



ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DERGİSİ

**JOURNAL OF ADNAN MENDERES
UNIVERSITY HEALTH SCIENCES FACULTY**

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DERGİSİ

Sahibi

Prof. Dr. Osman Selçuk ALDEMİR
Rektör

Danışma Kurulu Onursal Başkanı

Prof. Dr. Aslıhan Büyüköztük Karul
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı

Editörler

Doç. Dr. Serdal Ögüt
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Beslenme ve Diyetetik Bölümü
E-mail:
serdal.ogut@adu.edu.tr

Prof. Dr. Ayden Çoban
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
E-mail: ayden.coban@adu.edu.tr

Prof. Dr. Ayten Taşpınar
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
E-mail: aytaspınar@yahoo.com

Dr. Öğr. Üyesi Gürkan Günaydın
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü
E-mail:
gunaydingrkn@gmail.com

Yayın Yeri ve Adresi
Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi, Aydın, Türkiye
Tel: 02562138755



Alan Editörleri

Hemşirelik Bilimleri Alan Editörleri

Doç. Dr. Yıldız Denat Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Aynur Çetinkaya Manisa Celal Bayar Üniversitesi

Ebelik Anabilim Dalı Alan Editörleri

Prof. Dr. Şükran Özkahraman Koç Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Deniz Batman Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Alan Editörleri

Prof. Dr. Gamze Akbulut Gazi Üniversitesi
Doç. Dr. Özge Küçükler Dönmez Ege Üniversitesi

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Alan Editörü

Doç. Dr. Zeynep Hazar Kanık Gazi Üniversitesi

Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı Alan Editörü

Doç. Dr. Tuğba Karaaslan İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Yabancı Dil Alan Editörü

Doç. Dr. Faruk Kalay Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Yayın Kurulu

Prof. Dr. Zekiye Karaçam Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Prof. Dr. Nebahat Özerdoğan Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Prof. Dr. Gülçin Bozkurt İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Prof. Dr. Sema Yılmaz Konya Selçuk Üniversitesi
Prof. Dr. Seyit Çıtaker Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Abdullah Olgun Altınbaş Üniversitesi
Doç. Dr. Rahşan Akyıl Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Doç. Dr. Ayten Dinç Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Doç. Dr. Hava Özkan Atatürk Üniversitesi
Doç. Dr. Nurgül Tavşanlı Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Doç. Dr. Sevgi Nehir Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Doç. Dr. Gülşah Gürol Arslan Dokuz Eylül Üniversitesi
Doç. Dr. Hanife Özçelik Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi
Dr. Öğretim Üyesi Elem Kocaçal Güler İzmir Demokrasi Üniversitesi
Dr. Öğretim Üyesi Ummahan Yücel Ege Üniversitesi
Dr. Öğretim Üyesi Aytül Hadımlı Ege Üniversitesi
Dr. Öğretim Üyesi Nursen Bolsoy Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Dr. Öğretim Üyesi Mümin Polat Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

Mizanpaj Editörü

Arş. Gör. Fettah SAYGILI
Arş. Gör. Melike HAZIR
Arş. Gör. Dr. Sercan AYKAR
Arş. Gör. Damla KIZILCA ÇAKALOZ
Arş. Gör. Ayçıl ÖZTURAN ŞİRİN

Yazı İşleri

Arş. Gör. Pelin ATALAN
Arş. Gör. Burcu DENİZ GÜNEŞ

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi online olarak yayınlanan (e-ISSN:2587-2427), çift kör hakemli bir dergidir. Dergimiz yayın hayatına 2017 yılında başlamış olup yılda üç sayı olarak (Ocak, Mayıs, Eylül) yayın hayatına devam etmektedir. Dergimizde fizyoterapi ve rehabilitasyon, beslenme ve diyetetik, ebelik ve hemşirelik alanları başta olmak üzere tüm sağlık bilimleri alanında güncel klinik ve deneysel özgün makale, derleme, olgu sunumu türünde çalışmalar ile çok disiplinli alanlara ilişkin çalışmalar yayınlanmaktadır. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisine gönderilen makaleler öncelikle yayın ve etik kurallar açısından kontrol edilmekte ve daha sonra alanında uzman en az iki hakem tarafından değerlendirilmektedir. Derginin 8 araştırma makalesi, 2 olgu sunumu, 1 derleme ve 1 düzeltme içeren 4. cilt 2. sayısı ekte sunulmuştur.

Editörler

Doç.Dr. Serdal Öğüt

Prof. Dr. Ayden Çoban

Prof. Dr. Ayten Taşpınar

Dr. Öğr. Üyesi Gürkan Günaydın

İÇİNDEKİLER/CONTENTS

ARAŞTIRMA MAKALELERİ/ORIGINAL ARTICLES

1. 65 Yaş ve Üstü Kişilerde Kronik Konstipasyonun Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi

Evaluation the Effect of Chronic Constipation on the Quality of Life in People Aged 65 Years and Older.....71-79

Leyla ADIGÜZEL, Birsal Canan DEMİRBAĞ

2. Yenidoğan Umbilikal Kord Özelliklerinin Göbek Düşme Süresine Etkisi

Effects of Newborn Umbilical Cord Properties on the Cord Separation Time.....80-89

Ayden ÇOBAN, Ayten TAŞPINAR, Seher KARABUDAK, Hatice KARATEPE

3. Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşirelik Eğitimi ile İlgili Stres Düzeylerinin Belirlenmesi

Determination of Nursing Students' Stress Levels Related to Nursing Education.....90-99

Zeliha BÜYÜKBAYRAM, Derya BIÇAK AYIK

4. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Öğrencilerinin Flört Şiddet Kapsamındaki Davranışlara İlişkin Görüşleri

Aydın Adnan Menderes University Students Comments on Behaviors within the Context of Flirt Violence.....100-106

Ayden ÇOBAN, Damla KIZILCA ÇAKALOZ, Azize IRMAK

5. Di-(2-ethylhexyl)-phthalate'e Maruz Kalan Alburnus tarichi (Güldenstädt, 1814)
Erken Larvalarında Östrojen Reseptör ve P450 Aromataz mRNA Seviyeleri

Levels of Aromatase and Estrogen Receptors mRNA in Early Larvae of Alburnus tarichi (Güldenstädt, 1814) Exposed to Di-(2-ethylhexyl)-phthalate
.....107-115

Güler ÜNAL, Ertuğrul KANKAYA, Burak KAPTANER, Ahmet R. OĞUZ, Ian P.
CALLARD

6. Erkek Öğrenci Gözüyle Toplumsal Cinsiyet: Bir Üniversite Örneği

Gender with the Eyes of Male Students: A Case of A University
Summary.....116-123

Filiz ADANA, Safiye ÖZVURMAZ, Ayten TAŞPINAR

7. Perimenstrüel Distresin Hafifletilmesinde Refleksolojinin Etkinliğinin İncelenmesi

Examination of Effects of Reflexology on Relieving Perimenstrual
Distress.....124-143

Nursen BOLSOY, Ahsen ŞİRİN

8. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Yaşadığı Sorunlar: Nitel
Bir Araştırma

The Problems of Nurses Working in the Newborn Intensive Care Unit: A Qualitative
Research.....144-153

Seher SARIKAYA KARABUDAK, Emine GERÇEK, Belgin YILDIRIM

OLGU SUNUMLARI/CASE REPORTS

1. Serebral Palsili Bir Çocuğun Orem Öz-Bakım Eksikliği Kuramı'na Göre Hemşirelik Bakımı: Olgü Sunumu

Nursing Care of A Child With Cerebral Palsy According to the Orem Self-Care Deficiency Theory: Case Report.....154-167

Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU, Hüsniye ÇALIŞIR

2. Sakız Yutma ile Karakterize Bir Pika Olgusu

A Pica Case with Chewing Gum Swallowing.....168-170

Mehmet Hamdi ORUM

DERLEME/REVIEW

1. 0-5 Yaş Çocuklarda Anemi Değerlendirmesi ve Ebenin Sorumlulukları

Assesment of Anemia in Children 0-5 Years Old and Midwife's Responsibilities.....171-182

Elvan TUKEL ELMALI, Hale UYAR HAZAR

DÜZELTME/ERRATUM

1. Düzeltme

Erratum.....183

Dilek KILIÇ, Ayşe Berivan BAKAN, Gülpınar ASLAN, Filiz UÇAR

65 Yaş ve Üstü Kişilerde Kronik Konstipasyonun Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi

Evaluation the Effect of Chronic Constipation on the Quality of Life in People Aged 65 Years and Older

Leyla ADIGÜZEL¹, Birsal Canan DEMİRBAĞ¹

¹ Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Trabzon, Türkiye

ÖZ

Amaç: Kronik konstipasyon bağırsak fonksiyonlarının olumsuz yönde değişmesiyle günlük yaşam aktivitelerinin bozulmasına neden olan bir sağlık problemidir. Bu çalışmada 65 yaş ve üstü kişilerde kronik konstipasyonun yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini Trabzon il merkezinde bulunan bir Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı bölgede yaşayan ve kronik konstipasyon tanısı almış 65 yaş ve üzerindeki 125 birey oluşturmaktadır. Araştırmaya başlamadan önce etik kurul izni, kurum izni alınmıştır. Veriler literatür doğrultusunda oluşturulan demografik form, Kronik Konstipasyon Hasta Değerlendirme Ve Yaşam Kalitesi Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi frekans, yüzde, ortalama, ortanca, Pearson korelasyon testi kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Kronik Konstipasyon Hasta Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması 40.57±15.66 olarak belirlenirken SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği fiziksel rol güçlüğü alt boyut puan ortalaması 15.58±16.84 ve sosyal işlevsellik alt boyut puan ortalaması 57.60±24.26 bulunmuştur. Bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve ağrı alt boyut puan ortalamaları ile Kronik Konstipasyon Hasta Değerlendirme Ve Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.

Sonuç: Bu çalışma kronik konstipasyonun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini göstermiştir. Yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi için konstipasyondan koruyucu sağlık davranışlarının bireylere öğretilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Konstipasyon, Yaşam kalitesi, Yaşlı.

ABSTRACT

Objective: Chronic constipation is a health problem that causes disruption of daily life activities by changing intestine functions negatively. In this study, it was aimed to determine the effect of chronic constipation on the quality of life in people aged 65 years and over.

Methods: The sample of the study consists of 125 individuals aged 65 years and older who live in a region connected to a Family Health Center in Trabzon and are diagnosed with chronic constipation. Before starting the study, ethics committee permission and institution permission were obtained. The data were collected using the demographic form, the Chronic Constipation Patient Assessment and Quality of Life Scale, and the SF-36 Quality of Life Scale. The data obtained from the study were evaluated by using frequency, percentage, mean, median, Pearson correlation test.

Results: SF-36 Quality of Life Scale physical role strength subscale average score was found to be 15.58±16.84 while the Individuals' Constipation Assessment Form average score was found to be 40.57±15.66. It was also determined that there was a significant negative correlation between SF-36 Quality of Life Scale's physical function, physical role weakness, emotional role strength and pain subscales and average score of Constipation Assessment Scale.

Conclusion: This study has shown that chronic constipation affects quality of life negatively. Preventive health behaviors should be taught to individuals in order to raise the quality of life of elderly individuals.

Key words: Constipation, Life quality, Elderly.

Sorumlu Yazar: Leyla ADIGÜZEL

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Trabzon, Türkiye

leylaozkara@gmail.com

Geliş Tarihi: 13.06.2109 – Kabul Tarihi: 12.12.2019

1. GİRİŞ

Kronik konstipasyon, subjektif verilerle tanımlandığından kesin ve net bir tanımlaması olmamasının yanı sıra genel olarak bireylerin haftada iki ya da daha az dışkılaması olarak ifade edilmektedir. Kronik konstipasyon dışkılama sıklığındaki değişim ile birlikte birçok gastrointestinal sorunu da beraberinde getirmektedir. Dışkılama sıklığının değişmesinin yanı sıra karında huzursuzluk ve ağrı, sert dışkı, gerginlik ve bulantı gibi birçok semptom kronik konstipasyona eşlik etmektedir (1-3). Ayrıca yaşlılık döneminin getirdiği hareketsizlik, kadın olmak, çoklu ilaç kullanımı ve sindirim sistemindeki değişimler gibi etmenler konstipasyon oluşmasına zemin hazırlamaktadır (4-6). Yaşlılarda kronik konstipasyonun dünyada görülme sıklığı %40'a kadar yükselirken, ülkemizde bu oran %20 ile %40 arasında değişmektedir (7-9).

Kronik konstipasyon fiziksel, emosyonel ve sosyal iyilik haline büyük ölçüde etki eden ve yaşlılarda yaygın görülen bir problem olması nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini zorlaştırmakta ve yaşam kalitesini etkilemektedir (8). Johanson ve Kralstein'in çalışmalarında bireylerin %52'sinde kronik konstipasyona bağlı yaşam kalitesinin bozulduğu ve bireylerin %73'ünün kişisel ya da sosyal sorunlar yaşadıkları da ifade edilmektedir (10). Denisson ve arkadaşlarının çalışmasında ise kronik konstipasyon ile yaşam kalitesi arasındaki güçlü ilişkinin varlığı tespit edilmiştir (11).

Kronik konstipasyonun tedavisinde, yaşam kalitesini arttıran ve semptomları hafifletecek beslenme programlarının düzenlenmesi, yaşama hareket katılması ve tamamlayıcı tedavi uygulamaları gibi girişimler yer almaktadır (5,6,12,13). Konstipasyon her yaş grubunda da problem olmasına rağmen özellikle fizyolojik değişimin yoğunlukla görüldüğü yaşlılık dönemindeki kişilerin yaşam kalitesine etkisi açısından daha da önem kazanmaktadır. Birinci basamak sağlık profesyonellerinin ve özellikle hemşirelerin kronik konstipasyon ile yaşamak zorunda kalan yaşlı bireylerin problemlerini azaltarak yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik rehberlik yapmaları sağlık hizmetinin önemli boyutudur (14).

Bu çalışmanın amacı kronik konstipasyonun yaşlı bireylerin yaşam kalitesi düzeyine etkisini belirleyerek daha sonra yapılacak çalışmalara rehberlik etmektir.

2. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmanın evrenini Trabzon il merkezinde bir Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı bölgede yaşayan ve kronik konstipasyon tanısı almış 65 yaş ve üzerindeki bireyler oluşturmaktadır. Araştırmaya başlamadan önce etik kurul izni (KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu, 24237859-507), kurum izni ve belirlenen kişilerle ev ziyareti yapıp konunun amacı açıklanarak gerekli izinler alınmıştır. Bu Aile Sağlığı merkezine 12 Eylül 2017 ile 12 Ekim 2017 tarihleri arasında konstipasyon tedavisi için gelen belirlenmiş yaş grubuna ait bireylerle görüşülerek (N=125) çalışmayı kabul eden kişilerle (n=120) çalışma yapılmıştır. Çalışmada amaçlı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Örneklemin tamamına bakıldığında %97 güven aralığında çalışmanın örnekleminin yeterli olduğu görülmüştür. Veriler literatür doğrultusunda oluşturulan veri toplama formu, Kronik Konstipasyon Hasta Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Kronik Konstipasyon Hasta Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Ölçeği kronik kabızlığın yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkilerini ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek toplamda 28 soru ve "Fiziksel rahatsızlık", "Psikososyal rahatsızlık", "Kaygılar-uyarılar"

ve 'Tatminlik' olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte her bir seçenek en az '0' ile en fazla '4' arasında bir puan almaktadır. '0' en düşük puanı '4' ise en yüksek puanı ifade etmektedir. Beşli Likert tipindeki ölçekten alınabilecek en yüksek puan 140, en düşük puan 28'dir. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe yaşam kalitesinin de olumsuz etkilendiği düşünülmektedir (15,16).

SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yürütülmüştür. Ölçek fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü, vitalite, sosyal fonksiyon, ağrı ve mental sağlık ve genel sağlığı ölçmek üzere 36 sorudan meydana gelmektedir. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu içerirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir (17).

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi frekans, yüzde, ortalama, ortanca, Pearson korelasyon testi kullanılarak yapılmıştır.

3. BULGULAR

Araştırmaya katılan 120 bireyin yaş ortalaması 71.06 ± 6.72 olup katılımcıların %73.3'ü kadın, %26.7'si erkektir. Katılımcıların %67.5'i evli, %30.8'i boşanmış/dul ve %1.7'si bekarıdır. Katılımcıların %44.2'si okuryazar değil, %23.3'ü ilkökul mezunu, %22.5'i okuryazar, %5.0'i ortaokul mezunu, %4.2'si lise mezunu ve %0.8'i üniversite mezunudur. Çalışmaya katılan bireylerin %82.5'inin geliri giderine denk, %9.2'sinin geliri giderinden fazla ve %8.3'ünün geliri giderinden azdır. Katılımcıların %46.7'si il merkezinde, %36.7'si ilçede ve %16.7'si köyde yaşamaktadır. Katılımcıların %98.3'ünün sağlık güvencesi bulunmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Verileri (N=120)

		%	n
Cinsiyet % (n)	Kadın	73.3	88
	Erkek	26.7	32
Medeni durum % (n)	Evli	67.5	81
	Bekar	32.5	39
Eğitim Durumu % (n)	Okuryazar değil	44.2	53
	Okuryazar	22.5	27
	İlkokul mezunu	23.3	28
	Ortaokul mezunu	5.0	6
	Lise mezunu	4.2	5
Gelir Durumu % (n)	Üniversite mezunu	0.8	1
	Geliri giderine denk	82.5	99
	Geliri giderinden fazla	9.2	11
	Geliri giderinden az	8.3	10
Yaş ortalaması mean±sd		71.06±6.72	

Katılımcıların %83.3'ü hastalığı nedeniyle ilaç kullanmaktadır. Kronik konstipasyon süresi ortalaması 3.45 ± 0.36 yıl olup, katılımcıların %18.35'i 1 yıldan kısa süredir, %37.5'i 1-3 yıl arası, %25.8'i 3-5 yıl arası, %18.35'i ise 5 yıldan uzun süredir konstipe olduklarını bildirmişlerdir.

Hareket durumlarına bakıldığında katılımcıların %82.5'i bağımsız hareket etmekte, %16.7'si yardımla yürümekte, %0.8'i ise yatağa bağlıdır. Egzersiz yapma sıklığına bakıldığında, katılımcıların %30.0'u hiç egzersiz yapmamakta, %64.2'si bazen egzersiz yapmakta, %5.8'i ise sıklıkla egzersiz yapmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Hareket Durumlarına İlişkin Veriler (N=120)

		%	n
Hareket durumu	Bağımsız Hareket Ediyorum	82.5	99
	Yardımla Yürüyorum	16.7	20
	Yatağa Veya Sandalyeye Bağlı	0.8	1
Egzersiz sıklığı	Hiç	30	36
	Bazen	64.2	77
	Sürekli	5.8	7

Katılımcıların %71.7'si günde üç ve üzeri, %25.8'i günde iki, %2.5'i günde bir öğün yemek yemektedir. Katılımcıların %31.7'si her öğün sebze meyve tüketirken, %41.7'si haftada 3-4 öğün, %26.7'si haftada 3 öğünden az sebze meyve tüketmektedir. Katılımcıların %67.5'inin öğün saatleri düzenli %32.5'inin ise düzensiz olduğunu belirlenmiştir. Katılımcıların %96.7'si düzenli olarak kahvaltı yapmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin %27.5'i 4 bardak veya daha az, %37.5'i 5bardak, %22.5'i 6-9 bardak, %12.5'i 10 bardak su tüketmektedir.

Katılımcıların %50.0'si alaturka tuvalet, %45.0'i klozet, %4.2'si oturaklı sandalye ve %0.8'i yatak pedi kullanmaktadır. Katılımcıların %93.3'ü kullandıkları tuvaletin ortak tuvalet olduğunu, %6.7'si tuvaletin kendine ait olduğunu belirtmişlerdir. Gün içerisinde dışkılama zamanına bakıldığında, %50.8'inin sabah, %40.0'ünün öğünden sonra ve %9.2'sinin diğer bir zamanda dışkıladıkları belirlenmiştir. Katılımcıların %18.3'ünün her zaman dışkısının sert olduğu, %75.8'inin dışkısının bazen sert olduğu ve %5.8'inin ise dışkısının hiçbir zaman sert olmadığı kaydedilmiştir. Katılımcıların %9.2'si dışkılarken her zaman makatta engellenme hissi yaşamakta, %81.7'si dışkılarken bazen makatta engellenme hissi yaşamakta, %9.2'si dışkılarken makatta engellenme hissi yaşamaktadır. Katılımcıların %11.7'si dışkılama yaparken her zaman karına ve makata baskı uygularken, %60.8'i dışkılama yaparken bazen karına ve makata baskı uygulamakta, %27.5'i ise dışkılama yaparken karına ve makata baskı uygulamaktadır. Katılımcıların %14.2'sinin dışkılama yaparken her zaman makatta ağrı hissettiğini, %67.5'inin dışkılama yaparken makatta bazen ağrı hissettiği belirlenmiştir.

Katılımcıların Kronik Konstipasyon Hasta Değerlendirme Ve Yaşam Kalitesi ölçek puan ortalaması 40.57 ± 15.66 olarak bulunmuştur.

Katılımcıların yaşam kalitesini incelemek için SF36 (Short Form 36) olarak adlandırılan yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Ölçek alt boyut puanlarına bakıldığında, katılımcıların fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalaması 42.41 ± 27.53 , fiziksel rol güçlüğü ölçek alt boyut puan ortalaması 38.95 ± 42.10 , emosyonel rol güçlüğü alt boyut puan ortalaması 43.33 ± 44.61 , enerji alt boyut puan ortalaması 42.29 ± 17.91 , sosyal işlevsellik alt boyut puanı ortalaması

57.60± 24.26, ağrı alt boyut puan ortalaması 58.79± 20.84 ve genel sağlık alt boyut puan ortalaması 44.29± 16.41 olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların SF36 Ölçek Puan Ortalamaları

Alt Boyut	$\bar{X} \pm Ss$
SF36 fiziksel rol güçlüğü ölçek alt boyutu	38.95±42.10
SF36 enerji alt boyutu	42.29±17.91
SF36 fiziksel fonksiyon alt boyutu	42.41±27.53
SF36 emosyonel rol güçlüğü alt boyutu	43.33±44.61
SF36 genel sağlık alt boyutu	44.29± 16.41
SF36 sosyal işlevsellik alt boyutu	57.60± 24.26
SF36 ağrı alt boyutu	58.79± 20.84
SF36 ruhsal sağlık alt boyutu	62.43±17.95

Katılımcıların kronik konstipasyon hasta değerlendirme ve yaşam kalitesi ölçek puan ortalamalarına bakıldığında kaygılar-uyarılar alt boyut puan ortalaması 16.64±7.74 iken Tatminlik alt boyut puan ortalaması 6.90±2.91 olarak belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların Kronik Konstipasyon Hasta Değerlendirme Ve Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları

Alt Boyut	$\bar{X} \pm Ss$
Fiziksel rahatsızlık	7.07±3.27
Psikososyal rahatsızlık	9.95±6.31
Kaygılar-uyarılar	16.64±7.74
Tatminlik	6.90±2.91

Konstipasyon ölçek puanı ve SF-36 fiziksel fonksiyon alt boyutu arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında negatif bir korelasyon olduğu belirlenmiştir (pearson korelasyon katsayısı r: -0.366). Bu korelasyon değeri, konstipasyon ölçek puanı ve fiziksel fonksiyon alt boyutu arasındaki ilişkinin gücünün orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Konstipasyon ölçek puanı arttıkça, katılımcıların fiziksel fonksiyon düzeyi azalmaktadır (Tablo 5).

Konstipasyon ölçek puanları ve SF-36 fiziksel rol güçlüğü alt boyutu arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında negatif bir korelasyon olduğu belirlenmiştir (pearson korelasyon katsayısı r: -0.411). Bu korelasyon değeri, konstipasyon ölçek puanı ve fiziksel rol güçlüğü alt boyutu arasındaki ilişkinin gücünün orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Konstipasyon ölçek puanı arttıkça, katılımcıların fiziksel rol düzeyi azalmaktadır. Belirleme katsayısı 16.89 olarak hesaplanmıştır. Konstipasyon ölçek puanı, fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan alınan puanın yüzde 16.89'unu açıklamaktadır (Tablo 5).

Konstipasyon ölçek puanları ve SF-36 emosyonel rol güçlüğü alt boyutu arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında negatif bir korelasyon olduğu belirlenmiştir (pearson korelasyon katsayısı r: -0.411). Bu korelasyon değeri, konstipasyon ölçek puanı ve emosyonel rol güçlüğü alt boyutu arasındaki ilişkinin gücünün orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Konstipasyon ölçek puanı arttıkça, katılımcıların emosyonel rol düzeyi azalmaktadır. Belirleme katsayısı 16.89 olarak hesaplanmıştır. Konstipasyon ölçek puanı, emosyonel rol güçlüğü alt boyutundan alınan puanın yüzde 16.89'unu açıklamaktadır (Tablo 5).

Konstipasyon ölçek puanları ve SF-36 enerji alt boyutu arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında pozitif bir korelasyon olduğu belirlenmiştir (Pearson korelasyon katsayısı r : 0.140). Bu korelasyon değeri, konstipasyon ölçek puanı ve enerji alt boyutu arasındaki ilişkinin gücünün zayıf olduğunu göstermektedir. Belirleme katsayısı 1.96 olarak hesaplanmıştır. Konstipasyon ölçek puanı, emosyonel rol gücülüğü alt boyutundan alınan puanın yüzde 1.96'sını açıklamaktadır (Tablo 5).

Konstipasyon ölçek puanları ve SF-36 sosyal işlevsellik alt boyutu arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında negatif bir korelasyon olduğu belirlenmiştir (Pearson korelasyon katsayısı r : -0.440). Bu korelasyon değeri, konstipasyon ölçek puanı ve sosyal işlevsellik alt boyutu arasındaki ilişkinin gücünün orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Konstipasyon ölçek puanı arttıkça, katılımcıların sosyal işlevsellik düzeyi azalmaktadır. Belirleme katsayısı 19.36 olarak hesaplanmıştır. Konstipasyon ölçek puanı, emosyonel rol gücülüğü alt boyutundan alınan puanın yüzde 19.36'sını açıklamaktadır (Tablo 5).

Konstipasyon ölçek puanları ve SF-36 ağrı alt boyutu arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında negatif bir korelasyon olduğu belirlenmiştir (Pearson korelasyon katsayısı r : -0.440). Bu korelasyon değeri, konstipasyon ölçek puanı ve ağrı alt boyutu arasındaki ilişkinin gücünün orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Konstipasyon ölçek puanı arttıkça, katılımcıların ağrı düzeyi azalmaktadır. Belirleme katsayısı 19.36 olarak hesaplanmıştır. Konstipasyon ölçek puanı, ağrı alt boyutundan alınan puanın yüzde 19.36'sını açıklamaktadır.

Konstipasyon ölçek puanları ve SF-36 genel sağlık alt boyutu arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında negatif bir korelasyon olduğu belirlenmiştir (Pearson korelasyon katsayısı r : -0.130). Bu korelasyon değeri, konstipasyon ölçek puanı ve genel sağlık alt boyutu arasındaki ilişkinin gücünün zayıf olduğunu göstermektedir. Belirleme katsayısı 1.69 olarak hesaplanmıştır. Konstipasyon ölçek puanı, genel sağlık alt boyutundan alınan puanın yüzde 1.69'unu açıklamaktadır (Tablo 5).

Tablo 5. Konstipasyon ölçek puanları ve SF-36 ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiler

Konstipasyon ölçek puanı ve yaşam kalitesi alt boyutları arasındaki ilişkiler	Pearson korelasyon katsayısı (r)	p
Konstipasyon ölçek puanı ve fiziksel fonksiyon alt boyutu arasındaki ilişki	r : -0.366	0.000
Konstipasyon ölçek puanı ve fiziksel rol gücülüğü alt boyutu arasındaki ilişki	r : -0.411	0.000
Konstipasyon ölçek puanı ve emosyonel rol gücülüğü alt boyutu arasındaki ilişki	r : -0.411	0.000
Konstipasyon ölçek puanı ve enerji alt boyutu arasındaki ilişki	r : 0.140	0.002
Konstipasyon ölçek puanı ve sosyal işlevsellik alt boyutu arasındaki ilişki	r : -0.440	0.000
Konstipasyon ölçek puanı ve ağrı alt boyutu arasındaki ilişki	r : -0.440	0.000
Konstipasyon ölçek puanı ve genel sağlık alt boyutu arasındaki ilişki	r : -0.246	0.007
Konstipasyon ölçek puanı ve ruhsal sağlık alt boyutu arasındaki ilişki	r : -0.040	0.662

4. TARTIŞMA

Çalışmamızda yaşlı bireylerin kronik konstipasyon nedeni ile yaşam kalitesinin ne düzeyde etkilendiğini ve kronik konstipasyon ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yürütülmüştür. Yaşlılık fizyolojik değişikliklerin yoğun yaşandığı bir süreçtir. Her ne kadar birey bu süreci yavaşlatmak ve yaşam kalitesini artırmaya gayret gösterse de bir veya birden fazla hastalık kaçınılmaz olarak gelişebilmektedir (18). Bu dönemde hareketlerin

yavaşlaması ile özellikle sindirim sisteminde meydana gelen değişiklikler konstipasyon gibi birçok probleme eğilimi arttırmaktadır (19). Nitekim çeşitli çalışmalar da yaşlılarda bir veya birden fazla kronik hastalığa işaret etmektedir (20). Araştırmamıza katılan yaşlı bireylerin %86.7 sinde bir ya da birden çok hastalığın varlığı belirlenmiştir. Bu yönden araştırma literatür ile benzerlik göstermektedir.

Yaşlı bireylerde geri dönüşsüz meydana gelen fizyolojik değişiklikler ve yaşam tarzı değişiklikleri konstipasyonun uzun süreli ya da kronik olarak görülmesine neden olabilmektedir (22). Literatüre bakıldığında yapılan bir çalışmada bireylerin konstipasyon süre ortalaması 4.2 yıl olarak belirtilmiştir (10). Çalışmamıza katılan yaşlı bireylerin ortalama konstipe olma süresinin 3.45 yıl olduğu tespit edilmiştir. Bu sürenin yaşlı bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri, beslenme alışkanlıkları, kullandıkları ilaçlar ve mevcut hastalıkları ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Mahassadi ve arkadaşlarının kronik konstipasyonu olan Afrikalı bireylerde yürüttüğü çalışmada SF-36 ölçek alt boyut puanlarında düşüş bulunmuştur. Bizim çalışmamızda enerji ve ruhsal sağlık alt boyutlar puan ortalamaları bu çalışma sonuçlarından daha yüksek bulunurken diğer alt boyut puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Mahassadi ve arkadaşlarının bu çalışmasında farklı yaş gruplarına ait bireylerle çalışılırken çalışmamızda sadece 65 yaş ve üzeri konstipasyonu olan bireylerle çalışılmıştır ve çalışmaların yöntemleri de farklılık göstermektedir. Sonuçlar arasındaki farklılık yöntem ve çalışılan yaş gruplarının farklılık göstermesi ile açıklanabilir.

Kronik konstipasyon yaşlı bireylerde ağrı, sosyal ilişkilerde/çalışma hayatında bozulma, sınırlı olma ve çatışma yaşama gibi sorunlara yol açmaktadır. Hastalar mahremiyetlerinin zarar göreceği düşüncesiyle sağlık personeline konstipasyondan bahsetmemekte ve konstipasyon yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyene kadar gizli kalmaktadır. Literatürdeki çalışmalarda kronik konstipasyonun bireylerin sosyal, mesleki ve ailevi ilişkilerini etkilediği bu sebeple yaşam kalitesinde bozulmaya neden olduğu ortaya konulmuştur (1,3,17). Yürüttüğümüz çalışmada literatür ile benzer şekilde kronik konstipasyonu olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinde azalma olduğu, konstipasyona bağlı sorunların yaşam kalitesinin ağrı, fiziksel fonksiyonlar, emosyonel durum, ruhsal durum, enerji gibi boyutlarında olumsuz etkiler yarattığı görülmektedir. Yaşam kalitesindeki bu düşüş kronik konstipasyonun beraberinde kronik ağrıyı getiren, sosyal yaşantıyı sekteye uğratan, çalışma hayatında sorun yaratan, günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan ya da durduran bir sağlık sorunu olması ile açıklanabilir.

Yaşlı bireylerin kullandıkları ilaçların ve beslenmesinin sorgulanmaması ve bir aile merkezinde çalışılması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır

Sonuç olarak; kronik konstipasyon boşaltım fonksiyonlarının değişmesi sonucu günlük yaşam aktivitelerinin bozulmasına neden olarak yaşam kalitesini etkileyen bir sorundur. Bu çalışmada da bireylerin kronik konstipasyon nedeniyle yaşam kalitelerinde önemli düzeyde bir düşüş olduğu belirlenmiştir. Yaşam kalitesini yükseltmek ve bireylerin sosyal yaşama katılımını artırmak için sağlık personellerinin özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde aktif rol alan hemşirelerin konstipasyon gelişimini engelleyici girişimleri öğretmesi ve uygulaması gerekmektedir.

5. TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın istatistiksel analizlerinde katkı sağlayan Hülya ZENGİN'e teşekkür ederiz.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce etik kurul izni (KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu, 24237859-507), kurum izni ve belirlenen kişilerle ev ziyareti yapıp konunun amacı açıklanarak gerekli izinler alınmıştır.

KAYNAKLAR

1. Belsey, J., Greenfield, S., Candy, D., & Geraint, M. (2010). Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 31(9), 938-949.
2. Norton, C. (2006). Constipation in older patients: effects on quality of life. *British Journal of Nursing*, 15(4), 188-192.
3. Tvistholm, N., Munch, L., & Danielsen, A. K. (2017). Constipation is casting a shadow over everyday life—a systematic review on older people's experience of living with constipation. *Journal of Clinical Nursing*, 26(7-8), 902-914.
4. Demirbaş, S. (2010). Kronik kabızlık nedenleri, tanı yöntemleri ve tedavi yaklaşımları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 52, 61-68.
5. Dukas, L., Willett, W. C., & Giovannucci, E. L. (2003). Association between physical activity, fiber intake, and other lifestyle variables and constipation in a study of women. *The American journal of gastroenterology*, 98(8), 1790-1796.
6. Tufan, A., & Akin, S. (2015). Yaşlıda Konstipasyon ve Fonksiyonel Dispepsi. *Türkiye Klinikleri J Geriatr-Special Topics*, 1(1), 95-99.
7. Akpınar, H. (2007). Kronik konstipasyon. Paper presented at the 7. Ulusal İç hastalıkları kongresi, Antalya.
8. Gallagher, P., & O'Mahony, D. (2009). Constipation in old age. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 23(6), 875-887.
9. Türkay, C., Aydoğan, T., & Özden, A. (2005). Konstipasyon tanım ve epidemiyolojisi. *Güncel Gastroenteroloji*, 9(1), 48-52.
10. Johanson, J., & Kralstein, J. (2007). Chronic constipation: a survey of the patient perspective. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 25(5), 599-608.
11. Dennison, C., Prasad, M., Lloyd, A., Bhattacharyya, S. K., Dhawan, R., & Coyne, K. (2005). The health-related quality of life and economic burden of constipation. *Pharmacoeconomics*, 23(5), 461-476.
12. Kim, H. S., Park, D. H., Kim, J. W., Jee, M. G., Baik, S. K., Kwon, S. O., et al.. (2005). Effectiveness of walking exercise as a bowel preparation for colonoscopy: a randomized controlled trial. *The American journal of gastroenterology*, 100(9), 1964.
13. Lorenzo, B. G. E., & Lorenzo, M. G. E. (2015). Liquid intake in elderly people. *Nutrición Hospitalaria*, 32(2), 31-32. doi:10.3305/nh.2015.32.sup2.10297
14. Tezel, A. (2017). *Yaşlanmaya Bağlı Fizyolojik Değişimler*. In N. Bilgili & Y. Kitiş (Eds.), *Yaşlılık Ve Yaşlı Sağlığı* (pp. 76-87). Ankara: Vize Yayıncılık.
15. Bengi, G., Yalçın, M., & Akpınar, H. (2014). Kronik konstipasyona güncel yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*, 18(2), 181-197.

16. Kaya, N., & Turan, N. (2011). Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinin Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 31(6), 1491-1501.
17. Simren, M., Svedlund, J., & Posserud, I. (2006). Gastroenteroloji Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi: Fonksiyonel Bozukluklara Karşı Organik Hastalıklar. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 1(1), 28-38.
18. Pehlivan, S., & Karadakovan, A. (2013). Yaşlı Bireylerde Fizyolojik Değişiklikler Ve Hemşirelik Tanılaması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 385-395.
19. Beğler, T. (2003). Geriatrik yaş grubunda fizyolojik değişiklikler. Paper presented at the 5. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya.
20. Bilgiç, Ş., Dilek, F., Arslan, H. S. A., & Ünal, A. (2016). Bir Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Konstipasyon Durumları ve Etkileyen Faktörler. *International Journal of Basic and Clinical Medicine*, 4(1), 9-16.
21. Yöntem, G. H., Türk, G., Khorsid, L., & Eşer, İ. (2011). Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde konstipasyon tanısının değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(2), 83-88.
22. Tiftik, S., Kayış, A., & İnanır, İ. (2012). Yaşlı bireylerde sistemsel değişiklikler, hastalıklar ve hemşirenin rolü. *Akad Geriatri*, 4(1), 1-11.

Yenidoğan Umbilikal Kord Özelliklerinin Göbek Düşme Süresine Etkisi

Effects of Newborn Umbilical Cord Properties on the Cord Separation Time

Ayden ÇOBAN¹, Ayten TAŞPINAR¹, Seher KARABUDAK²,

Hatice KARATEPE³

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Aydın, Türkiye

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D, Aydın, Türkiye

³Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği, Aydın Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, yenidoğanın umbilikal kord özelliklerinin göbek düşme süresine etkisini belirlemek amacı ile yapılmıştır. **Yöntem:** Analitik nitelikte olan çalışma, 1 Eylül 2015 ile 1 Eylül 2016 tarihleri arasında, batıda yer alan bir üniversite hastanesinde, 90 anne ve yenidoğan ile yapılmıştır. Araştırmanın iki aşaması vardır. İlk aşamada doğum sonu dönem 0. günde anne ve yenidoğana ait özellikler değerlendirilmiştir. Araştırmanın ikinci aşaması ise birinci görüşmeden en az 15 gün sonra anneler ile telefonla görüşülerek tamamlanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde dağılımları belirlenmiş, t testi, Mann Whitney U analizi yapılmıştır.

