüngör, E. Tıbbi Kayıtlarda Sır Saklama Yükümlülüğü, Ankara Barosu III. Sağlık Hukuku Kurultayı Kitabı. Ankara: Ankara Barosu Yayınları; 2010.s:554-576.
21. Akten, R. Hastanelerde hasta mahremiyetine gösterilen özenin hasta bakış açısıyla değerlendirilmesi: (Antalya örneği). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. 2017.
22. Avaner, E. Mahremiyet nedir? Mahremiyetin sağlık hizmetleri penceresinden görünürlüğü nasıldır? *Gülhane Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve*

Deontoloji A.D. Türkiye Biyoetik Dergisi 2018; 5(3), 110-116.

23. Tataroğlu, M. Mahremiyet Sorunlarının Önlenmesinde Mahremiyet Etki Değerlendirmesi (Med). *Yönetim ve Ekonomi* 2013; 20(1), 263-289

24. Öztürk, H., Bahçecik, N., Özçelik, K.S. The development of the patient privacy scale in nursing. *Nursing Ethics* 2014; 21(7), 812-828.

25. Sert, G. Vakalarla Türkiye’de Üreme Hakları. İstanbul: Turap Tanıtım Yayınları; 2013.s:14-17.

26. Deryal, Y. Hastanın Özel Yaşamına Saygı Hakkının İki Boyutu: Hasta Sırının Korunması ve Beden Mahremiyeti. Ankara: Ankara Barosu Yayınları, 2007. s:71-84.

27. Ersoy, N. Tıp’ta Mahremiyet Kapsamı Ve İstisnaları. Erişim Adresi: Tıp.Kocaeli.Edu.Tr/Docs/.../Tipta_Mahremiyetkapsamı_Ve_İstisnaları. Erişim Tarihi:08.09.2019.

28. Mejer, E. Medical privacy and its value for patients. *Seminars in Oncology Nursing* 2002; 18(2),105-108.

29. Yalçın N, Aştı T. Hemşire-hasta etkileşimi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2011;19, 54-59.

30. Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları İstatistikleri. [Http://Www.Saglik.Gov.Tr/Hastahaklari/Dosya/1-94773/H/2008--Hasta-Haklari-İstatistikleri.Pdf](http://www.Saglik.Gov.Tr/Hastahaklari/Dosya/1-94773/H/2008--Hasta-Haklari-İstatistikleri.Pdf), Erişim Tarihi: 08.09.2019.

31. Özata, M., Özer, K. Sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti konusundaki tutumlarının incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2017;20(1),1-21.

32. Karaarslan, E., Ergin, A.M., Turğut, N., Kılıç, Ö. 2015. https://www.researchgate.net/profile/Enis_Karaarslan/publication/287975276_Elektronik_Saglik_Kayitlarinin_Gizlilik_ve_Mahremiyeti/links/576cc6ff08ae9bd709961314/Elektronik-Saglik-Kayitlarinin-Gizlilik-ve-Mahremiyeti.pdf

33. Sağlık Bakanlığı (2018) Sağlıkta Kalite Standartları. <https://Kalite.Saglik.Gov.Tr/Index.Php-Lang=Tr&Page=46&Newscat=1&NewsId=1248>, Erişim Tarihi: 09.08.2019.

34. Candan, M., Bilgili, N. Hemşire ve ebelerin hasta mahremiyetine ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018; 3(3),34-43.

35. Arslan, E.T., Demir, H. Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine İlişkin Tutumu: Nitel Bir Araştırma. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2017; 17(4),191-220.

36. Odyakmaz, Z. İdare hukuku açısından hasta hakları uygulamaları. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi* 2011; (2),1-56.

37. Aşkar A. Sağlık hizmetlerinde hasta hakları ve Kütahya Devlet Hastanesi örneği. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. 2006.

38. Aydemir İ. Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde hasta hakları uygulamalarının değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi. 2010.

Sosyal Medya Kullanımı: Yeme Bozukluğu Nedeni Olabilir Mi?**The Use of Social Media: Can the Eating Disorder Cause?**Açelya GÜL¹, Elvan Yılmaz AKYÜZ²**ÖZ**

Amaç: Sosyal medya kullanımı özellikle gençler başta olmak üzere tüm yaş gruplarında her geçen gün hızla artmaktadır. Sağlık ve zindelleme ilgili sosyal medya paylaşımları da oldukça popülerdir ve bu nedenle sosyal medyada sağlıkla ilgili birçok içerik üretilmektedir. Bu duruma paralel olarak çok sayıda sağlık tüketicisi sosyal medya kanallarında sağlıkla ilgili bilgi aramaktadır; ancak bu platformlardan elde edilen bilgiler yanıltıcı olabilmektedir. İnternet ve sosyal medya platformlarına erişim kolaylığının artması, yeme bozukluğu olan bireylere duygularını, deneyimlerini ve hastalıkları ilgili bilgileri paylaşmaları için ortam oluşturmaktadır. Yeme bozuklukları, insanların yeme davranışlarında ve buna bağlı düşünce ve duygularında önemli problemlere neden olan psikiyatrik bir hastalıktır. Kadınlarda ve adolesanlardan daha sık görülmektedir. Yeme bozukluğu etiyolojisi çevresel, genetik faktörler gibi otuzdan fazla tanımlanmış risk faktörü içermektedir. Çevresel faktörler arasında ailenin durumu ve kişilerarası ilişkiler, medyaya maruz kalma bulunurken, diğer faktörler arasında diyet ve vücut algısı ile ilgili kültürel vurgular bulunmaktadır. Pro yeme bozukluğu içerikli web siteleri, yeme bozukluğunun sürdürülmesine neden olabilmektedir. Anoreksiya yanlısı web siteleri, düzensiz yemek yemeyi teşvik ederek, anoreksiyi bir moda ya da güzellik algısı olarak görülmesini sağlamaktadır. Ayrıca bu siteler nasıl anoreksik olacağına dair ipuçlarını da paylaşmaktadır. Bu web sitelerine maruz kalma, olumsuz ruh hali ve azaltılmış benlik saygısı, algılanan çekiciliği azaltma ve katı diyet denemeleri gibi olumsuz etkilerle ilişkilendirilmiştir. Bu derlemede sosyal medyanın yeme bozuklukları üzerinde etkilerini gözden geçirmek amaçlanmıştır. Bu derlemede sosyal medyanın yeme bozuklukları üzerine etkilerini ve oluşturduğu potansiyel olumsuzlukları güncel literatür ışığında gözden geçirmek amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, ortoreksiya, sosyal medya, yeme bozukluğu

ABSTRACT

Aim: The use of social media is increasing rapidly with each passing day. Health and fitness related social media content is very popular and many health-related content is produced on social media. In parallel to this situation, many health consumers are looking for health related information in social media channels; however, information from these platforms can be misleading. Increased ease of access to internet and social media platforms provides an environment for individuals with eating disorders to share their feelings, experiences and information about their diseases. Eating disorders is a psychiatric disorder that causes important problems in people's eating behavior and related thoughts and feelings. It is more common in women and adolescents. The etiology of eating disorder includes more than 30 defined risk factors such as environmental and genetic factors. Environmental factors include family status and interpersonal relationships, media exposure, while other factors include cultural emphasis on diet and body perception. Pro eating disorder content websites may cause eating disorder to continue. Because pro-Anorexia websites promote eating irregularly, allowing anorexia to be seen as a fashion or beauty perception. They also share tips on how to become anorexic. Exposure to these websites has been associated with adverse effects such as negative mood and reduced self-esteem, reduced perceived attractiveness, and increased diet in experimental studies. In this review, we aimed to review the effects of social media on eating disorders and its potential negativities with the current literature.

Keywords: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating disorder, orthorexia, social media,

Geliş Tarihi/Received:24-09-2019 /**Kabul Tarihi/Accepted:**13-10-2019 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:** 22-10-2019

¹T.C. Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul, ORCID: 0000-0003-1776-1829, mail: acelya.gul@yeditepe.edu.tr

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul, ORCID: 0000-0002-1878-9412, mail: elvan.yilmazakyuz@sbu.edu.tr

Sorumlu yazar/Correspondence: Dr. Öğr. Üyesi Elvan Yılmaz AKYÜZ, elvan.yilmazakyuz@sbu.edu.tr

Cite this article as: Gül A, Yılmaz Akyüz, E. Sosyal Medya Kullanımı: Yeme Bozukluğu Nedeni Olabilir Mi? J Health Pro Res 2019;1(1): 29-33.

Giriş

Sosyal medya gençler arasında yaygın olarak kullanılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde genç ve yetişkin nüfusun % 90'ı Facebook, %50'den fazlası Instagram ve %33'ü de Twitter kullanmaktadır (1,2). Sağlıkla ilgili bilgi kaynağı olarak gençler sosyal medyaya yönelmektedir. Günümüzde sağlık ve zindelleme ile ilgili sosyal medya içerikleri oldukça yaygın hale gelmekte ve gençlere açık erişim imkanı sunmaktadır. Ayrıca bu siteler oldukça popülerdir ve insanlar arasında etkileşime neden olmaktadır (3).