Bulgular: Yenidoğanların %63.3'ü 38-41. gebelik haftası arasında, %86.7'si sezaryenle doğmuş olup, ortalama 3099±48 gr ağırlığında ve 49.85±2.42 cm boyunda, umbilikal kord klemp mesafesi medyan değeri 2 cm, kord çevresi medyan değeri 1.5 cm olduğu bulunmuştur. Yenidoğanların göbeğinin düşme süresi ortalama 8.5 gün olarak tespit edilmiştir. Yenidoğanların %82.2'sinin göbek bakımı yapılmadığı ve kuru bırakıldığı, 14'ünde (%15.6) umbilikal kord enfeksiyonu geliştiği tespit edilmiştir. Araştırmada yenidoğanların doğum şekli ve Rh uyumsuzluğu durumu ile göbek düşme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır (p<0.05). Umbilikal kord klemp mesafesi ve kord çevresi uzunluğu ile yenidoğanın göbeğinin düşme süresi arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0.05).

Sonuç: Yenidoğanların göbek düşme süresi ile umbilikal kord özellikleri (klemp mesafesi ve kord çevresi uzunluğu) arasında ilişki saptanmamıştır. Ayrıca sezaryen ile doğan yenidoğanlarda göbek düşme süresinin daha uzun, RH uyumsuzluğu sorunu yaşayan yenidoğanlarda ise daha kısa olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Umbilikal kord, Göbek düşme süresi, Yenidoğan, Bakım.

ABSTRACT

Objective: This study was carried out to determine the effect of newborn umbilical cord properties on cord separation time.

Methods: The analytical study was conducted in a western university hospital with 90 mothers and newborns between September 1, 2015 and September 1, 2016. The research has two stages. At the first stage, maternal and newborn characteristics were evaluated at postpartum period day 0. At the second stage of the research, the mother was called at least 15 days after the first interview and the cord separation time form was filled. Number and percentage distributions were determined, and t test, Mann Whitney U analysis are utilized.

Results: 63.3% of newborns are born between 38-41th gestational week. 86.7% of them were born with caesarean section and they were found to have a mean weight of 3099 ± 48 gr and a length of 49.85 ± 2.42 cm. The umbilical cord clamp median distance was 2 cm, and the cord periphery median was 1.5 cm. The cord separation time was 8.5 days on average. 82.2% of the newborns were found to have no umbilical care and were left dry, and 14 (15.6%) developed umbilical cord infections. Statistical significance was determined between the birth type of the newborns, the Rh disagreement status and the umbilical cord separation time (p <0.05). There was no statistically significant relationship between the umbilical cord clamp distance, the cord periphery and the cord separation time (p > 0.05).

Sorumlu Yazar: Ayden ÇOBAN

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Aydın, Türkiye
ayden.coban@adu.edu.tr

*Bu makale 03-05 Mayıs 2018 tarihinde, Amasya'da düzenlenen 5. Uluslararası 9. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

Geliş Tarihi: 09.02.2020 – Kabul Tarihi: 17.03.2020

Conclusion: No relation was found between the umbilical cord characteristics (clamp distance and cord circumference length) of the newborns and the cord separation time. But in newborns born with caesarean section, the cord separation time is longer, and in newborns with RH dispute problems, it is shorter.

Key words: Umbilical cord, Cord separation time, Newborn, Care.

1. GİRİŞ

Umbilikal kord kesildikten sonra göbek bağı, bakterilerin gelişmesi için uygun ve nekrotik bir alan yaratarak, yenidoğanı enfeksiyon açısından riskli hale getirir (1,2). Bu özelliği ile göbek bağı enfeksiyon ajanları için uygun bir giriş kapısıdır. Göbek bağı enfeksiyonu ise yenidoğanın mortalite ve morbitidesinin en önemli nedenlerindedir (3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) 2018 raporlarında her yıl tüm dünyada 2,6 milyon bebeğin ilk ayını tamamlayamadan öldüğünü, yenidoğan ölümlerinin ise %15'inden göbek bağı enfeksiyonlarından kaynak alan bakteriyel enfeksiyonların sorumlu olduğu bildirilmiştir (4,5).

Göbek bağı enfeksiyonuna neden olan bakteriyel kolonizasyon oluşumunu önlemek için kord bakımında kullanılan antiseptikler ise kordun düşme süresini uzatmakta (1,2), bu da farklı enfeksiyon ajanlarının üremesine neden olmaktadır (6). Bu nedenle artık kord bakımında hiçbir antiseptik kullanılmamakta doğal kurutma uygulanması önerilmektedir. Yani göbek bağı açık, temiz ve kuru tutulmaktadır (2,7).

Yine göbek bağı enfeksiyonu oluşmasında etkili olan kordun düşme süresini uzatan faktörlerden bir diğeri sezaryen doğumlardır (6,8). Bunun dışında prematüre bebekler ile düşük doğum ağırlıklı bebeklerin, enfeksiyon nedeniyle antibiyotik kullanan bebeklerin ve erkek cinsiyetteki bebeklerin kord düşme sürelerinin uzadığı belirtilmektedir (2,9,10). Cinsiyet konusunda farklı bilgiler de mevcuttur. Bazı çalışmaların sonuçları erkek bebeklerde kordun daha erken düştüğünü göstermiştir (2,6,9,10). Aynı zamanda anne sütüyle beslenmenin kord düşme süresini kısalttığı saptanmıştır (6).

Normal koşullarda göbek kordonu doğumdan sonraki 5-15. günler arasında kurur ve düşer. Özellikle enfeksiyon açısından ciddi risk oluşturan kordun düşme süresinin uzamasına yol açan faktörlerin belirlenmesi son derece önemlidir. Göbeğin düşmesini geciktiren diğer bir faktör ise umbilikal kord özelliklerinden kord klemp mesafesi ve kordon çevre uzunluğu olabilir. Bu çalışmanın amacı yenidoğanın umbilikal kord özelliklerinin göbek düşme süresine etkisini belirlemektir.

2. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırma analitik-kesitsel tipte olup, ülkemizin batısında yer alan bir üniversite hastanesinin kadın doğum kliniğinde, 1 Eylül 2015 ile 1 Eylül 2016 tarihleri arasında doğum yapan anne ve yenidoğan bebekleri ile yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini belirlemede daha önce aynı konuda yapılmış bir çalışma olmaması nedeniyle orta etki değer olan 0.30 alınmıştır (11). G*Power 3.0.10 programında yapılan güç analizinde t testi kullanılarak %80 güçle, %95 güven aralığında, etki büyüklüğü 0.30 (orta etki) alınarak yapılan ölçümde; araştırmanın örneklem sayısı en az 64 olarak hesaplanmış çalışmaya 90 anne ve bebeği dahil edilmiştir.

Araştırmaya herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan (diyabet, hipertansiyon, troid v.b.), 20-35 yaş grubunda, sağlıklı ve tek bebeği olan anneler alınmıştır. Bebeğinde umbilikal

kord anomalisi olan (uzun kordon, kordon dolanması v.b.) anneler araştırmaya dahil edilmemiştir.

Araştırma iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın ilk aşaması; araştırmacılar tarafından klinik bebek hemşiresi annelere çalışma hakkında bilgi verdikten sonra araştırmaya davet etmiştir. Araştırmaya katılmak için gönüllü annelerden yazılı onam alınmıştır. Daha sonra annelere hazırlanan anket formu doldurulmuştur. Anket formu annelerin sosyodemografik özellikleri, doğum haftası, doğum şekli ve yenidoğanın APGAR skoru, cinsiyeti, RH uyumsuzluğu varlığına ilişkin soruları içermektedir. Ayrıca yenidoğanın boyu, kilosu, göbek kordonu klemp mesafesi ve göbek kordonu çevresi standart bir mezura ile aynı araştırmacı tarafından ölçülmüştür.

Araştırmanın ikinci aşamasında: anneler ilk görüşmeden 15-20 gün sonra telefonla aranılarak göbek düşme zamanı, göbek bakımı yapılma durumu, göbekte kanama, pis koku, kızarıklık, akıntı olup olmadığı, anne sütü alma durumu ve bebeklerin genel sağlık durumları öğrenilmiştir. Çalışmanın ikinci görüşmesinde üç kez kendisi ve verdiği ikinci numara telefonla aranılıp ulaşılamayan anneler çalışmadan çıkarılması planlanmış fakat böyle bir durumla karşılaşılmamıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için hastaneden gerekli izin ve yazarların bulunduğu Üniversitenin Tıp Fakültesi Girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan (protocol no:2015/635) etik onay ve annelerden de bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package for the Social Version 22.0 (SPSS) Paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. İstatistiksel değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile test edilmiş, normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin analizinde independent sample t testi, normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenlerin analizinde ise Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis Varyans analizi, Spearman korelasyon kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin analizinde Ki-Kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar ortalama, standart sapma, median, sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir.

3. BULGULAR

Araştırmaya katılan annelerin sosyo-demografik verileri incelendiğinde; annelerin %42.2'sinin ilköğretim mezunu, %70'inin çalışmadığı, eşlerinin ise %37.8'i ilköğretim mezunu, %95.6'sının herhangi bir işte çalıştığı belirlenmiştir. Annelerin %51.1'inin ilçede yaşadığı, %72.2'sinin gelirinin giderine denk ve %95.6'sının sağlık güvencesinin olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 2'de yenidoğanların bazı özelliklerine göre kord düşme süresi karşılaştırılmıştır. Sezaryenle doğan bebeklerin vajinal yolla doğan bebeklere göre göbek bağı düşme süreleri daha uzun bulunmuş ve istatistiksel olarak da bu durum anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Yenidoğanların %8.9'unda (sekiz yenidoğanda) Rh Uyumsuzluğu olduğu tespit edilmiş olup

göbek düşme süreleri diğer yenidoğanlardan anlamlı derecede daha kısa bulunmuştur (p=0.016).

Tablo 1. Annelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-demografik özellikler	Sayı	%
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil/okuryazar	5	5.6
İlköğretim mezunu	38	42.2
Lise mezunu	18	20.0
Üniversite mezunu	29	32.2
Eşin Eğitimi		
Okur-yazar değil/okuryazar	1	1.1
İlköğretim mezunu	34	37.8
Lise mezunu	32	35.6
Üniversite mezunu	23	25.6
Annenin çalışma durumu		
Çalışıyor	27	30.0
Çalışmıyor	63	70.0
Eşin Çalışma Durumu		
Çalışıyor	86	95.6
Çalışmıyor	4	4.4
Yaşanılan yer		
Köy	5	5.6
İlçe	46	51.1
Şehir	39	43.3
Ailenin gelir durumu		
Gelir giderden az	18	20.0
Gelir gidere denk	65	72.2
Gelir giderden fazla	7	7.8
Sağlık Güvencesi		
Yok	4	4.4
Var	86	95.6

Tablo 2. Yenidoğanların Bazı Özelliklerine Göre Göbek Kordonu Düşme Sürelerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Sayı (%)	Göbek kordonu düşme süresi (gün)	p
Doğum haftası		Ort (SD)	
34-37 hafta	33 (36.7)	8.48(3.40)	.425 ^a
38-41 hafta	57 (63.3)	9.84 (4.43)	
Doğum Şekli			
Vajinal doğum	12 (13.3)	7.42 (2.81)	.040 ^a
Sezaryen	78 (86.7)	9.79 (4.17)	
Bebeğin kilosu (Mean: 3099±486.28)			
2500gr altında	13 (14.4)	9.69(4.33)	.839 ^b
2500gr ve üzerinde	77 (85.6)	9.44(4.08)	
Bebeğin Boyu (Mean: 49.85±2.42)			
50 cm altında	35 (38.9)	9.34(3.99)	.805 ^b
50 cm ve üzerinde	55 (61.1)	9.56(4.18)	
Cinsiyeti			
Kız	48 (53.3)	9.10 (3.50)	.657 ^a
Erkek	42 (46.7)	9.90 (4.68)	
1. Dakika Apgar Skoru (Med: 8 IR(25-75): 8-9)			
7	9 (10.0)	12.00 (5.85)	.320 ^c
8	56 (62.2)	9.12 (3.88)	
9	25 (27.8)	9.36 (3.67)	
5. Dakika Apgar skoru (Med: 9 IR(25-75): 9-10)			
8	2 (2.2)	7.00 (2.82)	.641 ^c
9	62 (68.9)	9.51 (4.27)	
10	26 (28.9)	9.57 (3.76)	
Rh Uyuşmazlığı			
Var	8 (8.9)	6.37 (1.30)	.016 ^a
Yok	82 (91.1)	9.78 (4.14)	
Bebeğin beslenme şekli			
Sadece anne sütü	65 (72.2)	9.47 (4.10)	.960 ^a
Diğer (formül mama, anne sütü, su vb.)	25 (27.8)	9.48 (4.14)	

Tablo 3'te umbilikal kord özelliklerinin kord düşme süresi ile ilişkisi verilmiştir. Yenidoğanların 1. dk APGAR skorları ile 5. dk APGAR skorları arasında pozitif yönde yüksek bir ilişki saptanmıştır ($r=0.876$ $p=0.000$). Yenidoğanların umbilikal kord klemp mesafesi ile kord çevresi arasında pozitif yönde ($r=0.496$ $p=0.000$), göbek düşmeden banyo yapılma sayısı ile negatif yönde zayıf ilişki belirlenmiştir ($r=0.443$ $p=0.022$). Yenidoğanların göbek düşme süresi ile ilk banyo zamanı (gün) pozitif yönde orta ilişki ($r=0.643$ $p=0.000$), göbek düşmeden silme banyo yapılma sayısı ile pozitif yönde çok zayıf bir ilişki ($r=0.253$ $p=0.027$) tespit edilmiştir. Yenidoğanların ilk banyo zamanı (gün) ile göbek düşmeden silme banyo yapılma sayısı arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($r=0.511$ $p=0.000$).

Tablo 4'te umbilikal kord özelliklerine göre kord düşme süresinin karşılaştırılması verilmiştir. Yenidoğanların umbilikal kord klempleme mesafesi median değeri 2 cm, kord çevresi median değeri 1.5 cm ve göbek düşme süresi median değeri 8.5 gün olarak bulunmuştur. Yenidoğanların doğumdan sonra ilk banyo yaptırılma zamanı 9 gün bulunmuş ve günde 6 kez alt değiştirildiği öğrenilmiştir.

Yenidoğanların %95.6'sının göbeği hiçbir müdahale olmadan kendiliğinden düşmüştür. Yenidoğanların %17.8'inin göbeğine alkol, batikon, zeytinyağı vb. maddelerle bakım yapılmıştır. Göbek bakımı yapılan yenidoğanlarla yapılmayan yenidoğanların göbek düşme süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir ($p=0.706$). Yenidoğanda enfeksiyon gelişme, göbek düşmeden banyo yaptırılma, göbek düşmeden silme banyo yaptırılma durumuna göre göbek düşme süresi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yenidoğanların tümünde hazır bez kullanıldığı öğrenilmiştir (Tablo 4). Yenidoğanların çoğunun (%93.3) bezini göbek kordonunun altından bağlandığı tespit edilmiştir. Yenidoğanların %12.2'sinin spanç veya tülbent vb. gibi materyallerle göbek kordonunun kapatıldığı saptanmıştır. Yenidoğanların %44.4'ünün göbek kordonu idrar ya da gaita ile temas etmiş, %32.2'si yenidoğan döneminde hastalık geçirmiş, %60.0'ının cildine nemlendirici (zeytinyağı, losyon, krem, bebek yağı) sürülmüştür. Yenidoğanların bezinin göbek kordonunun altından bağlanma, göbek kordonunun kapatılma, göbek kordonunun idrar ya da gaita ile temas etmesi, hastalık geçirme ve cildine nemlendirici sürme durumlarına göre göbek düşme süreleri arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4).

4. TARTIŞMA

Araştırma yenidoğanın umbilikal kord özelliklerinin göbek düşme süresine etkisini belirlemek amacıyla 90 anne ve yenidoğan ile doğumdan sonra ilk gün ve en az 15 gün sonra olmak üzere iki aşamada gerçekleştirildi. Araştırmada göbek düşme süresi anne, yenidoğan ve umbilikal kord özellikleri bakımından karşılaştırıldı.

Göbek kordonu genellikle postpartum 5-15 gün içinde kurur ve düşer (1,12). Araştırmada göbek kordonunun düşme süresi ortalama 8.5 gün olarak literatüre uygun bulunmuştur. Yenidoğanların %95.6'sının göbeği hiçbir müdahale olmadan kendiliğinden düşmüştür. Yenidoğanların %17.8'inin göbeğine alkol, patikon, zeytinyağı vb. maddelerle bakım yapılmıştır. Göbek bakımı yapılan yenidoğanlarla yapılmayan yenidoğanların göbek düşme süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir. Göbek düşme süresi ile göbek bakımda alkol, klorheksidin, anne sütü kullanımını ele alan çalışmalarda göbek düşme süresi farklılık göstermektedir (3,9,13,14). Oysa Dünya Sağlık Örgütü, yenidoğanların

Tablo 3. Yenidoğanların Bazı Özelliklerine Göre Göbek Kordonu Düşme Sürelerinin Karşılaştırılması

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. APGAR 1. dk	r		.876**	.004	-.063	-.119	-.129	.123	.072	-.158
	p		.000	.484	.279	.132	.113	.298	.294	.068
2. APGAR 5. dk	r			-.019	-.171	.042	-.089	.304	.114	-.158
	p			.428	.054	.347	.202	.090	.194	.069
3. Klemp Mesafesi (cm)	r				.496**	-.022	-.048	-.443*	.002	-.152
	p				.000	.421	.327	.022	.495	.077
4. Kord çevresi (cm)	r					-.220*	-.067	-.317	-.081	-.013
	p					.019	.268	.081	.274	.453
5. Göbek düşme süresi (gün)	r						.643**	.272	.253*	-.036
	p						.000	.116	.027	.367
6. İlk banyo zamanı (gün)	r							-.084	.511**	.090
	p							.363	.000	.200
7. Göbek düşmeden banyo yapılma sayısı	r								.261	.000
	p								.233	.500
8. Göbek düşmeden silme banyo yapılma sayısı	r									.134
	p									.155
9. alt değiştirme sıklığı (sayı/gün)	r									
	p									

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

göbek kordonu bakımında kuru bakım yapılmasını önermektedir (7). Çalışmada göbeğin kuru tutulduğu yani hiçbir bakım malzemesi kullanmayan annelerin çoğunlukta olduğu dikkat çekmektedir.

Tablo 4. Umbilikal Kord Özellikleri ve Bu Özelliklere Göre Kord Düşme Süresinin Karşılaştırılması

Umbilikal kord özellikleri	Median	IR (25-75)	
Umbilikal kord klemp mesafesi (cm)	2	1.75-2.50	
Umbilikal kord çevresi (cm)	1.50	1-2	
Göbek kordonu düşme zamanı (gün)	8.50	7-12	
İlk banyo yaptırılma zamanı (doğumdan sonra gün)	9	7-14.50	
Bebeğin altının değiştirilme sıklığı (kez/gün)	6	5-8	
Göbek kordonu düşme süresi			
Göbek bakımı yapılma durumu	Sayı (%)	Ort (SD)/ Med (IR)	Test değeri
Evet	16 (17.8)	9.12 (3.72)	t=0.093
Hayır	74 (82.2)	9.55 (4.18)	p=0.706
Enfeksiyon gelişme durumu			
Evet	14 (15.6)	9.57 (2.87)	t=0.093
Hayır	76 (84.4)	9.46 (4.29)	p=0.926
Göbek düşmeden banyo yaptırılma durumu			
Evet (Median: 1.86 kez IR (25-75): 1-2.50)	19 (21.1)	9.66 (3.62)	t=0.240
Hayır	71 (78.9)	9.42 (4.24)	p=0.811
Göbek düşmeden silme banyo yaptırılma durumu			
Evet (Median: 2 IR (25-75): 2-3)	59 (65.6)	9.86 (83.86)	t=-1.280
Hayır	31 (34.4)	8.70 (4.47)	p=0.204
Göbek kordonunun kapatılma durumu			
Evet (spanç, tülbent vb.)	11 (12.2)	9.09 (3.41)	t=-.333
Hayır	79 (87.8)	9.53 (4.19)	p=0.740
Göbek kordonunun idrar ya da gaita ile temas durumu			
Evet	40 (44.4)	8.67 (3.42)	t=1.682
Hayır	50 (55.6)	10.12 (4.48)	p=0.096
Yenidoğanın hastalık geçirme durumu			
Evet (sarılık, ishal, konjoktivit, enfeksiyon)	29 (32.2)	9.55 (4.68)	t=1.118
Hayır	61(67.8)	9.44 (3.81)	p=0.907
Cildine nemlendirici sürülme durumu			
Evet	54 (60.0)	9.63 (4.09)	t=0.303
Hayır	34(40.0)	9.37 (4.12)	p=0.762

Literatürde umbilikal kord klempinin abdominal duvardan 2-3 cm uzaklıkta mesafeye yerleştirilmesi ve kesilmesi önerilmektedir (15,16). Çalışmada da literatüre uygun bir şekilde yenidoğanların umbilikal kord klempleme mesafesi medyan değeri 2 cm bulunmuştur. Çalışmada umbilikal kord özelliklerinden olan klemp mesafesi, kord çevresi, göbek düşmeden banyo yapılma sayısı ve alt değiştirme sıklığı ile göbek düşme süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. İlk banyo yapma zamanı ile orta, göbek düşmeden silme banyo sayısı ile zayıf ilişki saptanmıştır.

Yenidoğanların doğumdan sonra ilk banyo yaptırılma zamanı 9 gün bulunmuş ve günde 6 kez alt değiştirildiği öğrenilmiştir. Yenidoğanda enfeksiyon gelişme, göbek düşmeden banyo yaptırılma, göbek düşmeden silme banyo yaptırılma durumuna göre göbek düşme süresi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yenidoğanların tümünde hazır bez kullanıldığı

öğrenilmiştir. Bu sonuçlar araştırmanın üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda yapılmış olması ve belirli bir sosyo-kültürel düzeydeki annelerle çalışılmış olmasından kaynaklanabilir.

Araştırmada doğum haftası erken olanlarla normal doğum zamanında doğan yenidoğanların göbek düşme süreleri benzer bulunmuştur. Oysa farklı çalışmalarda gestasyonel yaştan göbek düşme süresini etkilediği bildirilmektedir (17). Bu farklılık çalışmamızda çok düşük gestasyonel haftalarda doğan bebeklerin yer almaması, en düşük 34 en yüksek 41 gestasyonel haftasında doğan yenidoğanların yer almasından kaynaklanabilir.

Hsu ve ark. 2010 yaptıkları çalışmada sezaryen doğum şeklinin göbek düşme süresini uzattığı belirlenmiştir. Çalışmada sezaryenle doğan bebeklerin vajinal yolla doğan bebeklere göre göbek düşme süreleri daha uzundu. Bu bulgu literatürle benzerlik göstermektedir.

Literatürde yenidoğanın doğum ağırlığının göbek düşme süresi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (2,9,10). Çalışmada ise yenidoğanların doğum kilosu bakımından karşılaştırma yapılmış fakat 2500 gramın altında doğanların üstünde doğanlarla ve 50 cm altında doğan bebeklerin 50 ve üzerinde doğan bebeklerle göbek düşme süreleri benzer bulunmuştur. Bu durum çalışmamızda yenidoğanların ortalama doğum ağırlığının 3000 gr ve boylarının ise 50 cm civarında olduğu dikkate alındığında çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerin araştırmaya dahil edilmemesinden kaynaklanmış olabilir.

Yapılan araştırmalarda antibiyotik tedavisinin, anne sütü dışında beslenmenin ve fototerapi uygulamalarının göbek düşme süresini geciktirdiği bildirilmiştir (3,17-19). Fakat yapılan araştırmada bu değişkenlerin göbek düşme süresini değiştirmediği sadece Rh Uyuşmazlığı tespit edilen yenidoğanların göbek düşme süreleri diğer yenidoğanlardan anlamlı derecede daha kısa bulunmuştur. Çalışma Rh uyuşmazlığı olan yenidoğanların göbek düşme sürelerinin daha kısa olduğunu tespit eden ilk çalışma olması bakımından literatüre katkı sağlamıştır.

Bu araştırmanın en önemli kısıtlılıklarından biri örneklem sayısının az olması, verilerin tek merkezden toplanması ve araştırma sonuçlarının sadece araştırmaya katılan anne ve bebeklerini yansıtması olup genellenemez olmasıdır.

5. SONUÇ

Bu çalışmada yenidoğanların göbek düşme süresi 8.5 gün, umbilikal kord klemp mesafesi 2 cm ve umbilikal kord çevresi 1.5 cm bulunmuştur. Çalışmada göbek düşme süresi ile umbilikal kord özellikleri arasında ilişki saptanmamıştır. Fakat sezaryen ile doğan yenidoğanlarda göbek düşme süresinin daha uzun, RH uyuşmazlığı sorunu yaşayan yenidoğanlarda ise daha kısa olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın daha fazla yenidoğanın yer aldığı ve tüm umbilikal kord özelliklerini ele alan yeni çalışmaların planlanması önerilebilir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için hastaneden gerekli izin ve yazarların bulunduğu Üniversitenin Tıp Fakültesi Girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan (protocol no:2015/635) etik onay ve annelerden de bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

KAYNAKLAR

1. Genç Koyucu, R., Tosun, Y., & Çınar, F. (2017). Yenidoğan göbek bakımında klorheksidin, iyot ve alkolün karşılaştırılması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 8-16.
2. Ozdemir, H., Bilgen, H., Topuzoglu, A., Coskun, S., Soyletir, G., Bakir, M., et al. (2017). Impact of different antiseptics on umbilical cord colonization and cord separation time. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 11(02), 152-157.
3. Lyngdoh, D., Kaur, S., Kumar, P., Gautam, V., & Ghai, S.(2018). Effect of topical application of human breast milk versus 4% chlorhexidine versus dry cord care on bacterial colonization and clinical outcomes of umbilical cord in preterm newborns. *Journal of Clinical Neonatology*, 7(1), 25.
4. DSÖ World Health Statistics 2018 https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/istatistik/9789241565585_eng.pdf (Erişim Tarihi: 9 Şubat 2020).
5. UNICEF 2018 <http://www.un.org.tr/unicef-dunya-yenidogan-bebekleri-yuzustu-birakiyor/> (Erişim Tarihi: 9 Şubat 2020).
6. Oladokun, R. E., Orimadegun, A.E., & Olowu, J. A. (2005). Umbilical Cord Separation Time in Healthy Nigerian Newborns Niger. *J Paediatr*, 32(1), 19-25.
7. WHO. (2020). World Health Organization (2013). WHO recommendations on “Postnatal care of the mother and newborn”. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf (Erişim tarihi: 9 Şubat 2020).
8. Hsu, W. C., Yeh, L. C., Chuang, M. Y., Lo, W. T, Cheng, S. N., & Huang, C. F. (2010). Umbilical separation time delayed by alcohol application. *Annals of Tropical Paediatrics*, 30(3), 219-223.
9. Soğukpınar, N., Karaca, S. B., & Kuru Oktay. A. (2013). Yenidoğanların göbek düşme süresi ve etkileyen etmenler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(1), 1-7.
10. Abhulimhen-Iyoha, B. I., Ibadin, M. O. (2011). Umbilical cord separation time among infants seen at the immunisation clinic of the university of benin teaching hospital, Nigeria. *East African Medical Journal*, 88(1), 28-32.
11. Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis For The Behavioral Sciences*, 2nd Edition, Hillside, NJ: Erlbaum.
12. Karumbi, J., Mulaku, M., Aluvaala, J., English, M., & Opiyo, N. (2013). Topical umbilical cord care for prevention of infection and neonatal mortality. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 32(1), 78.
13. Ahn, S. Y., Chang, Y. S., Kim, S. Y., Sung, D. K., Kim, E. S., Rime, S. Y., et al. (2013). Long-term (postnatal day 70) outcome and safety of intratracheal transplantation of human umbilical cord blood-derived mesenchymal stem cells in neonatal hyperoxic lung injury. *Yonsei Medical Journal*, 54(2), 416-424.
14. Nourian, M., Allaii, F., & Heidari, A. (2009). Comparison of the effect of alcohol 70% versus dry cord care on cord bacterial colonization and cord separation time among newborns. *Pak J Med Sci*, 25(1), 103-107.
15. Karaçam, Z., Çoban, A., Taşpınar, A. (2018). *Temel Ebelik Uygulamaları Rehberler ve Değerlendirme*, Ankara Nobel Tıp Kitapevi, Ankara, 313.
16. Duchowska, A., & Azsukowski, P. (2012). Remarks on the length of umbilical arteries in human umbilical cord. A preliminary report. *Archives of Perinatal Medicine*, 18(3), 169-172.

17. Abbaszadeh, F., Hajizadeh, Z., & Jahangiri, M. (2016). Comparing the impact of topical application of human milk and chlorhexidine on cord separation time in newborns. *Pakistan Journal Of Medical Sciences*, 32(1), 239.
18. Golshan, M., & Hossein, N. (2013). Impact of ethanol, dry care and human milk on the time for umbilical cord seperation. *Journal of Pakistan Medical Association*, 63(9), 1117-1119.
19. Aghamohammadi, A., Zafari, M., & Moslemi, L. (2012). Comparing the effect of topical application of human milk and dry cord care on umbilical cord separation time in healthy newborn infants. *Iranian Journal of Pediatrics*, 22(2), 158.

Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşirelik Eğitimi ile İlgili Stres Düzeylerinin Belirlenmesi

Determination of Nursing Students' Stress Levels Related to Nursing Education

Zeliha BÜYÜKBAYRAM ¹, Derya BIÇAK AYIK ¹

¹Siirt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Siirt, Türkiye

ÖZ

Amaç: Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik eğitimi ile ilgili stres düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapıldı.

Yöntem: Araştırma evreni, Siirt Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü öğrencileri (N=450) oluşturdu. Araştırmanın örneklemini, Aralık 2018– Ocak 2019 tarihleri arasında, araştırma için gönüllü olan 369 öğrenci oluşturdu. Veri toplamada birey tanıtıcı formu ve hemşirelik eğitimi stres ölçeği kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde frekans, standart sapma, ortalama, anova, kruskal wallis testi, t testi, mann-whitney u testi ve pearson korelasyon analizi kullanıldı. Tüm bulgular $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde alınmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan hemşirelik öğrencilerin %50.7'sini kız öğrencilerin oluşturduğu ve tüm öğrencilerin yaş ortalamalarının 21.60 ± 2.34 olduğu, not ortalamalarının 73.11 ± 7.22 olduğu, %40.4'ünün III. sınıfta öğrenim gördüğü, %69.4'ünün aile gelir durumunun orta düzeyde olduğu, %41.7'sinin yurttan yaşadığı, %63.7'sinin hemşirelik bölümünü isteyerek seçtiği, %47.2'sinin mezun olduktan sonra hemşirelik mesleğini yapmak istediği ve %34.4'ünün uygulamaya çıktıklarında merak duygusu yaşadığı saptandı. Hemşirelik eğitimi stres ölçeği toplam puan ortalaması 57.75 ± 16.52 , akademik stres alt boyutu 28.72 ± 8.67 ve uygulama stres alt boyut puan ortalamasının 29.02 ± 8.70 olduğu saptandı. Cinsiyet ile stres düzeyi arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Ayrıca staj uygulamasına yönelik kaygı, stres ve korku hissi ile stres düzeyi arasında da anlamlı fark olduğu saptandı.

Sonuç: Araştırmada hemşirelik öğrencilerinin eğitimde yaşadıkları stresin orta düzeyde olduğu ve stres düzeyi ile derslerin not ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik eğitimi, Hemşirelik öğrencileri, Stres.

ABSTRACT

Objective: The research was carried out as a descriptive study in order to determine the stress levels of nursing students related to nursing education.

Methods: The population of the research consisted of the students of the Nursing Department of the School of Health in Siirt University (N = 450). The sample of the research consisted of 369 students who accepted to join in the study between December 2018 and January 2019. In data collecting; student identification form, and Nursing Education Stress Scale were used. Frequency, standard deviation, mean, kruskal wallis test, anova, t test and pearson correlation analysis were used to evaluate the data. All findings were tested at a level of $p < 0.05$.

Results: Of the nursing students included in the study, 50.7% were female and the average age of all students was 21.60 ± 2.34 , their grade point average was 73.11 ± 7.22 , 40.4% was in grade 3, and 69.4% of them family income status were in middle level, It was determined that 41.7% of them lived in dormitories, 63.7% of them preferred nursing department willingly, 47.2% of them wanted to work as a nurse after graduation and 34.4% of them experienced a sense of curiosity when they came into practice. The mean total score of the Nursing Education Stress Scale was 57.75 ± 16.52 , the academic stress sub-dimension was 28.72 ± 8.67 and the application stress sub-dimension score was 29.02 ± 8.70 .

Conclusion: In the research, it was found that the mean score of nursing students' Nursing Education Stress Scale was moderate. It was obtained that there was a positive correlation between total and all sub-dimension scores of the Nursing Education Stress Scale and the grade point average.

Sorumlu Yazar: Zeliha BÜYÜKBAYRAM

Siirt Üniversitesi, Sağlık Bilimler Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Siirt, Türkiye
zeliha_bbayram@hotmail.com

Geliş Tarihi: 08.05.2019 – Kabul Tarihi: 09.02.2020

Key words: Nursing education, Nursing students, Stress.

1. GİRİŞ

Hemşirelik eğitimi teori ve uygulamayı içeren, gözlem, teorik bilgi ve yoruma gereksinim duyulan bir süreçtir. Bu süreçte hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı iletişim kurabilen, özsaygı ve özgüven seviyeleri yüksek bireyler olarak yetişmeleri mesleki başarı açısından oldukça önemlidir (1,2). Ancak hemşirelik öğrencileri, eğitim süreçleri boyunca çeşitli stresörlere maruz kalmaktadırlar. Bu stresörler; akademik (sınavlar ve değerlendirmeler, eğitimdeki başarısızlık korkusu, iş yükü ile ilgili sorunlar, vb.), klinik stresörler (iş, hata yapma korkusu, hastaların ölümüne veya acılarına olumsuz tepkiler, meslek grubunun diğer üyeleriyle ilişkiler vb.) ve kişisel / sosyal stresörlerdir (3,4). Literatüre baktığımızda hemşirelik öğrencileri farklı alanlarda eğitim gören öğrencilere göre daha yüksek düzeyde stres yaşadıkları ve hemşirelik öğrencilerin eğitim süreçleri boyunca daha çok akademik ve klinik alanda stres yaşadıkları görülmüştür (4-6). Özellikle klinik uygulama alanları, öğrenciler için profesyonel bilgi ve beceri gelişimi açısından oldukça önemli olmasına rağmen, aynı zamanda önemli bir stres nedenidir (6,7). Hemşirelik öğrencileri klinik uygulamada alışılmadık ortamlara maruz kaldıkları için hem mesleki strese hem de kişisel strese maruz kalmaktadırlar (8). Martos ve ark. klinik uygulamanın, hemşirelik öğrencileri için programın diğer yönleriyle karşılaştırıldığında en yüksek düzeyde stres ürettiğini öne sürmektedir (3). Bu da, hemşirelik öğrencilerinin diğer disiplinlerdeki öğrencilere göre daha yüksek düzeyde stres yaşadığını göstermektedir (9,10).

Stres, hemşirelik öğrencilerinin akademik performansını ve refahını etkileyen psikolojik bir faktördür (3). Bu durum, gelecekteki hemşirelerin eğitiminde stres düzeylerini ve kaynaklarını belirlemeyi amaçlayan geniş bir araştırma grubunun geliştirilmesine yol açmıştır (8,9,11).

Literatür incelendiğinde stresin öğrencilerin klinik beceri ve performansını etkilediği görülmektedir ancak hemşirelik öğrencilerin hemşirelik eğitimi ile ilgili yaşadıkları stresi araştıran çalışmaların nadir olduğu tespit edilmiştir (3,8,9,12). Bilgiler doğrultusunda, bu çalışma ile Siirt Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu hemşirelik bölümü öğrencilerinin eğitimleri esnasında yaşadıkları stresinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmanın Tipi

Araştırma, hemşirelik bölümü öğrencilerinin hemşirelik eğitimi ile ilgili stres düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapıldı.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Siirt Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü öğrencilerine yönelik Aralık 2018-Ocak 2019 tarihleri arasında yapıldı. Bu yüksekokuldaki 2, 3 ve 4. Sınıftaki öğrenciler haftalık 6 saat temel teorik ders almakta olup 8 saat klinik uygulamaya çıkmaktadır. Birinci sınıf öğrencileri ise ilk dönem klinik uygulamaya çıkmayıp haftalık 4 saat

laboratuvar uygulaması almaktadır. Yüksekokulun akademik kadrosu 3 araştırma görevlisi ve 12 öğretim elamanından oluşmaktadır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini, Siirt Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü 2. 3. 4. sınıf öğrencilerinin tamamı (N=450) oluşturdu. Veri toplama tarihlerinde 1. sınıf öğrencileri klinik uygulama deneyimi olmadığından çalışmaya dahil edilmedi. Örneklemeye gidilmeden araştırma için gönüllü olan öğrenciler çalışmaya dahil edildi. Araştırma; veri toplama aşamasında devamsızlık yapan ve çalışma için gönüllü olmayan öğrencilerin (n=81) olması nedeniyle 369 öğrenci ile tamamlanmıştır.

Veri toplama araçları;

Birey Tanıtıcı Formu; Araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerin demografik verilerini ve hemşirelik eğitimlerine ilişkin bazı bilgileri içeren, araştırmacı tarafından hazırlanan 9 sorudan (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aile gelir durumu, nerede yaşadığı, mesleği tercih etme istediği, çalışmak istediği alan, klinik uygulamada yaşadığı duygu durumu ve akademik başarı ortalaması) oluşmaktadır (4,12,13).

Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği (HESÖ); Hemşirelik eğitimi stres ölçeği Rhead tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenliği Karaca ve arkadaşları (2014) tarafından yapılmıştır (14). Ölçek 32 maddeden oluşmaktadır. 4'lü Likert tipinde olup 0-3 puan arasında ("0" hiç stres verici değil, "3" çok stres verici) hesaplanmaktadır. Ölçek, uygulama stresi alt boyutu ve akademik stres alt boyutundan oluşmaktadır. Akademik stres alt boyutu; 1,2,3,6,8,10,12,14,17,20,22,23,26,28,30,31 maddeler, Uygulama stres alt boyutu; 4,5,7,9,11,13,15,16,18,19,21,24,25,27,29,32 maddelerinden oluşmaktadır. Alt boyutlarının her birinden alınabilecek en az puan 0 iken maksimum puan 48'dir. Ölçekten alınabilecek puan 0-96 arasındadır. Ölçekten alınan puanın artması stres düzeyinin yükseldiğini göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alpha güvenilirlik katsayılarının 0.81-0.93 arasında bulunmuştur (7,14,15). Çalışmamızda ise toplam güvenilirlik katsayısı cronbach alpha değeri; 0.91, alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları akademik stres alt boyutu için 0.86, uygulama stresi alt boyutu için ise 0.83 olarak bulundu.

Verilerinin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi için SPSS 20.0 (Statistical Pack age for Social Science) istatistik paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama \pm standart sapma ($x \pm ss$), ortanca (M), 25.yüzdelerlik (Ç1), 75.yüzdelerlik (Ç3) değerleri olarak verildi. Sayısal değişkenlere ait verilerin normal dağılımı Q-Q grafikleri ve Shapiro Wilk normallik testi ile değerlendirildi. Normal dağılım gösteren değişkenlerde iki grup karşılaştırmaları bağımsız iki örnek t testi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Mann-Whitney U testi ile yapıldı. İki'den daha fazla grup karşılaştırmaları normal dağılım gösteren değişkenlerde Tek Yönlü Varyans Analizi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Kruskal-Wallis analizi ile değerlendirildi. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak önemli kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesi, Siirt Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (03.12.2018/E.16339), Siirt Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü'nden (02.11.2018/E.15214) gerekli izin ve araştırma için gönüllü olan öğrencilerden sözlü ve yazılı onam alındı.

3. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hemşirelik öğrencilerinin %50.7'sini kız öğrencilerin oluşturduğu ve tüm öğrencilerin yaş ortalamalarının 21.60 ± 2.34 olduğu, not ortalamalarının 73.11 ± 7.22 olduğu saptandı. Öğrencilerin %40.4'ünün III. sınıfta öğrenim gördüğü, %69.4'ünün aile gelir durumunun orta düzeyde olduğu, %41.7'sinin yurttan yaşadığı, %63.7'sinin hemşirelik bölümünü isteyerek tercih ettiği, %47.2'sinin mezun olduğu zaman hemşire olarak çalışmak istediği ve %72.6'ünün uygulamaya çıktıklarında merak duygusu yaşadıkları saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=369)

Tanıtıcı Özellikler	S	%
Cinsiyet		
Kadın	187	50.7
Erkek	182	49.3
Eğitim Gördüğü Sınıf		
2. Sınıf	124	33.6
3. Sınıf	149	40.4
4. Sınıf	96	26.0
Aile Gelir Durumu		
İyi	65	17.6
Orta	256	69.4
Kötü	48	13.0
Yaşadığı Yer		
Yurttan	154	41.7
Evde aileyle	96	26.0
Evde yalnız	10	2.7
Evde Arkadaşlarla	109	29.6
Hemşirelik Mesleğini isteyerek mi tercih ettiniz?		
Evet	235	63.7
Hayır	134	36.3
Mezuniyet Sonrası Çalışmak İstedığınız Alan		
Öğretmen	22	6.0
Hemşire	174	47.1
Akademisyen	124	33.6
Kararsız	49	13.3
Uygulamaya Çıktığında Hissettiği Duygular		
Heyecan		
Var	178	48.2
Yok	191	51.8
Merak		
Var	268	72.6
Yok	101	27.4
Kaygı		
Var	105	28.5
Yok	264	71.5

Tablo 1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=369) (devam)

Tanıtıcı Özellikler	S	%
Uygulamaya Çıktığında Hissettiği Duygular		
Stres		
Var	121	32.8
Yok	248	67.2
Korku		
Var	61	16.5
Yok	308	83.5
Hiçbiri		
Var	45	12.2
Yok	324	87.8
Not Ortalaması	73.11 ± 7.22	
Yaş Ortalaması	21.60 ± 2.34	

HESÖ toplam puan ortalaması 57.75 ± 16.52 , akademik stres alt boyutu 28.72 ± 8.67 ve uygulama stres alt boyut puan ortalamasının 29.02 ± 8.70 olarak saptandı (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği Puan Ortalamaları (n=369)

HESÖ ve Alt Boyutları	Madde sayısı	Min. Puan	Max. Puan	$\bar{X} \pm SS$
Akademik stresi altboyutu	16	0	48	28.72 ± 8.67
Uygulama stres alt boyutu	16	0	48	29.02 ± 8.70
Toplam HESÖ	32	0	96	57.75 ± 16.52

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin demografik özelliklerine göre hemşirelik eğitimi stres ölçek puan karşılaştırılması Tablo 3 'te gösterilmiştir. Çalışmada kız öğrencilerin HESÖ ve tüm alt boyut puan ortalamaları erkeklere göre yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Dördüncü sınıf öğrencilerinin HESÖ ve tüm alt boyut puan ortalamaları, 2. ve 3. sınıf öğrencilerine göre daha yüksek ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0.05$). Aile gelir düzeyi orta seviyede olan öğrencilerin HESÖ ve tüm alt boyut puan ortalamaları, diğer seviyelerdeki öğrencilere göre yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi ($p > 0.05$). Yurtta yaşayan öğrencilerin HESÖ ve tüm alt boyut puan ortalamaları, diğerlerine göre daha yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi ($p > 0.05$). "Bölümünüzü isteyerek mi seçtiniz?" sorusuna 'evet' diyenlerin HESÖ puan ortalaması hayır diyenlere göre daha yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edildi ($p > 0.05$). Mezun olduktan sonra akademisyen olarak çalışmak isteyenlerin puan ortalamaları diğerlerine göre yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ($p > 0.05$). Öğrencilerin uygulamaya yönelik HESÖ ile kaygı, stres ve korku hislerindeki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.05$) (Tablo 3).

Araştırma alınan öğrencilerin, HESÖ ve alt boyutları puanı ile derslerinin not ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p < 0.05$) (Tablo 4).

Tablo 3. Öğrencilerin Demografik Özelliklerine Göre Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=369)

Tanıttıcı Özellikler	Akademik Stres Alt Boyutu $\bar{x} \pm ss$	Uygulama Stres Alt Boyutu $\bar{x} \pm ss$	HESÖ $\bar{x} \pm ss$
Cinsiyet			
Kadın	29.78±8.08	30.87±7.97	60.65±15.15
Erkek	27.64±9.14	27.13±9.03	54.78±17.36
İstatistiksel analiz*	$t=2.378; p=0.014$	$t=4.215; p<0.001$	$t=3.468; p=0.014$
Eğitim Gördüğü Sınıf			
2. Sınıf	28.93±8.61	28.50±8.51	57.44±16.19
3. Sınıf	28.37±9.02	28.81±8.98	57.18±17.27
4. Sınıf	29.01±8.28	30.04±8.51	59.05±15.83
İstatistiksel analiz **	$F=0.201; p=0.814$	$F=0.919; p=0.402$	$F=0.401; p=0.666$
Aile Gelir Durumu			
İyi	28.78±10.21	28.89±10.36	57.67±19.95
Orta	28.68±8.04	29.16±7.91	57.84±15.07
Kötü	28.89±9.82	28.52±10.32	57.41±19.06
İstatistiksel analiz **	$F=0.142; p=0.988$	$F=0.114; p=0.881$	$F=0.145; p=0.982$
Evet	28.59±8.40	29.25±8.43	57.84±15.86
Hayır	28.96±9.16	28.64±9.18	57.60±17.67
İstatistiksel analiz *	$t=0.392; p=0.691$	$t=0.644; p=0.511$	$t=0.133; p=0.892$
	$M (\zeta_1-\zeta_3)$	$M (\zeta_1-\zeta_3)$	$M (\zeta_1-\zeta_3)$
Yaşadığı Yer			
Yurtta	30.50 (24.00-35.00)	30.00 (24.00-36.00)	61.00 (49.75-70.00)
Evde aileyle	28.00 (23.00-34.00)	28.00 (23.00-34.00)	56.50 (47.00-68.00)
Evde yalnız	27.50 (13.00-34.75)	25.50 (16.75-34.25)	50.50 (29.75-69.00)
Evde Arkadaşlarla	29.00 (22.50-34.50)	29.00 (22.00-34.50)	58.00 (45.50-69.00)
İstatistiksel analiz ***	$KW_{\chi^2}=3.501; p=0.324$	$KW_{\chi^2}=4.763; p=0.191$	$KW_{\chi^2}=4.012; p=0.914$
Mezuniyet Sonrası Çalışmak İstediğiniz Alan			
Öğretmen	27.50 (21.25-34.00)	25.00 (18.50-34.00)	52.50 (42.25-70.25)
Hemşire	29.00 (24.00-34.00)	29.50 (24.00-35.00)	58.00 (48.00-68.00)
Akademisyen	31.00 (24.00-36.00)	30.00 (24.00-35.00)	62.00 (49.00-70.00)
Kararsız	28.00 (21.00-35.00)	28.00 (21.50-35.50)	54.00 (40.50-70.00)
İstatistiksel analiz ***	$KW_{\chi^2}=3.000 p=0.391$	$KW_{\chi^2}=0.294 p=0.344$	$KW_{\chi^2}=2.952; p=0.390$
Uygulamaya Çıktığında Hissettiği Duygular			
Heyecan			
Var	29.00 (23.00-34.00)	28.00 (22.75-34.00)	57.00 (47.00-68.00)
Yok	30.00 (24.00-35.00)	30.00 (24.00-36.00)	61.00 (49.00-70.00)
İstatistiksel analiz ****	$z=1.137; p=0.256$	$z=1.538; p=0.124$	$z=1.422; p=0.155$
Merak			
Var	29.00 (24.00-35.00)	29.00 (23.00-35.00)	58.00 (47.00-70.00)
Yok	29.00 (24.00-34.00)	29.00 (22.50-35.50)	59.00 (49.00-68.00)
İstatistiksel analiz ****	$z=0.443; p=0.658$	$z=0.517; p=0.605$	$z=0.503; p=0.615$
Kaygı			
Var	32.00 (25.00-35.00)	32.00 (25.00-36.00)	65.00 (50.50-70.00)
Yok	29.00 (23.00-34.00)	28.00 (23.00-34.00)	56.00 (47.00-69.00)
İstatistiksel analiz ****	$z=1.991; p=0.046$	$z=2.275; p=0.023$	$z=2.361; p=0.018$
Stres			
Var	33.00 (27.00-36.00)	34.00 (27.00-37.00)	66.00 (54.50-72.50)
Yok	28.00 (22.00-33.00)	27.50 (22.00-34.00)	54.50 (45.00-66.00)
İstatistiksel analiz ****	$z=4.570; p<0.001$	$z=5.308; p<0.001$	$z=5.348; p<0.001$
Korku			
Var	33.00 (27.50-36.00)	34.00 (27.50-39.00)	68.00 (53.00-72.50)
Yok	29.00 (23.00-34.00)	28.00 (23.00-34.00)	57.00 (47.00-68.00)
İstatistiksel analiz ****	$z=2.568; p=0.010$	$z=3.931; p<0.001$	$z=3.500; p<0.001$
Hiçbiri			
Var	29.00 (21.50-34.50)	29.00 (19.00-36.00)	59.00 (41.50-69.00)
Yok	30.00 (24.00-34.00)	29.00 (23.00-35.00)	58.00 (47.25-69.00)
İstatistiksel analiz ****	$z=0.519; p=0.604$	$z=0.674; p=0.500$	$z=0.651; p=0.515$

* Bağımsız iki örneklem t testi, **Tek Yönlü Varyans Analizi, ***Kruskal-Wallis Analizi, ****Mann-Whitney U Testi

Tablo 4. Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği ve Derslerin Not Ortalaması Arasındaki Korelasyon İlişkisi

HESÖ ve Alt Gruplar	Derslerin Not Ortalaması	
Akademik stres alt boyutu	r: 0.177	p=0.001
Uygulama stres alt boyutu	r: 0.179	p=0.001
Toplam HESÖ	r: 0.187	p =0.000

4. TARTIŞMA

Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik eğitimi ile ilgili stres düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada; HESÖ toplam puan, akademik stres alt boyutu ve uygulama stres alt boyut puan ortalamaları, ortalamanın üstünde olduğu saptandı. Buna göre öğrencilerin hemşirelik eğitimleri ile ilgili ortalamanın üstünde stres yaşadığı söylenebilir. Literatür incelendiğinde konu ile ilgili araştırmalarda; Ağaçdiken ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada öğrencilerin HESÖ'den aldıkları toplam puan, akademik stres alt boyut ve uygulama alt boyut puan ortalamaları çalışmamız ile benzer olduğu saptanmıştır (15). Güler ve arkadaşının (2010) yaptıkları çalışma da benzer şekilde öğrencilerin %65.8'inin eğitim ile ilgili; bu öğrencilerin %25.8'inin derslerle, %10'unun ise uygulama alanı ile ilgili stres yaşadığı saptanmıştır (16). Ergin ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları benzer bir çalışmada, öğrencilerin HESÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları, ortalamanın üstünde olduğu saptanmıştır (7). Çalışmamızdan farklı olarak Karagözoğlu ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada hemşirelik öğrencilerinin stres puan ortalaması, ortalamanın altında olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, çalışmamızı desteklemektedir (17). Bu çalışma sonucundaki farklılığının öğrencilerin yaşadığı farklı klinik deneyimlerinden kaynaklı olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda kız öğrencilerin HESÖ puan toplamı ve tüm alt boyutları puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksek olduğu aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Çalışmamıza benzer Ergin ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada, cinsiyet göre HESÖ toplam puanı ile tüm alt boyutları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olduğu saptanmıştır (7). Yapılan diğer çalışmalarda da çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir (18,19). Çalışmamızın aksine yapılan diğer çalışmalarda ise cinsiyetin klinik strese etkili olmadığı tespit edilmiştir (17,20). Bu farkın nedeni erkeklerin kızlardan farklı olarak streslerini daha basit ve az ifade etmelerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Dördüncü sınıf öğrencilerinin HESÖ toplam ve tüm alt boyutları puan ortalamaları, 2. ve 3. sınıf öğrencilerine göre yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptandı. Çalışmamız, Ergin ve arkadaşlarının (2018) yapmış oldukları çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (7). Çalışmamızın aksine Singh ve arkadaşlarının (2013) yapmış olduğu çalışmada uygulama stresinin 2. sınıf öğrencilerinde daha yüksek bulunmuştur (19). Hemşirelik eğitiminde her yıl farklı alan uygulamalarının olması ve teorik bilgi yoğunluğu ile stresin devam ettiği düşünülebilir. Ayrıca 4. sınıf öğrencilerinde stres düzeyin yüksek çıkmasının nedenin mezun olduktan sonra atanamama düşüncesinden kaynaklanabilir. Öğrencilerin aile geliri orta düzeyi HESÖ toplam ve tüm alt boyutları puan ortalamaları, kötü ve iyiye göre yüksek olduğu aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptandı. Çalışmamıza benzer olarak Çakmak ve arkadaşının (2005) yapmış olduğu araştırmada öğrencilerin kaygı düzeyleri ile ailelerinin ekonomik durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (21). Öğrencilerin stres kaynağının nedeni genellikle ders ve eğitimcilerle ilgili etmenler olabilmektedir. Gelir

durumu fark etmeksizin aynı ortamda eğitim gören bütün öğrenciler aynı etmenlerle karşılaşmaktadırlar. Bu nedenden dolayı gelir durumunun stres üzerinde etkili olmadığı söylenebilir. Öğrencilerin yaşadığı yer olarak yurt HESÖ puan toplamı ve tüm alt boyutları puan ortalamaları, diğerlerine göre daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptandı. Yurtta yaşayan öğrencilerin aile ortamından uzakta olmaları, yetersiz olan ortam ve imkanları diğer öğrencilerle paylaşmak zorunda kalmaları, arkadaşlarıyla yaşadığı sorunlar ya da yurt koşullarının öğrencide bıraktığı olumsuz etki öğrencilerin daha fazla stres yaşamalarına yol açtığı söylenebilir. “Bölümünüzü isteyerek mi seçtiniz?” sorusuna ‘evet’ diyenlerin HESÖ toplam puan ortalamaları yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptandı. Öğrencilerin çoğu mesleğini isteyerek seçmesi iş olanaklarının daha fazla olmasından kaynaklı olduğu söylenebilir fakat değişen sağlık politikaları ile birlikte işe girmenin zorlaşması sonucu öğrencilerde stres düzeyinin arttığı söylenebilir. Mezun olduktan sonra akademisyen olarak çalışmak isteyenlerin puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksek olduğu aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptandı. Akademisyen olarak çalışmak isteyenlerin stres düzeyinin daha yüksek olmasının nedeni kliniklerdeki nöbetli çalışma sistemi ve iş yükünü kaldıramama düşüncesinden kaynaklanabilir. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin, toplam HESÖ puan ve alt boyutları ile derslerinin not ortalaması arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda öğrencilerin orta düzeyde stres yaşamaları ders başarısını olumlu etkilediği söylenebilir.

5. SONUÇ

Sonuç olarak, hemşirelik öğrencilerinin orta düzeyde stres yaşadıkları görülmüştür. Ayrıca stres düzeyi ile öğrencilerin akademik not ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Orta düzeyde yaşanan bu stresin öğrencilerde güdülemeyi arttırdığı ve bu durumda akademik başarıyı olumlu yönde etkilediği söylenebilir. Öğrencilerin uygulamaya çıktıklarında kaygı, stres ve korku gibi duyguları hissetmeleri hazırlıksız bir şekilde yeni bir ortama girmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu doğrultuda, klinik uygulama öncesi hemşire ve öğretim elemanlarının öğrencilere yönelik klinik sahayı kapsayan oryantasyon programları düzenlenmesi önerilebilir. Ayrıca okul ortamındaki mevcut laboratuvar koşullarının düzeltilmesi ve simülasyon uygulamalarına yer verilmesi ile öğrencilerin uygulamaya yönelik kaygı stres ve korkularının azalacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesi, Siirt Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik onay (03.12.2018/E.16339), Siirt Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü’nden (02.11.2018/E.15214) gerekli izin ve araştırma için gönüllü olan öğrencilerden sözlü ve yazılı onam alındı.

KAYNAKLAR

1. Dinçer, F., & Öztunç, G. (2009). Hemşirelik ve ebellek öğrencilerinin benlik saygısı ve atılganlık düzeyleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(2), 22–33.

2. Tüfekci, F. G., & Yıldız, A. (2009). Öğrencilerin hemşireliği tercih etme gerekçeleri ve gelecekleri ile ilgili görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 31–37.
3. Pulido-Martos, M., Augusto-Landa, J. M., & Lopez-Zafra, E. (2012). Sources of stress in nursing students: A systematic review of quantitative studies. *International Nursing Review*, 59(1), 15–25. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00939.x>
4. Reeve, K. L., Shumaker, C. J., Yearwood, E. L., Crowell, N. A., & Riley, J. B. (2013). Perceived stress and social support in undergraduate nursing students' educational experiences. *Nurse Education Today*, 33(4), 419–424.
5. Evans, W., & Kelly, B. (2004). Pre-registration diploma student nurse stress and coping measures. *Nurse Education Today*, 24(6), 473–482.
6. Kang, Y. S., Choi, S. Y., & Ryu, E. (2009). The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Education Today*, 29(5), 538–543.
7. Ergin, E., Çevik, K., & Pakış Çetin, S. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinin Eğitimlerine İlişkin Algıladığı Stres ve Stresle Baş Etme Davranışlarının İncelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma ve Dergisi*, 15(1), 16–22.
8. Burnard, P., Haji, H. T. B. P. D., Rahim, A., Hayes, D., & Edwards, D. (2007). A descriptive study of Bruneian student nurses' perceptions of stress. *Nurse Education Today*, 27(7), 808–818. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.11.002>
9. Liu, M., Chan, Y. M., Tee, S., Gu, K., Luo, Z. M., & Wong, T. K. S. (2019). An iterative approach to enhance the clinical learning experience in Macao nursing education. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(2), 216–220. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.01.005>
10. Sritoomma, N., & Domkrang, N. (2017). Stress levels and coping patterns of nursing students in an international program practicum. *The Malaysian Journal of Nursing*, 9(2), 64–70.
11. Killam, L. A., & Heerschap, C. (2013). Challenges to student learning in the clinical setting: A qualitative descriptive study. *Nurse Education Today*, 33(6), 684–691.12.
12. Jimenez, C., Navia-Osorio, P. M., & Diaz, C. V. (2010). Stress and health in novice and experienced nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 442–455. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05183.x>
13. Oermann, M. H., & Lukomski, A. P. (2001). Experiences of students in pediatric nursing clinical courses. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 6(2), 65–72. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2001.tb00123.x>
14. Karaca, A., Yıldırım, N., Ankaralı, H., Açıköz, F., & Akkuş, D. (2014). Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 16(2), 29–40.
15. Ağaçdiken, S., Mumcu-Boğa, N., & Özdelikara, A. (2016). Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik eğitimine yönelik yaşadıkları stres düzeyinin belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 25–41.
16. Güler, Ö., & Çınar, S. (2010). Hemşirelik Öğrencilerinin Algıladıkları Stresörler ve Kullandıkları Başetme Yöntemlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 253–261.
17. Karagözoğlu, Ş., Özden, D., Türk, G., & Yıldız, F. T. (2014). Klasik ve entegre müfredat programı hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik uygulamada yaşadıkları kaygı, klinik stres düzeyi ve etkileyen bazı faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(4).

18. Özgan, H., Balkar, B., & Eskil, M. (2008). Eğitim fakültesi öğrencileri tarafından sınıfta algılanan stres nedenleri ve kişisel değişkenlerin strese olan etkisi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(24), 337–350.
19. Singh, A., Chopra, M., Adiba, S., Mithra, P., Bhardwaj, A., Arya, R., et al.. (2013). A descriptive study of perceived stress among the North Indian nursing undergraduate students. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(4), 340–342.
20. Taşdelen, S., Zaybak, A. (2013). Hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik deneyim sırasındaki stres düzeylerinin incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşire Derg.* 21(2):101–106.
21. Çakmak, Ö., & Hevedanlı, M. (2005). Eğitim ve Fen-Edebiyat Fakülteleri Biyoloji Bölümü Öğrencilerinin Kaygı Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(14), 115–127.

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Öğrencilerinin Flört Şiddet Kapsamındaki Davranışlara İlişkin Görüşleri

Aydın Adnan Menderes University Students Comments on Behaviors within the Context of Flirt Violence

Ayden ÇOBAN¹, Damla KIZILCA ÇAKALOZ¹, Azize IRMAK¹

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı

ÖZ

Amaç: Flört şiddeti, kişilerarası şiddet türlerinden olup ve çiftlerin flört ilişkisinde birbirlerine karşı sözel, cinsel, duygusal ve fiziksel şiddet ya da şiddet içeren davranışlar uygulaması ve birbirlerinin davranışlarına sosyal kısıtlamalar getirmesidir. Araştırmanın amacı Aydın Adnan Menderes Üniversitesi öğrencilerinin flört şiddeti kapsamındaki davranışlara ilişkin görüşlerinin belirlenmesidir.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tipte olup, 20.12.2018-20.01.2019 tarihleri arasında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi'nde eğitimini sürdüren ve araştırmaya katılmayı kabul eden 348 öğrenci ile yürütülmüştür. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelenerek geliştirilen "Katılımcı Bilgi Formu" ve geçerlik ve güvenilirliği Yumuşak ve Şahin (2014) tarafından yapılan "Flörtte Şiddete Yönelik Tutum Ölçekleri" kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 15.0 paket programından yararlanarak değerlendirilmiştir. Çalışmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları 0.86 ile 0.84 arasında bulunmuştur.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21.03±2.05 (18-32) yıl, %65.2'si kadın olduğu, %32.2'si 3. sınıf öğrencisi, %55.7'sinin fen bilimleri alanında eğitim gördüğü, %57.2'si evde kaldığı belirlenmiştir. Öğrencilerin %32.2'sinin babası, %30.5'inin annesi lise mezunudur. Araştırmaya katılan öğrencilerin %83.6'sının daha önce %45.7'sinin şuan flört ilişkisinin olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin flörtü ile en sık tartışma nedeni kıskançlık (%22.9) olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin Flörtte Şiddete Yönelik Tutum Ölçekleri puanlarına göre; Erkeğin Flörtte Uyguladığı Psikolojik Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması 28.39±8.07 (12-64), Erkeğin Flörtte Uyguladığı Fiziksel Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması 18.54±8.07 (12-54), Kadının Flörtte Uyguladığı Psikolojik Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması 20.96±8.08 (11-51), Kadının Flörtte Uyguladığı Fiziksel Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması 21.92±8.50 (12-47) dir.

Sonuç: Bu bulgulara bağlı olarak erkek öğrencilerin flörtte fizikselden daha çok psikolojik şiddet, kadın öğrencilerin ise flörtte psikolojik şiddetten daha fazla fiziksel şiddet uygulama eğiliminde oldukları saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Üniversite, Öğrenci, Flört şiddeti.

ABSTRACT

Objective: Flirt violence is one of the types of interpersonal violence and is that couples apply verbal, sexual, emotional and physical violence or violent behaviors towards each other during relationship and impose social restrictions on each other's behaviors. The aim of the study is to specify the opinions of Aydın Adnan Menderes University students on behaviors within the scope of flirt violence.

Methods: The study was cross-sectional and was carried out with 348 students, who studied at Aydın Adnan Menderes University between 20.12.2018 and 20.01.2019 and accepted to participate in the research. The data of the study were taken from the "Participant Information Form" developed by the researchers by reviewing the relevant literature, and "Attitude Scales Towards Violence In Flirt" which was approved of validity and accuracy by Yumuşak and Şahin (2014). The data were

Sorumlu Yazar: Damla KIZILCA ÇAKALOZ

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı, Aydın, TÜRKİYE

damlakizilca@gmail.com

Geliş Tarihi: 18.09.2019 – Kabul Tarihi: 12.12.2019

Bu araştırma 20.04.2019 tarihinde Sivas'ta gerçekleşen 6. Uluslararası 10. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

evaluated by using SPSS 15.0 package program. The internal consistency coefficients of the scales used in the study were found out between 0.86 and 0.84.

Results: The average age of the students, who participated in the study, was determined as 21.03 ± 2.05 (18-32) years, 65.2% of them were female, 32.2% of them were students of 3rd grade in the university, 55.7% of them were educated in the field of science and 57.2% were at home. The fathers of %32.2 of the students and the mothers of %30.5 of the students were high school graduated. It was found that 83.6% of the students who participated in the study had previously flirt while 45.7% of the students in a relationship. The reason for the most frequent discussion with the students was jealousy (22.9%). The most common reason for the argument of the students with their flirts was found as jealousy (22.9%). The results according to scores of Students' Attitude Scales Towards Violence In Flirt can be listed as follows; the total point average of Attitude Scales Towards Psychological Violence Applied by a Male In Flirt is 28.39 ± 8.07 (12-64); the total point average of Attitude Scales Towards Physical Violence Applied by a Male In Flirt is 18.54 ± 8.07 (12-54); the total point average of Attitude Scales Towards Psychological Violence Applied by a Female In Flirt is 20.96 ± 8.08 (11-51); the total point average of Attitude Scales Towards Physical Violence Applied by a Female In Flirt is 21.92 ± 8.50 (12-47).

Conclusion: According to these findings, it was detected that male students are in tendency to apply to psychological violence rather than physical violence in flirting whereas female students are in tendency to apply physical violence rather than psychological violence.

Key words: University, Student, Flirt violence.

1. GİRİŞ

Flört şiddeti, kişilerarası şiddet türlerinden birisidir ve çiftlerin flört ilişkisinde birbirlerine karşı sözel, cinsel, psikolojik, dijital ve fiziksel şiddet ya da şiddet içeren davranışlar uygulaması ve birbirlerinin davranışlarına sosyal kısıtlamalar getirmesidir (1). Başka bir tanıma göre ise, flört şiddeti bir flörtte partnere acı vermek, yaralamak niyetiyle bilinçli olarak gerçekleştirilen, fiziksel güç kullanma, tecavüz ve psikolojik kötü muamele gibi davranışların tümüdür. Bu tanımlara bağlı olarak, flört şiddeti kısaca bireylerin bir flört ilişkisinde partnerlerine bilinçli olarak zarar verme amaçlı sergiledikleri davranışlardır (2). Ayrıca cinsel, fiziksel ve psikolojik olarak başka birisini yönetim ya da kontrol amacıyla şiddetin belirli bir seviyede kullanılması da flört şiddeti kapsamındadır (3).

Flört şiddetinin genellikle fark edilmeden başladığı, çiftlerin partnerlerinin kıskançlığını aşk ile karıştırdığı ve ilk başlarda karşı tarafın davranışlarını kontrol etme, giydiğine, kiminle görüştüğüne karışma, nereye gittiğine karışma şeklinde başlayan davranışların, ilerleyen zamanlarda partner üzerinde kontrol sahibi olmak amaçlı taciz ve şiddete dönüştüğü belirtilmektedir. Flört şiddeti denildiğinde ilk akla gelen erkeklerin uyguladığı fiziksel saldırılar algılanmaktadır. Ancak flört ilişkisinde kadınlar da erkekler kadar şiddeti uygulayan taraf olabilmektedir. Kadınların genelde fiziksel ve cinsel şiddete uğrarken, erkekler sözel, psikolojik, tehdit ve eşyalarına zarar verilme şeklinde şiddete maruz kaldıkları belirtilmektedir (4).

Flört şiddeti, son birkaç yıl içerisinde önemli bir halk sağlığı ve sosyal bir sorun durumuna gelmiştir. Flört şiddeti yalnızca endişe verici sıklığı ve hem ruhsal hem de fiziksel sağlık üzerine olan etkileri sebebiyle değil, öğrenilmiş kalıplar haline gelerek bireylerin yetişkinlik dönemlerine de taşınabilmesi ve hayat boyu devam edebilmesi sebebiyle de oldukça ciddi bir problemdir (5). Flört şiddetinin görülme sıklığı arttıkça normalleşmekte ve uygulama sıklığı artmaktadır. Ayrıca ülkemizde flört şiddeti konulu çalışmaların çok yaygın olmadığı ve gerekli önemin verilmediği görülmektedir. Bu çalışmanın amacı, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi öğrencilerinin flört şiddet kapsamındaki davranışlara ilişkin görüşlerinin belirlenmesidir.

2. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırma, tanımlayıcı tipte olup, 20 Aralık 2018-20 Ocak 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 2018-2019 eğitim öğretim döneminde Aydın Adnan Menderes Üniversitesinde öğrenim gören 6 bin 750 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada örneklem belirleme yöntemi kullanılmamıştır. Araştırma belirtilen tarihlerde merkez kampüste bulunan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 348 öğrenci üzerinde yürütülmüştür.

Araştırma verileri araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini içeren 18, flört/ilişki deneyimleri içeren 14 soru olmak üzere toplam 32 sorudan oluşan “Katılımcı Bilgi Formu” ve “Flörtte Şiddete Yönelik Tutum Ölçekleri” ile toplanmıştır. Flörtte Şiddete Yönelik Tutum Ölçekleri; kız ve erkeklerin flörtte fiziksel, psikolojik ve cinsel şiddet tutumlarını belirlemek üzere Price, Byers ve Flört Şiddeti Araştırma Ekibi (1999) tarafından geliştirilmiş, 2014 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Yumuşak ve Şahin (2014) tarafından yapılmıştır (1,6). Ölçekler “Erkeğin Flörtte Uyguladığı Psikolojik Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği” 15 madde, “Erkeğin Flörtte Uyguladığı Fiziksel Flört Şiddetine Yönelik Tutumlar Ölçeği” 12 madde, “Kadının Flörtte Uyguladığı Psikolojik Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği” 11 madde ve “Kadının Flörtte Uyguladığı Fiziksel Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği” 12 madde olarak gruplandırılmıştır. Ölçekler flört şiddetini değerlendiren 5’li likert tipinde (1-Kesinlikle katılmıyorum iken 5-Kesinlikle katılıyorum) toplam 50 maddeden oluşmaktadır. Ölçeklerden alınan yüksek puanlar flört şiddetine yönelik kabul düzeyinin yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeklerin iç tutarlık katsayıları 0.75 ile 0.87 arasında bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ölçeğin iç tutarlılık kat sayıları 0.84 ile 0.86 arasında bulunmuştur.

Uygulama öncesinde araştırmacılar tarafından tüm öğrencilere araştırmanın amacı, veri toplama formunun ve ölçeğin nasıl doldurulacağı hakkında açıklama yapılmış ve öğrencilerden sözlü onam alınmıştır. Verilerin toplanması ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

Elde edilen veriler SPSS 15.0 programı kullanılarak veriler, ortalama, standart sapma, sayı ve yüzdelik dağılımları ile iç tutarlılık güvenilirlik katsayıları (Cronbach Alpha) hesaplanıp gösterilmiştir.

Araştırmanın yürütülmesinde kullanılan ölçek için gerekli izin posta yoluyla alınmıştır. Katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve sözel onamları alınmıştır.

3. BULGULAR

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi öğrencilerinin flört şiddet kapsamındaki davranışlara ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla 348 öğrenciyle yapılan bu çalışmada; öğrencilerin yaş ortalaması 21.03 ± 2.05 ’dir. Öğrencilerin %65.2’si kadın olduğu, %32.2’si 3. sınıf öğrencisi, %55.7’sinin fen bilimleri alanında eğitim gördüğü, %57.2’si evde kaldığı belirlenmiştir. Ayrıca öğrencilerin %98.9’inin bekâr, %88.8’inin çalışmadığı ve %32.2’sinin babası, %30.5’inin annesi lise mezunudur. Öğrencilerin alışkanlıkları incelendiğinde de %32.5’i sigara kullanmadığını, %47.7’sinin ise arada bir alkol kullandığı saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%	Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Yaş			Cinsiyet		
Ortalama±Standart Sapma	21.03±2.05		Kadın	227	65.2
Min-Max	18-32		Erkek	121	34.8
Sınıf			Okul Bölüm		
1.sınıf	72	20.7	Sağlık Bilimleri	85	24.4
2.sınıf	84	24.1	Sosyal Bilimler	69	19.8
3.Sınıf	112	32.2	Fen Bilimleri	194	55.7
4.Sınıf	80	23.0			
Medeni Durum			Çalışma Durumu		
Evli	4	1.1	Evet	39	11.2
Bekar	344	98.9	Hayır	309	88.8
Şu an Yaşadıkları Yer			Aile Tipi		
Ev	199	57.2	Çekirdek	274	78.7
Yurt	149	42.8	Geniş	52	14.9
			Parçalanmış	22	6.3
Anne Eğitim Durumu			Baba Eğitim Durumu		
Okur Yazar Değil	12	3.4	Okur Yazar Değil	6	1.7
Okur Yazar	16	4.6	Okur Yazar	6	1.7
İlkokul	98	28.2	İlkokul	77	22.1
Ortaokul	70	20.1	Ortaokul	57	16.4
Lise	106	30.5	Lise	112	32.2
Üniversite/Lisansüstü	46	13.2	Üniversite/Lisansüstü	90	25.9
Sigara Kullanımı			Alkol Kullanımı		
Hiç içmemiş	113	32.5	Hiç içmemiş	94	27.0
Sadece denemiş	78	22.4	Sadece denemiş	50	14.4
Arada bir içiyor	69	19.8	Arada bir içiyor	116	47.7
Sık sık içiyor	88	25.3	Sık sık içiyor	38	10.9

Araştırmaya katılan öğrencilerin flört deneyimlerine ilişkin bulgular incelendiğinde; öğrencilerin %83.6'sının (n:291) flört deneyimi bulunduğu ve ilk flört yaşı ortalaması 15.41 ± 2.63 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca %45.7'sinin (n:159) şuan flört ilişkisinin olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin flörtü ile en sık tartışma nedeni kıskançlık (%22.9) olarak belirlenmiştir. Flört deneyimi esnasında öğrencilerin %78.7'i (n:258) şiddete maruz kalmadıklarını, şiddete maruz kalan öğrencilerin ise %16.5'i önceki ilişkisinde, %0.9'u şimdiki ilişkisinde ve %3.9'u her ilişkide şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Flört deneyimi bulunan öğrencilerin %12.7'si (n:9) fiziksel, %6.8'i (n:5) cinsel, %73.0'ı (n:54) psikolojik, %21.6'sı (n:16) sosyal, %10.8'i (n:8) dijital şiddete ve %17.6'sı (n:13) ısrarlı takibe maruz kalmıştır. Yaşanılan şiddetten etkilenme durumlarını ise öğrenciler sırasıyla ruhsal sinir bozuklukları (%87.8), işitme sorunları (%16.2), burkulma (%13.5), ısırik izleri (%10.8) ve morluk oluşumu (%9.5) olarak ifade etmiştir. Ayrıca şiddet yaşadıklarında öğrencilerin %29'u şiddeti kimseyle paylaşmadıklarını ifade etmiştir.