Youtube ve Vimeo gibi sosyal medya platformlarında içerik üretip paylaşmak her geçen gün yaygınlaşmaktadır. Örneğin, 13 ila 17 yaş arası gençlerin yaklaşık % 26'sı Youtube'da video oluşturup yüklemektedir. Ayrıca her gün kullanıcılar tarafından 4 milyardan fazla sayfa görüntülenmektedir. Bununla birlikte YouTube, yalnızca bir video deposu olarak değil, aynı zamanda kullanıcıların yorumlar ve favorilerle güven oluşturmak için etkileşime girdiği sosyal ağ olarak da Amerikalı ve Avrupalı sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında popülerlik kazanmaktadır (4). Bu platformlarda sağlıkla ilgili birçok içerik üretilmektedir. Bununla birlikte artan sayıda sağlık tüketicisi sosyal medya kanallarında sağlıkla ilgili bilgi aramaktadır (5). Fakat bu platformlardan elde edilen bilgilerin yanıltıcı olduğu durumlar mevcuttur ve bu durum da güven problemi oluşturmaktadır. (4).

Yeme Bozukluğunun Tanımı ve Sıklığı

Yeme bozuklukları, insanların yeme davranışlarında ve buna bağlı düşünce ve duygularında önemli problemlere neden olan psikiyatrik bir hastalıktır. Yeme bozukluğu olan kişiler genellikle yiyeceklerle ve vücut ağırlıkları ile meşgul olmaktadır (6). Yeme bozuklukları, anoreksiya nervosa, bulimia nervosa, tıkanırmasına yeme bozukluğu, pika, ruminasyon, önleyici / kısıtlayıcı gıda alım bozukluğu ve diğer tanımlanmış veya tanımlanmamış yeme bozukluğu olarak ayrılmaktadır (7). Özellikle anoreksiya, bulimia ve tıkanırmasına yeme bozukluğu daha yaygındır (8). Bununla birlikte kadınlarda ve adölesanlarda daha sık görülmektedir (9).

Yeme Bozukluğunun Nedenleri

Yeme bozukluğu etiolojisi çevresel, genetik faktörler gibi otuzdan fazla tanımlanmış risk faktörü içermektedir (10). Çevresel faktörler arasında ailenin durumu ve kişilerarası ilişkiler,

medyaya maruz kalma bulunurken, diğer faktörler arasında diyet ve vücut algısı ile ilgili kültürel vurgular bulunmaktadır (11). Ayrıca mü-kemmeliyetçilik ve olumsuz öz değerlendirme gibi önceden belirlenmiş kişilik özellikleri ve obsesif kompulsif bozukluk gibi psikiyatrik bozukluklar riski arttırmaktadır (10).

Yeme Bozukluğu ve Sosyal Medya

Yeme bozuklukları, morbidite ve mortalite ile ilişkilendirilmektedir. Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından ergen ve yetişkin ruh sağlığı için öncelikli bir alan olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte, internet ve sosyal medya platformlarına erişim kolaylığının artması, yeme bozukluğu olan bireylere duygularını, deneyimlerini ve hastalıkları ilgili bilgileri paylaşmaları için ortam oluşturmaktadır (12). Yeme bozuklukları sayısının 2010-2013 yılları arasında neredeyse iki katına çıktığı ve bu durumun gelişmesinde medya endüstrisinin etkili olduğu belirtilmiştir (13). Medya, yeme bozukluğunun sebeplerinden veya tetikleyicilerinden biri olarak düşünülmektedir. Psikoloji alanındaki araştırmalar kişilerin özgüvenlerinin medya aracılığı ile manipülasyona duyarlı olduğunu göstermektedir. Kadınların medya tarafından erkeklere kıyasla daha kolay manipüle edildiği farz edilse, erkeklerin de özgüvenlerinin sosyal medya ile manipüle edileceği belirtilmiştir (14). Son yıllarda, sosyal medya kullanıcılarını düzensiz yeme davranışlarına teşvik eden içerikler artmaktadır. Bu içeriklere pro yeme bozukluğu veya yeme bozukluğu yanlısı içerikler denmektedir (15). Pro yeme bozukluğu içerikli web siteleri, yeme bozukluğunun sürdürülmesine neden olabilmektedir (16). Örneğin; Anoreksiya Nervosa yanlısı web siteleri, düzensiz yemek yemeyi teşvik ederek, anoreksinin bir moda ya da güzellik algısı olarak görülmesini sağlamaktadır. Ayrıca bu siteler nasıl anoreksik olacağına dair ipuçlarını da paylaşmaktadır (4). Pro-anoreksiya gönderiler, iyileşme isteğinden uzak ve düzensiz yemek yemenin olumsuz bir davranış olarak düşünülmediği, yeme davranışı bozukluğuna katılma arzusunu belirten sosyal medya içerikleridir. (4). Pro anoreksiler açlık üzerinde kendi kendini kontrol etmeye vurgu yapmaktadırlar. Açlık belirtilerini yenmeyi başarı göstergesi olarak değerlendirirler. (17).

Thinspiration olarak tanımlanan zayıf ve fit kalmak isteyen kişilerin, sadece zayıf insanların giydiği kıyafetleri ve yapabileceklerine inan-

dıkları aktiviteleri paylaştıkları siteler kilo vermeyi ve yeme bozukluklarını desteklemektedir (18). Sosyal medyada bireyler sıklıkla *zayıf ve fit kalmak amacıyla ince ve güzel buldukları insanların giydikleri kıyafetleri* inceler veya *bu insanların fotoğraflarını takip eder*. İnce olma ile ilgili etiketlenmiş içerikler hakkında arama yapma özellikle kadın adölesanlarda yaygın görülmektedir. İnternet ortamındaki gerçekçi olmayan incelikteki modeller idealleştirilerek kişilerde olumsuz beden imajı algısının oluşmasına neden olmaktadır. Kullanıcılar, aşırı çıkıntılı köprücük kemiği, kalça kemiği ve kaburga veya uyluk boşlukları sergileyen son derece zayıf kadınların görüntülerini ‘ince olma’ olarak nitelendirmektedir (17). Son dönemlerde yapılan birçok çalışma, anoreksiya nervoza ve diğer yeme bozukluklarına teşvik eden web sitelerinin, kadınların beden imajı algılarını olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (19,20). Bu web sitelerine maruz kalma, olumsuz ruh hali ve azalmış benlik saygısı, algılanan çekicilikte azalma ve katı diyet uygulamaları gibi olumsuz etkilerle ilişkilendirilmiştir (3). Ayrıca yeme bozukluğu olan gençlerin üçte birinden fazlası bu siteleri ziyaret ettiğini, yeni kilo kaybı ve arınma tekniklerini öğrendiğini bildirmiştir (21).

Bazı sağlık ve fitness ile ilgili sosyal medya içerikleri, “fit olmayı teşvik eden görsel paylaşımlar” konu başlıkları, etiketlemeleri ile bireylere, genellikle egzersiz ve diyet yoluyla, sağlık veya fitness hedefine ulaşmaları için ilham vermek amaçlı tasarlanmış mesajları içermektedir (18). Bireysel blog yazıları, hikayeler (örneğin, “öncesi ve sonrası” kilo kaybı resimleri), kişileri motive etmek için tasarlanmış alıntılar, fitness eğitmenlerinin ve spor modellerinin kişisel profillerini kapsayacak şekilde bedenlerinin görüntülerini içeren paylaşımlar sosyal medyada sıklıkla aranan anahtar kelimelerden *fitspiration*’a örnek olarak verilebilmektedir (22). Sağlık ve fitness ile ilgili diğer sosyal medya içerikleri arasında sıkı diyet/ egzersiz planları, kilo kaybı, arınma ve detoks programları da bulunmaktadır. Bu içerikler bazı sosyal medya kullanıcıları tarafından egzersiz özçekimleri, fitness rutinleriyle ilgili durumları ve kullanıcı tarafından istenen veya hazırlanan sağlıklı yiyeceklerin görüntülerini paylaşmak şeklinde olabilmektedir (22). Bu gibi içerikler sosyal medyada, kişilerin beden imajını şekillendirmesinde, bedenlerini başkaları ile kıyaslamasında ve beden imajı ile ilgili kaygıların oluşmasında rol oynayabilmektedir (3).

Günlük 655 milyon kullanıcısı olan Facebook, ince vücut yapısını idealleştirerek yeme bozukluğu gelişmesine neden olabilmektedir. İnsanlar Facebook’ta yaklaşık olarak günde 100 dk zaman harcamaktadır (23). Facebook hesapları olanlar arasında, arkadaş sayısının fazla olması ve sosyal medyada harcanan zamanın artması, olumsuz beden algısının artması ile ilişkilendirilmiştir (24). Smith ve ark. kolejde eğitim gören kadınlarda yanlış Facebook kullanımını ve yeme patolojisindeki değişikliklerini incelediği çalışmada, yanlış Facebook kullanımının daha fazla yeme patolojisi ile ilişkilendirildiği bulunmuştur. Çalışmanın sonucunda Facebook’un olumsuz beden algısı oluşturarak yeme patolojisini etkileyebileceği saptanmıştır (25). Mabe ve ark. yaptığı ilk çalışmada 960 kadın Facebook kullanımı ve düzensiz yemek yeme ile ilgili anketleri cevaplamıştır. İkinci çalışmada ise 84 kadına Facebook kullanması veya 20 dakika boyunca alternatif bir internet sitesi kullanması söylenmiştir. Çalışmanın sonunda Facebook kullanımı, daha fazla düzensiz yeme ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca çalışmada Facebook kullanımının alternatif internet kullanımına kıyasla daha fazla ağırlık kaygısı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (26). Yapılan başka bir çalışmada adölesanların Facebook’ta geçirdikleri zaman ile düzensiz yeme davranışları arasında ilişki saptanmıştır. Facebookta zaman geçiren grup tarafsız bir web sitesini inceleyen kontrol grubuyla karşılaştırıldığında daha fazla şekil ve kilo kaygılarına sahip oldukları bildirilmiştir. Facebook’ta fotoğraf uygulamalarına ayrılan sürenin fazla olması ince yapılı bireylerin daha çekici ve daha yüksek statüde olduğu algısı ile birlikte ince olma arzusunun daha güçlü olması ile ilişkilendirmiştir (27). Diğer bir çalışmada 15- 29 yaş aralığındaki 1001 katılımcıya 112 sorudan oluşan bir anket uygulanmıştır ve sağlık, zindellekle ilgili sosyal medya içeriklerini büyük ölçüde adölesan kadınların kullandığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca yeme bozuklukları olan, detoks veya müşil gibi yanlış uygulamalar yapan bireylerin sağlık ve zindellekle ilgili sosyal medya içeriği kullanma olasılıkları daha yüksek bulunmuştur (3).

Syed-Abdul ve ark. yaptığı çalışmada, 140 Youtube videosu inceleyerek, bunları bilgilendirici, pro anoreksi veya başkaları olarak sınıflandırdı. En çok izlenen 40 video (20 bilgilendirici ve 20 pro anoreksi video) izleyici davranışını ölçmek için değerlendirildi. Çalışmada YouTube’da pro anoreksi videoların yüksek oranda bulunduğunu tespit edilmiştir. Anoreksi ile ilgili

videoların yaklaşık üçte biri, anoreksiya yaşam tarzı olarak tanıtmıştır. Ayrıca anoreksiya yanlısı videoların izleyiciler tarafından bilgilendirici videolardan 3 kat daha fazla tercih edildiği bildirilmiştir. Bununla birlikte bu videoların yorum sayısı bilgilendirici videolara kıyasla 2 kat daha fazla bulunmuştur. Sonuç olarak sosyal medyadaki pro anoreksi içerikler özellikle küçük yaşlardaki bireyler için tehlike oluşturmaktadır. Bunda sağlıklı diyet içerikleri ararken pro anoreksi içerikle karşılaşılmasının etkili olabileceği düşünülmektedir (4). Oksanen ve ark. yaptığı çalışmada, en popüler 50 YouTube pro-anoreksi ve anti-anoreksi kanal kullanıcılarının videoları ve yorumcuları hakkında veri toplamış, 395 anoreksiya videosu ve 12.161 yorum analiz etmiştir. Çalışma sonucunda pro-anoreksiya içeriklerinin YouTube'da yaygın olmasına rağmen, anoreksiya için yardımcı teşvik eden ve pro-anoreksiya topluluklarına karşı çıkan videoların daha popüler olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bu videolar pro-anoreksiya videolarına göre daha olumlu geri bildirimler ve yorumlar aldığı sonucunu göstermiştir (28).

Park ve ark. yaptıkları çalışmada, bir aylık süre içerisinde yeme bozuklukları konusunda konuşmak için popüler bir blog olan Tumblr'da anoreksi ile ilgili içerikler incelenmiştir. Toplanan 35.432 gönderi arasından en fazla yayılan yazılar incelenmiş, bu yazıların mesaj özellikleri kodlanmıştır. Çalışmadaki bulgular anoreksiyaya yönelik pozitif olan mesajların Tumblr'da yayınlanma ihtimalinin daha yüksek olduğunu göstermiştir (29).

Medya baskılarının medya ile bulimik tutum arasındaki ilişkiye aracılık edip etmeyeceğini inceleyen bir çalışmaya 106 kadın üniversite öğrencisi katılmıştır. Bulgular, medyanın iki boyutu (bilgi kaynağı ve içselleştirme) ile bulimik tutum arasındaki ilişkinin algılanan medya baskılarına aracılık ettiğini göstermiştir. Bu bulgular medya baskılarının bulimik tutumlar üzerindeki önemli etkisini vurgulanmıştır (30). Blechert ve ark. yaptığı çalışmanın örneğini 20 bulimia nervozalı ve 22 sağlıklı birey oluşturmaktadır. Katılımcıların göz hareketleri ölçülürken yüksek ve düşük vücut kitle indekslerine sahip bireylerin vücutları ile birlikte katılımcıların kendi vücutlarının dijitalleştirilmiş bir görüntülerini içeren slaytlar izletilmiştir. Çalışmanın sonucunda, bulimik katılımcılar kontrol grubuna kıyasla daha düşük vücut kitle indeksine sahip olan sunum görüntülerine daha çok odaklandığı tespit edilmiştir (31).

Dakanalis ve ark. yaptığı çalışmada, medya-ideal içselleştirme, kendini nesnelleştirme, bedeni ve görünüşü çevreleyen utanç ve kaygı, diyet kısıtlaması ve aşırı yeme (binge eating) arasında nesnelleştirme teorisinde belirtilen doğrudan ve aracılı bağlantıları incelemiştir. 685 adolesandan toplanan veriler, 3 yıl boyunca yılda bir, analiz edilmiştir. Sonuçlar, medya-ideal içselleştirmenin, bir kişinin bedenini dış gözlemcinin bakış açısından (veya kendi kendini nesnelleştirmesi) düşünmesini ve incelemesini öngördüğünü, daha sonra kişinin beden ve görünüşüyle ilgili olumsuz duygusal deneyimlerin olduğunu göstermiştir. Buna karşılık, bu olumsuz duygusal deneyimlerin sonraki diyet kısıtlamasını ve ardından aşırı yemeyi tetiklediği ve yeme bozukluklarının bu temel özelliklerinin her birinin birbirini etkilediği bulunmuştur (32). Turner ve ark. çalışmada, özellikle Instagram ve orthorexia nervosa semptomlarında sosyal medya kullanımı arasındaki bağlantıları incelemiştir. 680 katılımcının sosyal medya kullandıklarını, yeme davranışlarını ve ortoreksiya nervozaya semptomlarını değerlendirmiştir. Çalışmada daha yüksek süre Instagram kullanımının, orthorexia nervozaya eğilim ile ilişkili olduğu, diğer sosyal medya kanallarının bu kadar büyük bir etki oluşturmadığı bulunmuştur. Ayrıca Twitter ile ortoreksiya semptomları arasında zayıf pozitif ilişki bulunmuştur. Bu bulgular, sosyal medyanın psikolojik iyilik hali üzerindeki etkilerini vurgulamakta ve sosyal medya "ünlülere" nin yüz binlerce kişiyi etkileyebileceğini göstermektedir. Ek olarak bu sonuçların yeme bozukluğu gelişimi ve iyileşmesi için de klinik etkileri olabileceği düşünülmektedir (33).

Kaynaklar

- [1] Jindal, P., Narayan, A., Ganesan, S., & MacDermid, J. C. (2016). Muscle strength differences in healthy young adults with and without generalized joint hypermobility: a cross-sectional study. *BMC sports science, medicine and rehabilitation*, 8(1), 12.
- [2] Iatridou, K., Mandalidis, D., Chronopoulos, E., Vagenas, G., & Athanasopoulos, S. (2014). Static and dynamic body balance following provocation of the visual and vestibular systems in females with and without joint hypermobility syndrome. *Journal of bodywork and movement therapies*, 18(2), 159-164.
- [3] Stanley P. Brown, Wayne C. Miller JME. Female-specific issues. In: *exercise physiology: basis of human movement in health and disease*.

Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 405–28.

[4] Schmidt, H., Pedersen, T. L., Junge, T., Engelbert, R., & Juul-Kristensen, B. (2017). Hypermobility in adolescent athletes: pain, functional ability, quality of life, and musculoskeletal injuries. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy*, 47(10), 792-800.

[5] Ambegaonkar, J. P., Cortes, N., Caswell, S. V., Ambegaonkar, J. P., & Wyon, M. (2016). Lower extremity hypermobility, but not core muscle endurance influences balance in female collegiate dancers. *International journal of sports physical therapy*, 11(2), 220.

[6] Sahin, N., Baskent, A., Cakmak, A., Salli, A., Ugurlu, H., & Berker, E. (2008). Evaluation of knee proprioception and effects of proprioception exercise in patients with benign joint hypermobility syndrome. *Rheumatology International*, 28(10), 995-1000.

[7] Scheper, M., de Vries, J., Beelen, A., de Vos, R., Nollet, F., & Engelbert, R. (2014). Generalized joint hypermobility, muscle strength and physical function in healthy adolescents and young adults. *Current rheumatology reviews*, 10(2), 117-125.

[8] Clifton, D. R., Harrison, B. C., Hertel, J., & Hart, J. M. (2013). Relationship between functional assessments and exercise-related changes during static balance. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 27(4), 966-972.