Tablo 2. Öğrencilerin Flört Şiddetine İlişkin Tutum Ölçeklerinden Almış Oldukları Toplam Puanların Dağılımı

Ölçekler	n	Ortalama± SS	Min-Max
Erkeğin Flörtte Uyguladığı Psikolojik Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği (15-75 Puan)	348	28.39±10.02	15-64
Erkeğin Flörtte Uyguladığı Fiziksel Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği (12-60 Puan)	348	18.54±8.07	12-54
Kadının Flörtte Uyguladığı Psikolojik Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği (11-55 Puan)	348	20.96±8.08	11-21
Kadının Flörtte Uyguladığı Fiziksel Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği (12-60 Puan)	348	21.92±8.50	12-47

Tablo 2’de öğrencilerin flörtte şiddete yönelik tutum ölçeklerinden almış oldukları toplam puanların dağılımı verilmiştir. Bu puanlarına göre; Erkeğin Flörtte Uyguladığı Psikolojik Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması 28.39 ± 8.07 (12-64), Erkeğin Flörtte Uyguladığı Fiziksel Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması 18.54 ± 8.07 (12-54), Kadının Flörtte Uyguladığı Psikolojik Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması 20.96 ± 8.08 (11-51), Kadının Flörtte Uyguladığı Fiziksel Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması 21.92 ± 8.50 (12-47)’ dir.

4. TARTIŞMA

Önemli bir halk sağlığı sorunu ve dolayısıyla toplumsal sorun olan şiddetin erken dönemde tespiti bireylerin fiziksel/ruhsal açıdan iyilik halinin sürdürülmesi ve sağlıklı bir toplum yapısı oluşturulması için oldukça önemlidir. Bu bağlamda sağlıklı bir toplum yapısı sağlıklı birliktelikler sonucu oluşmaktadır (7). Adölesan dönemde fiziksel ve psikolojik değişimlerin yaşandığı, yetişkinliğe özgü rol ve sorumlulukların kazanıldığı ve önemli kararların alındığı bir süreci kapsadığı düşünüldüğünde de öğrencilerin üniversite yıllarını geçirdiği genç yetişkinlik döneminde flört şiddeti kapsamındaki görüşleri oldukça önemlidir. Bu nedenle araştırmaya alınan öğrencilerin yaş ortalaması diğer çalışmalarda da benzerdir.

Çalışmada flört ilişki deneyimi yaşayan öğrencilerin ilişki sırasındaki en sık tartışma nedeninin kıskançlık olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Terzioğlu ve ark. (2016) yaptığı çalışmada da kıskançlık en sık tartışma nedeni olduğu belirtilmiştir (8). Çalışmamızda flört ilişkilerinde şiddete maruz kaldığını belirten kişilerin her iki cinsten de olduğu saptanmıştır. Flört deneyimi yaşayan öğrencilerin ilişki sırasında şiddete maruz kalmadıkları, şiddete maruz kalanların ise önceki ilişkilerinde maruz kaldığı belirlenmiştir. Şiddete maruz kalanlarda psikolojik şiddetin daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Psikolojik şiddetin flört ilişkilerindeki şiddet içinde önemli bir yere sahiptir. Demir ve ark. (2014) yaptığı çalışmada da flört ilişki sırasında bireylerin psikolojik şiddete diğer şiddet türlerine göre daha fazla maruz kaldığını belirtmiştir (9). Yapılan diğer çalışmalarda da sonuçlar benzerdir (10,11)

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaşadığı şiddeti kimseyle paylaşmadığı ve etkilenme durumu sonucunda ruhsal sinir bozukları yaşadığı nedenin ise psikolojik şiddet olduğu tespit edilmiştir. Yapılan başka bir araştırmada bizim bulgularımıza paralel olarak şiddete maruz kalma sonucu görülen ruhsal sinir bozuklukları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (12). Şiddetten etkilenme sonucunda kadın ve erkeklerde intihar girişimi, madde kullanımı veya sigara kullanım durumları normalden daha fazla olabilir.

Erkeğin ve kadının flörtte uyguladığı psikolojik ve fiziksel şiddete yönelik tutum ortalamalarının cinsiyete göre farklılık oluşturduğu görülmüştür. Çalışmamızda flört şiddetine yönelik tutum ortalamalarına göre erkek öğrencilerin partnerlerine daha fazla psikolojik şiddet uyguladığı, kadınların ise partnerlerine daha fazla fiziksel şiddet uyguladığı saptanmıştır. Selçuk ve ark. (2018) yaptığı çalışmada da erkek öğrencilerin psikolojik şiddete yönelik tutum ortalamasının, kadınların öğrencilerin ise fiziksel şiddet tutum ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır (13). Gençlerin flört şiddetine ilişkin tutumlarını saptamak için yapılan birçok çalışmada da benzer sonuçların olduğu görülmektedir (14,15). Erkeğin ve kadının flörtte uyguladığı psikolojik ve fiziksel şiddetin toplumsal cinsiyet rolleri ve ataerkil kültürel yapıdan kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak araştırmaya katılan erkek öğrencilerin flört şiddetine yönelik tutum ortalamalarına göre flörtte psikolojik şiddet, kadın öğrencilerin ise flörtte fiziksel şiddet uygulama eğiliminde oldukları saptanmıştır. Bu doğrultuda üniversite öğrencilerinin şiddetin farklı türlerine ve algılanma biçimine yönelik farkındalık sağlamaları için konuyla ilgili eğitimler düzenlenmelidir. Ayrıca gençlere şiddet ve şiddetle mücadelede sorun çözme becerileri konularında danışmanlık ve eğitimlerin verilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Yumuşak, A., & Şahin, R. (2014). Flörtte şiddete yönelik tutum ölçeklerinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(49), 233-252.
2. Özdere, M., Kürtü, N. (2018). Flört Şiddeti Eğitiminin, Üniversite öğrencilerinin flört şiddetine ilişkin tutumlarına etkisi. *Social Science Development Journal*, 3(9),123-136.
3. Lavoie, F., Robitaille, L., & Hebert, M. (2000). Teen dating relationships and aggression an exploratory study. *Violence Against Women*, 6(1),6-38.
4. Finley, L. L. (2011). *Dating violence, encyclopedia of school crime and violence*, ABC-CLIO:Santa Barbara.
5. Callahan, M. R., Tolman, R. M., & Saunders, D. G. (2003). Adolescent dating violence victimization and psychological well-being. *Journal of Adolescent Research*, 18(6),664-681.
6. Price, E. L., Byers, E. S., Belliveau, N., Bonner, R., Caron, B., Doiron, D., et al. (1999). The attitudes towards dating violence scales: development and initial validation. *Journal of Family Violence* 4(19),351-375.
7. Kul Uçtu, A., Karahan, N. (2016). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin cinsiyet rolleri, toplumsal cinsiyet algısı ve şiddet eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İnsan Ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 5(8),2882-2905.
8. Terzioğlu, F., Gönenç, İ. M., Özdemir, F., Güvenç, G., Kök, G., Yılmaz Sezer, N., ve ark. (2016). Flört şiddeti tutum ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(4),225-232.
9. Demir, G., Biçer, S., Şahin, F., Bulucu, G. D., Aymelek Çakıl, N. & Cerit, B. (2014). Bir üniversitenin birinci ve dördüncü sınıflarında okuyan öğrencilerin flört şiddetine maruz kalma durumları ve flört şiddeti konusunda verilen eğitimin bilgi düzeylerine etkisi. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitapçığı.
10. Açıkgöz, B., Açıkgöz, B., Karakoyun, A. R., Yüksel, N. A., Akca, F., Akca, A. S. D., ve ark. (2018). Tıp fakültesi 5. ve 6. sınıf öğrencilerinde flört şiddetinin değerlendirilmesi, *Konuralp Tıp Dergisi*, 10(2),168-174
11. Aslan, D., Vefikuluçay, D., Zeyneloğlu, S., Erdost, T., Temel, F. (2008). Ankara'da İki Hemşirelik Yüksekokulu'nun Birinci ve Dördüncü Sınıflarında Okuyan Öğrencilerinin Flört Şiddetine Maruz Kalma, Flört İlişkilerinde Şiddet Uygulama Durumlarının ve Bu Konudaki Görüşlerinin Saptanması Araştırması, Teknik Rapor, Ankara.
12. Cinal, B. (2018). Flört şiddeti ve flört şiddetine yönelik tutumun anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisinin incelenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İSTANBUL.
13. Selçuk, K. T., Avcı, D., Mercan, Y. (2018). Üniversite öğrencilerinde flört şiddetine maruziyet: flört şiddetine yönelik tutumların ve toplumsal cinsiyet algısının şiddete maruziyet ile ilişkisi. *ACU Sağlık Bil Dergisi*, 9(3),302-308.

14. Yumuşak, A. (2013). Üniversite öğrencilerinin flört şiddetine yönelik tutumları, toplumsal cinsiyetçilik ve narsistik kişilik özellikleri arasındaki ilişki. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, TOKAT.
15. Sezer, Ö., Sumbas, E. (2018). Üniversite öğrencilerinin çiftler arası şiddeti kabullerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11(56),638-649.

Di-(2-ethylhexyl)-phthalate'e Maruz Kalan Alburnus tarichi (Güldenstädt, 1814) Erken Larvalarında Östrojen Reseptör ve P450 Aromataz mRNA Seviyeleri

Levels of Aromatase and Estrogen Receptors mRNA in Early Larvae of Alburnus tarichi (Güldenstädt, 1814) Exposed to Di-(2-ethylhexyl)-phthalate

Güler ÜNAL¹, Ertuğrul KANKAYA², Burak KAPTANER³, Ahmet R. OĞUZ³,
Ian P. CALLARD⁴

¹Adnan Menderes University Faculty of Healthy Sciences Department of Child Development, Aydın, Türkiye

²Yüzüncü Yıl University Faculty of Fisheries, Van, Türkiye

³Yüzüncü Yıl University Faculty of Science Department of Biology, Van, Türkiye

⁴Boston University Department of Biology, Boston, USA

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı Alburnus tarichi'nin erken larval gelişimi üzerine fitalatın etkisini belirlemektir.

Yöntem: Erken larval dönemde (yumurtadan çıktıktan 2 gün sonra) 0.1, 1, ve 10 µg/L fitalat'a, 6 gün, maruz bırakılarak larvalarda östrojen reseptörleri alfa, beta-1 ve beta-2 ve aromataz B ve A'nın mRNA seviyeleri ölçüldü.

Bulgular: Fitalat'ın her üç konsantrasyonunda östrojen reseptör alfa, beta1, beta2 ve aromataz B'nin mRNA seviyelerinde belirgin bir değişiklik olmadığı belirlendi. Bununla birlikte aromataz A mRNA seviyesi fitalat'ın 0.1 µg/L uygulamasında belirgin olarak artarken 1 ve 10 µg/L uygulamalarda değişiklik gözlenmedi.

Sonuç: Bu sonuçlar, fitalat'ın çevresel konsantrasyonlarının kısa süreli uygulamalarda, Alburnus tarichi erken larval gelişimi sırasında, steroid sentezindeki genleri önemli seviyede etkilemediğini göstermiştir. Bununla birlikte fitalat'ın gen ekspresyonu üzerindeki etkisini belirlemek için, dış beslenmeyi de içine alan uzun süreli uygulamalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Alburnus tarichi, Di-(2-Etilhekzil)- fitalat, Östrojen Reseptör, Gen Ekspresyonu, P450 Aromataz.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to determine the effect of phthalate on the early larval development of Alburnus tarichi.

Methods: The larva (2 days after hatching) of Alburnus tarichi were exposed to 0.1, 1, and 10 µg/L phthalate for 6 days (during yolk sac nutrition), and the levels of estrogen receptor alfa, beta-1 and beta-2, and aromatase B and A mRNA levels were measured.

Results: No difference was found in the estrogen receptor alpha, beta-1, beta-2, and aromatase-B mRNA levels with all 3 concentrations of phthalate. However, the aromatase-A mRNA level was significantly increased with 0.1 µg/L of phthalate, while no changes were observed with 1 and 10 µg/L of phthalate.

Conclusion: These results suggest that short-time expose to environmentally relative concentrations of phthalate do not significantly affect genes in steroid synthesis during the early larval development of Alburnus tarichi. However, long-term applied studies including external nutrition are need to determination the effect of phthalate on steroid gene expression.

Key words: Alburnus tarichi, Di-(2-ethylhexyl)-phthalate, Estrogen Receptor, Gene Expression, P450 Aromatase.

Corresponding author: Guler Unal

Adnan Menderes University, Department of Child Development, Faculty of Healthy Sciences, Center Campus, Efeler-Aydın, TURKEY

histoloji35@gmail.com

Received: 01.08.2019 – Accepted: 31.01.2020

1. INTRODUCTION

Endocrine disrupters are a large group of man-made chemicals that enter the environment in different ways, such as industry, wastewater treatment plants, and agricultural and human waste, and they can have a serious impact on humans and wildlife by interfering with their endocrine functions.

Di-(2-ethylhexyl)-phthalate (DEHP) is widely used as a plasticizer in flexible vinyl products. Plastics may contain from 1% to 40% DEHP by weight and are used in consumer products, such as food packaging materials, children's toys, container for blood products and transfusion, insecticide carriers, liquid detergents, component of cosmetic products, clothing and car products, and so on. Hence, DEHP is the most common pollutant chemical of our general environment, and it has the potential to accumulate in soil, sediments, underground water, and air due to its low soluble and vaporization abilities. Domestic and industrial wastewater treatment plants (1) in landfill leachates and the effluent from leachate treatment facilities (2) are the major source of DEHP contaminants in fresh water such as rivers and lakes. Most studies have shown that DEHP has been found to exist in freshwater and sediments (3,4), as well as in agricultural soils (5).

Studies have shown that DEHP causes adverse effects on human reproduction and health (6,7). Di-(2-ethylhexyl)-phthalate has an anti-androgenic activity and leads to reproductive abnormalities by decreasing the testosterone synthesis in fetal testis (8). In fish, mixed results have been reported regarding the effects of DEHP on reproduction. Di-(2-ethylhexyl)-phthalate has been shown to weaken estrogenic activity in fish cell culture (9). In Japanese medaka (*Oryzias latipes*), DEHP has shown anti-estrogenic activity in female fish, while no adverse effects have been observed in male fish (10,11). However, some studies have shown that DEHP has adverse effects on the reproductive system of male fish (12,13). In general, these effects depend on the concentration of the DEHP and exposure time. However, fish are more sensitive to DEHP during early development than in the adult stage (14-17).

Estrogen receptors ($ER\alpha$, $ER\beta_1$, and $ER\beta_2$) and P450 aromatase (P450arom) isomers (CYP19A and CYP19B) have a more important role in gonadal development during early embryonic life in fish (18-20). Endocrine disrupting chemicals (EDCs) can alter gene expression via endogen receptors. Wildlife and laboratory studies have shown that EDCs are response for reproductive abnormalities (21- 24). CYP19 is a key enzyme in the steroidogenesis pathway, which is catalyzed by the conversion of androgen into estrogens. In all of the studied fish, there are 2 different P450arom isomers (brain-derived CYP19B and ovary-derived CYP19A), and they have different structures and functions (25,26). Changes in the $ER\alpha$, Vtg, and P450 aromatase (especially Cyp19b) mRNA levels are an accepted indicator of environment xenoestrogens (27,28). In our previous study, DEHP was indicated in sediment from Lake Van (29).

The aim of this study was to indicate the effects of $ER\alpha$, $ER\beta_1$, $ER\beta_2$, CYP19B, and CYP19A on gene expression during the larval development (during yolk sac feeding) of *Alburnus tarichi*. *A. tarichi* is an endemic cyprinid species to Lake Van Basin, in Turkey, and only this fish has adapted to Lake Van which is an alkaline lake with a Ph of 9.4–9.8.

2. MATERIALS AND METHOD

Chemicals

The DEHP (purity $\geq 99.5\%$) used in the experiments was purchased from Sigma Aldrich, St. Louis, MO, USA). A stock solution of 1 mg/mL in dimethylsulfoxide was prepared. This solution was further diluted with rested tap water to nominal concentrations of 0.1, 1, and 10 $\mu\text{g/L}$ of DEHP prepared immediately before use. Reproductively mature female and male A. tarichi were collected from Karasu river (May 12, 2013) and transferred to the lab. Fish were kept in a big tank with airing using dechlorinated water (60 L) at room temperature (17 °C) and at natural a light/dark photoperiod of 13:11 for 1 day to be relaxed. The fertilizing and embryonic developing were carried out in a small aquarium, as previously described (30). The hatching larvae were transferred to in glass beakers containing 250 mL water. A total of 100 larvae were put into each beaker and they were exposed to nominal concentrations of 0.1, 1, and 10 $\mu\text{g/L}$ of DEHP in aired conditions at room temperature. In addition to the water control, a solvent vehicle control (2.5 μL) was also added. The treatment of 1 and 2 days old larvae was canceled because one larva was died 1 day on third day. So, it was used 2 days old larvae. The treatments of each concentration and the controls were performed in duplicate with replacement of the media every 24 h. When the yolk proteins were almost completely absorbed and before starting external nutrition, the treatment was stopped (after 6 days). For each sample, 18 larvae were pooled and treated with RNAlater (Sigma), frozen at $-80\text{ }^{\circ}\text{C}$, and shipped to Boston University, Boston, MA, USA on dry ice and stored at $-80\text{ }^{\circ}\text{C}$ until RNA extraction was performed.

RNA Extraction and Gene Expression Analysis

The total RNA was extracted from frozen larvae using Trizol (Sigma Aldrich St. Louis, MO) according to the manufacturer's instructions. RNAs were run on a 1% agarose gel to assess the quality, and the total RNA was quantified using a Nanodrop (Thermo Fisher Scientific). cDNAs were obtained with 5 μg of total RNA using SuperScript II transcriptase and oligo (dT)18 primer according to the manufacturer's instructions (Invitrogen).

Real-time quantitative PCR (qPCR) primers, which were previously designed, were used (29). An amplification efficiency value was obtained for each primer using serial dilutions of the sample. The reverse transcribed mRNA was measured by the qPCR using target-specific assays. The qPCR was performed on an ABI Prism 7900HT sequence detection system (Applied Biosystems) with a SYBR® green fluorescent label. β -actin, the reference gene, was used as an internal control to normalize the mRNA expression values.

Data Analysis

Data deduced by the qPCR were first analyzed using the Applied Biosystems Sequence Detection System 2.2.1. Analyses were conducted with qGene to normalize the data obtained. Relative quantification was performed by a modified comparative critical threshold method that corrects for different PCR amplification efficiencies among primer pairs (31). The normalized gene expression is given as the mean normalized expression (MNE) = $(E^{PP1}/E^{CTPP1})/E^{ER\alpha}$, where E = the PCR efficiency ($E = 10^{-(1/\text{slope})}$) and the mean threshold cycle (CT) is the average CT from the 3 replicates (32). Data were rejected if the SEM

percentage was greater than 20%. The average MNE was determined for each set of replicates obtained from an individual animal, and the standard deviation was calculated for each SEM of the MNE. The MNEs were then averaged for each group analyzed. Statistical analyses (Student's t test and 1-way ANOVA) were performed using the SAS 9.2 package. Significance was set at $P < 0.05$.

3. RESULTS

We measured the ER α , ER β 1, ER β 2, CYP19B, and CYP19A mRNA levels of larval of *A. tarichi* exposed to concentrations of 0.1, 1, and 10 $\mu\text{g/L}$ of DEHP. No differences were found between just the water and with the solvent controls. The ER β 1 mRNA transcript did not change at all with the treated concentrations ($P > 0.05$). The levels of ER α and ER β 2 mRNA increased with 0.1 and 1 $\mu\text{g/L}$ of DEHP, but they were not significantly important (Figure 1; $P > 0.05$). Moreover, no differences were found in the expression of CYP19B with any of the treated concentrations. However, the level of CYP19A mRNA significantly increased with 0.1 $\mu\text{g/L}$ of DEHP, while no difference was found with 1 and 10 $\mu\text{g/L}$ of DEHP (Figure 2; $P > 0.05$).

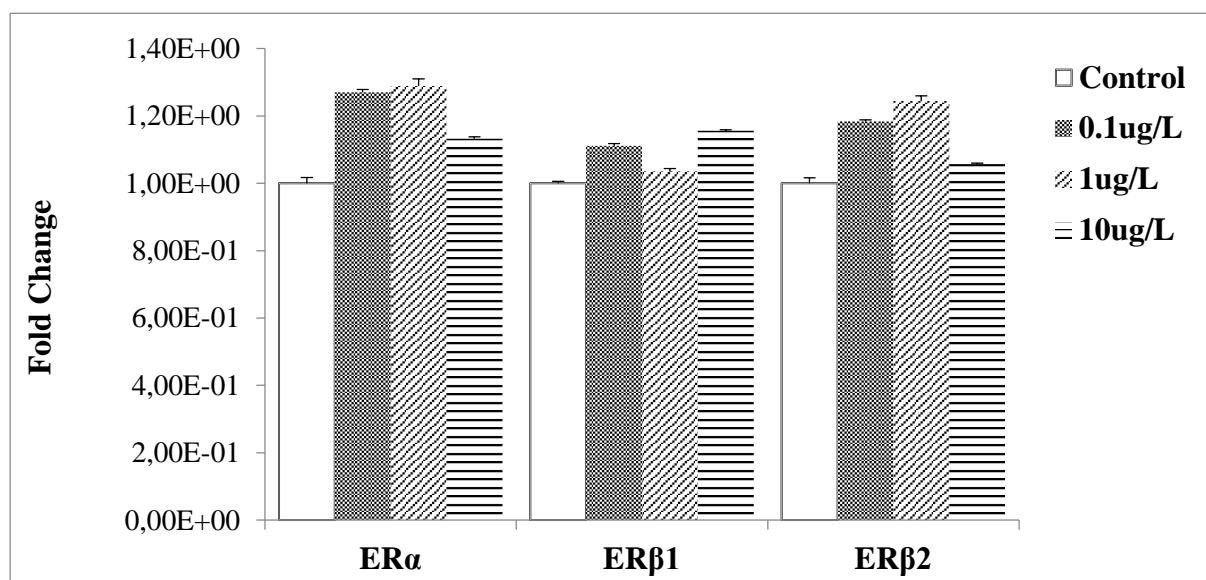


Figure 1. Relative mRNA transcript expressions of the ER of early larval *A. tarichi* exposed to 0.1, 1, and 10 $\mu\text{g/L}$ for 6 days. Gene transcription changes are expressed as the fold change relative to the corresponding control. The results are the mean \pm standard error of the mean of 4 samples. $P < 0.05$ indicates a significant difference between the DEHP exposure groups and the corresponding control.

4. DISCUSSION

The present study used early larval *A. tarichi* to assess the impacts of environmentally relevant concentrations of DEHP. For this, the gene transcriptions of the ERs and aromatase isomers were measured. We found that DEHP at low concentrations with short-time exposure did not affect the gene expression of the ERs and CYP19B in *A. tarichi* larvae. However, the CYP19A gene was sensitive with 0.1 $\mu\text{g/L}$ of DEHP. DEHP was first accepted as an EDC with weak estrogenic activity using an in vivo assay by Jobling et al. (9). Phthalate ester plasticizers are accepted as anti-androgenic in mammals (8). There are mixed results in fish. However, the

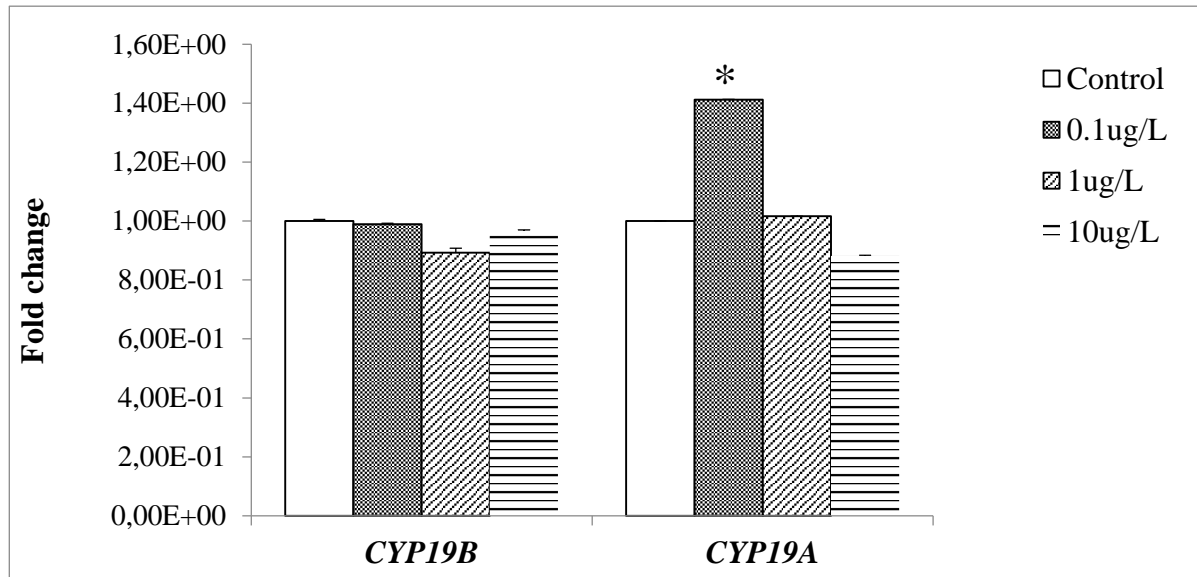


Figure 2. Relative mRNA transcript expressions of the CYP19-arom of early larval *A. tarichi* exposed to 0.1, 1, and 10 µg/L for 6 days. Gene transcription changes are expressed as the fold change relative to the corresponding control. The results are the mean ± standard error of the mean of 4 samples. P < 0.05 indicates a significant difference between the DEHP exposure groups and the corresponding control.

results in the studied fish have shown that DEHP has had adverse effects on embryos, growth, behavior, and reproductive ability depending on the concentration and exposure time (11,12,15,16,33,34). We used 2-day larvae in the experiment because one of the one day larvae died in 10 µg/L concentration. Fish are more sensitive to the effects of chemicals during early developmental stages compared to maturity. However, in male zebrafish (35), male fathead minnow (36), and Chinese rare minnow (37), the expressions of ERs and aromatase mRNA transcripts did not change with environmentally relative concentrations (12 and 12.8 µg/L) of DEHP. Similar to these results, no difference was found in the mRNA transcript levels of ERα, ERβ1, ERβ2, and CYP19B in early larval *A. tarichi*. However, a significant increase in CYP19A of 0.1 µg/L was observed. This increase may be related gonadal development. Generally, CYP19B plays a role in sex differentiation in early embryonic development in fish (38), while CYP19A is involved in ovarian differentiation (39,40) and gametogenesis (41). Moreover, CYP19B expression (not CYP19A) is up-regulated by E2 and environment xenoestrogens (25,27,42) because of CYP19B has estrogen-responsive elements (43). Hence, laboratory and wildlife studies have shown that the changes in Cyp19b indicate estrogenic activity or contaminations. In the present study, the CYP19A mRNA transcript increased in larval *A. tarichi* exposed to 0.1 µg/L DEHP. However, the CYP19B mRNA transcript remained unchanged in *A. tarichi*. Our results support the Wang et al. (37)'s hypothesis that DEHP changes plasma sex hormone levels at higher concentrations (>39.4 mg/L) than environmental concentration. We can also say that short-term exposure to environmental concentrations of DEHP did not directly affect estrogenic or anti-estrogenic activity during the early larval life of *A. tarichi*. However, it may induce gonadal development during early development life in *A. tarichi*. Therefore, further research is required to indicate the long-term effects on the life and gonadal development in fish exposed to DEHP.

5. CONCLUSION

Gene transcription measurements of the ERs and CYP19arom isomers indicated that 6 days of exposure to environmentally relevant concentrations of DEHP did not result in altered estrogenic or anti-estrogenic effects during the early larval life of *A. tarichi*.

Acknowledgments

This work was supported by the Scientific Research Projects of Yuzuncu Yil Univesity (number 2013-HIZ-FEN003). We want to thank Kellie A. Cotter and Rebecca Meyer for their technical advice.

REFERENCES

1. Marttinen, S. K., Kettunen, R. H., Sormunen, K. M., & Rintala, J. A. (2003). Removal of bis (2-ethylhexyl) phthalate at a sewage treatment plant. *Water Research*, 37(6), 1385-1393.
2. Asakura, H., Matsuto, T., & Tanaka, N. (2004). Behavior of endocrine-disrupting chemicals in leachate from MSW landfill sites in Japan. *Waste Management*, 24(6), 613-622.
3. Yuwatini, E., Hata, N., & Taguchi, S. (2006). Behavior of di (2-ethylhexyl) phthalate discharged from domestic waste water into aquatic environment. *Journal of Environmental Monitoring*, 8(1), 191-196.
4. Yuwatini, E., Hata, N., Kuramitz, H., & Taguchi, S. (2013). Effect of salting-out on distribution behavior of di (2-ethylhexyl) phthalate and its analogues between water and sediment. *SpringerPlus*, 2(1), 422.
5. Xu, G., Li, F., & Wang, Q. (2008). Occurrence and degradation characteristics of dibutyl phthalate (DBP) and di-(2-ethylhexyl) phthalate (DEHP) in typical agricultural soils of China. *Science of the Total Environment*, 393(2-3), 333-340.
6. Latini, G., De Felice, C., Presta, G., Del Vecchio, A., Paris, I., Ruggieri, F., et al. (2003). In utero exposure to di-(2-ethylhexyl) phthalate and duration of human pregnancy. *Environmental health perspectives*, 111(14), 1783-1785.
7. Hokanson, R., Hanneman, W., Hennessey, M., Donnelly, K. C., McDonald, T., Chowdhary, R., et al. (2006). DEHP, bis (2)-ethylhexyl phthalate, alters gene expression in human cells: possible correlation with initiation of fetal developmental abnormalities. *Human & experimental toxicology*, 25(12), 687-695.
8. Hauser, R., & Calafat, A. M. (2005). Phthalates and human health. *Occupational and environmental medicine*, 62(11), 806-818.
9. Jobling, S., Reynolds, T., White, R., Parker, M. G., & Sumpter, J. P. (1995). A variety of environmentally persistent chemicals, including some phthalate plasticizers, are weakly estrogenic. *Environmental health perspectives*, 103(6), 582-587.
10. Kim, E. J., Kim, J. W., & Lee, S. K. (2002). Inhibition of oocyte development in Japanese medaka (*Oryzias latipes*) exposed to di-2-ethylhexyl phthalate. *Environment International*, 28(5), 359-365.
11. Shioda, T., & Wakabayashi, M. (2000). Effect of certain chemicals on the reproduction of medaka (*Oryziaslatipes*). *Chemosphere*, 40(3), 239-243.
12. Zanutelli, V. R., Neuhauss, S. C., & Ehrengruber, M. U. (2010). Long-term exposure to bis (2-ethylhexyl) phthalate (DEHP) inhibits growth of guppy fish

- (*Poecilia reticulata*). *Journal of Applied Toxicology: An International Journal*, 30(1), 29-33.
13. Hatef, A., Alavi, S. M. H., Milla, S., Butts, I. A., Rodina, M., Carnevali, O., et al. Di-(2-ethylhexyl)-phthalate Impairs Sperm Quality In Goldfish Associated With Disruption In Androgenesis. *Sperm Functions Impairments and Steroidogenesis Transcriptomic Alternations in Fish Exposed to Endocrine Disrupting Chemicals*.
 14. Chikae, M., Hatano, Y., Ikeda, R., Morita, Y., Hasan, Q., & Tamiya, E. (2004). Effects of bis (2-ethylhexyl) phthalate and benzo [a] pyrene on the embryos of Japanese medaka (*Oryzias latipes*). *Environmental toxicology and pharmacology*, 16(3), 141-145.
 15. Chikae, M., Ikeda, R., Hatano, Y., Hasan, Q., Morita, Y., & Tamiya, E. (2004). Effects of bis (2-ethylhexyl) phthalate, γ -hexachlorocyclohexane, and 17 β -estradiol on the fry stage of medaka (*Oryzias latipes*). *Environmental toxicology and pharmacology*, 18(1), 9-12.
 16. Norman, A., Börjeson, H., David, F., Tienpont, B., & Norrgren, L. (2007). Studies of uptake, elimination, and late effects in Atlantic salmon (*Salmo salar*) dietary exposed to di-2-ethylhexyl phthalate (DEHP) during early life. *Archives of environmental contamination and toxicology*, 52(2), 235-242.
 17. Lee, J. T., & Liang, H. H. (2011). Preliminary Study on Zebra Fish's DNA Exposure to Di-2-ethylhexyl Phthalate Effects. *Journal of Water Sustainability*, 1(3), 323-331.
 18. Greytak, S. R., & Callard, G. V. (2007). Cloning of three estrogen receptors (ER) from killifish (*Fundulus heteroclitus*): differences in populations from polluted and reference environments. *General and comparative endocrinology*, 150(1), 174-188.
 19. Halm, S., Martinez-Rodriguez, G., Rodriguez, L., Prat, F., Mylonas, C. C., Carrillo, M., et al. (2004). Cloning, characterisation, and expression of three oestrogen receptors (ER α , ER β 1 and ER β 2) in the European sea bass, *Dicentrarchus labrax*. *Molecular and cellular endocrinology*, 223(1-2), 63-75.
 20. Nagler, J. J., Cavileer, T. D., Verducci, J. S., Schultz, I. R., Hook, S. E., & Hayton, W. L. (2012). Estrogen receptor mRNA expression patterns in the liver and ovary of female rainbow trout over a complete reproductive cycle. *General and comparative endocrinology*, 178(3), 556-561.
 21. Ankley, G. T., Kahl, M. D., Jensen, K. M., Hornung, M. W., Korte, J. J., Makynen, E. A., et al. (2002). Evaluation of the aromatase inhibitor fadrozole in a short-term reproduction assay with the fathead minnow (*Pimephales promelas*). *Toxicological sciences*, 67(1), 121-130.
 22. Hoffmann, J. L., Torontali, S. P., Thomason, R. G., Lee, D. M., Brill, J. L., Price, B. B., et al. (2006). Hepatic gene expression profiling using Genechips in zebrafish exposed to 17 α -ethynylestradiol. *Aquatic Toxicology*, 79(3), 233-246.
 23. Jobling, S., Beresford, N., Nolan, M., Rodgers-Gray, T., Brighty, G. C., Sumpter, J.P., et al. (2002). Altered sexual maturation and gamete production in wild roach (*Rutilus rutilus*) living in rivers that receive treated sewage effluents. *Biology of reproduction*, 66(2), 272-281.
 24. Katsu, Y., Lange, A., Urushitani, H., Ichikawa, R., Paull, G. C., Cahill, L. L., et al. (2007). Functional associations between two estrogen receptors, environmental estrogens, and sexual disruption in the roach (*Rutilus rutilus*). *Environmental science & technology*, 41(9), 3368-3374.

25. Kishida, M., & Callard, G. V. (2001). Distinct cytochrome P450 aromatase isoforms in zebrafish (*Danio rerio*) brain and ovary are differentially programmed and estrogen regulated during early development. *Endocrinology*, *142*(2), 740-750.
26. Lange, A., Katsu, Y., Ichikawa, R., Paull, G. C., Chidgey, L. L., Coe, T. S., et al. (2008). Altered sexual development in roach (*Rutilus rutilus*) exposed to environmental concentrations of the pharmaceutical 17 α -ethinylestradiol and associated expression dynamics of aromatases and estrogen receptors. *Toxicological Sciences*, *106*(1), 113-123.
27. Kishida, M., McLellan, M., Miranda, J. A., & Callard, G. V. (2001). Estrogen and xenoestrogens upregulate the brain aromatase isoform (P450aromB) and perturb markers of early development in zebrafish (*Danio rerio*). *Comparative Biochemistry and Physiology Part B: Biochemistry and Molecular Biology*, *129*(2-3), 261-268.
28. Kazeto, Y., Place, A. R., & Trant, J. M. (2004). Effects of endocrine disrupting chemicals on the expression of CYP19 genes in zebrafish (*Danio rerio*) juveniles. *Aquatic toxicology*, *69*(1), 25-34..
29. Unal, G., Marquez, E. C., Feld, M., Stavropoulos, P., & Callard, I. P. (2014). Isolation of estrogen receptor subtypes and vitellogenin genes: expression in female *Chalcalburnus tarichi*. *Comparative Biochemistry and Physiology Part B: Biochemistry and Molecular Biology*, *172*, 67-73.
30. Ünal, G., Çetinkaya, O., & Elp, M. (2000). The embryonic and larval development of *Chalcalburnus tarichi* (Cyprinidae): An endemic fish species of the lake Van basin, Turkey. *Bull. of Pure and Appl. Sci. A*, *19*, 27-41.
31. Simon, P. (2003). Q-Gene: processing quantitative real-time RT-PCR data. *Bioinformatics*, *19*(11), 1439-1440.
32. Pfaffl, M. W. (2001). A new mathematical model for relative quantification in real-time RT-PCR. *Nucleic acids research*, *29*(9), e45-e45.
33. Barse, A.V., Chakrabarti, T., Ghosh, T. K., Pal, A. K., & Jadhao, S. B. (2007). Endocrine disruption and metabolic changes following exposure of *Cyprinus carpio* to diethyl phthalate. *Pesticide biochemistry and physiology*, *88*(1), 36-42.
34. Carnevali, O., Tosti, L., Speciale, C., Peng, C., Zhu, Y., & Maradonna, F. (2010). DEHP impairs zebrafish reproduction by affecting critical factors in oogenesis. *PLoS One*, *5*(4).
35. Uren-Webster, T. M., Lewis, C., Filby, A. L., Paull, G. C., & Santos, E. M. (2010). Mechanisms of toxicity of di (2-ethylhexyl) phthalate on the reproductive health of male zebrafish. *Aquatic toxicology*, *99*(3), 360-369.
36. Crago, J., & Klaper, R. (2012). A mixture of an environmentally realistic concentration of a phthalate and herbicide reduces testosterone in male fathead minnow (*Pimephales promelas*) through a novel mechanism of action. *Aquatic toxicology*, *110*, 74-83.
37. Wang, X., Yang, Y., Zhang, L., Ma, Y., Han, J., Yang, L., et al. (2013). Endocrine disruption by di-(2-ethylhexyl)-phthalate in Chinese rare minnow (*Gobiocypris rarus*). *Environmental toxicology and chemistry*, *32*(8), 1846-1854.
38. Forlano, P. M., Deitcher, D. L., Myers, D. A., & Bass, A. H. (2001). Anatomical distribution and cellular basis for high levels of aromatase activity in the brain of teleost fish: aromatase enzyme and mRNA expression identify glia as source. *Journal of Neuroscience*, *21*(22), 8943-8955.
39. Kwon, J. Y., McAndrew, B. J., & Penman, D. J. (2001). Cloning of brain aromatase gene and expression of brain and ovarian aromatase genes during sexual differentiation in genetic male and female Nile tilapia *Oreochromis*

- niloticus. *Molecular Reproduction and Development: Incorporating Gamete Research*, 59(4), 359-370.
40. Matsuoka, M. P., van Nes, S., Andersen, Ø., Benfey, T. J., & Reith, M. (2006). Real-time PCR analysis of ovary-and brain-type aromatase gene expression during Atlantic halibut (*Hippoglossus hippoglossus*) development. *Comparative Biochemistry and Physiology Part B: Biochemistry and Molecular Biology*, 144(1), 128-135.
 41. Goto-Kazeto, R., Kight, K. E., Zohar, Y., Place, A. R., & Trant, J. M. (2004). Localization and expression of aromatase mRNA in adult zebrafish. *General and comparative endocrinology*, 139(1), 72-84.
 42. Sawyer, S. J., Gerstner, K. A., & Callard, G. V. (2006). Real-time PCR analysis of cytochrome P450 aromatase expression in zebrafish: gene specific tissue distribution, sex differences, developmental programming, and estrogen regulation. *General and comparative endocrinology*, 147(2), 108-117.
 43. Callard, G. V., Tchoudakova, A. V., Kishida, M., & Wood, E. (2001). Differential tissue distribution, developmental programming, estrogen regulation and promoter characteristics of cyp19 genes in teleost fish. *The Journal of steroid biochemistry and molecular biology*, 79(1-5), 305-314.