[9] Beydağ Odabaşı, B. (2009). Kas iskelet sistemi problemi olan hastalarda hipermobilité sıklığı ve tespit edilen hipermobil hastalardaki kas iskelet sistemi problemlerinin

dağılımı (Doctoral dissertation, Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi).

[10] Ozcan, A., Donat, H., Gelecek, N., Ozdirenç, M., & Karadibak, D. (2005). The relationship between risk factors for falling and the quality of life in older adults. *BMC Public Health*, 5(1), 90.

[11] Walaszek, R., Chwała, W., Walaszek, K., Burdacki, M., & Błaszczuk, J. (2017). Evaluation of the accuracy of the postural stability measurement with the Y-Balance Test based on the levels of the biomechanical parameters. *Acta of bioengineering and biomechanics*, 19(2).

[12] Hazar, F., & Taşmektepligil, Y. (2008). Puberte öncesi dönemde denge ve esnekliğin çeviklik üzerine etkilerinin incelenmesi. *Spor metre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 6(1), 9-12.

[13] Borghuis J, Hof AL, Lemmink KA The importance of sensory-motor control in providing core stability: implications for measurement and training. *Sports Med*. 2008; 38(11):893-916.

[14] Gordon AT Ambegaonkar JP Caswell SV. Relationships between core strength, hip external rotator muscle strength, and star excursion balance test performance in female lacrosse players. *Int J Sports Phys Ther*. 2013;8(2):97-104.

[15] Ambegaonkar JP Mettinger LM Caswell SV Burt A Cortes N. Relationships between core endurance hip strength, and balance in collegiate female athletes. *Int J Sports Phys Ther*. 2014;9(5):604-616.

Genital Sistem Enfeksiyonlarının Önlenmesi ve Ebelik Yaklaşımları**Prevention of Genital System Infections and Midwifery Approaches**Saadet Yazıcı¹ Ayşe Çuvadar²**ÖZ**

Genital sistem enfeksiyonları kadınların en sık karşılaştıkları jinekolojik sorunlar arasında yer almaktadır. Kadınların polikliniklere daha çok vajinal akıntı ve yanma şikayetleri ile baş vurduğu bilinmektedir. Her ne kadar bu enfeksiyonlar kadının hayatını tehdit etmese de meydana gelen semptomlar oldukça rahatsız edicidir. Kadınların üreme sağlığının iyileştirilmesinde ve genital sistem enfeksiyonlarından korunmada doğru hijyen davranışları kazandırmak önemlidir. Ebeler, kadınlara hijyen alışkanlığı kazandırılmasında etkili olabilecek önemli sağlık profesyonelidir ve bu konuda sorumlulukları büyüktür. Bu bağlamda ele alınan derleme makalede, kadın ürogenital sistem enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik hijyen davranışları ve ebelerin sorumlulukları ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ürogenital, enfeksiyon, genital hijyen, ebe

ABSTRACT

Genital tract infections are among the most common gynecological problems of women. It is known that women mostly complain about complaints of vaginal discharge and burning to polyclinics. These infections don't threaten of potentially the woman's life, but the symptoms are quite disturbing. It is important to gain proper hygiene behaviors in improving reproductive health of women and preventing genital system infections. Midwives are important health professionals who can be effective in gaining hygiene habits for women and they have a great responsibility in this regard. In this review article, hygiene behaviors for prevention of female urogenital system infections and the it discussed responsibilities of midwives.

Keywords: Urogenital, infection, genital hygiene, midwife

Geliş Tarihi/Received:23-06-2019 **Kabul Tarihi/Accepted:**17-10-2019

Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:22-10-2019

¹Prof. Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı, Mail: saadetyazc@yahoo.com

ORCID ID: 0000-0001-6348-0695

²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Koroner Anjiyo Ünitesi Mail: aysecuvadard@hotmail.com,

ORCID ID: 0000-0002-7917-0576

Sorumlu yazar/Correspondence:, Ayşe Çuvadar, aysecuvadard@hotmail.com,

ORCID ID: 0000-0002-7917-0576

Cite this article as: Yazıcı S, Çuvadar A.. Prevention of genital system infections and midwifery approaches. J Health Pro Res 2019;1(1): 34-38.

Giriş

Üreme sisteminin yapısını oluşturan savunma mekanizmalarının mikroorganizmalar tarafından bozulması sonucu üreme sistemi enfeksiyonları (ÜSE) oluşur (1). ÜSE veya genital yol enfeksiyonları (GYE) dış-iç üreme organlarında ortaya çıkabilir (2,3).

Önemli üreme sağlığı sorunu olan genital sistem enfeksiyonları kadınların poliklinik başvuruları arasında en sık karşılaşılan şikayetler arasındadır. Kadınların daha çok vajinal akıntı ve yanma şikayetleri ile kliniklere başvurduğu görülmüştür (4). Bu enfeksiyonlar belirgin semptomlarla kendilerini gösterebildikleri gibi, rutin kontroller sırasında da ortaya çıkabilmektedir (5). Genital enfeksiyonlar potansiyel olarak kadının hayatını tehdit etmese de meydana gelen semptomlar oldukça rahatsız edicidir. (1,2,6).

Vajen Florası

Mikroorganizmaların sebep olduğu hastalıkların saptanabilmesi için normal organizma florasının bilinmesi gerekir. Normal vajina florası yaş, cinsiyet, hormonal durum, sağlıklı yaşam alışkanlıkları gibi fizyolojik, patolojik ve psikolojik durumlara göre değişiklik gösterebilir (1). Aerobik olan vajen florasında ortalama 30 değişik türde mikroorganizma farklı oranlarda ve belli bir denge içinde bulunur (7). Vajen florasında denge bozulduğu zaman patojen bakteriler baskın duruma geçer ve enfeksiyon gelişmesine neden olur. Vajina florasında farklılaşmaya sebep olan endojen ve eksojen etmenler; yaş, hormon düzeyindeki değişiklikler, eksojen hormon takviyesi, menstrual dönem, puberte, gebelik/emzirme dönemi, metabolik hastalıklar, cinsel ilişki şekli ve sıklığı sayılabilir. Bu etkenlere ilaveten antibiyotik / antifungal ilaç kullanımı, kişisel hijyen davranışları (vajinal duş vs.), vajinal duşta kullanılan kimyasallar, spermisitler, yanlış iç çamaşırı seçimi, stresörler, korunma yöntemleri, bağışıklık sistemini baskılayan ajanlar, cerrahi/radyoloji tedavisi gibi etkenler sayılabilir (8).

Vajinal Sekresyon

Vajen mukozası çok katlı yassı epitel hücrelerinden oluşur ve puberte döneminde salınımı artarak üreme çağı boyunca devam eder (2,3,8). Normal bir vajinal sekresyonun çoğunluğu servikal glandlardan oluşur ve buna az miktarda bartolin ve uterin gland sekresyonları da dahil olur (1). Vajen epitelinde glikojen miktarı faz

ladır. Östrojenin etkisiyle epitelde bulunan hücrelerde glikojen sentezleme ve depolama işlemi yapılır. Daha sonra depolanan glikojen vajen florasında bulunan bakteriler aracılığıyla metabolize edilerek laktik asit oluşturur, bunun sonucu olarak da vajen pH' si asidik ortama dönüşür. Laktobasillerin kadınların genital sağlığını korumada ve enfeksiyonların önlenmesinde önemli bir etken olduğu bilinmektedir (8). Üreme çağındaki bir kadının vajen pH'sı 3,8-4,2 arasında olmalıdır (1,7).

Normal vajinal sekresyon kokusuz, sulu, berrak beyaz renkte ve kansızdır (1,2,3). Akıntı çamaşırda sarı veya soluk kahverengi iz bırakabilir ve vulvada tahrişe neden olmaz (1,2). Ayrıca günlük yaşantıda sık ped değişimini gerektirecek şekilde yoğun olmaz yine de menstrual döneme göre farklılık gösterebilir (1).

Vajinal Sekresyonun Değiştiği Durumlar

Vajinal Sekresyonun Arttığı Durumlar; Vajinal sekresyon miktarında ovulasyon ve menstruasyon öncesinde, gebelikte, cinsel ilişki sırasında ve oral kontraseptif kullanımında artış görülür.

Vajinal Sekresyonun Azaldığı Durumlar; Menarştan önce ve menopoz döneminde östrojen seviyesinde ki azalmaya bağlı olarak vajinal sekresyon miktarı azalır. Bu dönemlerde vajina epitelini inceler ve glikojenden fakir duruma gelir (7,8). Östrojen düzeyindeki azalmanın da etkisiyle asidik olan vajen pH' si alkalik yapıda olur ve enfeksiyonlara yatkınlık artar (8).

Vajinal Akıntı Türleri

Anormal vajinal sekresyon yeşilimsi-sarı renkli ve kötü kokuludur. Vajinal sekresyonun kırmızı ya da koyu kahverengi olması kanama ve malignite işareti olabilir. Normal vajinal akıntı, kaşıntı ve tahrişe neden olmaz, trikomonas ve kandida enfeksiyonları kaşıntıya neden olurken diğer patolojik akıntılar vulvada tahrişe neden olmaktadır (1).

Bakteriyel Vajinozis (BV): Anormal vajinal akıntının nedenleri arasında en sık karşılaşılan bakteriyel vajinozistir. Yapılan araştırmalarda gebelerde %10-30, kadın hastalıkları polikliniğine başvuruda bulunan kadınlarda ise %25 oranında olduğu belirtilmiştir (9). Ortaylı ve arka

daşlarının yaptığı çalışmada BV sıklığı pelvik muayene yapılan tüm kadınlar için %12,5 olarak bulunmuştur (10). ABD’de en sık görülen vaginit türü BV’dir (5). Yıllık üç milyon semptomatik olgu ve buna ek olarak üç milyon asemptomatik olgunun olduğu tahmin edilmektedir (10). Tüm vajinal enfeksiyonların %40-50 si BV dir (10,11). Vajinal akıntı daha çok balık kokusunu andırır ve hasta en çok bu durumdan şikayet eder (5). Bakteriyel vajinoziste eş tedavisi gerekli değildir fakat tekrarlayan enfeksiyonlarda eş tedavisi önerilmektedir (9).

Vulvajinal kandidiyazis (VVK): Bakteriyel vajinozisten sonra en sık görülen vaginit etkenidir ve kadınlarda yaşam boyu görülme prevalansı %70-75’tir. Üreme çağındaki kadınların yarısından fazlası hayatları boyunca en az bir kez VVK enfeksiyonu geçirirler (12). Vajinitlerin %20-25’inden sorumludur (13). Klasik olarak peynirimsi ya da süt kesigi şeklinde tarif edilen yoğun kıvamlı kokulu akıntıya kaşıntı ve yanmanın da dahil olduğu klinik tablo söz konusudur (1,13,14). Şikayetler sıcakta ve geceleri özellikle premenstrüasyon dönemlerinde daha belirgindir. Vajen ve vulva hassastır ve vulva cildi incedir (11,14).

Trichomonas Vaginalis: Trichomonas vaginaliste sarı yeşil renkte akıntı, vulvada kaşıntı, vajen ve servikste kırmızı noktalı çileğe benzer görünüm önemli bulguları arasında sayılabilir (1,5,13). Bu hastalıkta parazit kaynağı enfeksiyonlu kadın ve erkeklerdir (5,13). Tedavide kadına partneri ile eş zamanlı ilaç tedavisi verilmeli ve tedavi süresince ilişki yasaklanmalı ya da korunmalı ilişki önerilmelidir (5).

Nonspesifik Vajinalit: Nonspesifik vajinalitte ise Grimsi-beyaz, homojen akıntı mevcuttur. Akıntı miktarı az olmasına karşın balık gibi kötü bir koku mevcuttur (1).

Servisit: Servisit durumunda vajinal akıntı sarı renktedir. Koyu yapışkan akıntı mevcuttur ve servikste erozyon ve ülserasyona neden olabilir (1).

Genital Enfeksiyonları Etkileyen Faktörler
Bütün kadınlar genital enfeksiyon yönünden risk altındadırlar ve bu riski artıran birçok etken bulunmaktadır. Bu faktörler; ırk, düşük sosyoekonomik düzeyde olma, yoğun stres, beslenme bozukluğu, metabolik hastalıklar, sigara ve alkol tüketimi, aşırı doğurganlık, kontraseptifler,

çok eşlilik ve sık cinsel ilişki, kişisel hijyen bozukluğu, lokal allerjenler, vajinal lavaj, dar kıyafetler, kıyafetlerin naylon kumaş içermesi, doğum ve kürtajların sağlıksız koşullarda yapılması (15). Normalde vajenden salgılanan sekresyon vajeni temizleme yeteneğine sahiptir. Fakat kadınların bazıları, belli dönemlerde, gebeliği önlemek, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak vb. gibi durumlar için vajinal duş uygulaması ile sabun, asetik asit, dokunuş ya da diğer dış müdahalelerle vajinanın normal ortamını değiştirmektedir. Kadınların tercih ettikleri uygun olmayan bu yanlış temizlik davranışı ile vajen florası ve pH’da bozulma, vajende kuruluk, aşınma ve erezyonlar meydana gelmektedir. Böylece vajen florasındaki bozulmaya bağlı enfeksiyon riski artmaktadır (16).

Genital Hijyen Uygulamaları ve Ebelik Yaklaşımı

Kadınların üreme sağlığının iyileştirilmesinde ve genital sistem enfeksiyonlarından korunmada doğru hijyen davranışları kazandırmak önemlidir (16,17). Bu konuda birçok çalışma yapılmış ve bu çalışmalar sonucunda kadınların hijyen yetersizliğine bağlı olarak genital ve üriner sistem enfeksiyonlarına yakalanma olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu nedenle kadınlara sağlıklı genital hijyen davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesinin sağlanması gerekmektedir. Ebe ve hemşireler kadınlarda genital sistem enfeksiyonlarını önlemek için, gebelik, doğum, menstrüasyon hijyeni, kontraseptif yöntemler ve kişisel hijyen uygulamalarına ilişkin sürekli sağlık eğitimi vermelidir (17).

Kadınlarda genital hijyen uygulamalarına özellikle dikkat edilmesi gereken dönemler vardır. Bunlar arasında;

Menstruasyon Dönemi: Menstruasyon döneminde hijyen oldukça önemlidir. Bu dönemde kadınlara tek kullanımlık hijyenik pe kullanımı önerilmektedir.

Ped kullanımında dikkat edilmesi gereken noktalar şu şekildedir.

- Ellerin ped değiştirmeden önce sabunla yıkanması,
- Pedin genital bölgeye yerleştirilecek olan bölümüne elle temasdan kaçınılması,
- Günde 6-8 kez ped değiştirilmesi
- Değiştirme işleminin çıkarma işleminin önden arkaya doğru yapılması (temiz ped

önden yerleştirilmeli, kirli ped arkadan çıkarılmalı),

- Pedlerin kapatılarak çöp kutusuna atılması gerekir.

Menstruasyon dönemine ilişkin hijyen alışkanlıkları adölesan dönemde başlaması, sürdürülmesi açısından önemlidir. Bu nedenle ebe/hemşirelerin gençlere doğru hijyen alışkanlıklarını kazandırmaları gerekmektedir. Bu dönemde kadınların vajinal tampon kullanmaktan kaçınmaları gerekmekte ancak kullanımları söz konusu ise sadece gündüz ve hijyen kurallarına uyarak kullanmaları önerilmektedir (1,18).

İç Çamaşırı Seçimi: Kadınların iç çamaşırı seçiminin beyaz renkli ve pamuklu olmasına dikkat etmeleri gerekmektedir. Ayrıca hijyenik açıdan iç çamaşırlarının her gün düzenli olarak değiştirilmesi gerekmektedir. Mikroorganizmaları öldürmek açısından ütülenmesi tavsiye edilen bir davranış şeklidir.

Tuvalet Hijyeni: Kadınların genital bölgelerini temizleme alışkanlıkları oluşabilecek enfeksiyonları önleme açısından oldukça önemlidir. Doğru hijyen davranışı tuvaletten önce ve sonra ellerin su-sabunla yıkanması, taharetlenmenin kirli bölgeden temiz bölgeye doğru yapılması (önce ön sonra arka yıkanır) ve tuvalet kağıdı ile kurulanması şeklinde olmalıdır. Böylece el, vulva ve anal bölge arasında ki enfeksiyon zinciri kırılır. Ayrıca enfeksiyon oluşmuş ise bu enfeksiyonun el ile vücudun diğer bölgelerine yayılımı engellenmiş olur (1).

Banyo Hijyeni: Banyo sırasında vulvayı yıkarken dikkatli olunması gerekmektedir. Vulvada tahrişe neden olmadan vulva kenarında biriken yağlı oluşumlar temizlenmeli ve vajinal deodorant kullanımından kaçınılmalıdır. Havuz ya da denizde yüzdükten sonra hemen duş alınmalı ve kuru, temiz bir mayo giyilmelidir (1). Vajinal duş vajen florasını değiştireceğinden enfeksiyon oluşumuna zemin hazırlar ve bu nedenle önerilmez(16).

Sonuç

Ürogenital sistem enfeksiyonları kadınların en sık karşılaştıkları sorunlar arasında yer almaktadır ve doğru hijyen davranışları ile bu enfeksiyonları önlemek mümkündür. Ebeler, kadınlara hijyen alışkanlığı kazandırılmasında etkili olabilecek önemli sağlık profesyonelidir ve bu konuda sorumlulukları büyüktür. Kadınlara doğru

hijyen davranışları anlatılmalı, yanlış uygulamalar ve enfeksiyonlara neden olabileceği konusunda bilgilendirilmeli, tedavisi süresince cinsel ilişkiden kaçınmaları gerektiği konusunda uyarılmaları, yeterli sıvı alımı, sağlıklı beslenme ve istirahatın önemi vurgulanmalıdır.