Erkek Öğrenci Gözüyle Toplumsal Cinsiyet: Bir Üniversite Örneği

Gender With the Eyes of Male Students: A Case of A University Summary

Filiz ADANA¹, Safiye ÖZVURMAZ¹, Ayten TAŞPINAR³

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Aydın, Türkiye

ÖZ

Amaç: Doğumdan itibaren roller kadın ve erkeğin yaşamını biçimlendirir, tarihsel süreç içinde değişim gösterebilir ya da kültürler arasında farklılıklar olabilir. Toplumsal cinsiyet farklılığı bu anlamda herhangi bir farklılıktan çok daha derin anlamlar kazanır. Bu çalışma erkek üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet algılarının değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

Yöntem: Çalışma kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın örneklemini Aydın ilinde bir erkek yurdunda barınmakta olan 267 öğrenci oluşturmuştur. Çalışmanın verileri anket formu ve toplumsal cinsiyet algısı ölçeği ile toplanmıştır. Araştırmaya katılma kriterleri üniversite öğrencisi olmak, erkek olmak ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmak olarak belirlenmiştir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri kişisel bilgiler, bağımlı değişkeni Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği puanıdır. Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 19.98±2.55 olup; %52.1'inin ekonomik durumu orta düzeyde, %71.9'unun aile tipi çekirdek aile; %72.7'sinin annesi ve %49.4'ünün babası ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahiptir. Öğrencilerin %88.8'inin annesi çalışmamakta, %74.2'sinin babası çalışmaktadır. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0.908 olarak bulunmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel analizler, İki Örnekli T test, Anova, Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği Puanları ortalaması 89.04±16.67'dir. Çalışmamızda çekirdek ve tek ebeveynli aileye sahip olan, annesi çalışan öğrencilerin Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği Puanları ortalaması yüksek bulunmuştur. Sınıf, ekonomik durum, anne ve baba eğitim, baba çalışma durumu ile Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği Puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Öğrencilerin yaşları ile Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği Puanları arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Sonuç: Çalışmamızda çekirdek ve tek ebeveynli aileye sahip olan, annesi çalışan öğrencilerin toplumsal cinsiyet algılarının daha olumlu olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda geniş aileye sahip olan ve annesi çalışmayan erkek öğrencilerin toplumsal cinsiyet algısı açısından ele alınması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Erkek, Öğrenci, Cinsiyet.

ABSTRACT

Objective: Roles can shape the life of men and women, change with in the historical process, or differ between cultures from birth. Gender difference becomes much deeper in this sense than any difference. This study aims to evaluate the gender perceptions of male university students.

Methods: This is an cross-sectional study. The sample of the study consisted of 267 students in a male dormitory in Aydın. Data were collected by questionnaire form and Gender Perception Scale. The criteria for participation in the study were determined as being a university student, being a man and volunteering to participate in the research. The independent variables of the study are personal in formation, dependent variable is Gender Perception Scalescore. The meanage of the students are 19.98±2.55. The economic statusis medium level 52.1% and the family type is nuclear family 71.9%. The mother of 72.7% and the father of 49.4% have primary and lower education level. In the study, In the study, the mother of 88.8% does not work and the student's father of 74.2% works. In our study, the Cronbach's Alpha value of the scale was found to be 0.908. In the evaluation of the data; descriptive statistical analysis, Student-t test, Anova, Kruskal Wallis tests were used.

Results: The averages core of the Gender Perception Scaleis 89.04±16.67. In our study, the mean score of the Gender Perception Scale of the students whose mother was working, having nuclear family and a single-parent family was found to be

Sorumlu Yazar: Filiz ADANA

Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Aydın, Türkiye
filizadana@yahoo.com

Geliş Tarihi: 28.02.2019 – Kabul Tarihi: 06.04.2020

high. No significant difference was found between the scores of class, economic situation, education of parents, father working status and Gender Perception Scale. There was no relationship between the ages of the students and the gender perception scales cores.

Conclusion: In study, the gender perception of the students whose mother was working, having a nuclear family and single-parent family was found to be high was found to be more positive. Based on these results, it can be suggested that male students who have large families and whose mothers do not work can be considered in terms of gender perception.

Key words: Male, Student, Gender.

1. GİRİŞ

İnsanlar kadın ya da erkek olarak dünyaya gelirler ve cinsiyetlerine göre toplumlarda kültürden kültüre değişen, sosyal olarak belirlenen çeşitli rollere sahip olurlar. Kadın ve erkek olarak toplumun bireyleri algılayış biçimi onların toplumsal cinsiyet rollerini belirler. Yani toplumsal cinsiyet rolü; kadın ve erkekle ilişkili olduğu kabul edilen rollerdir. Bireyler, toplum içinde rollerini sergilerken toplumsal yargılara da ayak uydururlar (1,2).

Fırsatların, kaynakların kullanımında, hizmetleri elde etmede bireyin cinsiyetinden dolayı ayrımcılığa uğramasına cinsiyet ayrımcılığı denir. Cinsiyete dayanan ayrımcılık ailede başlamaktadır. Toplumların kadınlara biçtiği rol ve sorumluluklar onların eğitim, evlilik ve çalışma yaşamlarını birebir etkilemektedir. Pek çok toplumda kadın kültürel açıdan daha az değerli olarak nitelendirilir. Alan yazında toplumsal cinsiyet eşitliğinin oluşturulmasında üç yaklaşımdan bahsedilmektedir. Bunlar kadın ve erkeklere eşit davranılması, pozitif ayrımcılık ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin temel politikalarda yer almasının sağlanmasıdır (1,2,3).

Toplumlarda kadınlar ve erkekler arasında sorumluluklar ve kazançlar dağıtılırken adalet ve hakkaniyetin olması önemlidir. Bu yapılırken kadın ve erkeklerin cinsiyetlerinden kaynaklanan farklı gereksinim ve güçleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Toplumsal cinsiyet rolü çoğu zaman her iki cinsiyetin de sağlığı üzerinde olumsuz etkiye sahip olmaktadır (4,5). Ataerkil toplumsal yapı cinsiyet ilişkilerinin getirdiği iş bölümü ve kadın erkek rollerinin ayrımında ve ayrıca kadının çalışma yaşamına katılımlarında en önemli belirleyicilerdendir (2).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği tarih boyunca sorun olmuş, eşitsizliğin olumsuz sonuçları büyük oranda kadınları etkilemiştir. Kaynakların paylaşımında cinsiyet, önemli bir etmendir. Toplumlarda liderler olarak erkekler benimsenmiş ve toplumsal kaynakların çoğu onlara yönlendirilmiştir. Toplumun daha düşük sosyoekonomik düzeylerindeki kadınlar bu durumdan daha fazla etkilenmiş olsalar da; aslında olumsuz sonuçlar her sosyoekonomik düzeydeki kadın üzerine etkilidir (1,6).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği her iki cinsiyet arasındaki biyolojik farklılıkların toplumsal farklılıklara dönüşmesinden ve toplumların kadın ve erkeğe farklı roller tanımlamasından kaynaklanmıştır. En geleneksel anlamda toplumlar, kadınları bağımlı olmaya, başarı ve güçten uzaklaştırmaya çalışırken erkekleri de güç ve otorite sahibi olmaya, duygularını ifade etmekten kaçınmaya yöneltmektedir. Kadının geleneksel olarak; eş, anne, kız çocuk ve kız kardeş rollerine sahiptir. Ayrıca kadının bakım verici rolü de insanlık tarihi boyunca en önemli rollerinden biri olmuştur. Bireyler içinde buldukları kültürde bir kadın ya da erkek olarak nasıl düşünmeleri ve davranmaları gerektiğini öğrenirler. Bireyler toplumun kendilerine belirlediği roller kapsamında kadın ya da erkek olmayı öğrenerek büyürler. Doğumdan itibaren bu roller kadın ve erkeğin yaşamını biçimlendirir, tarihsel süreç içinde değişim gösterebilir ya da kültürler arasında farklılıklar olabilir. Toplumsal cinsiyet farklılığı

bu anlamda herhangi bir farklılıktan çok daha derin anlamlar kazanır. Esen ve ark. (2017) üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarında erkek öğrencilerin toplumsal cinsiyet algılarına ilişkin daha geleneksel bir bakış açısına sahip olduklarını belirtmişlerdir (7). Ancak Seçgin ve Tural'da (2011) öğretmen adayları ile yaptıkları çalışmada toplumdaki kadın ve erkeğin üstünde geleneksel normlar, kültürel değerlerin hala etkisini sürdürmesi ile birlikte, bu normlarda bir değişimin de olduğunu bildirmektedir (8).

Günümüzde, hem dünya ülkelerinde hem ülkemizde toplumsal rolleri nedeni ile, kadınlar eğitim ve ekonomik kaynaklardan erkekler kadar faydalanamamakta, toplumsal ve ekonomik anlamda yeterli statü elde edememektedirler. Bu algının nedenlerini irdelemek için toplumun önemli bir yapısını oluşturan üniversite öğrencilerinde özellikle erkek öğrencilerde yapılan çalışmalar toplumun konuya ilişkin durumunu ortaya koymak açısından önem taşımaktadır.

Bu çalışma erkek üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet algılarının değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

Araştırma Sorusu:

1. Öğrencilerin kişisel bilgileri ile Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği puanları arasında fark var mıdır?

2. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışma analitik/kesitsel tipte bir araştırmadır. Adnan Menderes Üniversitesinde 2018-2019 Güz eğitim-öğretim yılında 56.726 öğrenci öğrenim görmektedir. Çalışmanın yapıldığı erkek öğrenci yurdunda 760 öğrenci barınmakta ve araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem G-power analizi ile etki boyu orta (0.25) alındığında %95 güç %80 güven aralığında 267 olarak belirlenmiştir (9,10,11).

Anketler gözlem altında uygulanmış ve katılan bireylerin kimlikleri gizli tutulmuştur. Çalışmada kullanılan formlar; literatür taraması ve uzman görüşü sonucu hazırlanan anket formu (8 soru) ve Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği'nden oluşmaktadır (6,9,12-14). Araştırmaya katılma kriterleri Adnan Menderes Üniversitesi öğrencisi olmak, erkek olmak ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmak olarak belirlenmiştir. Araştırmanın Bağımsız değişkenleri kişisel bilgiler, bağımlı değişkeni Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği puanıdır.

Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ): Altınova ve Duyan (2013) tarafından bireylerin toplumsal cinsiyet algılarını ölçmek amacıyla geliştirilmiş olan ölçekte 25 madde bulunmaktadır. Beşli likert şeklindeki ölçekte olumsuz maddeler tersten hesaplanmaktadır. Ölçekte 2., 4., 6., 9., 10., 12., 15., 16., 17.,18., 19., 20., 21., 24. ve 25. maddeler olumsuzdur. Ölçekten alınabilecek minimum puan 25; maksimum125'tir ve yüksek puanlar toplumsal cinsiyet algısının olumlu olduğunu göstermektedir (15). Ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0.872 olup; bizim çalışmamızda ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0.908 olarak bulunmuştur.

Elde edilen veriler SPSS istatistik paket programında (Version 18, Chicago IL, USA) değerlendirilmiştir. Çalışmanın verileri normal dağılım analizi kapsamında; Gauss eğrisi, ortalama puan, minimum ve maksimum puan genişliği, Kolmogorov-Simirnov testi anlamlılık düzeyi açısından değerlendirilmiş; normal dağılım gösteren karşılaştırmalarda t testi, ANOVA; normal dağılım göstermeyen karşılaştırmalarda Kruskal Wallis H test kullanılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce gerekli izinler alınmıştır.

3. BULGULAR

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 19.98 ± 2.55 olup; %34.1'i birinci sınıf, %38.2'si ikinci sınıf, %17.2'si üçüncü sınıf, %10.5'i dördüncü sınıftır. Öğrencilerin %52.1'inin ekonomik durumu orta düzeyde, %71.9'unun aile tipi çekirdek aile; %72.7'sinin annesi ve %49.4'ünün babası ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahiptir. Öğrencilerin %88.8'inin annesi çalışmamakta, %74.2'sinin babası çalışmaktadır. TCAÖ Puanları ortalaması 89.04 ± 16.67 'dir.

Çalışmamızda çekirdek ve tek ebeveynli aileye sahip olan öğrencilerin geniş ailelere sahip olanlara göre ve annesi çalışan öğrencilerin çalışmayanlara göre TCAÖ Puanları ortalaması yüksek bulunmuştur. Sınıf, ekonomik durum, anne ve baba eğitim, baba çalışma durumu ile TCAÖ Puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin kişisel özellikleri ile TCAÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Kişisel Özellikler/TCAÖ	Sayı	%	TCAÖ (AO±SS)	test, p
Sınıf				
1. Sınıf	91	34.1	92.18±16.32	*2.177 0.091
2. Sınıf	102	38.2	87.10±16.46	
3. Sınıf	44	17.2	86.02±16.54	
4. Sınıf	30	10.5	90.85±17.77	
Ekonomik Durum				
Kötü	98	36.7	88.12±16.69	*1.897
Orta	139	52.1	90.66±16.28	0.152
İyi	30	11.2	84.56±17.92	
Aile Tipi				
Çekirdek Aile	192	71.9	143.04 (Median:92.5) (44-124)	**14.225 0.001
Geniş Aile	58	21.7	100.22 (Median:80) (43-123)	
Tek ebeveynli Aile	17	6.4	147.09 (Median:96) (69-125)	
Anne Eğitim				
İlkokul ve altı	194	72.7	89.06±16.47	*1.691
Ortaokul	30	11.2	84.70±16.25	0.186
Lise ve üstü	43	16.1	91.97±17.62	
Baba Eğitim				
İlkokul ve altı	132	49.4	90.83±16.42	*2.419
Ortaokul	49	18.4	84.75±17.10	0.091
Lise ve üstü	86	32.2	88.74±16.54	
Anne Çalışma				
Çalışıyor	30	11.2	96.16±14.04	1.770
Çalışmıyor	237	88.8	88.14±16.79	0.013
Baba Çalışma				
Çalışıyor	198	74.2	89,08±17,10	***2.706
Çalışmıyor	69	25.8	88.94±15.50	0.953
Yaş	AO±SS	20.04±2.30(17-28)		
	(Min-Max)			
TCAÖ Puanı	AO±SS	89.04±16.67(43-125)		
	(Min-Max)			

*OneWay ANOVA, ** Kruskal Wallis, *** Student-t test

Öğrencilerin yaşları ile TCAÖ Puanları arasında bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin Yaşları ile TCAÖ Puanları İlişkisi

Yaş/TCAP		Toplumsal Cinsiyet Algısı Puanları
Yaş	r	*-.031
	p	.612

*Pearson Correlation test

4. TARTIŞMA

Toplumsal cinsiyet algısı bir toplumdan diğerine farklılık gösterebildiği gibi aynı toplumun içinde farklı sosyodemografik özelliklerden de etkilenebilir. Ülkemizde yapılan araştırmalar sonucunda ulaşılan bulgulara göre, erken ve orta çocukluk dönemi çocuklarının büyük bir kısmı anne kavramını bakım veren ve temizlik- yemek yapan kişi, baba kavramını ise erken çocukluk dönemindeki çocuklar işe giden, dördüncü sınıf çocukları ise bizi koruyan kişi eylemi ile belirtmişlerdir (13,14,16,17). Algılanan cinsiyet rolleri gençlerin meslek seçimini, spor aktivitesini, yaşamının birçok alanını etkileyebilir (18). Bu nedenle hem toplumlar arası hem de toplum içi özelliklere dayalı araştırmalar yapmak cinsiyet algısının değişkenlerini belirlemek için önemli ve gereklidir.

Çalışmamızda öğrencilerin TCAP ortalaması 89.04 ± 16.67 'dir. İlhan Dikmen ve Ak (2017) çalışmaları kapsamında ele aldıkları erkek öğrencilerde TCAÖ puanını 82.0 olarak bulmuşlar ve istendik düzeyde olmadığını ifade etmişlerdir (14). Bizim araştırmamızda toplumsal cinsiyetin algısının daha olumlu olduğu söylenebilir. Öğrencilerin toplumsal cinsiyet algılarının ortanın üzerinde bir düzeyde bulunmasının nedeninin çalışmanın Türkiye'nin batısındaki bir ilde ve üniversite öğrencilerinde yapılması olduğu düşünülmektedir.

Toplumlarda geleneksel yapı bireylere geleneksel cinsiyet rolleri çizmektedir. Ülkemizde de geniş aileler daha fazla geleneksel örüntüler taşımakta ve bu yapı erkek otoritesine dayanan geleneksel bir bakış açısı içermektedir. Daha çok ataerkil yapıda varlığını sürdüren geniş ailelerde daha katı toplumsal cinsiyet rollerine rastlanmakta bu durum tüm aile üyeleri tarafından benimsenmektedir (16,17).

Çalışmamızda çekirdek ve tek ebeveynli aileye sahip olan öğrencilerin geniş ailelere sahip olanlara göre ve annesi çalışan öğrencilerin çalışmayanlara göre TCAÖ Puanları ortalaması yüksek bulunmuştur.

Alanyazın çalışmalarında toplumsal cinsiyet algısının aile tipinden etkilendiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (11,19,20). Erzeybek'in (2015) çalışmasında çekirdek aile yapısındaki bireylerin toplumsal cinsiyet rollerinin ve algılarının daha olumlu ve eşitlikçi olduğu; Uçtu ve Karahan'ın (2016) çalışmalarında çekirdek aileye sahip olanların, geniş aileye sahip olanlara göre Cinsiyet Rolü Envanterinden daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir (17,19). Alan yazın bulgularının aile tipi değişkeni açısından çalışma bulgularımızla paralellik göstermektedir. Çalışma bulgularımız ve alanyazın doğrultusunda toplumsal ve kültürel yapıyı daha fazla içinde barındıran ve daha geleneksel olan geniş aile yapısının toplumsal cinsiyet algısını olumsuz etkilediği söylenebilir.

Günümüzde kadınların çalışma yaşamına girdiği toplumlarda kadın ve erkek cinsiyetine ilişkin geleneksel roller kadınların lehine değişmeye başlamıştır (7). Attanpola (2004) kadınların çalışma yaşamına katılması ile birlikte kalıplaşmış toplumsal cinsiyet rollerinde bir

gevşeme olduğunu ve zamanla cinsiyet rollerinde değişikliklerin oluştuğunu vurgulamıştır (21). Öngen'in (2013) üniversite öğrencileriyle Kantoğlu'nun (2017) annesi önceden çalışmış veya halen çalışmakta olan katılımcılarla yaptıkları çalışmalarda, anneleri çalışan öğrencilerin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin eşitlikçi rolleri benimsedikleri belirlenmiştir (9,10). Benzer bir şekilde Varol ve ark. (2016) çalışmalarında annesi işsiz-ev emekçisi olan öğrencilerin Cinsiyet Eşitliği Ölçeği puanlarını düşük bulmuştur (22). Murray (2004) çalışmasında her iki ebeveyni de çalışan çocukların kadın ve erkeklere ilişkin daha az kalıp yargısal görüşleri olduğunu açıklamıştır (13).

Alan yazın bulgularının annenin çalışma durumu değişkeni açısından çalışma bulgularımızla paralellik göstermektedir. Çalışma bulgularımız ve alanyazın doğrultusunda annelerin çalışmamasının toplumsal ve kültürel örüntüleri daha fazla içinde barındıran ve daha geleneksel algıyı desteklediği ve toplumsal cinsiyet algısını olumsuz etkilediği söylenebilir. Bu bulgular doğrultusunda annesi çalışan çocukların daha olumlu cinsiyet algısına sahip oldukları görülmektedir.

Çalışmamızda sınıf, ekonomik durum, anne ve baba eğitim, baba çalışma durumu ile TCAÖ Puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Kodan ve Çetinkaya (2013) üniversite öğrencileri ile yaptığı bir çalışmada ailenin ortalama aylık geliri, anne eğitim durumu, ile toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutum puan ortalamaları arasında fark bulunmuştur (23). Varol ve ark. (2016) çalışmalarında Cinsiyet Eşitliği Ölçeği puanlarını anne ve baba eğitim düzeyi ile karşılaştırmış; eğitim düzeyi düşük olanların puanlarının daha düşük olduğunu ifade etmişlerdir (22). Kantoğlu ve ark. (2018) babaların çalışma durumu ile eşitlikçi cinsiyet rollerini karşılaştırmış; babaların çoğunluğunun çalışıyor olması nedeni ile bir sonuca ulaşamamıştır (9). Aynı çalışmada ekonomik düzeyin yükselmesi ile katılımcıları daha fazla eşitlikçi toplumsal cinsiyet rollerine sahip olunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızda ilgili değişkenlerle toplumsal cinsiyet algısı arasında fark saptanamamasının nedeni araştırmanın tek bir cinsiyet grubu ve tek bir üniversite örnekleminde yapılmış olması olabilir.

Öğrencilerin Yaşları ile TCAÖ Puanları arasında bir ilişki saptanmamıştır. Özden ve Gölbaşı (2018) 35 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarının, 34 ve altı yaş grubundan daha eşitlikçi bir toplumsal cinsiyet algısına sahip olduğunu bildirmişlerdir (24). Çalışmamızda yaş aralığı dar olduğundan (17-28) alanyazını destekleyici bir bulguya ulaşılmadığı düşünülmüştür.

Bu çalışma ile gençlerin önemli bir bölümünü oluşturan erkek üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyete bakışı ve bu bakışa etkili etmenleri elde edilmiştir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda çekirdek ve tek ebeveynli aileye sahip olan, annesi çalışan öğrencilerin toplumsal cinsiyet algılarının daha olumlu olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda geniş aileye sahip olan ve annesi çalışmayan erkek öğrencilerin toplumsal cinsiyet algısı açısından ele alınması önerilebilir.

Çalışmanın kısıtlılıkları

Çalışma bulguları bir üniversitede okuyan erkek öğrencilerle, çalışmada kullanılan anket soruları ve istatistiksel yöntemlerle sınırlıdır.

KAYNAKLAR

1. Doğan, H. Ö., & Piyal, B. (2017). Toplumsal cinsiyetle ilişkili sorunlar. *Turk J Public Health, 15*(2), 150-163.
2. Özçatal., E. Ö. (2011). Ataerkillik, toplumsal cinsiyet ve kadının çalışma yaşamına katılımı. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 1*(1), 21-39.
3. Keuken, D., Bindels, P., Klazinga, N., & Haafkens, J. (2012). A systematic approach for up take of evidence on sex-specific issues in guidelines-a pilot study. *J Eval Clinical Pract, 18*(2), 369-77.
4. Lee, D., & Kashubeck-West, S. (2015). Factor structure of the Bem Sex Role Inventory in samples of ethnically diverse young adults in the US. *Journal of Asia Pacific Counseling, 5*(1), 1-22.
5. Kahraman, L., Kahraman, A. B., Ozansoy, N., Akıllı, H., Kekillioğlu, A., & Özcan, A. (2014). Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi toplumsal cinsiyet algısı araştırması. *Turkish Studies, 9*(2), 811-831.
6. Badura, K. L., Grijalva, E., Newman, D. A., Yan, T. T., & Jeon, G. (2018). Gender and leadership emergence: A meta-analysis and explanatory model. *Personnel Psychology, 71*, 335-367.
7. Esen, E., Siyez, D. M., Soylu, Y., & Demirgürz, G. (2017). Üniversite öğrencilerinde toplumsal cinsiyet algısının toplumsal cinsiyet rolü ve cinsiyet değişkenlerine göre incelenmesi. *E-Uluslararası Eğitim Araştırmaları Dergisi, 8*(1), 46-63.
8. Seçgin, F., & Tural, A. (2011). Sınıf öğretmenliği bölümü öğretmen adaylarının toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları. *e-Journal of New World Sciences Academy Education Sciences, 6*(4), 2446-2458.
9. Kantoğlu, A., Çetin, N. Y., & Erdoğan, A. (2018). Ergenlerde toplumsal cinsiyet algılarının sosyodemografik özelliklere göre değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi, 10*(2), 175-187.
10. Öngen, B., & Aytaç, S. (2013). Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları ve yaşam değerleri ilişkisi. *Sosyoloji Konferansları, 48*(2013-2), 1-18.
11. Aylaz, R., Güneş, G., Uzun, Ö., & Ünal, S. (2014). Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rolüne yönelik görüşleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 23*(5), 183-189.
12. Altuntaş, O., & Altınova, H. H. (2015). Toplumsal cinsiyet algısı ile sosyo-ekonomik değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Turkish Studies-International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic, 10*(6), 83-100.
13. Güder, S. Y., & Yıldız, T. G. (2016). Okul öncesi dönemdeki çocukların toplumsal cinsiyet algılarında ailenin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (H.U. Journal of Education), 31*(2), 424-446.
14. İlhan, M. N., Dikmen, A. U., & Ak, N. (2017). Toplumsal cinsiyet algısının değerlendirilmesi. *International Journal of Social And Humanities Sciences, 1*(2), 108-121.
15. Altınova, H. H., & Duyan, V. (2013). Toplumsal cinsiyet algısı ölçeğinin geçerlik güvenirlik çalışması. *Toplum ve Sosyal Hizmet, 24*(2), 9-14.
16. Akar, T., & Aksoy, A. B. (2018). Çocukların anne babalarına yönelik algılarının toplumsal cinsiyet bağlamında incelenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 9*(1), 31-46.
17. Erzeybek, B. (2015). Anne-Babaların çocuklarını yetiştirirken benimsedikleri toplumsal cinsiyet rolleri tutumları. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

18. Boiche, J., Chalabaev, A., & Sarrazin, P. (2014). Evolution of gender sport stereo types during adolescence: A 3-wave longitudinal study. *Psychology of Sportand Exercise*, (15), 212–215.
19. Uçtu, A. K., & Karahan, N. (2016). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin cinsiyet rolleri, toplumsal cinsiyet algısı ve şiddet eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 5(8), 2882-2905.
20. Angın, E., Yazıcı, Z., Orçan, Kaçan, A., Kanak, M., Yurtsever Kılıçgün, M., Oral, T., ve ark. (2015). *Erken çocukluk döneminde gelişim*, 1. Baskı, Ankara: Eğiten Kitap Yayıncılık, 173-193.
21. Attanapola, C. T. (2004). Changing gender roles and health impacts among female workers in export-processing industries in Sri Lanka. *Socialand Medicine*, 58, 2301-2312.
22. Varol, Z. S., Çiçeklioğlu, M., & Taner, Ş. (2016). Bir tıp fakültesi birinci sınıf öğrencilerinde toplumsal cinsiyet algı düzeyi ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 55(3):122-128.
23. Kodan Çetinkaya, S. (2013). Üniversite öğrencilerinin şiddet eğilimlerinin ve toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının incelenmesi. *Nesne*, 1(2), 21-43.
24. Özden, S., & Gölbaşı, Z. (2018). Sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *KOU Sag Bil Derg*, 4(3), 95-100.

Perimenstrüel Distresin Hafifletilmesinde Refleksolojinin Etkinliğinin İncelenmesi

Examination of Effects of Reflexology on Relieving Perimenstrual Distress

Nursen BOLSOY¹, Ahsen ŞİRİN²

¹ Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Manisa, Türkiye

² İstanbul Arel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Amaç: Araştırmada perimenstrüel distresi hafifletmede refleksolojinin etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Randomize kontrollü deneysel bir araştırmadır. Araştırma evrenini, 585 genç kadın oluşturmuştur. Perimenstrüel distres puanı yüksek olan 94 katılımcıdan tesadüfi örnekleme yöntemi ile 47 kişilik iki grup oluşturulmuştur. Değişik nedenlerden dolayı çalışma dışı kalanlar olmuştur. Araştırmanın refleksoloji grubu 31 kişi, rutin tedavi grubu (NSAID Tedavisi) 33 kişi ile tamamlanmıştır. Her iki gruba da araştırmacı tarafından perimenstrüel distresi hafifletmeye yönelik hemşirelik eğitimi verilmiştir. Katılımcılar, iki siklus refleksoloji öncesi, iki siklus refleksoloji süresince ve iki siklus refleksoloji sonrasında olmak üzere altı siklus izlenmiştir. Araştırmacı tarafından iki siklus süresince (sekiz seans), haftada bir defa, yarım saat süre ile kulaklara, ellere ve ayaklara refleksoloji uygulanmıştır. Veri toplama aracı olarak; Birey Tanıtım Formu, Birey İzlem Formu ve “Menstrüel Distres Şikâyet Listesi (MDQ)” kullanılmıştır.

Bulgular: Uygulanan refleksoloji sonucu, menstrüel dönem semptomlarında %46.54, premenstrüel dönem semptomlarında %44.99 azalma olmuştur. Refleksoloji uygulanan birinci siklusta; menstrüel ve premenstrüel dönemlerde refleksoloji grubu ile rutin tedavi grubunun puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p=0.33, 0.35$), ikinci siklusta menstrüel ve premenstrüel dönemlerde refleksoloji grubunun puanlarının rutin tedavi grubundan daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.02, 0.01$). Refleksoloji bırakıldıktan sonra da anlamlı fark devam etmiştir.

Sonuç: Perimenstrüel yakınmaları olan genç kadınlar için refleksoloji uygulaması semptomların şiddetini azaltıcı tamamlayıcı bir tedavi olarak önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Premenstrual sendrom, Dismenore, Refleksoloji, Tamamlayıcı tedavi.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to investigate the effect of reflexology on alleviating perimenstrual distress.

Methods: This is a randomized controlled experimental study. The research population was 585 young women. Two groups of 47 were randomly selected from 94 participants with high perimenstrual distress scores. There were those who left the study for different reasons. The reflexology group of the study was completed with 31 people and the routine treatment group (NSAID Treatment) was completed with 33 people. Both groups were given nursing training to alleviate perimenstrual distress by the researcher. Participants were followed by six cycles, two cycles before reflexology, two cycles during reflexology and two cycles after reflexology. During the two cycles (eight sessions), reflexology was applied to the ears, hands and feet once a week for half an hour. As data collection tool; “The Personal Introduction Form”, “The Personal Pursuit Form” and “The Menstrual Distress Questionnaire (MDQ)” were used.

Results: Reflexology decreased 46.54% of menstrual period symptoms and 44.99% of premenstrual symptoms. In the first cycle applied reflexology; There was no statistically significant difference between the mean scores of reflexology group and routine treatment group in menstrual and premenstrual periods ($p = 0.33, 0.35$). In the second cycle, the reflexology group scores were lower in menstrual and premenstrual periods than in the routine treatment group, which was statistically significant ($p = 0.02, 0.01$). Significant difference persisted after reflexology was discontinued.

Sorumlu Yazar: Nursen BOLSOY

Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Manisa, Türkiye
nursenbolsoy@gmail.com

*Bu makale 2008, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora tezidir.

Geliş Tarihi: 18.09.2019 – Kabul Tarihi 08.12.2019

Conclusion: For young women with perimenstrual complaints, reflexology may be recommended as a complementary treatment to reduce the severity of symptoms.

Key words: Premenstrual syndrome, Dysmenorrhea, Reflexology, Complementary therapies.

1. GİRİŞ

Menstrüel siklusun hem premenstrüel, hem de menstrüel döneminde ortaya çıkan yakınmalara perimenstrüel distres denilmektedir (1-3). Menstrüasyon başlangıcından 7-10 gün öncesinde ortaya çıkabilen, menstrüasyonun başlamasından itibaren birkaç günde ortadan kaybolan, çoğu siklusta tekrarlayan, fiziksel, psikolojik, davranışsal semptomlara premenstrüel sendrom (PMS), menstrüasyon süresince tanımlanan ağrıya ise dismenore denilmektedir (4-7).

Dismenore kadınlarda en çok görülen jinekolojik yakınmadır (8-11) Primer dismenore pelvik bir patoloji ile ilişkili değildir. Genellikle ovulasyonlu siklulardan sonra görülür. Menarştan sonra 1-2 yılda ovulasyonun yerleşmesi ile ortaya çıkar, 23-27 yaşlar arasında şiddetinde artış vardır ve daha sonra giderek azalır (7,8).

Literatürde dismenorenin üreme çağındaki kadınların %20-90'nını çeşitli derecelerde etkilediği, bunların %7-15'inin çok şiddetli ağrı yaşadıkları ve her yıl pek çok işgücü (çalışma ve okul) kaybına neden olduğu belirtilmektedir (9-11). Bir başka deyişle, tüm kadınların %25'inin, adölesanların %90'nının dismenore yaşadıkları tahmin edilmektedir. Durain (2004), adölesanlarda okul devamsızlığının birinci sebebinin dismenore olduğunu belirtmektedir (10).

Yapılan bir çalışmada dismenoreli öğrencilerin sadece %14'ünün bir doktora başvurduğu, %49'unun ise semptomları için okul hemşiresinden yardım istediği saptanmıştır (9). Bu bulgu, hemşirelerin danışmanlık ve rehberlik fonksiyonlarının, hemşirelik işlevi olarak uygulayabileceği ve öğretebileceği nonfarmakolojik girişimlerin önemini ortaya koymaktadır.

Premenstrüel sendrom ise; fertil çağ boyunca kadınların yaklaşık olarak %90'nını etkileyen yaygın bir bozukluktur (12). Kadınlarda günlük aktiviteleri ve yaşam kalitesini etkileyecek çeşitli derecede semptomlara neden olmaktadır. En sık rastlanan semptomlar: çabuk sinirlenme, karında gerginlik ve şişlik, göğüslerde ağrı ve şişlik, yorgunluk ve halsizlik, iç sıkıntısı, sosyal faaliyetlere karşı isteksizlik, ağlama isteği, baş ağrısı, dikkatini toplayamama, mide bulantısı, ishal, bel ağrısı, karında ağrı ve kramplardır (7,11,13). Etiyolojisi ve patogenezi henüz tam olarak bilinmeyen PMS'nin spesifik bir tedavisi yoktur. Bu nedenle farklı tedavi seçeneklerinin entegre edildiği bütünsel bir yaklaşım önerilmektedir (14) Tedavi genellikle, farmakolojik olmayan stratejilerden, analjezik, antidepresan ilaçlardan ve hormonal stratejilerden oluşur. Cerrahi seçenekler ise son çare olduğu durumlarda önerilir (15). Literatürde, PMS ile baş etmede bazı yaşam tarzı değişikliklerinin, tamamlayıcı ve integratif tedavilerin (masaj, egzersiz, diyet değişiklikleri, relaksasyon teknikleri, akupunktur, refleksoloji vb.) başarılı olduğu konusunda yayınlar vardır (16-25) Fakat tedaviler araştırma sayılarının azlığından, bazılarında da araştırma yöntemleri veya örneklem sayılarının uygun bulunmamasından dolayı birçok sağlık profesyoneli tarafından şüpheyle karşılanmaktadır (24, 26, 27). Buna karşın perimenstrüel distres yaşayan kadınlar arasında kullanımları oldukça siktir ve kullanan kadınların sayısı da her geçen gün artış göstermektedir. Bunun nedeni, genel sağlık için tavsiye edilebilir yöntemler olmaları ve sağlık riski içermemeleridir (16,24,28,29). Tamamlayıcı ve integratif tedavi yöntemlerinden birisi olan refleksoloji (29-31), vücudun spesifik organ ve bölgelerinin küçük bir aynası kabul edilen kulaklar, eller ve ayaklardaki refleks noktalarının masajla uyarılması anlamına gelir (23,32,33). Antik çağlardan beri

kullanılmakta olan refleksoloji, günümüzde ABD başta olmak üzere İngiltere, Belçika ve Fransa gibi Avrupa ülkelerinde çok yaygın olarak kullanılmaktadır (28,32,34-36) Refleksolojiyle ilgili anekdotal kanıtların çok fazla olmasına karşın bilimsel kanıt sayısı azdır. Fakat son yıllarda bilimsel çalışmalarda ciddi bir artış söz konusudur. Randomize kontrollü çalışmalar ile refleksolojinin PMS ve dismenorenin hem fiziksel hem de psikolojik semptomlarını azalttığı belirlenmiştir (23,37). Ülkemizde perimenstrüel distresi hafifletmek için refleksolojiyle yapılan bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bu araştırma, perimenstrüel distresi hafifletmede refleksolojinin etkisini incelenmek amacı ile yapılmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmanın Tipi

Randomize kontrollü deneysel bir araştırma olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Evreni bir üniversitenin hemşirelik bölümünde 2006-2007 öğretim yılında 1., 2. ve 3. sınıflarda lisans öğrenimi gören 585 kız öğrenci oluşturmuştur. Araştırma tamamlanmadan mezun olacakları ve araştırma için gerekli olan iletişim kopacağı düşüncesiyle 4. sınıf öğrenciler araştırma dışı bırakılmıştır.

Araştırmanın yapıldığı tarihte okulda bulunan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 400 katılımcıya Birey Tanıtım Formu (BTF) ve Menstrüel Distres Şikâyet Listesi (Menstruel Distress Questionnaire -MDQ) doldurtulmuştur. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 237 katılımcıdan MDQ puanları premenstrüel ve menstrüel dönemlerde ortanca puanın üzerinde puan alan 94 katılımcı örneklemi oluşturmuştur. Premenstrüel dönem ortanca puanı; 37.0, menstrüel dönem ortanca puanı; 51.0, menstrüasyon sonrası dönem ortanca puanı; 12.0 olarak belirlenmiştir

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

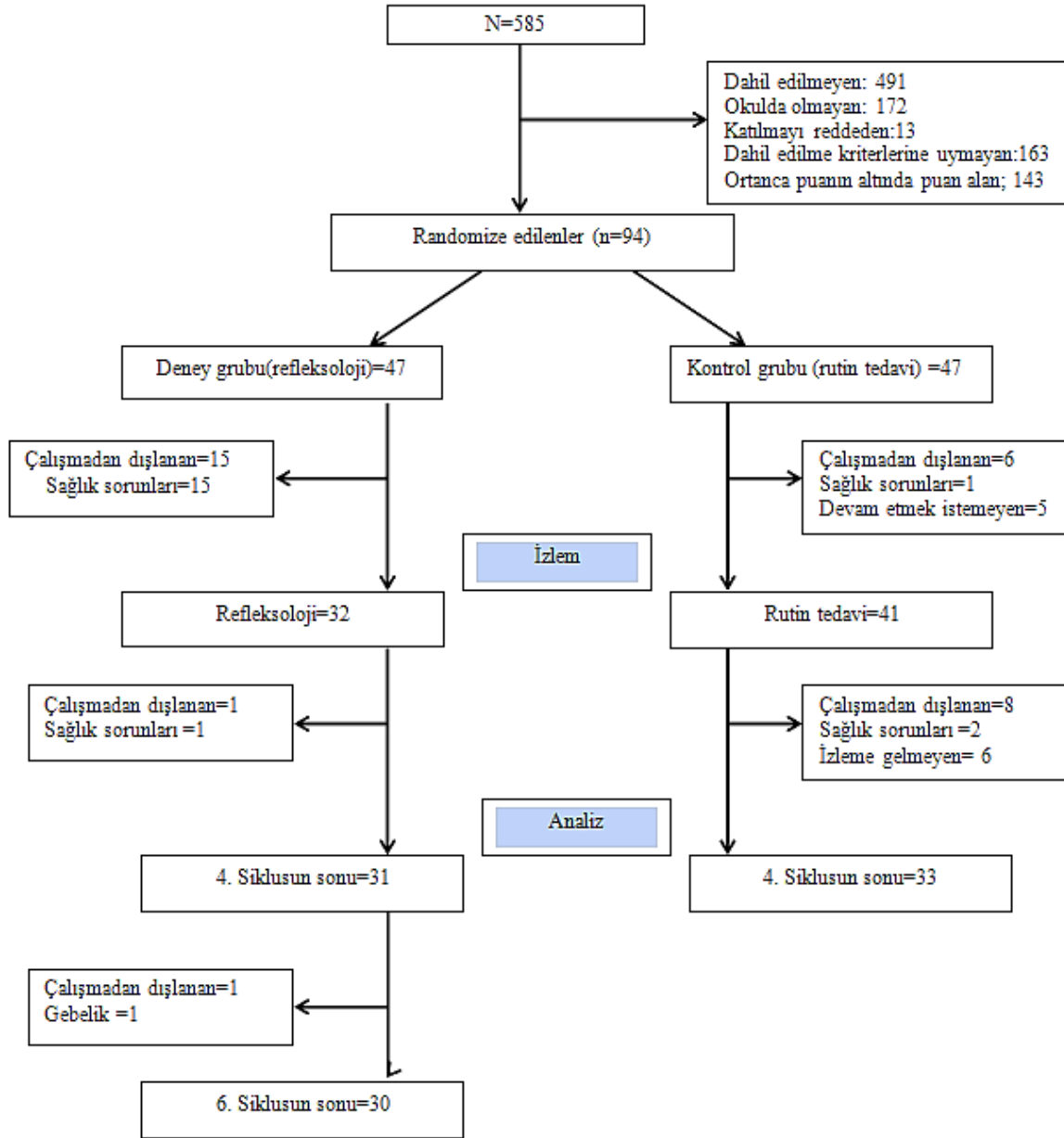
- 1.Araştırmaya katılmaya gönüllü olan
- 2.Son altı aydır düzenli menstrüasyon gören,
- 3.Menstrüel siklusu 22-35 gün arasında olan,
- 4.Menstrüasyon süresi yedi günden uzun olmayan,
- 5.Oral kontraseptif ya da RİA kullanmayan,
- 6.Jinekolojik sorunu olmayan,
- 7.Psikiyatrik sorunu olmayan,
- 8.Daha önce perimenstrüel distres tedavisi almamış olan,
- 9.Son üç aydır kronik bir rahatsızlığı olmayan ve büyük bir operasyon geçirmeyen.
- 10.Refleksoloji uygulanmasına engeli bulunmayan.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- 1.Araştırma yapıldığı tarihte okulda bulunmayan
- 2.Dahil Edilme Kriterlerini sağlamayan,

3. Premenstrüel, menstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemin puanları eşit olan ve menstrüasyon sonrası dönemin puanları yüksek olan olgular ölçeği doğru doldurmadıkları veya başka bir rahatsızlıktan etkilenmiş olacağı düşüncesiyle örnekleme dahil edilmemiştir.

Örnekleme grubuna giren katılımcılar listelenerek tesadüfi sayılar tablosuna göre 47 kişilik iki gruba ayrılmıştır. Gruplar; deney (refleksoloji) grubu ve kontrol (rutin tedavi) grubu şeklinde oluşturulmuştur. CONSORT akış planı şekil 1’de verilmiştir.



Şekil 1. CONSORT Akış Planı

Veri toplama Yöntemi

Her iki gruptaki katılımcılar davet edilerek araştırma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Daha sonra menstrüel siklusları hesaplanarak menstrüasyonun bitimine (siklusun 5-7.günlerinde) gelecek şekilde görüşmek üzere randevu verilmiştir. İlk görüşmede Birey İzlem Formu (BiF) ve MDQ doldurtulmuştur. İkinci görüşmede tekrar BiF ve MDQ doldurtulmuş ve sonrasında PMS ve dismenoreyi hafifletmeye yönelik hemşirelik eğitimi

yapılmıştır. Eğitim sonunda tekrar bakabilmeleri ve hatırlatıcı olması için araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı verilmiştir.

Rutin tedavi grubu iki siklusun sonunda; üniversitenin Sağlık Spor Daire Başkanlığı Üreme Sağlığı Bölümü'ne yönlendirilmiştir. Orada çalışmadan haberdar olan ve hizmeti yürüten hekim tarafından sağlık kontrolleri yapılarak rutin tedavileri (NSAID tedavi) planlanmıştır ve iki siklus daha görüşülmüş, BiF ve MDQ doldurtulmuştur. Grup iki siklus tedavi öncesi, iki siklus tedavi süresince olmak üzere dört siklus izlenmiştir.

Refleksoloji grubundaki katılımcılara iki siklusun sonunda; refleksoloji uygulama eğitimi almış aynı araştırmacı tarafından refleksoloji masajına başlanmıştır. Refleksoloji araştırmacının çalıştığı kurumda, rahat koltukların bulunduğu, sakin, araştırmacı ve katılımcı dışında kimsenin bulunmadığı bir odada yapılmıştır. Ayakların refleksoloji öncesi temizliği için hazır paketlerde satılan ıslak havlular kullanılmıştır. Refleksoloji masajı esnasında eller ve ayaklarda kayganlığı sağlamak için bitkisel yağ içeren bebek yağı kullanılmıştır. Hassas ya da acıyan alanlar hem refleksoloji masajı uygulanan kişilerin beden ifadelerinden hem de kişiye sorularak belirlenmiş ve daha sonra kaydedilmiştir. İletişim esnasında ve gözlemler elde edilen bilgiler bir defter tutularak kaydedilmiştir. Bir sonraki seansta daha önce kaydedilmiş olan hassas ya da acıyan alanlar kontrol edilmiştir. Araştırmacı tarafından iki siklus süresince (sekiz seans), haftada bir defa, yarım saat süre ile kulaklar, eller ve ayaklardaki refleks noktalarına refleksoloji masajı uygulanmıştır. Refleks noktası olarak Oleson ve Flocco (1993) tarafından kullanılan noktaların aynı olması tercih edilmiştir. Over, uterus, hipofiz ve endokrin sistem, solar pleksus, adrenal bez, böbrekler, sempatik sinir sistemi, Çinlilerin kulaktaki Shen men ve hoku (kalın bağırsak) noktaları kullanılmıştır (Şekil 2). Refleksoloji grubundaki katılımcılar, iki siklus refleksoloji öncesi, iki siklus refleksoloji süresince ve iki siklus da refleksoloji bırakıldıktan sonra olmak üzere altı siklus izlenmiştir. Her izlemde BiF ve MDQ doldurtulmuştur.

Veri Toplamada Kullanılan Araçlar

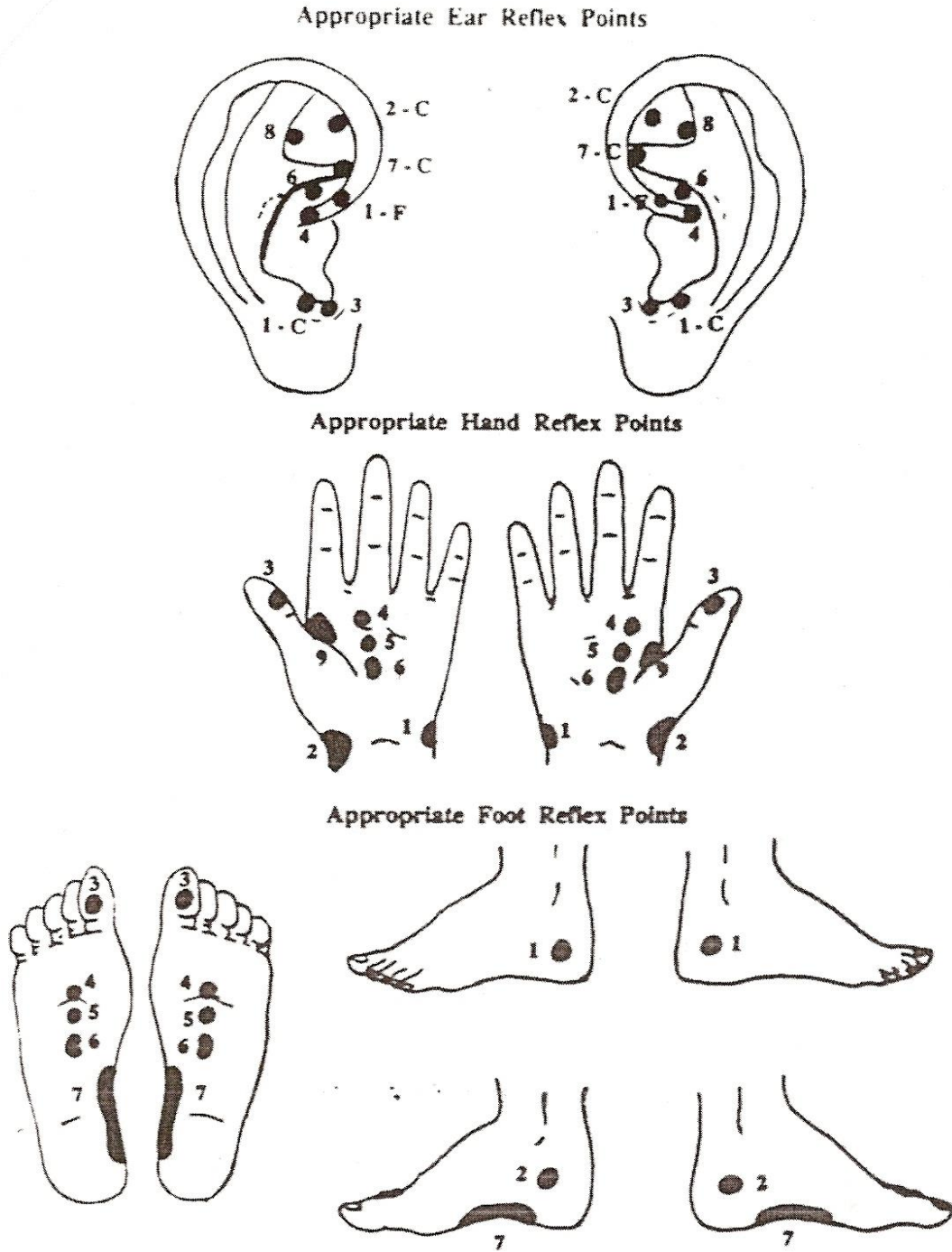
Araştırmada veri toplama aracı olarak “Birey Tanıtım Formu (BTF)”, “Birey İzlem Formu (BİF)” ve “Menstrüel Distres Şikâyet Listesi (Menstruel Distress Questionnaire - MDQ)” kullanılmıştır. Katılımcıların, sosyo-demografik, sağlık, obstetrik, menstrüel özelliklerini ve alışkanlıklarını sorgulayan “BTF” ve “BİF” konuya ilişkin literatür ışığında araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Kadınların menstrüel yakınmalarının saptanması amacıyla kullanılan MDQ, 1968’de Moss’un geliştirdiği bir ölçektir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Kızılkaya ve Tuncel tarafından (1994) yapılarak Türkiye’de kullanıma kazandırılmıştır (38). Kızılkaya ve Tuncel’in çalışmasındaki cronbach alfa değerleri 0.71 ile 0.97 arasında değişmektedir. Bu çalışmada cronbach alfa değeri 0.94, premenstrüel dönem 0.91, menstrüel dönem 0.89 ve menstrüasyon sonrası dönem 0.92 olarak belirlenmiştir.

Ölçek 47 semptomdan ve sekiz alt semptom grubundan oluşmaktadır. Bunlar; ağrı, su retansiyonu, otonomik reaksiyon, negatif duygulanım, konsantrasyon bozukluğu, davranış değişikliği, canlanma ve kontrol’dür. Şikayetler, premenstrüel, menstrüel ve menstrüasyon sonrası dönem için ayrı ayrı olarak 5 basamaklı ölçek ile 0’dan 4’e kadar puanlanmaktadır.

0-belirti yok

1-az

- 2-orta şiddette
- 3-şiddetli
- 4-çok şiddetli olarak ifade edilmektedir.



Şekil 2. Perimentrüel Distreste Manuel Bası İçin; Kulak, El ve Ayaktaki Refleks Noktaları

1= over, 2= uterus, 3= hipofiz ve endokrin sistem, 4= solar pleksus, 5= adrenal bez, 6= böbrekler, 7= sempatik sinir sistemi, 8= Çinlilerin kulaktaki Shen men noktası, 9= Çin meridyen noktası hoku veya kalın bağırsak. Çinlilerin ve Fransızların kulak noktaları şemalarında farklılıklar vardır. Kulak resmi üzerindeki “C”; Çinlilerin sunumundan, “F”; Fransızların sunumundan alınmıştır.

Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesi için sayı, yüzde dağılımı, ki-kare testi, Fisher's ki-kare önemlilik testi, sayısal ölçümler için Paired Sample T Test, Independent Sample T Test ve Menstrüel Distres Şikayet Listesinin güvenilirlik analizi (cronbach alfa) kullanılmıştır. İstatistiksel analizler sonucunda p değeri 0.05'in altında ise anlamlı olarak kabul edilmiştir

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce Etik Kurul Onayı (08/12/2006 tarihli 2006-109 sayılı) ve kurum izni (21/12/2006 tarihli B.30.2.EGE. 0.82.00.00-2331 sayılı) alınmıştır. Örneklem seçim aşamasında tüm katılımcılara araştırmanın amacı açıklanmış bilgilendirilmiş sözlü onamları ve uygulama aşamasında bilgilendirilmiş yazılı onamları alınmıştır.

3. BULGULAR

Örnekleme oluşturan 64 katılımcının demografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Gruplar arasında demografik özellikler ve alışkanlıklar açısından fark olmamasına özen gösterilmiştir. Katılımcıların sınıflarına, yaş gruplarına, ikamet yerlerine, medeni durumlarına, beden kitle indekslerine göre incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ayrıca, beslenme ($X^2 = 0.70$, $P=0.70$), sigara (Fisher $p=0.70$), alkol (Fisher $p=1.00$) alışkanlıkları, stresle başa çıkma yöntemleri ($X^2 = 0.07$, $P=0.79$) ve düzenli olarak spor/egzersiz yapma sıklığı (Fisher $p=0.18$) açısından da grupların birbirine benzer olduğu tespit edilmiştir.

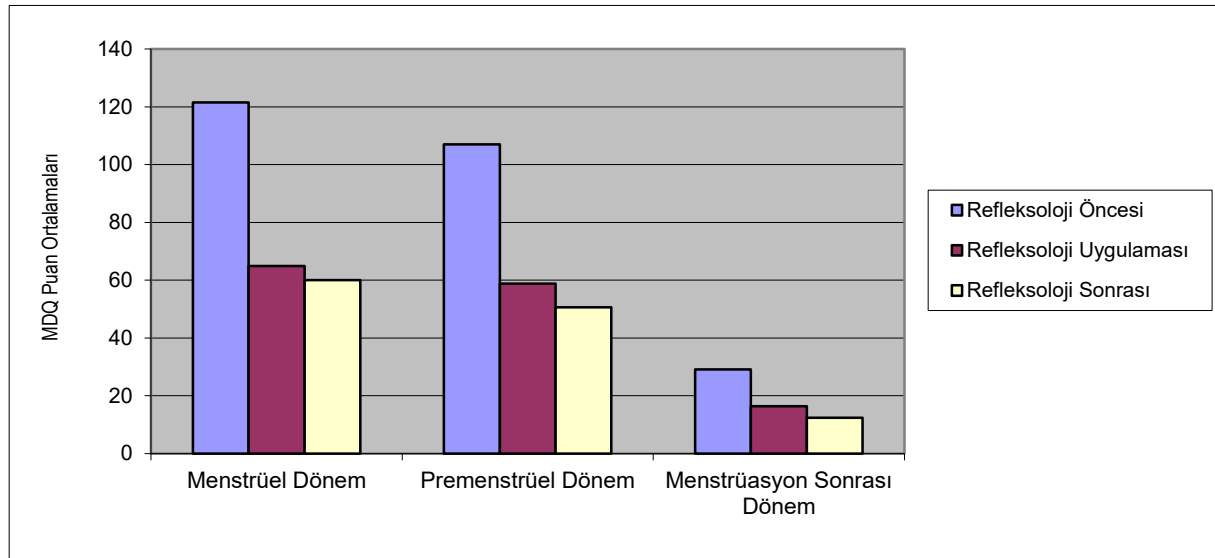
Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	Refleksoloji Grubu		Rutin Tedavi Grubu		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sınıf						
1. Sınıf	7	22.6	9	27.3	16	25.0
2. Sınıf	10	32.3	15	45.4	25	39.1
3. Sınıf	14	45.1	9	27.3	23	35.9
Test	$X^2 = 2.27$		$SD=2$		$p^*=0.32$	
Yaş Grubu						
18-20 Yaş	14	45.2	13	39.4	27	42.2
21-29 Yaş	17	54.8	20	60.6	37	57.8
Test	$X^2 = 0.21$		$SD=1$		$p^*=0.64$	
İkamet Yeri						
Evde ailesi ile birlikte	8	25.8	10	30.3	18	28.1
Evde arkadaş/akrabaları ile birlikte	8	25.8	7	21.2	15	23.4
Yurtta	15	48.4	16	48.5	31	48.5
Test	$X^2 = 0.25$		$SD=2$		$p^*=0.87$	
Medeni Durum						
Bekâr	29	93.5	32	97.0	61	95.3
Evli	2	6.5	1	3.0	3	4.7
Test	Fisher				$p^{**}=0.60$	
Beden Kitle İndeksi						
Zayıf	9	29.0	12	36.4	21	32.8
Normal kilo	22	71.0	20	60.6	42	65.6
Şişman	-	-	1	3.0	1	1.6
Test	$X^2 = 1.46$		$SD=2$		$p^*=0.48$	
TOPLAM	31	100.0	33	100.0	64	100.0

*ki-kare testi, ** Fisher's ki-kare testi

Refleksoloji grubunun menstrüel dönemlerine göre refleksoloji uygulama süreçlerinde MDQ'den ve alt gruplarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; refleksoloji uygulanan iki siklus süresince MDQ'den aldıkları puan ortalamalarının menstrüel ($t=7.94$, $p=0.00$), premenstrüel ($t=7.99$, $p=0.00$) ve menstrüasyon sonrası dönemde ($t=4.33$, $p=0.00$) refleksoloji uygulaması öncesi MDQ'den aldıkları puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Grafik 1, $p<0.05$). MDQ'nin sekiz alt grubunda da refleksoloji uygulanan iki siklus süresince MDQ'den aldıkları puan ortalamalarının refleksoloji öncesi dönemden daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Refleksoloji grubunun refleksoloji uygulaması bittikten sonraki iki siklus süresince MDQ'den aldıkları puan ortalamalarının menstrüel ($t=76.94$, $p=0.44$) ve premenstrüel ($t=1.30$, $p=0.20$) dönemlerde refleksoloji uygulanan iki siklus süresince aldıkları puan ortalamalarından daha düşük olduğu fakat bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Menstrüasyon sonrası dönemde ise ($t=2.51$, $p=0.01$) istatistiksel olarak anlamlı bir puan düşüşü saptanmıştır ($P<0.05$, Grafik 1). Alt gruplarda ise; ağrı, su retansiyonu, konsantrasyon bozukluğu, davranış değişiklikleri ve kontrol alt gruplarında refleksoloji uygulaması bittikten sonraki iki siklus süresince MDQ'den aldıkları puan ortalamalarında anlamlı bir değişiklik olmamıştır. Otonomik reaksiyon alt grubunda ise premenstrüel dönemde ve diğer günlerde refleksoloji uygulaması bırakıldıktan sonra puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı yükselme olmuştur. Bunun tam aksine; negatif duygulanım alt grubunda premenstrüel dönemde, canlanma alt grubunda her üç dönemde de puan ortalamalarında düşüş devam etmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 2).



Grafik 1. Refleksoloji Grubunun Menstrüel Dönemlerine Göre MDQ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Zamansal Dağılımı

Tablo 2. Refleksoloji Grubunun Menstrüel Dönemlerine Göre Refleksoloji Uygulama Süreci MDQ Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ALT GRUPLAR	REFLEKSOLJİ UYGULAMA SÜRECLERİ	MENSTRÜEL SIKLUS DÖNEMLERİ												
		Menstrüel Dönem				Preenstrüel Dönem				Menstrüasyon Sonrası Dönem				
		n	\bar{x}	SD	t	p*	\bar{x}	SD	t	p*	\bar{x}	SD	t	p*
	Öncesi	31	121.53	26.86	7.94	0.00	107.03	35.91	7.99	0.00	29.14	19.54	4.33	0.00
	Refleksoloji	31	64.96	39.36			58.87	34.78			16.45	17.35		
Ağrı	Refleksoloji	30	63.71	39.40	0.76	0.44	57.00	33.76	1.30	0.20	16.66	17.61	2.51	0.01
	Sonrası	30	60.08	43.63			50.65	44.33			12.43	18.54		
Su Retansiyonu	Öncesi	31	11.40	3.97	5.91	0.00	13.58	4.63	5.70	0.00	1.58	1.77	3.22	0.00
	Refleksoloji	31	6.56	4.42			8.88	5.04			0.91	1.20		
	Refleksoloji	30	6.33	4.30	-1.83	0.07	8.56	4.80	1.53	0.13	0.88	1.20	0.93	0.35
	Sonrası	30	7.45	4.69			7.58	4.80			0.70	1.29		
Otonomik Reaksiyon	Öncesi	31	9.32	4.26	4.80	0.00	6.11	3.58	6.32	0.00	0.74	1.05	1.40	0.17
	Refleksoloji	31	5.01	4.91			2.90	3.44			0.41	1.05		
	Refleksoloji	30	4.88	5.14	0.57	0.56	2.78	2.87	-2.51	0.01	0.40	1.07	-2.12	0.04
	Sonrası	30	4.48	5.14			4.16	4.12			0.80	1.95		
Negatif Duygulanım	Öncesi	31	25.00	6.90	7.76	0.00	25.40	8.06	7.44	0.00	5.25	4.14	2.81	0.00
	Refleksoloji	31	13.25	8.88			13.25	8.88			3.17	4.08		
	Refleksoloji	30	12.91	8.82	0.95	0.34	12.91	8.82	7.18	0.00	3.18	4.15	1.17	0.09
	Sonrası	30	11.58	9.56			4.16	4.12			2.38	4.10		

Tablo 2. Refleksoloji Grubunun Menstrüel Dönemlerine Göre Refleksoloji Uygulama Süreci MDQ Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı (Devam)

Konsantrasyon Bozukluğu	Öncesi	31	18.11	8.00	5.90	0.00	14.70	8.58	5.65	0.00	4.80	4.81	3.42	0.00
	Refleksoloji	31	8.32	7.48			6.87	6.70			2.27	3.43		
	Refleksoloji	30	8.10	7.50	-0.11	0.90	6.53	6.53	-0.14	0.88	2.35	3.46	1.05	0.30
	Sonrası	30	8.21	8.00			6.65	8.05			1.95	3.44		
Davranış Değişiklikleri	Öncesi	31	16.14	4.67	6.13	0.00	10.06	4.94	6.21	0.00	2.12	2.29	3.58	0.00
	Refleksoloji	31	8.85	7.01			4.46	4.60			0.72	1.25		
	Refleksoloji	30	8.83	7.13	1.51	0.14	4.30	4.58	1.15	0.25	0.75	1.26	1.94	0.06
	Sonrası	30	7.55	6.82			3.45	4.83			0.41	1.26		
Canlanma	Öncesi	31	9.00	4.67	5.40	0.00	9.19	5.15	3.68	0.00	7.91	5.21	2.49	0.01
	Refleksoloji	31	5.11	3.74			6.01	4.60			5.74	5.93		
	Refleksoloji	30	5.21	3.75	2.51	0.01	6.15	4.62	3.25	0.00	5.86	5.98	2.98	0.00
	Sonrası	30	3.46	3.51			3.73	3.94			3.46	5.06		
Kontrol	Öncesi	31	9.29	4.43	5.88	0.00	8.40	4.68	4.63	0.00	2.12	2.69	3.19	0.00
	Refleksoloji	31	3.69	3.70			4.20	3.99			0.70	1.82		
	Refleksoloji	30	3.60	3.73	0.43	0.66	4.03	3.93	0.77	0.44	0.73	1.85	0.20	0.84
	Sonrası	30	3.40	4.02			3.56	4.56			0.70	1.77		

*Paired Sample T Test

Refleksoloji ve rutin tedavi grupları karşılaştırıldığında; refleksoloji uygulaması öncesi iki grubun her üç dönemde de MDQ'den aldıkları puan ortalamalarının birbirine benzer olduğu, tespit edilmiştir ($P<0.05$, Grafik 2). Refleksoloji uygulanan ilk siklusta refleksoloji grubunun MDQ'den aldıkları puan ortalamalarının rutin tedavi grubundan daha düşük olduğu fakat bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. İkinci siklusta; menstrüel ve premenstrüel dönemlerde iki grup arasındaki puan farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 3, Grafik 2).

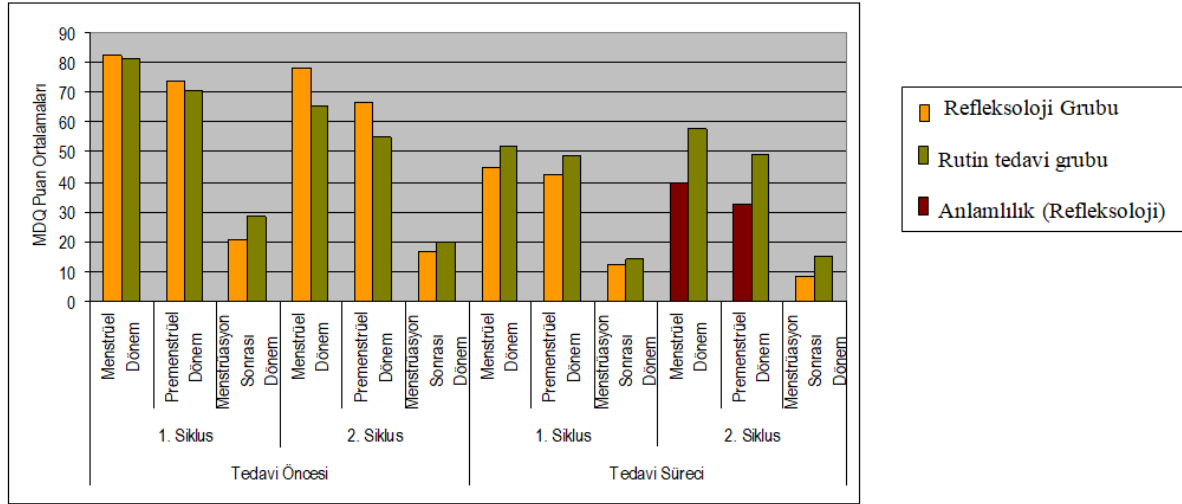
Tablo 3. Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Sikluslarda Deney ve Kontrol Gruplarının MDQ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

GRUPLAR	TEDAVİ SÜRECİ 1.SİKLUS													
	Menstrüel Dönem				Premenstrüel Dönem				Menstrüasyon Dönem		Sonrası			
	n	\bar{x}	SD	t	p*	\bar{x}	SD	t	p*	\bar{x}	SD	t	p*	
Refleksoloji	31	45.03	28.38	0.96	0.33	42.64	24.56	0.92	0.35	12.12	12.55	0.55	0.58	
Rutin tedavi	33	51.93	28.64			49.00	29.93			14.15	16.47			
GRUPLAR	TEDAVİ SÜRECİ 2.SİKLUS													
	Refleksoloji	31	39.87	26.56	2.39	0.02	32.45	25.07	2.40	0.01	8.64	11.01	1.89	0.06
	Rutin tedavi	33	57.66	32.45			49.12	29.96			14.93	15.08		

İkinci siklusta iki grup arasındaki alt gruplar incelendiğinde; refleksoloji grubunun premenstrüel dönem ağrı ($t=2.21$, $p=0.03$) ve otonomik reaksiyon ($t=2.09$, $p=0.04$) alt gruplarının puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır. Negatif duygulanım alt grubunun menstrüel dönem ($t=2.11$, $p=0.03$), premenstrüel dönem ($t=2.21$, $p=0.03$), konsantrasyon bozukluğu grubunun menstrüel dönem ($t=3.10$, $p=0.00$), premenstrüel dönem ($t=0.12$, $p=0.01$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$, Tablo 3, Grafik 2).

4. TARTIŞMA

Refleksoloji stres ve gerilimi rahatlatmak, kan dolaşımını artırmak ve homeostazi sağlamak için tamamlayıcı bir tedavi olarak kullanılmaktadır (23,29-31). Refleks noktalarına basınç uygulanması ile periferik ve santral sinir sistemi uyarılarak iç organlar ve salgı bezlerinin sağlıklı çalışması, vücutta sağlıklı bir enerji akışının meydana gelmesi sağlanır (31,39). Oleson ve Flocco (1993) iki siklus süresince, her hafta yarım saat, kulaklar, eller ve ayaklara refleksoloji masajı uygulamışlar ve premenstrüel dönem semptomlarında %46 azalma kaydetmişlerdir (23). Bu çalışmada; menstrüel dönem semptomlarında %46,54, premenstrüel dönem semptomlarında %44,99 azalma olmuştur. Bu bulgular Oleson ve Flocco'nun araştırma-



Grafik 2. Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Süreci Deney ve Kontrol Gruplarının MDQ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

sına uygunluk göstermektedir. Her iki çalışmada da aynı noktalara aynı sürede refleksoloji masajı uygulanmıştır, fakat farklı ölçüm aracı kullanılmıştır. Oleson ve Flocco'un çalışmasında katılımcıların semptomları günlük kaydetmesi istenmiştir, bu çalışmada semptomlar MDQ kullanılarak değerlendirilmiştir. Sonuçta çok yakın değerler elde edilmiştir. Benzer şekilde refleksolojisinin PMS ve dismonorenin fiziksel ve mental semptomları iyileştirmede etkili olduğunu tespit eden çalışmalar vardır (37,39,40).

Refleksolojinin nasıl çalıştığı kesin olarak açık olmamakla birlikte literatürde plasebo etki, tedavi etkileşimi ve dokunma etkisinden elde edilen bir miktar rahatlamanın yapabileceğinden çok daha büyük fizyolojik etkiler gösterdiği konusunda bilgiler vardır (23,38,39). Premenstrüel sendromda plasebo etkinin %20'den az olduğu bildirilmiştir. Oleson ve Flocco'nun araştırmasında yanlış noktalara yapılan refleksoloji yanıtı %19 olarak kaydedilmiştir (23).

Çalışmada refleksoloji bırakıldıktan sonraki iki siklуста da semptomlarda bir artış olmamış, hatta istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte bir miktar daha azalma devam etmiştir (Grafik 1). Oleson ve Flocco'nun araştırmasında da refleksoloji sonrası etkinin devam ettiği bulunmuştur (23). Bu bulgularla refleksoloji masajı uygulamanın perimenstrüel distresi hafiflettiği, refleksolojinin etkisinin bırakıldıktan sonraki iki siklуста da devam ettiği söylenebilir.

Günümüzde perimenstrüel semptomların tedavisinde ilk seçenek NSAID'lerdir. NSAID'lerin tüm ay boyunca kullanılmaları gerekmediğinden oral kontraseptiflere göre hasta uyumunun daha iyi olduğu kabul edilmektedir (26). Literatür taraması sırasında, refleksoloji ile NSAID'lerin karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanamamıştır. Fakat primer dismenoreli üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada akupresür, Ibuprofen ve sham akupresürü (uygun olmayan noktaya yapılan akupresür) karşılaştırmış, akupresür ve Ibuprofen arasında fark olmadığı fakat her ikisinin de sham akupresürden daha etkili olduğu bulunmuştur (41). Başka bir çalışmada akupunktur ve NSAID'leri karşılaştırılmış ve altı aylık izlem sonunda birbirine yakın etkiler gösterdikleri belirlenmiştir (42). Valiani ve ark. (2010) yapmış oldukları refleksoloji ve Ibuprofen uygulamasının dismenore üzerindeki etkilerinin karşılaştırılması adlı

çalışmada refleksolojinin ağrı yoğunluğunu ve süresini azaltmada Ibuprofen'den daha etkili olduğunu göstermişlerdir (43). Sriprasert ve ark. (2015) orta şiddetli dismenore tedavisinde kombine oral kontraseptiflere karşı akupunktur etkililiği isimli çalışmada, özellikle kombine oral kontraseptif kullanımının uygun olmadığı olgularda akupunkturun dismenoreyi hafifletmek için alternatif bir seçenek olarak kullanılabileceğini belirlemişlerdir (44).

Bu çalışmada, tedavi öncesi iki siklusta ve tedavi süreci birinci siklusta iki grup arasında fark belirlenmezken tedavi süreci ikinci siklusta refleksoloji grubunun puanlarının rutin tedavi grubundan daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 3, Grafik 2). Burada, refleksolojinin kümülatif bir etki gösterdiği söylenebilir. Çalışma sonuçları Wu ve arkadaşlarının (2007) kulak üzerindeki özel noktalara vurma ve baskıyla yaptıkları çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Wu ve ark.(2007) üç siklus takip ettikleri primer dismenoreli olgular üzerinde oral Indoxmeixin'den daha yüksek etki elde etmişlerdir (45).

Menstrüel distres şikâyet listesi 47 semptomdan ve sekiz alt semptom grubundan oluşmaktadır. Bunlar; ağrı, su retansiyonu, otonomik reaksiyon, negatif duygulanım, konsantrasyon bozukluğu, davranış değişikliği, canlanma ve kontroldür. Sekiz alt semptom grubunun refleksoloji uygulaması ile zaman içindeki değişimi ayrı ayrı analiz edilmiştir (Tablo 2).

Ağrı alt grubu; kaslarda gerginlik- sertleşme, baş ağrısı, karın ağrısı-kramplar, sırt-bel ağrısı, genel kırıklık-ağrılar ve yorgunluk semptomlarını içermektedir. Menstrüel dönem ağrı puanlarında %43.36 azalma, premenstrüel dönem ağrı puanlarında %49.68 azalma olduğu, premenstrüel dönem ağrı semptomlarında daha fazla gerileme olduğu gözlenmiştir. Refleksoloji uygulaması ile ağrıların hafiflediği ve etkinin uygulama sonrası da devam ettiği söylenebilir. Literatürde, refleksolojinin kanser ağrısını anlamlı derecede azalttığı yer almaktadır (29,46,47). Refleksolojinin sinir noktalarını belirli tekniklerle uyarmasının ortaya elektrokimyasal mesajlar çıkardığı, bu mesajların nöronlar yardımıyla ilgili organları uyardığı savunulmaktadır. Ayrıca, masaj olduğu için ten tene temasın endorfin ve diğer beyin salgılarının salınımına yol açtığı, bunun da ağrının azalmasına yardımcı olduğu ve iyilik hissini artırdığı görüşü vardır (29,35,48). Endorfinler nöronlar arası sinaptik mesafede impuls iletimini sağlayan transmitter maddeler grubundandır (49). İlaveten, ağrı kesici etki özel refleks noktalarına yapılan masajın kapı kontrol mekanizmasını çalıştırması ile elde edilmiş olabilir (48). Benzer etki mekanizmalarıyla çalışan, akupunktur, akupresür ve TENS'le yapılmış araştırmalarda da dismenore ve premenstrüel ağrıların azaltılmasında başarılı sonuçlar elde edilmiştir (41,42,44,50-54).