Kaynakça

1. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, VIII. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara; 2002.
2. Özgüvenen TF. Vajinit, Servisit, Pelvik İnflamatuvar Hastalık, Tuboovariyan Apse. T Klin J Gynecol Obst, 2001; 11.
3. Şirin A, Kavlak O. Kadın Sağlığı, Bedray Basın Yayıncılık LTD.ŞTİ., İstanbul, 2008.
4. Bezircioğlu İ, Öniş A. Vajinal Akıntı Yakınması İle Başvuran Hastaların Akıntı Örneklerinin Direkt Mikroskopik Değerlendirilmesi. Sted, 2004;13(11), 422-425.
5. Balcı O, Çapar M. Vajinal Enfeksiyonlar. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, 2005; 2(5), 14-20.
6. Younes JA, Reid G, Van der Mei, HC, Busscher HJ. Lactobacilli Require Physical Contact to Reduce Staphylococcal TSST-1 Secretion and Vaginal Epithelial Inflammatory Response. Pathogens and Disease Advance Access, 2016; 2-31.
7. Acarken T. Vajinal Flora Bozukluğu ve Vajinit. Journal of Complementary Medicine, Regulation and Neural Therapy , 2016; 10(2), 8-12.
8. Uslu YH, Cevrioğlu AS. Kadın Üreme Sistemi Mikrobiyotası. J Biotechnol and Strategic Health Res. 1 (Special issue), 2017; 95-103.
9. Bakteriyel Vajinozis TTB. http://www.ttb.org.tr/sted/sted1002/bakteriyel_vajinozis.pdf Erişim Tarihi: 10.05.2019.
10. Ortaylı N, Amca B, Say L, Özgür S, Nalbant H. Bakteriyel Vajinoz Sıklığı ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. T Klin Jinekolo Obst, 2000; 10, 57-62.
11. Fernandez, LS, Molowny SS, Abarquero MMC, Fernandez ML. Bartolinitis por Streptococcus pneumoniae. Rev Esp Quimioter, 2017; 30(6), 476-477.
12. Bengi AM, Mevsim V, Yıldırım E. Vulvovajinal kandidiyazis tanısına sendromik yaklaşım. Türk Aile Hekimleri Dergisi, 2014; 18(4), 175-188.

13. Tabak F. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar. Akılcı Antibiyotik Kullanımı ve Erişkinde Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlar Sempozyum Dizisi, 2002; 31, 233-242.
14. Şatıroğlu H, Aydınuraz B. Vajinal Kandidiyazis. İç Hastalıkları Dergisi, 2007; 14(3), 168-170.
15. Apay ES, Özdemir F, Nazik E, Potur CD, Hadımlı A, Tanrıverdi D, ve ark. Yedi Farklı İldeki Kadınların Genital Hijyen Davranışlarının Belirlenmesi: Çok Merkezli Kesitsel Bir Çalışma. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014; 17(4), 245-52.
16. Kasaro MP, Husnik MJ, Chi BH, Reid C, Magure T, Mekanani B, et al. Impact of Targeted Counseling Onreported Vaginal Hygiene Practices and Bacterial Vaginosis: The HIV Prevention Trials Network 035 Study. Int J STD AIDS OnlineFirst,2016; 0(0), 1-9. doi:10.1177/0956462416653001.
17. Ünsal A, Özyazıcıoğlu N, Sezgin S. Doğu Karadenizdeki Bir Belde ve Ona Bağlı Dokuz Köyde Yaşayan Bireylerin Genital Hijyen Davranışları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010; 13(2), 12-19.
18. Arslan Öİ, Kulakaç Ö. Kadın Mahkumlarda Genital Hijyen Davranışları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011; 14(2), 31-38.

Sirkadiyen Ritim ile Yeme Zamanı İlişkisi**The Relationship between Circadian Rhythm and Timing of Food Intake**Aysun YÜKSEL¹**ÖZ**

Dünyadaki yaşam, hayat şartlarındaki günlük döngüsel değişikliklerle devam etmektedir. Bitkiler gündüz fotosentez yaparken, bazı hayvanlar gün aydınlığında uyurlar. Birçok canlı organizma, etkinliklerin uygun zamanlarda ifade edilmesini sağlayan sirkadiyen saatler adı verilen 24 saatlik içsel döngüler geliştirmiştir. Diurnal canlı olan insanlar da geceleri uyur, gündüzleri beslenirler. Ancak beslenme sorunlarının son yıllarda artması besin alımının sadece aydınlık-karanlık döngüsünün ötesinde olduğunu göstermektedir. Yapılan birçok çalışmada, insan sirkadiyen sisteminin davranışsal faktörlerinden bağımsız olarak beslenme zamanını düzenlediğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Beslenme, öğün zamanı, sirkadiyen ritim, yeme zamanı

ABSTRACT

Life in the world continues with daily cyclic changes in living conditions. During the day, while plants do photosynthesis some animals sleep. Many living organisms have developed 24-hour internal cycles, called circadian clocks, that enable events to be expressed at appropriate times. People who live diurnal sleep at night and feed during the day. However, increasing nutritional problems in recent years show that food intake is beyond the light-dark cycle. Many studies show that the human circadian system regulates feeding time independently of behavioral factors.

Keywords: Circadian rhythm, meal time, nutrition, timing of food intake

Geliş Tarihi/Recieved:09-10-2019 / **Kabul Tarihi/Accepted:**17-10-2019

Çevrimiçi Yayın Tarihi/Avialible Online Date: 22-10-2019

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü Tıbbiye Caddesi No: 38 Üsküdar ORCID: 0000-0002-6580-0207, mail: aysun.yuksel@sbu.edu.tr

Sorumlu yazar/Correspondence: Dr. Öğr. Üyesi Aysun YÜKSEL, aysun.yuksel@sbu.edu.tr

Cite this article as: Yüksel A. The Relationship Between Circadian Rhythm and Timing of Food Intake. J Health Pro Res 2019;1(1): 1-4.

Giriş

Sirkadiyen sistem, günlük sirkadiyen ritimler ile metabolizmayı, fizyolojik reaksiyonları ve davranışları düzenler. Sirkadiyen ritimler kendilerini yaklaşık her 24 saatte tekrar eden periyodik kalıplardır (1). Bununla birlikte, günlük ritimlerden farklı olarak, sirkadiyen ritimler organizma içerisinde endojen olarak üretilir ve dış zaman işaretleri olmasa bile kendilerini devam ettirebilirler (2). “Ana saat” olarak bilinen hipotalamustaki Suprakiazmatik Nükleus Çekirdeği (SCN), vücudu ışık döngüsüne veya güneşe göre senkronize eder ve bunun için öncelikle aydınlık/karanlık döngüsünü kullanırlar. SCN’ a ek olarak, hemen hemen tüm doku ve organlarda bulunan periferik saat genleri fizyolojik fonksiyonların zamanlamasını ayarlamaktadır. Beslenme ve fiziksel aktivite dahil olmak üzere diğer dış etkenler periferik saatlerin zamanlamasını etkileyebilmektedir (1, 2). Belirlenen periferik saat genlerinin bazıları sindirim, besin alımı ve metabolizması, hormonal ve metabolik regülasyonu, iştah, yeme davranışı ve fiziksel aktivite zamanlamasını kontrol etmektedir. Sirkadiyen ritimlerden etkilenen postprandiyal tepkiler belirlenmiş ve bunlara ek olarak, gıda alımının kendisinin, karaciğer, bağırsaklar ve adipoz dokusu gibi dokularda sirkadiyen saatleri etkileyerek hem gen ekspresyonunu hem de fizyolojik fonksiyonları modüle ettiği bulunmuştur (3). Bütün bu etkiler düşünüldüğünde yeme zamanlamasının sirkadiyen ritimlere önemli bir etkisi olduğu düşünülebilir. Bu etkileşimin anlaşılması ile beslenme düzeni oluşturmada, obezite ve diyabet gibi hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde etkili olunabilir.

Sirkadiyen Ritim ve Yeme Zamanı

Sirkadiyen sistem merkezi ve karaciğer, pankreas gastrointestinal sistem, iskelet kası ve yağ dokusu dahil olmak üzere vücudun hemen hemen tüm diğer dokularında bulunan bir dizi periferik saatlerden oluşmaktadır. Merkezi saatin, yayılabilir faktörler (öncelikle kortizol ve melatonin) ve sinaptik projeksiyonlar (otonom sinir sistemi de dahil olmak üzere) aracılığıyla metabolizmayı düzenlediği düşünülmektedir (4). Periferik dokular, bu sinyalleri merkezi saatteki çevresel ve davranışsal faktörlerle (ışık, uyku, fiziksel aktivite ve beslenme dahil) ve metabolizmayı

ritmik bir şekilde düzenlemek için kendi özerk ritimleriyle bütünleştirirler (5). Her sirkadiyen ritmin zamanlaması (fazı) sürüklenme olarak bilinen bir süreçte dış faktörlerle belirlenir. Merkezi saatin ritmi esas olarak ışıktan etkilenirken, periferik dokulardaki ritimler merkezi saatten gelen girdilerin, dış faktörlerin (ışık, fiziksel aktivite, beslenme ve uyku dahil) ve metabolitlerin dahil edilmesiyle oluşur. Son zamanlarda, gıda alımının zamanlaması, çevresel saatlerin evrelerini belirleyen temel seçmenlerden ya da dış etkenlerden biri olarak ortaya çıkmıştır (6). Periferik saatler, glukoz ve lipid homeostazı, hormonal sekresyon, ksenobiyotikler, immün yanıt ve sindirim sistemi gibi lokal fizyolojik süreçleri kontrol etmektedir (7). Merkezi saatin, periferik saatleri nöronal ve humoral sinyallerle organize ettiği ve saatler arasındaki zaman uyumsuzluğunun metabolik bozukluk, kanser ve psikiyatrik bozukluklar gibi öngörülemeyen koşulların gelişmesine yol açtığına inanılmaktadır (8).