Chang ve Jun (2003) üniversite öğrencileriyle yaptıkları araştırmalarında, SP-6 noktasına yaptıkları 20 dakikalık akupresür sonucunda 30. dakikada istatistiksel olarak anlamlı derecede dismenorenin hafiflediğini ve norepinefrin seviyesinin değiştiğini belirlemişlerdir (51). Yang ve Huang (2008) akupunkturun etkisini araştırmak için laboratuvarında farelerle yaptıkları araştırmalarında, akupunkturun dismenoreyi hafiflettiğini bulmuş ve hormon reseptörleri üzerine etkili olduğu görüşüne varmışlardır (55). Mohamed ve ark. (2016) ayak refleksolojisi ve gevşeme egzersizlerinin premenstrüel sendromları azaltmasına yönelik yaptıkları çalışmada bir gruba sadece gevşeme egzersizlerini, diğer gruba gevşeme egzersizlerine ek olarak ayak refleksolojisi uygulamış ve solunum hızı, kalp atım hızı, plazma kortizol seviyesi ve günlük semptomları değerlendirmiştir. Her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş tespit edilmiş ancak gevşeme egzersizleri ile birlikte ayak refleksolojisi

uygulanan grubun puanları istatistiksel olarak daha anlamlı bulunmuştur (30). Prema ve ark. (2017) ayak refleksolojisinin premenstrüel sendrom ve dismenoreyi rahatlatıcı etkisi üzerine yaptıkları çalışmada refleksolojinin ağrı yoğunluğunu ve süresini azaltmada etkili olduğunu belirlemişlerdir (37). Azima ve ark. (2015) yapmış oldukları refleksoloji ve masaj terapisinin primer dismenore üzerindeki etkilerinin karşılaştırılması isimli çalışmada aromaterapi masajı ve refleksolojinin ağrı yoğunluğunu ve primer dismenore süresini azalttığı tespit edilmiştir (56).

Toplam puan ortalamalarına benzer şekilde; tedavi süreci birinci siklusta; ağrı alt grubu puanları açısından iki grup arasında bir farklılık olmadığı, ikinci siklusta, refleksoloji grubunun premenstrüel dönem puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır (Grafik 2). Ağrının daha yoğun olduğu menstrüel dönemde farklılık olmadığı halde, premenstrüel dönemdeki gruplar arası farklılığı açıklamak zordur. Fakat her iki dönemde de refleksolojinin etkili olduğu söylenebilir. Literatürde NSAID'lerin primer dismenorede %70-90 etkili olduğu, etkisiz olduğu durumlarda başka bir NSAID grubun denenmesi gerektiği önerilmektedir. Ayrıca, başarısız sonuçlarda uygun doz ve sıklıkta kullanılmamasının etkili olduğu belirtilmektedir (26). Buna karşın, refleksolojinin premenstrüel dönemdeki ağrı oluşum mekanizmasını etkilemiş ve ağrının oluşmasını engellemiş olması da bir olasılık olarak düşünülebilir.

Su retansiyonu alt grubu; kilo alma, ciltte leke-sivilce, memelerde ağrı ya da hassasiyet, karında, memelerde şişme semptomlarını içermektedir. Literatürde premenstrüel dönemde en sık rastlanan somatik semptom olarak karında şişme ve göğüslerde hassasiyet bildirilmektedir (1,7,8,13). Menstrüel dönem su retansiyonu puanlarında %42.45, premenstrüel dönem su retansiyonu puanlarında %34.60 azalma olduğu, ancak premenstrüel dönem su retansiyonu semptomlarında ağrıya nazaran daha az gerileme olduğu belirlenmiştir. Bu durum, literatürle uyumludur (57,58). Bir çalışmada gebeliğin son trimestirindeki ayak ödemi azaltmak için kullanılan iki refleksoloji metodunda kontrol grubundan daha etkili olduğu ancak lenfatik refleksoloji tekniğinin daha etkili olduğu bulunmuştur (59). Refleksoloji uygulamasının su retansiyonu semptomlarını azalttığı ve etkinin refleksoloji uygulaması bırakıldıktan sonraki iki siklusta da devam ettiği söylenebilir.

Menstrüel dönem otonomik reaksiyon puanlarında %46.24, premenstrüel dönem otonomik reaksiyon puanlarında %52.53 azalma olduğu, premenstrüel dönem otonomik reaksiyon semptomlarında daha fazla gerileme olduğu gözlenmiştir. Bu sonuç literatür ile uyumludur (23). Tedavi süreci ikinci siklusta refleksoloji grubunun semptomlarında rutin tedavi grubuna göre daha fazla azalma saptanmıştır. Refleksolojinin stres ve gerilimi rahatlatarak, kan dolaşımını arttırarak ve hemostazisi düzenleyerek (29-31,60) etkili olmuş olabileceği düşünülebilir. İlaveten, rutin tedavide kullanılan NSAID'lerin gastrointestinal yakınmalar başta olmak üzere baş dönmesi, sinirlilik, kulak çınlaması, bulanık görme gibi yan etkileri vardır (8,26,61). Otonomik reaksiyon alt grubunun baş dönmesi-baygınlık hissi, soğuk terleme, bulantı-kusma ve ateş basması semptomlarından oluştuğunu düşünürsek belki daha açıklayıcı olabilir. Kızılkaya ve Coşkun'un araştırmasında, menstrüel dönemde en fazla soğuk terleme ve ateş basması, premenstrüel dönemde ise baş dönmesi-baygınlık hissi ve ateş basması semptomları olduğu belirlenmiştir (57).

Negatif duygulanım alt grubu; yalnızlık, anksiyete (sıkıntı), ruhsal (mood) değişiklikler, ağlama, aşırı hassaslık-alınganlık, gerginlik, üzgün-hüzünlü olma (depresyon) ve aşırı hareketler (çabuk parlama) semptomlarını içermektedir. Premenstrüel sendromun psikolojik

semptomlarının, kadınları en fazla tedavi arayışına götüren semptomlar olduğu bildirilmiştir. Çabuk sinirlenme, depresyon ve anksiyete ilk sıralarda yer almaktadır (2,5,63) Refleksoloji uygulaması ile menstrüel dönem negatif duygulanım puanlarında %47.00, premenstrüel dönem negatif duygulanım puanlarında %47.83 azalma olduğu belirlenmiştir. Refleksoloji uygulaması ile menstrüel ve premenstrüel dönemlerin semptomlarında aynı derecede gerilediği söylenebilir. Ayrıca premenstrüel dönemde, negatif duygulanım puanlarındaki düşüşün refleksoloji bırakıldıktan sonra da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Oleson ve Flocco (1993) kadınların premenstrüel dönemdeki testlerinde belirlenen yüksek adrenokortikal reaktiviteye paralel olarak menstrüasyon sonrası dönemden çok daha fazla, psikolojik distres yaşadıklarını belirtmişlerdir. Akupunkturun plazma ACTH ve kortizol seviyesindeki düşüşü göstermesi gibi, refleksolojinin de adrenokortikal stres reaktivitesinde ciddi bir düşüş sağlayabileceğini ve bunun uygulama sürekliliğiyle devam ettirilebileceğini savunmuştur. Gerçek refleksoloji uygulaması yapılan kadınların çok büyük relaksasyon yaşadıkları bildirilmiştir (23). Çıtak ve Terzioğlu üniversite öğrencilerinde yaptıkları araştırmalarında, yaşama olumsuz bakan, kötümser ve stresle baş etme düzeyi yetersiz olan kız öğrencilerde dismenorenin daha şiddetli yaşandığını saptamışlardır (26). Kanser hastalarıyla yapılmış refleksoloji araştırmalarında refleksolojinin çok iyi bir relaksasyon yarattığı, anksiyeteyi anlamlı derecede düşürdüğü ve yaşam kalitesini artırdığı bildirilmiştir (24,46,64) Ayrıca, masaj, egzersiz ve progresif gevşeme gibi farmakolojik olmayan diğer metotların da perimenstrüel negatif duygulanım semptomlarının azaltılmasında yararlı olduğu belirlenmiştir (17,57,58,64). Birçok araştırmacı stresle başa çıkma yollarının öğrenilmesinin yararlı olacağı görüşündedir (10,11,17,26,38) Tedavi süreci ikinci siklusta refleksoloji grubunun menstrüel ve premenstrüel dönem puanlarının rutin tedavi grubundan daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, refleksolojinin stres ve gerilimi azaltıcı etkilerine paralel bir sonuç olarak kabul edilebilir

Konsantrasyon bozukluğu alt grubu; uykusuzluk, unutkanlık, sersemlik, kararsızlık, zihni bir noktaya toplamada güçlük, dikkat dağınıklığı, dalgınlık, dikkatsizlik sonucu oluşan küçük kazalar, hareketlerde uyum yetersizliği semptomlarını içermektedir. Bu semptomlar iş ve okul başarısını azaltıcı etkiler yapmaktadır. Yapılmış araştırmalarda tedavi arayışına neden olan yakınmalar arasında üçüncü sırayı almaktadır (26,58,62) Bir araştırmada dismenoreni olan üniversite öğrencilerinde konsantrasyon bozukluğu %48.3 olarak bildirilmiştir (26). Refleksoloji uygulaması ile konsantrasyon bozukluğu puanlarında menstrüel dönemde %54.05, premenstrüel dönemde %53.26 azalma olduğu gözlenmiştir. Araştırma bulguları literatür ile uyumludur (23,37). Oleson ve Flocco kadınların çoğunluğunun 30 dakikalık refleksoloji seansı süresince uykuya daldığını ve sonraki gün çok daha enerjik olduğunu kaydetmiştir (23). Bu araştırma esnasında da araştırmacının notlarında benzer ifadeler vardır. Öğrencilerin 30 dakikalık refleksoloji seansı süresince uyukladıkları gözlenmiştir. Daha sonraki görüşmelerde; refleksoloji uygulamasının yapıldığı günün akşamında daha rahat uyuduklarını, sonraki gün sabah çok daha erken kalktıklarını ve uykularını almış hissettiklerini, gün içinde dersleri çok daha rahat takip ettiklerini ifade etmişlerdir. Perimenstrüel semptomları rahatlatmak için masaj, egzersiz ve progresif gevşeme gibi diğer metotlarla yapılmış araştırmalarda da benzer iyileşmeler kaydedilmiştir (17,57,58,64).

Davranış değişiklikleri alt grubu; eğitim ya da çalışma gücünde azalma, yataktan çıkmak istememe-yatakta kalma, evden dışarı çıkamama-işe gidememe, sosyal etkinliklerden

kaçınma ve verimlilikte azalma semptomlarından oluşmaktadır. Perimenstrüel distres, seksüel olgunluk dönemindeki kadınların büyük bir bölümünde görülmesi, iş yaşamını, sosyal ilişkilerini ve aile yaşantısını ciddi boyutlarda etkilemesi nedeniyle yalnızca bir kadın sağlığı sorunu değil bir toplum sağlığı sorunu olarak da karşımıza çıkmaktadır (13,38). Özellikle adolesanların perimenstrüel yakınmalar nedeniyle okul ve çalışma yaşamlarını olumsuz yönde etkileyerek iş gücü kayıplarına ve okul devamsızlıklarına neden olmaktadır (1,18, 26,37) Hatta literatürde; primer dismenorenin okul devamsızlığının birinci nedeni olduğu (10), iş yaşamında da iş kalitesinin düştüğü ve iş kazası riskinin arttığı yer almaktadır (9). Refleksoloji uygulaması ile davranış değişiklikleri puanlarında menstrüel dönemde %45.16, premenstrüel dönemde %55.68 azalma olduğu, premenstrüel dönem davranış değişiklikleri semptomlarında daha fazla gerileme olduğu gözlenmiştir.

Araştırmada, canlanma alt grubu puanlarının negatif semptomlar içeren diğer yedi alt gruptan farklı olarak menstrüasyon sonrası dönemde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu, beklendik bir durumdur ve literatüre paralellik göstermektedir (17,57)

Menstrüel dönem kontrol alt grubu puanlarında %60.27, premenstrüel dönem kontrol alt grubu puanlarında %50.00 azalma olduğu, menstrüel dönem kontrol alt grubu semptomlarında daha fazla gerileme olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç literatür ile uyumludur (23). Bu sonuçlar doğrultusunda; refleksoloji uygulamasının kontrol alt grubu semptomlarını azalttığı ve etkinin refleksoloji uygulaması bırakıldıktan sonraki iki siklusta da devam ettiği söylenebilir.

Sekiz alt semptom grubunun puan değişimleri menstrüel dönemlere göre incelendiğinde; en yüksek puan değişimi (%60.27) kontrol alt grubunun menstrüel döneminde kaydedilmiştir. En düşük puan değişimi ise (%34.60) su retansiyonu alt grubunun premenstrüel döneminde kaydedilmiştir. Hernandez-Reif ve arkadaşlarının masaj araştırmalarında da benzer sonuçlar vardır. Kısa dönemde anksiyete ve negatif duygulanımın azaldığı, uzun dönemde ağrı ve su retansiyonunun azaldığı belirtilmiştir (58).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma bulgularına göre; iki siklus süresince, (sekiz seans) haftada yarım saat süre ile, kulaklara, ellere ve ayaklara refleksoloji masajı uygulamanın perimenstrüel distresi hafiflettiği, refleksolojinin etkisinin bırakıldıktan sonra hemen kaybolmadığı söylenebilir. Refleksolojinin stres ve gerilimi rahatlatıcı, ağrıyı azaltıcı, kan dolaşımını artırıcı ve hemostazisi sağlayıcı özelliklerinin sağlığı yükseltici olması ve yan etkilerinin olmaması nedeniyle perimenstrüel distreste tamamlayıcı bir tedavi olarak kullanılması önerilebilir. Ayrıca rutindeki tedavileri diğer sağlık sorunları nedeniyle kullanamayanlar için semptomları azaltıcı veya iş konsantrasyonunu arttırmak isteyenler için destekleyici bir seçenek olarak düşünülebilir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce Etik Kurul Onayı (08/12/2006 tarihli 2006-109 sayılı) ve kurum izni (21/12/2006 tarihli B.30.2.EGE. 0.82.00.00-2331 sayılı) alınmıştır. Örneklem seçim aşamasında tüm katılımcılara araştırmanın amacı açıklanmış bilgilendirilmiş sözlü onamları ve uygulama aşamasında bilgilendirilmiş yazılı onamları alınmıştır.

KAYNAKLAR

1. Coşkun, A., Kızılkaya, N. (1995). İstanbul ilinde yaşayan doğuran çağı kadınlarda görülen perimenstrüel şikâyet durumunun yaş grupları açısından değerlendirilmesi. *Hemşirelik Bülteni*, 9(35), 35-44.
2. Kızılkaya, N. (1994). Perimenstrüel distres ve hemşirelik yaklaşımı. *Hemşirelik Bülteni*, 8(31), 84-91.
3. Kirkpatrick, M. K., Brewer, J. A., Stoks, B. (1990). Efficacy of self-care measures for perimenstrüel syndrome (PMS). *JAN Leading Global Nursing Research*, 15(3), 281-285.
4. Güneş, G., Pehlivan, E., Genç, N., Eğri M. (1997). Malatya’da lise öğrencilerinde premenstrüel sendrom sıklığı. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 4(4), 403-406.
5. Karadağ, F. (2001). Adet öncesi disforik bozukluk, *Psikiyatri Dünyası*, 5(1), 11-14.
6. Kızılkaya, N. (1995). Dismenore. *Sendrom -Aylık Aktuel Tıp Dergisi*, Mayıs, 48-53.
7. Taşkın, L. (2016). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. Ankara: Akademisyen Kitapevi.
8. Berek, J. S., Çev.Ed. Erk, A. (2004). *Novak jinekoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
9. Çıtak, N., Terzioğlu, F. (2002) Abant İzzet Baysal Üniversitesinde öğrenim gören kız öğrencilerin primer dismenoreye ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Sağlık ve Toplum*, 12(3), 69-80.
10. Durain, D. (2004). Primary Dysmenorrhea: assessment and management update. *Journal of Midwifery & Women’s Health*, 49(6), 520-528.
11. Öztürk, A. (2004). Kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerine başvuran kadınlarda dismenore sıklığı ve etkileyen faktörler. *MN Klinik Bilimler & Doktor* 10, 2: 208-213.
12. Afifi, O. A. W., Fahmy, N. M., Omran, A. A. H., Abd-Elmoniem, S.O. (2017). Effect of self feet reflexology on relieving premenstrüel syndrome. *Menoufia Nursing Journal*, 2(2), 3-21.
13. Akyılmaz, F., Özçelik, N., Polat, M. G. (2003). Premenstrüel sendrom görülme sıklığı. *Göztepe Tıp Dergisi*, 18:106-109.
14. Kim, S. Y., Park H. J., Lee, H., Lee, H. (2011). Acupuncture for premenstrüel syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BJOG*, 118, 899–915.
15. Walsh, S., Ismaili, E., Naheed, B., O'Brien, S. (2015). Diagnosis, pathophysiology and management of premenstrüel syndrome. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 17(2):99-104. doi: 10.1111/ tog.12180.
16. Domoney, G. L., Vashisht, A., Studd, W. W. (2003). Use of complementary therapies by women attending a specialist premenstrüel syndrome clinic. *Gyn. End.*, 17(1), 13-18.
17. Goodale, I. L., Domar, A. D., Benson, H. (1990). Alleviation of premenstrüel symptoms with the relaxation response. *Obstetrics & Gynecology*, 75(4), 649-655.
18. Hernandez-Reif, M. (2000). Premenstrüel symptoms are relieved by massage therapy. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 21, 9-15.
19. Jang, H., Lee, M. S. (2004). Effect of qi therapy (external qigong) on premenstrüel syndrome: a randomized placebo-controlled study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(3), 456-462.
20. Jun E. M., Chang S., Kang D. H., Kim S. (2006). Effects of acupressure on dysmenorrhea and skin temperature changes in college students: A non-randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 973-981.
21. Palas Karaca, P., Kızılkaya Beji, N. (2015). Premenstrüel sendromunun tanı ve tedavisinde kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik bakımı. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 178-186.
22. Ernst, E. (2006). Acupunktur-a critical analysis. *Journal of Internal Medicine*, 259, 125-137.

23. Oleson, T., Flocco, W. (1993) Randomized controlled study of premenstrual symptoms treated with ear, hand, and foot reflexology. *Obstetrics & Gynecology*, 82(6), 906-911.
24. Stevinson, C., Ernst, E. (2001). Complementary/Alternative therapies for premenstrual syndrome: A systematic review of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol*, 185(1), 227-235.
25. Walsh, M. J. (1999). A randomized, placebo-controlled clinical trial on the efficacy of chiropractic therapy on premenstrual syndrome. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*. 22(9),582-585.
26. Çalışkan, E., Özeren, S., Çorakçı, A. (2004). Premenstrüel sendromlar ve primer dismenore. *Galenos Tıp Dergisi*, 7(98), 15-18.
27. Long, L, Huntley, A, Ernst, E. (2001). Which complementary and alternative therapies benefit which conditions? A Survey of opinions of 223 professional organizations. *Complementary Therapy in Medicine*, 9, 178-185.
28. Emslie, M. J., Campbell, M. K., Walker, K. A. (2002). Changes in public awareness of, attitudes to, and use of complementary therapy in North East Scotland: Surveys in 1993 and 1999. *Complementary Therapy in Medicine*, 10, 148-153.
29. Stephenson, N. L. N., Weinrich, S. P., Tvakoli, A. S. (2000). The effects of foot reflexology on anxiety and pain in patients with breast and lung cancer. *Oncol Nurs Forum*, 27, 1
30. Mohamed, M. A, Bandrawy, A. M. E, Gabr, A. A. (2016). Do foot reflexology and relaxation training decrease premenstrual symptoms in adolescent females. *Int J Physiother*, 3(5),522-528
31. Çevik, K. (2013). Hemşirelikte tamamlayıcı ve alternatif tedavi: refleksoloji. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29(2), 71-82.
32. Frankel, B. M. S. (1997). The effect of reflexology on baroreceptor reflex sensitivity, blood pressure and sinus arrhythmia. *Complementary Therapy in Medicine*, 5,80-84.
33. White, A. R., Williamson, J., Hart, A., Ernst, E. (2000). A blinded investigation into the accuracy of reflexology charts. *Complementary Therapy in Medicine*, 8, 166-172.
34. Botting, D. (1997). review of literature on the effectiveness of reflexology. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 3,123-130.
35. Wilkinson, L. (2002). The house of lords select committee for science and technology. their report on complementary and alternative medicine and its implications for reflexology. *Complementary Therapy in Nursing & Midwifery*, 8, 91-100.
36. Vennells, D. F., Çev. Soner, S. (2004). *Refleksoloji*, Ege Meta Yayınları, İzmir, 2. Baskı.
37. Prema, S., Ramaiah, R., Ahmed Elsayed, L., Nomani, İ. (2017). Effect of foot reflexology on the relief of premenstrual syndrome and dysmenorrhea. *International Journal of Science and Research (IJSR)*,6 (11), 2095-2100
38. Kızılkaya, N, Tuncel, N. (1994). Perimenstrual şikayetlerin hafifletilmesinde hemşirelik girişimlerinin etkinliği. *Hemşirelik Bülteni*, 8(32), 66-79.
39. Jacob, J. (2013). Effectiveness of reflexology on premenstrual syndrome among students in selected nursing colleges, mangalore.(Yayınlanmamış yüksek lisan tezi). Rajiv Gandhi University of Health Sciences, Mangalore
40. Fard, S. A., Dolatain, M., Heshmat, R., Majd, H.A. (2013). Effect of foot reflexology on physical and psychological symptoms of premenstrual syndrome. *Pejouhandeh Shahid Beheshti University Of Medical Sciences*, 18(1),8-15.
41. Pouresmail Z, Ibrahimzadeh R, (2002). Effects of acupresure and ibuprofen on the severity of primary dysmenorrhea. *J Tradit Chin Med.*, 22(3), 205-210.
42. Iorno, V., Burani, R., Bianchini, B., Minelli, E., Martinelli, F. Ciatto S. (2008) Acupuncture treatment of dysmenorrhea resistant to conventional medical treatment. *Evid Based Complement Alternat Med.*, 5(2), 227-230.

43. Valiani, M., Babaei, E., Heshmat, R., Zare, Z.(2010). Comparing the effects of reflexology methods and Ibuprofen administration on dysmenorrhea in female students of Isfahan University of Medical Sciences. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 15(11), 371–378.
44. Sriprasert, İ., Suerungruang, S., Athilarp, P., Matanasarawoot, A., Teekachunhatean, S. (2015). Efficacy of Acupuncture versus Combined Oral Contraceptive Pill in Treatment of Moderate-to-Severe Dysmenorrhea: A Randomized Controlled Trial. *Hindawi Publishing Corporation Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, VolumeArticle ID 735690, 10 pages.
45. Wu R. D., Zhang H. D., Lin L. F. (2007). Observation on ear point tapping and pressing therapy for treatment of primary dysmenorrhea. *Zhongguo Zhen Jiu*, 27(11), 815-817.
46. Fadiloğlu, Ç., Usta Yeşilbalkan, Ö. (2005). Kanserli hastalarda ayak refleksolojisinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisinin incelenmesi. XVI. Ulusal Kanser Kongresi Özet Kitabı, 20-24 Nisan, Antalya, 213.
47. Quattrin, R., Zanini, A., Buchini, S., Turello, D., Annunziata, M. A., Vidotti, C., et al.(2006). Use of reflexology foot massage to reduce anxiety in hospitalized cancer patients in chemotherapy treatment: Merhodology and autcomes. *Journal of Nursing Management*, 14,96-105.
48. Tiran, D., Chummun, H. (2005). The physiological basis of reflexology and its as a potantial dianostic toll. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 11(1), 58-64.
49. Sezen, K. (2002). *Akupunktur Teorik ve Pratik*. Ankara:MN Medikal & Nobel Tıp Kitap Sarayı.
50. ChaeY., Kim H.Y., Lee H.J., Park H.J., Hahm D.H., An K., et al. (2007). The alteration of pain sensitivity at disease-specific acupuncture points in premenstrual syndrome. *J Physiol Sci.*, 57(2),115-119.
51. Chang S. B., Jun E. M. (2003) . Effects of SP-6 acupressure on dysmenorea, cortisol, epinephrine and norepinephrine in the college students. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 33(7), 1038-1046.
52. Chen H. M., Chen C. H. (2004). Effects of acupressure at the sanyinjiao point on primary dysmenorrhoea. *Journal of Advenced Nursing*, 48 (4), 380-387.
53. Habek D., Habek J. C., Barbir A. (2002). Using acupuncture to treat premenstrualsyndrome. *Arch Gynecol Obstet*, 267(1), 23-26.
54. Lewers, D., Clelland, J. A., Jackson, J. R., Varner, R. E., Bergman, J. (1989) Transcutaneous electrical nerve stimulation in the relief of primary dysmenorrhea. *Phys Ther*, 69(1), 3-9.
55. Yang Y. Q., Huang G. Y. (2008). Study on Effects of Acupuncture on Mice Dysmenorrhea Model and the Mechanism. *Zhongguo Zhen Jiu*, 28(2), 119-121.
56. Azima, S, Bakhshayesh, H. R., Mousavi, S., Ashrafizaveh, A. (2015). Comparison of the effects of reflexology and massage therapy on primary dysmenorrheal. *Biomedical Research*, 26(3), 471-476
57. Kızılkaya, N., Coşkun, A. (1994). Perimenstrual şikayetlerin eğzersiz, proğrasif gevşeme ve diyet yöntemleriyle hafifletilmesi durumunun irdelenmesi ve yöntemlerin etkinlik durumunun değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3), 1-17.
58. Hernandez-Reif, M. (2000). Premenstrüel symptoms are relieved by massage therapy. *J Psychosom Obstet Gynecol*.21, 9-15.
59. Mollart, L. (2003). Single-blind trial addressing the differential effects of two reflexology techniques versus rest, on ankle and foot oedema in late pregnancy. *Complementary Therapy in Nursing & Midwifery*, 9, 203-208.

60. Wang, M. Y., Tsia, P. S., Lee, P. H., Cang, W. Y., Yang, C. M. (2008). The efficacy of reflexogy: Systematic review. *Journal of Advenced Nursing*, 62 (5), 512-520.
61. www.ilacrehberi.com(Erişim Tarihi 15 Temmuz 2008).
62. Müderris, İ. İ., Gönül, A. S., Sofuoğlu, S., Taşcı, S., Bayatlı. M. (1999). Genç kadınlarda premenstrüel disforik bozukluk prevalansı. *Klinik Psikiyatri*, 2, 197-201.
63. Wringht, S., Courtney, U., Donnelly, C., Kenny, T., Lavin, C. (2002). Clients'perceptions of the benefits of reflexology on their quality of life. *Complementary Therapy in Nursing & Midwifery*, 8, 69-76.
64. Kim, J. S., Jo, Y. J., Hwang, S. K. (2005). The effects of abdominal meridian massage on menstrual cramps and dysmenorrhea in full-time employed women. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 35(7),1325-1332.

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Yaşadığı Sorunlar: Nitel Bir Araştırma

The Problems of Nurses Working in the Newborn Intensive Care Unit: A Qualitative Research

Seher SARIKAYA KARABUDAK¹ , Emine GERÇEK² , Belgin YILDIRIM³ 

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

³Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

ÖZ

Amaç: Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) çalışan hemşirelerin yaşadığı sorunları belirlemektir.

Yöntem: Çalışma niteliksel, fenomenolojik bir çalışmadır. Ocak-Ekim 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmaya farklı hastanelerde çalışan 17 YYBÜ hemşiresi katılmıştır. Çalışmada araştırmacılar tarafından oluşturulan veri toplama formunda; sosyo-demografik verilerden oluşan birinci bölüm sekiz sorudan ve araştırma sorularının bulunduğu ikinci bölüm 12 açık uçlu sorudan oluşmaktadır. Veriler araştırmacılar tarafından kodlanmış, tematik analiz yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 29.13 yıl ve YYBÜ’de çalışma süre ortalaması 5,73 yıldır. Hemşirelerin, 15’i üniversite mezunu, ikisi lise mezunu ve yedisi evlidir. Çalışma sonucunda dört tema belirlenmiştir: Sağlık sorunları, psikososyal sorunlar, mesleki sorunlar ve etik-manevi sorunlar

Sonuç: Hemşireler YYBÜ’de çalışmaktan dolayı varis gibi sağlık sorunları yaşamaktadır. Psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak negatif etkilenmektedir. Mesleki hastalıklar açısından riskler taşımaktadırlar. Sağlık çalışanlarının sayı ve niteliğindeki yetersizlikler, cihaz ve malzeme sıkıntısı, hemşire başına düşen hasta sayısının standartları aşması ve buna bağlı bakım kalitesinde düşmeler gibi hasta bakımını etkileyen sorunlar yaşanmaktadır. Ekip arkadaşları, aileler ve amirlerle iletişim sorunları yaşadıkları saptanmıştır. Etik olarak; yararlılık, özerklik, adalet ve eşitlik ilkesinin ihlalden duyulan rahatsızlıklar belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan yoğun bakım, Hemşire, Sorunlar.

ABSTRACT

Objective: It was planned to determine the problems experienced by nurses working in the neonatal intensive care unit (NICU).

Methods: The study is a qualitative, phenomenological study and the study was conducted between January and October 2019. 17 NICU nurses working in different hospitals participated. In the data collection form created by the researchers; the first part of social demographic data consists of eight questions and the second part of the study consists of 12 open ended questions. The data were coded by the researchers and thematic analysis was performed.

Results: The mean age of the nurses participating in the study was 29.13. The average working time in the NICU is 5.73 years. Educational conditions; 15 of them are university graduates, 2 of them are high school graduates and 7 nurses are married. Four themes were identified as a result of the study: health problems, psychosocial problems, occupational problems and ethical-spiritual problems.

Conclusion: Nurses experience health problems such as varicose veins due to working in the NICU. Psychologically, socially and economically negatively affected. They carry risks in terms of occupational diseases. There are problems affecting the patient care, such as insufficiencies in the number and quality of healthcare workers, shortage of equipment and materials,

Sorumlu Yazar: Seher SARIKAYA KARABUDAK

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

ssarikaya@adu.edu.tr

Geliş Tarihi: 26.11.2019 – Kabul Tarihi: 21.04.2020

exceeding the number of patients per nurse and decreasing the quality of care. It was determined that they had communication problems with their teammates, families and superiors. Ethically; disturbances in violation of the principle of usefulness, autonomy, justice and equality.

Key words: Neonatal intensive care, Nurse, Problems.

1. GİRİŞ

Örgütlerde en değerli varlık olarak önemi anlaşılan insan faktörü, sadece fiziksel olarak çalışan olmaktan daha çok, duyguları, fikirleri, inançları, yetenekleri, bilgi ve becerileriyle örgüte katkı sağlayan temel unsurdur. İnsanın iş memnuniyeti bireyin iş hayatındaki başarısına, özel hayatındaki mutluluğuna hem de toplumsal huzura katkı sağlar. Çalışanların işlerine karşı hissettikleri kümülatif duygularla ilgili olan iş tatmini, hem akademik alanda hem de iş hayatında örgütler tarafından önem verilen bir konudur. Yönetim uzmanları ve örgütsel psikologlar, insan performansını etkileyen faktörlere odaklanmıştır (1-3).

Hemşirelik mesleği, zor çalışma koşulları, uykusuzluk, yorgunluk, yeterince belirlenmemiş yetki ve sorumluluklar, acı çeken veya hayati tehlikesi bulunan hastaya hizmet verme gibi nedenlerle genel olarak zor ve stresli bir meslektir (4). İş ortamında yaşadığı gerginlikler, huzursuzluklar, yetersizlikler vb. pek çok sorun nedeniyle stres altına giren hemşireler hem bedensel hem ruhsal olarak rahatsızlanmakta, iş kaybı meydana gelmektedir. Sağlık sektörü, insan yaşamının söz konusu olduğu kritik bir çalışma sahasıdır. Yapılan en ufak bir hatanın bile sonucunun insan hayatı olması nedeniyle bu alanda çalışanların yaşadığı tatmin ve tatminsizlik sadece bireysel açıdan değil, toplumsal açıdan da kritik bir öneme sahiptir. Sağlık personelinin yaşadığı tatmin, hasta ve hasta yakınlarına pozitif etki etmektedir (1). Üçüncü binyılın temel hedeflerinden biri bebeklerde ve çocuklarda ölüm oranını azaltmaktır. Hizmet kalitesini artıran faktörler açıkça ölüm oranını azaltacaktır. Ayrıca birer işletme olan hastaneler açısından bakıldığında, yaşanan sorunlar ciddi maliyet ve zaman kaybına neden olabilmektedir. İnsan kaynakları hizmet kalitesini etkileyebileceği için mevcut durumu ve sorunları belirlemek, stresleri azaltmak veya ortadan kaldırmak için planlama stratejileri, insan kaynaklarının verimliliğini ve dolayısıyla bakım hizmetlerinin kalitesini kesinlikle en üst düzeye çıkarabilir. Sorunları çözülen hemşirelerin iş doyumunu artacak, dolayısıyla sağlık personelinin iş tatmini, hastalara ve kurumun kendisine direkt olarak etki edecektir (1,2).

Bu nedenlerle bu çalışma; yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) çalışan hemşirelerin yaşadığı sorunları belirlemek amacıyla planlanmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışma niteliksel, fenomenolojik bir çalışmadır. Ocak-Ekim 2019 tarihleri arasında yapılan çalışmaya farklı hastanelerde çalışan 17 YYBÜ hemşiresi katılmıştır. Benzeşik (homojen) ve ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya katılma ölçütü olarak en az 3 aydır YYBÜ çalışıyor olma durumu belirlenmiştir.

Çalışmada araştırmacılar tarafından oluşturulan veri toplama formunda sosyodemografik verilerden oluşan birinci bölüm sekiz sorudan ve araştırma sorularının bulunduğu ikinci bölüm 12 açık uçlu sorudan (sağlık, çevre, iletişim sorunları, ekonomik, sosyal, spiritüel, etik sorunlar gibi) oluşmaktadır. Araştırma veri formu e- mail aracılığıyla hemşirelere gönderilmiş, çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler gönderilen veri

formundaki soruları yanıtladıktan sonra araştırmacılara geri göndermişlerdir. Yaklaşık bir ay sonra dönüş yapmayan hemşirelere bir kere daha mail gönderilmiş, iki mail sonrasında geri dönüş yapmayan bir hemşire olmuştur. Gönderilen Microsoft Word belgeleri araştırmacılar tarafından kodlanmış, kodlar araştırmacılar tarafından sınıflandırılmış, uygun temalar ve alt temaları oluşturmaya yönelik tematik analiz yapılmıştır. Araştırmanın geçerliğini arttırmak için aynı işlem üç uzman araştırmacı tarafından yapılmış ve ortak belirlenen temalara göre araştırmacılar tarafından yeniden düzenlenmiştir. Ardından tüm veriler temalara göre yorumlanarak rapor haline getirilmiştir.

3. BULGULAR

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamaları 29.13 (Min=24, Max=42), yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki çalışma süreleri ortalama 5.73 (Min=1, Max=15) yılken toplam hemşirelik süreleri 10 (Min=4, Max: 23) yıldır. Hemşirelerin 15'i üniversite mezunu, 2'si lise mezunudur ve yedi hemşire evlidir. İki üniversiteden 14 hemşire ve iki devlet hastanesinden üç hemşire olmak üzere toplam 17 hemşire çalışmaya katılmıştır. YYBÜ'ler düzey 2-3 yoğun bakımlardır.

Çalışmada dört tema ve bunların altında gruplanmış alt temalar bulunmaktadır (Tablo1).

Tablo 1. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Yaşadığı Sorunlara Ait Temalar

1. Sağlık Sorunları	2. Psikososyal Sorunlar	3. Mesleki Sorunlar	4. Etik-Manevi Sorunlar
	Psikolojik	Riskler	Etik
	Sosyal	Hasta bakımı	Maneviyat
	Ekonomik	Teorik bilgi eksikliği	
		Çevre/ortam	
		İletişim	

Tema 1: Sağlık Sorunları

Hemşirelerin en çok ifade ettiği sağlık sorunları varistir. Sirkadyen ritimde bozulmalara bağlı uyku sorunları ve omurga sağlığındaki bozulmalara bağlı boyun, sırt, bel ağrıları ve fitiklar diğer en çok belirtilen sorunlar olmuştur. Yorgunluk- halsizlik, baş ağrısı, ayak-bacak ağrıları ve ödemi, vücut direncinin düşmesi, kifoza, mide problemleri, göz kuruluğu, özellikle ellerde sık el yıkamaya ve kalitesiz sabunlara bağlı cilt bütünlüğünde bozulma, düzensiz beslenmeye bağlı kilo problemleri diğerleridir. İştah problemleri, kanser ve kalp damar hastalıkları açısından da risk altında olduklarını düşünmektedirler.

Tema 2:Psikososyal Sorunlar

Psikolojik olarak en çok dile getirilen sorun stres-gerginlik olmuştur. Hemşirelerin tümü bu sorunu yaşadığını ifade etmiştir. Daha sonra tükenmişlik ve tahammülde azalma, anksiyete, depresif bulgular, sese aşırı duyarlılık ve tahammül edememe, umutsuzluk, mesleki doyumda azalma, aileye zaman ayıramama nedeniyle ailedeki rollerinde yetersizlik hissi, kayıp- yas ve değersizlik gibi duyguların yaşandığı ifade edilmiştir.

Sosyal olarak hemşireler ciddi sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Hemşireler bu sorunu şöyle dile getirmiştir:

“YYBÜ de kapalı bir ortamda çalıştığımız için gerek hastane içi gerek hastane dışı sosyal ortamımız çok fazla olmuyor... Yoğun çalışma saatlerinden ötürü sosyal aktivitelere katılacak zamanımız olmuyor” (H-16).

“Yaşanan sosyal sorunlar; tüm enerjimizi iş yerinde harcadığımız için kendimize de ailemize de yeterli zaman ayıramamak, sosyal hayatı yaşayamamak” (H-1).