Ne zaman yemek yiyeceğine dair tartışma insanlık tarihinden beri süregelmektedir. Eski Yunanlılar üç ila dört öğün tüketmiş, kahvaltı ve akşam yemeğini en önemli öğün olarak kabul etmişlerdir. Roma döneminde, kahvaltı şafakta tüketilirken, özellikle üst sınıfları arasında günün ilerleyen saatlerinde yemeye daha fazla önem verilmiştir. Buna karşılık, daha yoksul sosyal sınıflar yemeklerini, çalışma koşullarına bağlı olarak yemişlerdir. İslam dünyasında, öğün zamanlaması da genellikle karanlık ışık döngüsü tarafından belirlenmiştir. Güneş doğmadan önce bir öğün tüketmek (sahur), insan vücudunu hızlandırmak ve iyileştirmek için hazırlayan dini bir olay olarak kabul edilmiştir. Buna göre, ünlü hekim Avicenna, gün doğmadan önce alınan ve akşam saatlerinde alınan ikinci günde bir öğün yemeyi önermiştir. Endülüs'ün eski doktorları, bireyin doğasına ve sağlık durumlarına bağlı olarak günde 6-12 saat arayla günde iki ila üç öğün tüketmenin önemine inanmıştır. Bununla birlikte, orta çağda, Avrupa'da sabah yemek günahkâr bir davranış olarak görülmüştür ve bu dönemde doktorlar sağlığa çok zararlı olduğunu düşünüldükleri için kahvaltı yapmaya karşı durmuşlardır. 16. yüzyılın sonlarına doğru, kahvaltının vazgeçilmez bir yemek olduğu kabul edilmiş ve “Kahvaltıyı kendin ye, öğle

yemeğini arkadaşınla paylaş ve akşam yemeğini düşmanına ver” ve 'Kral gibi kahvaltı, prens gibi öğle yemeği ve bir fakir gibi akşam yemeği ye' gibi atasözleri diye getirilmiştir (9).

Besin Alım Zamanlamasının Metabolik Etkileri ve Potansiyel Mekanizmaları

Sirkadiyen saatlerin ve enerji metabolizmasının karşılıklı etkileri, beslenme zamanının metabolizmayı kritik derecede etkilediğini göstermektedir. Yüksek yağlı diyetler, obeziteye neden olmakta ve metabolik hastalıklar için riski arttırmaktadır. Bununla birlikte, kalorik redüksiyon olmadan yüksek yağlı bir diyetle zaman kısıtlı beslenmenin, obezite ve metabolik hastalıkları baskıladığı yönünde çalışmalar artmaktadır. Çok eski yıllarda kalan bu beslenme tarzının olumlu etkisinin muhtemelen sirkadiyen saatlerin ince ayarlarından kaynaklandığı savunulmaktadır (1). Birçok kanıt, beslenme zamanının obezite ve metabolik durumu etkilediği fikrini desteklemektedir. Yapılan bir çalışmada, 12 saatlik sirkadiyen ışık fazı veya 12 saat sirkadiyen karanlık fazı sırasında yüksek yağlı bir diyetle beslenen farelerin vücut ağırlıkları, besin alımı ve lokomotor aktivitesi 6 hafta boyunca ölçülmüştür. Sadece 12 saatlik ışık fazında yüksek yağlı bir diyetle beslenen farelerin, sadece 12 saatlik karanlık fazda aynı diyetle besleyen farelerden önemli ölçüde daha fazla kilo aldıklarını ortaya koymuştur (10). Bariatrik cerrahi geçiren 270 hastanın 6 yıllık takibinde, vücut ağırlığı kaybı gelişiminde beslenme zamanlamasının rolünü değerlendirmek için yapılan bir çalışmada; katılımcılar ana yemeğin zamanlamasına göre (saat 15:00'den önce veya sonra) erken yiyciler ve geç yiyciler olarak sınıflandırılmış ve gıda alım zamanlamasının ağırlık kontrolünde önemli olduğunu ve doğru zamanda yemek yemenin, bariatrik cerrahi sonrası bile ağırlık kaybı tedavisinde dikkate alınması gereken önemli bir faktör olabileceğini göstermektedir (11). Öğünlerde 5 saatlik bir gecikmenin insan ana saatin belirteçleri ve çoklu çevresel sirkadiyen ritimleri üzerindeki etkisini araştırılan bir çalışmada, 10 sağlıklı genç erkeğe 13 günlük bir laboratuvar protokolü uygulanmıştır. Üç öğün (kahvaltı, öğle yemeği, akşam yemeği) 5 saatlik aralıklarla, 0.5 (erken) veya 5,5 (geç) saat sonra uyanmadan sonra verilmiştir. Katılımcılar erken öğünlere

alıştıktan sonra 6 gün geç öğüne geçilmiştir. Sabit rutinlerde, öğün zamanlaması subjektif açlık ve uykululuk ritimlerini, ana saat belirteçlerini (plazma melatonin ve kortizol), plazma trigliseritlerini veya tam kanda saat geni ekspresyonunu etkilememiştir. Ancak geç öğünlerin ardından, plazma glukoz ritimleri $5,69 \pm 1,29$ saat gecikmiş ve ortalama glukoz konsantrasyonu $0,27 \pm 0,05$ mM düşmüştür. Yağ dokusunda, PER2 mRNA ritimleri $0,97 \pm 0,29$ saat gecikmiştir (12). Bu nedenle zamanlanmış yemekler, insanlarda periferik sirkadiyen ritimlerin senkronize edilmesinde rol oynayabilir ve sirkadiyen ritim bozukluğu olan hastalar, vardiyalı çalışanlar ve transmeridyen gezginler için beslenme planlamada öncelikli olarak dikkate alınabilir. Yemek zamanlamasındaki değişikliklerin enerji harcaması, glukoz toleransı ve sirkadiyen ritim ile ilgili değişkenler üzerindeki etkilerini araştıran ve 32 kadın ile randomize, çapraz protokolü tamamlamış bir çalışmada; katılımcılara iki hafta boyunca standart yemekler sunulmuş (kahvaltı, öğle ve akşam yemeği) ve zaman ayarlaması yapılmıştır. Erken Yeme (EE; 13:00 öğle yemeği) ve Geç Yeme (LE; öğle yemeği 16:30). Geç yemek yeme, dinlenme enerjisinin azalması, aç karnına karbonhidrat oksidasyonunun azalması, glikoz toleransının azalması, serbest kortizol konsantrasyonlarında körleşmiş günlük profil ve yemeğin termal etkisinin azalması ile ilişkili bulunmuştur (13). Yemek zamanlaması metabolik sağlık üzerinde farklı etkilerine neden olduğu görülmüştür.

Beslenme düzeninin metabolik sağlık üzerindeki önemi düşünüldüğünde göz önünde bulundurulması gereken birkaç mekanizma vardır. Birincisi, sirkadiyen ritimlerdeki değişiklikler ana saat genleri (Bmal-1, Clock, Per1 / 2, Cry1 / 2) ile besinlerin sindirimi ve emilimi ayrıca enerji metabolizmasını etkilemektedir. İkincisi, öğün zamanlaması saat sisteminin çıktısını etkilemektedir; örneğin, kahvaltının atlanması obezite riskini artırırken, düzenli yemek, obezite riskini azaltma ile ilişkilidir. Glikoz, etanol, kafein, tiamin ve retinoik asit gibi spesifik besinlerin sirkadiyen ritimlerde faz geçişi (yani ilerletmek veya geciktirmek) olabileceğine dair bazı kanıtlar elde edilmiştir. Üçüncüsü uyku, iç vücut saatimizin önemli bir belirleyici faktörüdür ve gıda alımı yoluyla etkilere aracılık edebilir.

Azalmış uyku, artan gıda alımı, düşük beslenme kalitesi ve aşırı vücut ağırlığı ile ilişkilidir ve ayrıca CVD, diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıkların daha yüksek riskleri ile ilişkilidir (14).

Kahvaltı

Kahvaltı, günün en önemli öğünü olarak kabul edilir, ancak bu ifade çok tartışmaya açıktır. Kahvaltı tüketmek günün geri kalanında diyet kalitesi, sağlık, bilişsel ve akademik performans üzerinde yararlı etkilere sahip olduğu düşünülmektedir. Ancak kahvaltı, özellikle ergenler tarafından en çok atlanan öğündür (15). Kahvaltının atlanması sadece bilişsel ve akademik performansı etkilemekle kalmaz, aynı zamanda metabolik sağlığı da etkiler, yani insülin duyarlılığı için zararlı olması muhtemeldir ve ağırlık durumunu etkileyebilir (16). Szajewska ve Ruszczyński tarafından 2010 yılında, 57 481 çocukta yapılan on altı çalışmanın sistematik bir incelemesinde (17); kahvaltıyı atlayan çocukların Beden Kütle İndeksi (BKİ)'nin daha fazla kilolu ya da obez olma riskini arttırdığını belirlemişlerdir. Timlin ve Pereira tarafından 2008 yılında yapılan dört randomize kontrollü çalışmayı içeren bir incelemede (18); düzenli yemek tüketiminin, doymuşluk ve azalan enerji alımını da içeren enerji dengesi ve metabolizmasında yer alan mekanizmalar yoluyla obezite ve kronik hastalık riskini potansiyel olarak azaltabileceğini gösterilmiştir. St-Onge ve ark. 2017'den itibaren yemek zamanlaması ve sıklığı ile kardiyovasküler hastalık (KVH) önleme konusundaki etkileri epidemiyolojik ve klinik müdahale verilerine dayanarak günlük kahvaltı tüketiminin glikoz ve insülin metabolizması ile ilgili olumsuz etki riskini azaltabileceği sonucuna varmıştır (19). Kahvaltı atlama, BKİ ve enerji alım zamanı arasındaki ilişki 44-56 aylık çocuklarda, Quebec'teki Boylamsal Çocuk Gelişimi Çalışması'nda da incelenmiştir. Kahvaltı atlama, haftada 7 günden az bir sürede kahvaltı yapmak olarak tanımlanmıştır. Kahvaltıdaki enerji ve makro besin alımı, sabah atıştırması, öğle yemeği, öğleden sonra atıştırması, akşam yemeği ve akşam atıştırması çeşitleri, 24 saatlik bir hatırlama kullanılarak değerlendirildiği gibi, kahvaltı atlayıcıları ve atlamayanlar arasında karşılaştırılmış. Genel olarak, kahvaltıyı atlayanların kahvaltıda ve gün içerisinde enerji

alımının düşük olduğu, öğle yemeğinde, öğleden sonra atıştırma zamanlarında ve akşam atıştırma zamanlarında daha yüksek enerji alımına sahip olduğu bulunmuştur. Kahvaltıyı atlayanların ana öğünden daha az enerji aldığını ve öğün aralarından daha fazla enerji aldığını bildirmiştir. Ayrıca, kahvaltıyı atlamamanın fazla kilo/obezite ve akşam yemeğinde daha yüksek enerji ve karbonhidrat alımı ile ilişkili bulunmuştur (20).

Günün Son Öğünü: Gece Yeme

Günün erken saatlerinde yeme spektrumunun diğer ucunda gece geç saatlerde tüketilmektedir. Akşam yemeğinden sonra yiyecek alımının en az %25'i veya haftada en az iki gece yemek tüketildiği gece yeme sendromu, ilk olarak 1955'te tanımlanmıştır. Avrupa ve Amerika çalışmalarından elde edilen kanıtlar, gece yeme sendromunun şiddetli obeziteye sahip popülasyonlarda güçlü bir özellik taşıdığını göstermektedir (10). Besin tüketim zamanlaması ile endojen sirkadiyen zamanı, besin alım içeriği ve vücut kompozisyonu arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada, katılımcıların düzenli günlük rutinleri sırasında art arda 7 gün boyunca tüm yiyecek alımları kaydedilmiş ve melatonin salınımının zamanlaması değerlendirilmiştir. Yüksek vücut yağı olan bireyler, enerjinin çoğunu, biyolojik gecenin başlangıcı olan melatonin başlangıcına 1,1 saat kadar daha yakın bir zamanda tüketmişlerdir. Sirkadiyen akşam ve/veya gece boyunca gıda tüketiminin miktarı veya içeriği gibi faktörlerden bağımsız olarak gıda tüketiminin vücut kompozisyonunda önemli bir rol oynadığını gösterilmiştir (21).

Sonuç

Yeme zamanlamasının ağırlık kaybı, enerji dengesi ve metabolik sağlık üzerinde klinik olarak anlamlı bir etkisi olduğuna dair kanıtlar vardır. Bununla birlikte, yemek zamanına bağlı enerji harcamasına katkıda bulunan temel mekanizmalar henüz net değildir ayrıca günlük enerji harcaması ile günlük ritimler arasındaki ilişkiler de netleşmemiştir. Hayvan modelleri bu araştırma alanını anlamamızı sağlamak için önemini korumakta ve sirkadiyen ritimlerin insan fizyolojisindeki davranışsal faktörlerden ayırmak için karmaşık protokollerin nasıl kullanılabileceğini gösterebilmektedir. Yemek zamanının, yaşam boyu ve dünyadaki farklı

popülasyonlardaki etkilerini incelemek, günümüz beslenme sorunlarının altında yatan mekanizmalara ışık tutabilir. Sonuç olarak, bugüne kadarki kanıtlar, beslenme zamanının yalnızca genel popülasyonun metabolik sağlığını arttırmak için değil aynı zamanda belirli popülasyon gruplarının (örneğin vardiya çalışanları) sağlığına ve belirli metabolik hastalıkların tedavisine de fayda sağlamak için önemli bir araç olabileceğini göstermiştir. Bütün bu durumlar göz önüne alındığında yeme zamanı ve sirkadiyen ritimlerin insan sağlığı ve hastalıklarının önlenmesi için önemli olduğu düşünülebilir. Bu konunun altında yatan mekanizmaların açığa çıkması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Bu araştırmalarla birlikte halk sağlığı için daha uygun yeme düzenleri oluşturulabilir. Aynı zamanda obezite ve diyabet gibi hastalıklar için daha iyi beslenme kalıpları ortaya konabilir.

Kaynaklar

- Oike H, Oishi K, Kobori M. Nutrients, clock genes, and chrononutrition. *Current nutrition reports*. 2014;3(3):204-12.
- Poggiogalle E, Jamshed H, Peterson CM. Circadian regulation of glucose, lipid, and energy metabolism in humans. *Metabolism*. 2018;84:11-27.
- Ruddick-Collins L, Johnston J, Morgan P, Johnstone A. The Big Breakfast Study: Chrono-nutrition influence on energy expenditure and bodyweight. *Nutrition bulletin*. 2018;43(2):174-83.
- Mohawk JA, Green CB, Takahashi JS. Central and peripheral circadian clocks in mammals. *Annual review of neuroscience*. 2012;35:445-62.
- Partch CL, Green CB, Takahashi JS. Molecular architecture of the mammalian circadian clock. *Trends in cell biology*. 2014;24(2):90-9.
- Johnston JD, Ordovás JM, Scheer FA, Turek FW. Circadian rhythms, metabolism, and chrononutrition in rodents and humans. *Advances in nutrition*. 2016;7(2):399-406.
- Tahara Y, Shibata S. Chronobiology and nutrition. *Neuroscience*. 2013;253:78-88.
- Albrecht U. Timing to perfection: the biology of central and peripheral circadian clocks. *Neuron*. 2012;74(2):246-60.
- Almoosawi S, Vingeliene S, Karagounis L, Pot G. Chrono-nutrition: a review of current evidence from observational studies on global trends in time-of-day of energy intake and its association with obesity. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2016;75(4):487-500.
- Arble DM, Bass J, Laposky AD, Vitaterna MH, Turek FW. Circadian timing of food intake contributes to weight gain. *Obesity*. 2009;17(11):2100-2.
- Ruiz-Lozano T, Vidal J, De Hollanda A, Scheer F, Garaulet M, Izquierdo-Pulido M. Timing of food intake is associated with weight loss evolution in severe obese patients after bariatric surgery. *Clinical nutrition*. 2016;35(6):1308-14.
- Wehrens SM, Christou S, Isherwood C, Middleton B, Gibbs MA, Archer SN, et al. Meal timing regulates the human circadian system. *Current Biology*. 2017;27(12):1768-75. e3.
- Bandin C, Scheer F, Luque A, Avila-Gandia V, Zamora S, Madrid J, et al. Meal timing affects glucose tolerance, substrate oxidation and circadian-related variables: a randomized, crossover trial. *International journal of obesity*. 2015;39(5):828.
- Pot GK. Sleep and dietary habits in the urban environment: the role of chrononutrition. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2018;77(3):189-98.
- Adolphus K, Lawton CL, Champ CL, Dye L. The effects of breakfast and breakfast composition on cognition in children and adolescents: a systematic review. *Advances in Nutrition*. 2016;7(3):590S-612S.
- Maki KC, Phillips-Eakley AK, Smith KN. The effects of breakfast consumption and composition on metabolic wellness with a focus on carbohydrate metabolism. *Advances in nutrition*. 2016;7(3):613S-21S.
- Szajewska H, Ruszczyński M. Systematic review demonstrating that breakfast consumption influences body weight outcomes in children and adolescents in Europe. *Critical reviews in food science and nutrition*. 2010;50(2):113-9.
- Timlin MT, Pereira MA. Breakfast frequency and quality in the etiology of adult obesity and chronic diseases. *Nutrition reviews*. 2007;65(6):268-81.

19. St-Onge M-P, Ard J, Baskin ML, Chiuve SE, Johnson HM, Kris-Etherton P, et al. Meal timing and frequency: implications for cardiovascular disease prevention: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2017;135(9):e96-e121.
20. Dubois L, Girard M, Kent MP, Farmer A, Tatone-Tokuda F. Breakfast skipping is associated with differences in meal patterns, macronutrient intakes and overweight among pre-school children. *Public health nutrition*. 2009;12(1):19-28.
21. McHill AW, Phillips AJ, Czeisler CA, Keating L, Yee K, Barger LK, et al. Later circadian timing of food intake is associated with increased body fat. *The American journal of clinical nutrition*. 2017;106(5):1213-9.