Ekonomik açıdan ise hemşireler genel emeklerinin karşılığı olan ücreti alamadıklarını düşünmektedirler. Döner sermayeden alınan paylarda hekimlere yönelik yan tutmanın olduğu ve hemşirelik uygulamalarından hak ettikleri ücreti alamadıklarını belirtmişlerdir.

Tema 3: Mesleki Sorunlar

Riskler alt teması açısından en çok ifade edilen mesleki risk, enfeksiyon kapma olasılığı olmuştur. Erken yıpranma, hukuksal yönden risk altında olma, çok küçük doz ilaçların uygulanması ve bağımlı hasta grubu olması gibi nedenlerle malpraktis riskinin diğer çalışma alanlarına göre daha yüksek olması, en küçük bir dalgınlığın hastanın hayatına mal olabilmesi, ilaç, kimyasallar ve radyasyon gibi teratojenler ile şiddete maruz kalma gibi mesleki riskler ifade edilmiştir.

Hasta bakımına yönelik olarak ifade edilen en büyük sorun sağlık çalışanlarının sayı ve niteliğindeki yetersizliklerdir. Cihaz ve malzeme sıkıntısı, hemşire başına düşen hasta sayısının standartları aşması ve buna bağlı bakım kalitesinde düşmeler, yoğun bakım standartlarına uygun olmayan hastaların yoğun bakıma yatırılması, ayrı bir emzirme hemşiresinin olmaması, hemşire görev yetki ve sorumlulukları dışında işler yapmak zorunda bırakılmak diğer ifade edilen bakıma yönelik sıkıntılardır. Hemşireler özellikle preterm bebeklerde damar yolu açma gibi işlemler için çok zorlandıklarını ifade etmişlerdir.

Ayrıca birlikte çalıştıkları ekip arkadaşları hekimlerle hasta bakımına yönelik bazı zorluklar yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Hekimler tarafından bağımsız hemşirelik fonksiyonlarına müdahale edilmesi, hekimlerin aynı hasta için çok farklı istemler vermesi, verilen istemlerin net olmaması ve hekimlerin bebekle ilgili hemşire gözlemlerini dikkate almaması gibi sorunların hasta bakımını negatif etkilediği belirtilmiştir.

Teorik bilgi açısından ise; en çok ilaç uygulamaları ile ilgili bilgi eksikleri (ilaç etkileşimleri, muadilleri, doz hesaplamaları, ilaç etki ve yan etkileri gibi) dile getirilmiştir. Lisans eğitiminde hiç yenidoğan görmeden mezun olunması, yeni bilgi ve değişiklikleri takip edememe, nadir karşılaşılan hastalık ve bozukluklarla karşılaşma gibi durumlarda teorik bilgi ihtiyacı hissettiklerini açıklamışlardır. Bu tür teorik bilgi eksikliklerinin hasta bakım kalitesini düşürdüğünü, ekip üyelerinin ve ailenin hemşireye olan güvenini etkilediğini belirtmişlerdir.

Çevre/ortam nedeniyle yaşanan sorunlar: Hemşireler monitör, kuvöz vb. cihaz alarmlarının oluşturduğu gürültü ve aydınlatmalar nedeniyle yüksek ışık bulunan bir ortamda günün yarısından fazlasını geçirmek zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca ortamın yoğun bakım standartlarına uygun olmadığı, ergonomik olmayan ve beden mekaniğini desteklemeyen bir yapısı olduğu ifade edilmiştir. Bir hemşire *“16 saat boyunca nöbet tuttuğumuz bir klinikte hemşire konforu hiç düşünülmemiş...” (H-11)* şeklinde ifadeler yazmıştır. Kolaylıkla açılabilen kapılar nedeniyle güvenliğin yeterli sağlanamayışı, hemşire istasyonundan tüm hastalara aynı anda hakim olamama nedeniyle hastayı görebilmek için sürekli ayağa kalkmak zorunda olma, ortamın serin olmasına bağlı üşüme, sürekli kameraya çekilme nedeniyle rahat olamama diğer ifade edilen çevresel sorunlardır.

İletişim: Stres faktörü fazla bir ortamda çalışmak nedeniyle ekip arkadaşları, özellikle hekimler ile çatışma yaşama en sık tekrarlanan sorun olmuştur. Yapılan işin ekip işi olmasına rağmen bireysel çalışanların olması, insanların birbirini dinlememesi, profesyonel olmayan dil kullanımını ekip üyeleri ile olan iletişim sorunları olarak karşımıza çıkmıştır.

Ailelerle ise şöyle sorunlar yaşandığı yazılmıştır:

“Ailelerin yoğun stres ve lohusalık gibi nedenlerle iletişime kapalı olması, iletişim kurmada zorluk yaşama” (H-11).

“Farklı kültürlerden anne – babayla iletişim zorluğu” (H-12).

Ayrıca bazen hemşirelerin de yorgunluk tükenmişlik gibi nedenlerle aileyle iletişime kendisini kapattığını belirtmişlerdir.

İletişim sorunları konusunda üzerinde durulan bir diğer sorun amirler ya da kıdemli çalışanlar ile yaşandığı görülmüştür. Kıdemli çalışanların kendisini üstün görmesi, amirlerin anlatılan sorunları anlamaması-önemsememesi ve mobbing uygulanması ifade edilen sorunlardır.

Tema 4: Etik ve Manevi Sorunlar

Etik olarak; hemşireler meslektaşları ya da sağlık çalışanları ile ilgili etik sorunları en sıklıkla dile getirmişlerdir.

“Sağlık çalışanlarının bir kısmının, sosyal ve ekonomik düzeyi yüksek hastalara diğerlerinden çok daha ayrıcalıklı davranmaları etik bir sorun” (H-12).

Hekimlerin hemşire uyarılarını dikkate almaması, gereksiz müdahale ve tetkik istemleri nedenleriyle bebeklerin iyileşme sürecinin etkilenmesi veya kalıcı sorunların gelişmesi, hekimlerin doğru olmayan uygulamalarına karşı hemşirelerin ya da meslektaşlarının bir şey yapamaması, hemşirelerin sözel istemi yapmak zorunda kalması ancak hekimlerin verdikleri sözel istemlerin arkasında durmaması gibi etik sorunlar belirtilmiştir. Üniteye yoğun bakım standartına uymayan hasta yatırılması ya da zamanında taburcu edilememesi nedenleriyle asıl ihtiyacı olan hastaların yoğun bakımdan mahrum kalması etik sorun olarak sunulmuştur.

Maneviyat /spritualite açısından ise bebeklerin kaybına dayanmakta güçlük çekme ve yas yaşama, bebeklerin acıları hak etmediklerine inanma, yoğun bakım sonrası kalıcı sekellerin oluşmasına çok üzülme gibi olumsuz yaşantıların yanında olumlu bir takım sprituel inaçlar hemşireleri rahatlatmaktadır: *“meleklerle hizmet verdiğimi düşünüyorum, bu beni mutlu hissettiriyor” (H-16).*

Aileye yardım etmekle ve isteklerini yerine getirmeye çalışmakla, aile ve bebek arasında bağı kurmaya çalışmak ile mutlu olduklarını anlatmaya çalışmışlardır. Kendi dinsel inanışlarına yönelik uygulamalarda zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir: *“ramazanda oruç tutamıyoruz” (H-17).*

4. TARTIŞMA

Sağlık Sorunları

Hemşirelik bazı sağlık risklerini beraberinde taşıyan mesleklerden biridir. Fazla ayakta kalmak nedeniyle oluşan hastalılardan biri olan varis YYBÜ hemşireleri tarafından en fazla dile getirilen hastalık olarak göze çarpmaktadır. Vardiyalı çalışma nedeniyle oluşması doğal olan uyku problemleri sirkadyen ritmin sürekli değişmesi nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Yine beden mekaniğine dikkat etmemeye bağlı geliştiği düşünülen boyun, sırt, bel ağrıları ve fıtıklar, kifoz

belirtilen sağlık sorunları olmuştur. Yoğun çalışma temposunun hem fiziksel hem psikolojik olarak etki ederek; yorgunluk- halsizlik, baş ağrısı, ayak-bacak ağrıları ve ödemi, vücut direncinin düşmesi, mide problemleri gibi sorunlara yol açmış olabileceği düşünülmektedir. Fazla aydınlatma ve ışıklar nedeniyle göz kuruluğu, yüksek ses ve gürültüye bağlı işitme problemleri, özellikle ellerde sık el yıkamaya ve kalitesiz sabunlara bağlı cilt bütünlüğünde bozulma, düzensiz beslenmeye bağlı kilo problemleri ifade edilen diğer sağlık problemleridir. Hemşireler çevresel riskler ve stres nedeniyle kanser ve kalp damar hastalıkları açısından da risk altında olduklarını düşünmektedirler.

Psikososyal Sorunlar

Çalışmamızda hemşirelerin tümü psikolojik olarak en çok stres-gerginlik yaşadığını belirtmiştir. Daha sonra tükenmişlik ve tahammülde azalma, anksiyete, depresif bulgular, sese aşırı duyarlılık ve tahammül edememe, umutsuzluk, mesleki doyumda azalma, aileye zaman ayıramama nedeniyle ailedeki rollerinde yetersizlik hissi, kayıp- yas ve değersizlik gibi duyguların yaşandığı ifade edilmiştir.

Hindistan'da yapılan bir nicel çalışmada da hemşirelerin algılanan ortalama stres seviyesi ortalamanın üzerinde çıkmış, yüksek tükenmişlik %23.3 ve yüksek ikincil travmatik stres %23.3 olarak bildirilmiştir (5). Bir başka çalışmada YYBÜ hemşirelerinin orta derecede tükenmişlik yaşadıkları ve bu durumun hemşirelerin yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir (6). Genel olarak sağlık çalışanlarının psikolojik bozukluklar açısından genel insan popülasyonundan daha riskli durumda olduğu belirlenmiştir (7). Ancak YYBÜ çalışanların depresyon ve kaygı gibi sorunlar açısından servis çalışanlarından da daha fazla risk taşıdıkları gösterilmiştir (4). Buradan hareketle özellikle YYBÜ çalışanlarının stresle başa çıkma yolları konusunda bilgi ve becerileri geliştirilerek yaşam kalitesi ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin arttırılabileceği düşünülmektedir.

Sosyal yaşam açısından hemşireler ağır çalışma koşulları nedeniyle aile ve sosyal hayatlarına zaman ayıramadıklarını, zamanları kalsa da enerjilerinin kalmadığını anlatmışlardır. Literatürde YYBÜ hemşirelerinin sosyal yaşamlarıyla ilgili sorunları inceleyen çalışmaya rastlanmadığı için bu çalışma sonucu farklı bir bakış açısı ortaya koyan önemli bir sonuçtur.

Ekonomik açıdan ise genel olarak hem hemşire olarak, hem de çalışılan kliniğe bağlı yoğunluk ve risklere rağmen hak ettikleri, emeklerinin karşılığı olan ücreti alamadıklarını düşünmektedirler. Döner sermayeden alınan paylarda da adaletsizlik olduğu, hekimlere yönelik yan tutmanın olduğu ifade edilmiştir. Küçük ve Yağmur'un nicel çalışmasında YYBÜ çalışan hemşirelerinin ücret yetersizliğini önemli bir stresör olarak belirttiği görülmektedir (8). Hindistan'da farklı olarak YYBÜ'de çalışan hemşirelerin maaşlarından memnun oldukları bildirilmektedir (5).

Literatürde sağlık çalışanlarının genel olarak psikososyal riskleri; ilaç, alkol, madde bağımlılığı, stres, şiddet gibi riskler olarak belirtilmektedir. Ancak çalışmamızda YYBÜ'de çalışmak nedeniyle hemşireler çok daha ayrıntılı ve farklı bir psikososyal sorunlar listesi ortaya koymuşlardır (9,10).

Mesleki Sorunlar

Riskler alt teması altında hemşireler; enfeksiyon ve teratojenlere maruziyet nedeniyle sağlık risklerinin olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca bakılan hasta popülasyonunun özelliği

nedeniyle çok daha yüksek malpraktis ve hukuksal sorun yaşama riski altında olduklarını düşünmektedirler.

Hasta bakımına yönelik yaşanan en büyük sorunun ise; sağlık çalışanlarının sayı ve niteliğindeki yetersizlik olduğu yanı sıra cihaz, malzeme ve fiziki şartlardaki yetersizliklerin de hasta bakımını negatif etkilediği belirtilmiştir. YYBÜ’de yatan hasta popülasyonunun bebekler olmasının yapılan işlemleri zorlaştırdığı ve yapılma sürelerini uzattığı ifade edilmiştir. Hemşire görev yetki ve sorumlulukları dışında işler yapmak zorunda bırakıldıklarını ifade edenler olmuştur. Hem bakılan hasta popülasyonun özel bir grup olması hem de bakım için harcanması gereken zamanın hemşirelik dışı işlere harcanması hemşirelerin etkili zaman yönetimini negatif etkilemektedir. Ayrıca hekimler tarafından bağımsız hemşirelik fonksiyonlarına müdahale edilmesi, hekimlerin aynı hasta için çok farklı istemler vermesi, verilen istemlerin net olmaması ve hekimlerin bebekle ilgili hemşire gözlemlerini dikkate almaması gibi sorunların hasta bakımını negatif etkilediği belirtilmiştir.

Küçük ve Yağmur çalışmalarında YYBÜ hemşireleri baktıkları hasta sayısının fazla olduğunu ve bakılan ortalama hasta sayısının artmasının hemşirelerin iş stresini de arttırdığını bildirmişlerdir (8). Bizim çalışmamıza benzer bir bulgu Çınar’ın (2007) çalışmasında ortaya konmuştur: Genel olarak yoğun bakım hemşireleri ile yapılmış nicel çalışmada, hemşirelerin önemli bir kısmı, hemşire ve yardımcı personel yetersizliğinin, malzeme eksikliği ve kalitesinin kötü oluşunun, fiziksel mekan, ortam şartları ve donanımın uygun olmayışının, iş yükü ve çalışma saatlerinin fazla oluşunun, bakımda standartlarının olmayışı ile görev, yetki, sorumluluklarının net olmayışının, hastalara verilen hemşirelik bakımını olumsuz yönde etkilediğini düşündükleri saptamıştır (11). Amin ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada YYBÜ’de çalışan hemşirelerin ortalama 8 saat çalıştıkları ve yaklaşık %44 ünün dörtten fazla hasta/vardiya baktığı bildirilmektedir (5).

Teorik bilgi eksikliği ile ilgili sorunlar mevcuttur ve hemşireler bu tür teorik bilgi eksikliklerinin hasta bakım kalitesini düşürdüğünü, ekip üyelerinin ve ailenin hemşireye olan güvenini etkilediğini belirtmişlerdir. Farklı bir çalışmada bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım, aile merkezli bakım gibi bakım felsefelerinin Türkiye ‘deki YYBÜ hemşireleri tarafından yeterli düzeyde bilinmediği ve uygulanmadığı bildirilmiştir (12). Bu durumda sağlık personellerine yönelik düzenlenen hizmet içi eğitimlerin bu ihtiyaçları karşılamaya yönelik planlanması önemlidir. Ayrıca çoğunluğu üniversite mezunu olan hemşirelerin teorik bilgi ihtiyacını dile getirmesi, hemşirelik eğitim kurumlarının eğitim kalitesini, uzaktan eğitim ya da lisans tamamlama gibi uygulamaları gözden geçirmesini gerektirir.

Çevre/ortam ile ilgili sorunlar; gürültü, aydınlatma ve ısı sorunları, ortamın yoğun bakım standartlarına uygun olmayışı, ergonomik olmayan ve beden mekaniğini desteklemeyen çevredir. Ayrıca güvenlik açısından risklerin olduğu, hastaların sürekli gözlenebilmesinin sağlanamadığı, ortamında bulunan kameralar nedeniyle sürekli kameraya çekilmenin kişilerde gerginlik yarattığı ifade edilen diğer çevresel sorunlardır.

Aydınlatma, havalandırma ve gürültü gibi fiziksel faktörlerin yoğun bakım çalışanlarının stres kaynaklarından olduğu bildirilmektedir (13,14). Çalışmalarda farklı oranlarda da olsa hemşirelerin uygun olmayan fiziksel koşullardan şikayet ettikleri görülmüştür (9, 15). Anayasa’da “herkesin sağlıklı ve güvenli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğu” hükmü yer almaktadır (Madde 56) (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası). Bu nedenle kurumların

iş güvenliği çerçevesinde sağlıklı ve güvenli bir çevre oluşturma yükümlülüklerini yerine getirmesi önemlidir (16).

İletişim ile ilgili sorunlar açısından çalışmamızda hemşireler ekip arkadaşları, amirleri ve aileler ile farklı boyutlarda iletişim sorunlarından bahsetmişlerdir. Küçük ve arkadaşlarının çalışmasında da meslektaş ve hekimler ile iletişim problemi yaşamının stres düzeylerini arttırdığı belirtilmiştir. Ayrıca yapılan işin değersiz/önemsiz görülmesi de stres düzeyini etkileyen bir sorun olarak saptanmıştır (8). Özellikle iş arkadaşları ve amirlerle yaşanan sorunlar, hemşirelerin iş doyumuna çok önemli etkiler yaptığı için çözüm stratejileri geliştirilmesi çok önemlidir (2). İran’da yapılan çalışmada, YYBÜ’de çalışan hemşireler için çevresel ve insan faktörlerinin en önemli stresörler olduğu bildirilmektedir (3). Ülkemizdeki bulgulardan farklı olarak Hindistandaki YYBÜ hemşireleri iş ortamındaki ilişkileri genel olarak “iyi” ile “mükemmel” tanımlamışlardır (5). Kültürün ve çalışma şartlarının farklı olması farklı sonuçlar ortaya çıkmasına yol açabilir. Bu farklılıklar incelenerek iyileştirme çalışmalarına bir çatı oluşturulabilir.

Literatürde genel olarak sağlık çalışanlarının karşılaştıkları risklerin: 1) Biyolojik riskler (Hepatit-B, tüberküloz, HIV/AIDS ve diğer bulaşıcı hastalıklar gibi), 2) Fiziksel riskler (aydınlanma, gürültü, radyasyon gibi), 3) Kimyasal riskler (anestezik gazlar, sitotoksik ilaçlar, sterilizasyon malzemeleri gibi), 4) Ergonomik riskler (uygun olmayan çalışma ortamı gibi tasarımdan kaynaklanan) olduğu ve bu risklerden dolayı sağlık çalışanlarının hastalandığı, yaralandığı, sakat kaldığı ya da ölebildiği belirtilmektedir (9,10). Çalışmamızdaki YYBÜ hemşireleri benzer mesleki riskleri ayrıntılı olarak tanımlamışlardır.

Etik ve Manevi Sorunlar

Hemşireler yaşadıkları etik sorunları açıklarken etik ilkeler temel alındığında, zarar vermeme-yararlılık ilkesinin, özerklik-bireye saygı ilkesinin, adalet ve eşitlik ilkesinin (17) ihlalinden duydukları rahatsızlıkları dile getirmeye çalışmışlardır.

Hekimlerin hemşire uyarılarını dikkate almaması, gereksiz müdahale ve tetkik istemleri nedenleriyle bebeklerin iyileşme sürecinin etkilenmesi veya kalıcı sorunların gelişmesi, hekimlerin doğru olmayan uygulamalarına karşı hemşirelerin ya da meslektaşlarının bir şey yapamaması, hemşirelerin sözel istemleri yapmak zorunda kalması ancak hekimlerin verdikleri sözel istemlerin arkasında durmaması gibi etik sorunlar zarar vermeme- yararlılık ilkesinin ihlalinden duyulan rahatsızlığı ortaya koyan açıklamalardır. Bir hemşire tarafından dile getirilen *“Sağlık çalışanlarının bir kısmının, sosyal ve ekonomik düzeyi yüksek hastalara diğerlerinden çok daha ayrıcalıklı davranmaları etik bir sorun”*(H-12) açıklaması adalet ve eşitlik ilkesinin ihlalinden duyulan rahatsızlığı ifade edmiştir. Üniteye yoğun bakım standartına uymayan hasta yatırılması ya da zamanında taburcu edilememesi nedenleriyle asıl ihtiyacı olan hastaların yoğun bakımdan mahrum kalması da sağlık hizmetlerinin adil dağıtılmasını engelleyen bir sorun olarak düşünülebilir. Esen’in çalışmasında YYBÜ’de çalışan ebe ve hemşirelerin yaşadıkları etik ikilemler nicel tanımlayıcı bir çalışma ile incelenmiş; mesleki profesyonellik artışı ile etik ikilemler karşısında karara dahil olma isteğinin arttığı, ebe ve hemşireler tarafından nafile tedavi kavramının benimsenmiş olmasına rağmen yenidoğana dair yaşamsal bir karar verilirken “yenidoğanın yaşam hakkı”nı savunan bir tutum içerisinde oldukları saptanmıştır (18). Her iki çalışmada muhtemelen yöntemsel farklılıklar nedeniyle farklı konular üzerinden tartışılrsa da YYBÜ’de çalışan hemşirelerin pek çok etik ihlali fark

ettikleri, etik ilkeleri korumaya çalıştığı ancak desteklenmeye ihtiyaçlarının oldukları söylenebilir.

Maneviyat alt teması ile ilgili ifade edilen genel olarak; yaşanan kayıp sürecinde acı çekme, üzüntü gibi duygular ve bunlarla baş etmek için kullanılan spiritüel inançlardır. Ayrıca hemşireler kendi dinsel inançlarının bazılarını (oruç tutma gibi) yerine getirme konusunda çalışma şartlarının zorlayıcı etkisinden bahsetmişlerdir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşireler YYBÜ’de çalışmaktan dolayı varis gibi sağlık sorunları yaşadıklarını, psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak negatif etkilendiklerini belirtmişlerdir. Mesleki hastalıklar açısından riskler taşımaktadırlar. Sağlık çalışanlarının sayı ve niteliğindeki yetersizlikler, cihaz ve malzeme sıkıntısı, hemşire başına düşen hasta sayısının standartları aşması ve buna bağlı bakım kalitesinde düşmeler gibi hasta bakımını etkileyen sorunlar yaşanmaktadır. Gürültü, yoğun ışık gibi çevresel uyaranları ve standartlara uygun olmayan ortam faktörlerini çevresel sorunlar olarak tanımlamışlardır. Ekip arkadaşları, aileler ve amirlerle iletişim sorunları yaşadıkları saptanmıştır. Etik olarak; yararlılık, özerklik, adalet ve eşitlik ilkesinin ihlalden duyulan rahatsızlıklar belirlenmiştir. Manevi olarak yas ve kayıp duygularıyla başetmek için bazı inançları kullanmakta, dinsel yaşantılarıyla ilgili zorluk yaşayabilmektedirler.

YYBÜ çalışan hemşireler pek çok sağlık sorunu yaşamakta, psikososyal açıdan etkilenmekte, mesleki, etik ve manevi açılardan sorunlarla karşılaşmakta ve baş etmek zorunda kalmaktadırlar. İnsan kaynaklarının verimliliğini ve dolayısıyla bakım hizmetlerinin kalitesini en üst düzeye çıkarabilmek için hemşirelerin yaşadığı sorunları gidermeye, stresörleri azaltmaya veya ortadan kaldırmaya yönelik planlama stratejileri belirlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Adıgüzel, O., Keklik B. (2011). Sağlık kurumlarındaki iş görenlerin iş tatmini ve bir uygulama. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 29, 305-18.
2. Aytekin, A. (2014). Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği’nde çalışan hemşirelerde iş doyumu ve etkileyen faktörler. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*, 4(1), 51-58. doi:10.5222/buchd.2014.051.
3. Valizadeh, L., Farnam, F., Zamanzadeh, V., Bafandehzende, M. (2012). Sources of stress for nurses in neonatal intensive care units of east azerbaijan province, *Iran. J Caring Sci*. 1(4), 245–254. doi: 10.5681/jcs.2012.034.
4. Yalaz, M., Solak, U., Arslan, M., Şen, A., Köroğlu, Ö., Akısu, M. ve ark. (2009). Yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinde stres faktörleri ve stresle başetmenin değerlendirilmesi: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Ege Pediatri Bülteni*, 16(3), 143-8.
5. Amin A. A., Vankar J. R., Nimbalkar S. M., Phatak A. G. (2015). Perceived Stress and Professional Quality of Life in Neonatal Intensive Care Unit Nurses in Gujarat, India. *Indian J Pediatr*, 82(11):1001–1005. doi: 10.1007/s12098-015-1794-3
6. Aytekin A., Kuşuoğlu S., Yılmaz F. (2013) Burnout levels in neonatal intensive care nurses and its effects on their quality of life. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 31(2), 39-47.
7. Wall, T., Bolden, R., Borrill, C. et al. (1997) Minor psychiatric disorder in NHS trust staff: occupational and gender differences. *Br J of Psych*, 171, 519–523.

8. Küçük, S., Yağmur, B. (2018). Yenidoğan yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin iş stresini etkileyen faktörler ve algılanan iş stresi düzeyleri. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(72),142-152.
9. Çelikalp Ü.(2015). Tekirdağ ilinde görev yapan hamile ebe ve hemşirelerin mesleki risk etmenleri ile bu etmenlerin gebelik süreci ve yenidoğan bebeklerine etkilerinin değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı İş Sağlığı Doktora Programı, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Edirne.
10. Beşer A. (2012). Sağlık çalışanlarının sağlık riskleri ve yönetimi. Sağlık çalışanlarının riskleri. *DEUHFED*,5(1):39-44.
https://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12397/4607/beser_39-44.pdf?sequence=1&isAllowed=y. (Erişim Tarihi: Ocak 2020)
11. Çınar, E. (2007). Trakya Üniversitesi Hastanesi ve Edirne Devlet Hastanesi yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin, hemşirelik bakımı hizmetlerinin değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Edirne.
12. Çağlar, S., Dur, Ş., Sönmez Düzkaya, D., Koç Özkan, T., Torun, N., Çiğdem, Z., ve ark. (2019). Türkiye'deki yenidoğan hemşirelerinin profilleri ve bireyselleştirilmiş gelişimsel bakıma yönelik uygulamaları. *Jaren*, 5(2),132-140. doi:10.5222/jaren.2019.42104.
13. Mokhtar, K., El Shikieri, A., Taha, E. M. Rayan, A. (2016). The relationship between occupational stressors and performance amongst nurses working in pediatric and intensive care units. *American Journal of Nursing Research*, 4 (2), 34-40.
14. Morrison, W. E., Haas, E. C., Shaffner, D. H., Garrett , E. S., Fackler, J.C. (2003). Noise, stress, and annoyance in a pediatric intensive care unit. *Crit Care Med*, 31(1), 113-9.
15. Karadağ, S. (2003). Kayseri Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin verdiği hemşirelik bakımı ve bakımı etkileyen faktörler. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Kayseri.
16. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. (2020). <https://www.icisleri.gov.tr/illeridairesi/turkiye-cumhuriyeti-anayasasi> (Erişim Tarihi: Ocak 2020)
17. Türk Hemşireler Derneği (THD). (2009). Yaşamını duyuyorum. Hemşireler için etik ilke ve sorumluluklar. <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/files/tr/thd/meslegi-etigi/hemsireler-icin-etik-ilke-ve-sorumluluklar/hemsire%20brosur.pdf> (Erişim Tarihi: Ocak 2020)
18. Esen, B. (2013). Yenidoğan yoğun bakım ebe ve hemşirelerinin etik ikilemleri ve mesleki profesyonellik düzeyleri ile ilişkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul.

Serebral Palsili Bir Çocuğun Orem Öz-Bakım Eksikliği Kuramı'na Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Nursing Care of A Child With Cerebral Palsy According to the Orem Self-Care Deficiency Theory: Case Report

Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU¹, Hüsniye ÇALIŞIR¹

¹ Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. Aydın, Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada, kuadriplejik tipte Serebral Palsi (SP) tanısı olan bir çocuk hastanın Orem Öz-bakım Eksikliği Kuramı'na göre hemşirelik girişimlerinin planlanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Pediatri servisinde on gündür yatmakta olan SP, epilepsi ve hidrosefali tanılı hastada gözlem, fizik muayene ve iletişim tekniği kullanılarak Orem Öz-Bakım Eksikliği Kuramı'nda yer alan temel durumsal faktörler değerlendirildi. Kuramın her basamağı Orem'in oluşturduğu hemşirelik sistemi, öz-bakım ve öz-bakım yetersizlik modelinin verilerinin yer aldığı bakım planı üzerinden özetlendi ve örümcek kavram haritası ile sunuldu.

Bulgular: SP, epilepsi ve hidrosefalisi olan 8 yaşında kız hastanın öz-bakım gereksinimlerini etkileyen faktörler arasında hastalığın şiddetine bağlı sekonder sorunlarının fazla, destek mekanizmalarının ve bakım vericilerin bilgi düzeyinin yetersiz olduğu saptandı. Hastanın öz-bakım gücünün, algısal, bilişsel ve duyuşsal yeterliliğinin oldukça zayıf olduğu görüldü. Orem'e göre hastanın en önemli sağlıktan sapma gereksinimleri; solunum, görme, diş, üriner, oral motor ve uyku problemleri, beslenme bozukluğu, mental retardasyon, epileptik nöbetler ve sosyal izolasyon olarak belirlendi.

Sonuç: Bu çalışmada, kuadriplejik tipte SP'li bir çocuk hastanın, Orem'in Öz-bakım Eksikliği Kuramı'na göre temel öz-bakım becerilerini karşılamakta oldukça yetersiz olduğu saptandı. Bu nedenle hemşirenin "Tümüyle Eksiklik Giderici" rolü kapsamında hastanın öz-bakımını sağlayıcı hemşirelik girişimleri planlandı. Ayrıca hastanın öz-bakımını karşılayan annesinin ve diğer aile üyelerinin gereksinimleri, hemşirenin "Destekleyici ve Eğitsel" rolü kapsamında ele alınarak eğitim ve danışmanlık planlandı. Pediatri hemşireleri, SP'li çocukların öz-bakımlarını gerçekleştirme durumlarını ve öz-bakım gereksinimlerini belirlemeli, öz-bakımını gerçekleştirirmede çocuk ve ebeveynlerini desteklemelidirler.

Anahtar Kelimeler: : Serebral palsi, Öz-Bakım eksikliği, Hemşirelik kuramı, Hemşirelik bakımı.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to plan nursing interventions according to Orem Self-care Deficiency Theory in a pediatric patient with quadriplegic type Cerebral Palsy (CP).

Methods: The basic situational factors in Orem Self-Care Deficiency Theory were evaluated by using observation, physical examination and communication technique in a patient with CP, epilepsy and hydrocephalus who had been hospitalized in the pediatric ward for ten days. Each step of the theory is summarized through the care plan which includes the data of the nursing system, self-care and self-care disability model formed by Orem and presented with a spider concept map.

Results: Among the factors affecting the self-care needs of an 8-year-old female patient with CP, epilepsy and hydrocephalus, secondary problems related to the severity of the disease were high, support mechanisms and knowledge of caregivers were insufficient. The patient's self-care power, perceptual, cognitive and sensory competence were found to be poor. According to Orem, the most important health deviation requirements of the patient are; respiratory, visual, dental, urinary, oral motor and sleep problems, malnutrition, mental retardation, epileptic seizures and social isolation.

Conclusion: In this study, a child with quadriplegic type CP was found to be inadequate to meet basic self-care skills according to Orem's Self-Care Deficiency Theory. For this reason, nursing interventions that provide self-care of the patient were planned within the scope of "Completely Deficient" role of the nurse. In addition, the needs of the mother and other family members who meet the patient's self-care were discussed within the scope of the "Supportive and Educational" role of the nurse and

Sorumlu Yazar: Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. Aydın, Türkiye

biircan5@gmail.com

Geliş Tarihi: 30.08.2019 – Kabul Tarihi: 02.02.2020

training and counseling were planned. Pediatric nurses should determine the status and self-care needs of children with CP and support their child and parents in performing self-care.

Key Words: Cerebral palsy, Lack of self-care, Nursing theory, Nursing care.

1. GİRİŞ

Serebral Palsi (SP) fetal dönemde beyinde lezyon ya da anomali sonucu oluşan, ilerleyici olmayan, hareket ve postürün gelişiminde kalıcı bozukluk yaratan bir sorundur. Bu duruma ilave olarak duyu, algı, bilişsel, iletişim bozuklukları, ikincil kas iskelet sistemi problemleri ve epilepsinin eşlik ettiği bir grup bozukluktur (1,2). Ülkemizde Serdaroğlu ve ark (2006) yaptığı prevelans çalışmasında SP sıklığını 1000 canlı doğumda 4.4, Amerika Birleşik Devletleri'nde Yeargin- Allosopp ve ark (2008) yaptığı çalışmada ise 1000 canlı doğumda 3.6 olarak saptamışlardır (3,4).

Serebral Palsi'de motor bozukluklara ek olarak başta epileptik nöbetler ve mental retardasyon olmak üzere diğ, görme, işitme, solunum, gastrointestinal, üriner, kas-iskelet, oral motor, uyku ve davranış sorunları ile ağrı ve disfaji eşlik eder. Bunlar çocuğun sağlık durumunda, öz-bakım becerilerini karşılama durumunda, yaşama katılımında ve yaşam kalitesinde önemli etkiler yaratır (2,5,6).

Serebral Palsi'li bir çocuğun öz-bakım becerilerini karşılması oldukça güçtür. Serebral Palsi'li birey, uygunsuz ve düzeltilemeyen vücut postürü, ağrı, kas spazmları, istem dışı hareketler, yutma ya da sindirim problemleri, eşlik eden tıbbi rahatsızlıklar, etkilenen ekstremitelerin kullanılmayışı gibi sorunlar nedeniyle gereksinimlerini tam olarak karşılayamaz (7,8). Bu nedenle öz-bakım becerilerini yerine getirememesine yol açabilecek birçok etmene aynı anda sahip olan SP'li bir çocuk, gereksinimlerini karşılama bir başkasına bağımlı olabilir (9).

Hemşirelik kuramları, hemşirelik girişimlerinin derinlemesine analizini sağlamaktadır. Kuram uygulamasında amaç bireylerin sağlığını iyileştirmek, geliştirmek ve sağlık düzeylerini yükseltmek için hemşirelere, hemşirelik uygulamalarını geliştirmeleri ve en nitelikli bakımı uygulamaları konusunda bilgi sağlamaktır (10). Dorothea E. Orem tarafından geliştirilen öz-bakım (kendi kendine bakım) kuramı, yaşamın sürekliliği için öz-bakımın neden gerekli olduğunu açıklar. Algılanan iyilik durumu, öz-bakımın amaçlarından biridir. Orem 1959 yılında hazırladığı raporda, öz-bakım gereksinimlerinin karşılansında, bireyden kaynaklanan yetersizliklerin hemşireliğe gereksinim duyulmasına neden olduğunu belirtmiştir (11).

Orem, hastanın gereksinimlerini karşılama için gerçekleştirilen yardımda üç temel hemşirelik sistemini tanımlar. Bunlar; hastanın, öz-bakımda hiçbir aktif etkinliğinin olmadığı ve hemşirenin ön planda olduğu "Tümüyle eksikliği giderici", hemşirenin ve hastanın bakım gereksinimlerini ve diğer eylemleri birlikte gerçekleştirdikleri "Kısmen eksikliği giderici" ve hastanın gerekli öz-bakım gereksinimlerini gerçekleştirmek için öğrenebilme yeteneğine sahip olduğu ve öğrenmek zorunda olduğu, fakat bunu yardımcı olmadan yapamadığı "Destekleyici-eğitsel" hemşirelik sistemidir. Bir hemşirelik sisteminin biçimlenişi hemşirenin seçimi ve yardım yöntemlerinin kullanımıyla oluşur, çünkü her yöntem hemşire ve hasta için ayrı roller tanımlamaktadır (12).

Pediyatri hemşireleri çocuk ve aile sağlığının desteklenmesi, savunuculuk, eğitim ve danışmanlık rolü çerçevesinde sorunu olan çocuk ve ailesine her türlü desteği sağlayabilmeli

ve gerekli müdahalelerde bulunabilmelidir (13). Serebral palsili çocuğun Orem'in Öz-Bakım Eksikliği Kuramı'na göre hemşirelik bakımının ele alındığı bu çalışmada kuadriplejik tipte temel öz-bakım becerilerini karşılamakta yetersiz olan hasta, ailesi ile birlikte ele alınarak öz-bakımını sağlamada ve yönetmede hemşirelik eğitimi ve danışmanlığı planlanmıştır. Aileye yapabildiği beceriler konusunda destek sağlanmış, yapabileceği beceriler konusunda da bilgi verilmiştir. Kuramın her basamağı Orem'in oluşturduğu hemşirelik sistemi, öz-bakım ve öz-bakım yetersizlik modelinin verilerinin yer aldığı bakım planı üzerinden özetlenmiş ve örümcek kavram haritası ile sunulmuştur (Şekil 1).

SEREBRAL PALSİLİ ÇOCUĞUN OREM ÖZ-BAKIM EKSİKLİĞİ HEMŞİRELİK KURAMI'NA GÖRE HEMŞİRELİK BAKIM PLANI ÖRNEĞİ

1) Gebelik ve doğum öyküsü

Gebeliğinin 32. haftasında ultrasonografide (USG) bebeğinde hidrosefali tespit edilen anne bir devlet hastanesinde sezaryen doğum yapmıştır. Bebeğin doğum ağırlığı 1200 gramdır.

2) Hastalık öyküsü

Doğumdan 2 saat sonra konvülziyon geçiren bebek, 13 gün yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalmıştır. Doğumdan sonraki 23. günde intrakranial kanama gelişmiş, üç aylıkken kalıcı ventriküloperitoneal (VP) şant operasyonu geçirmiştir. Üç yaşındayken epileptik nöbetleri başlamış ve antiepileptik tedavi almaktadır. Beş yaşındayken yutma disfonksiyonu geliştiği için perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) açılmıştır. Aşılarda tam zamanında yapılmıştır.

Pediatric servisinde on gündür yatmakta olan SP, epilepsi ve hidrosefali tanılı hastada gözlem, fizik muayene ve iletişim tekniği kullanılarak Orem Öz-Bakım Eksikliği Kuramı'nda yer alan temel durumsal faktörler değerlendirilmiştir.

3) Temel durumsal faktörler

Yaş: 8 yıl 1 ay 1 günlük

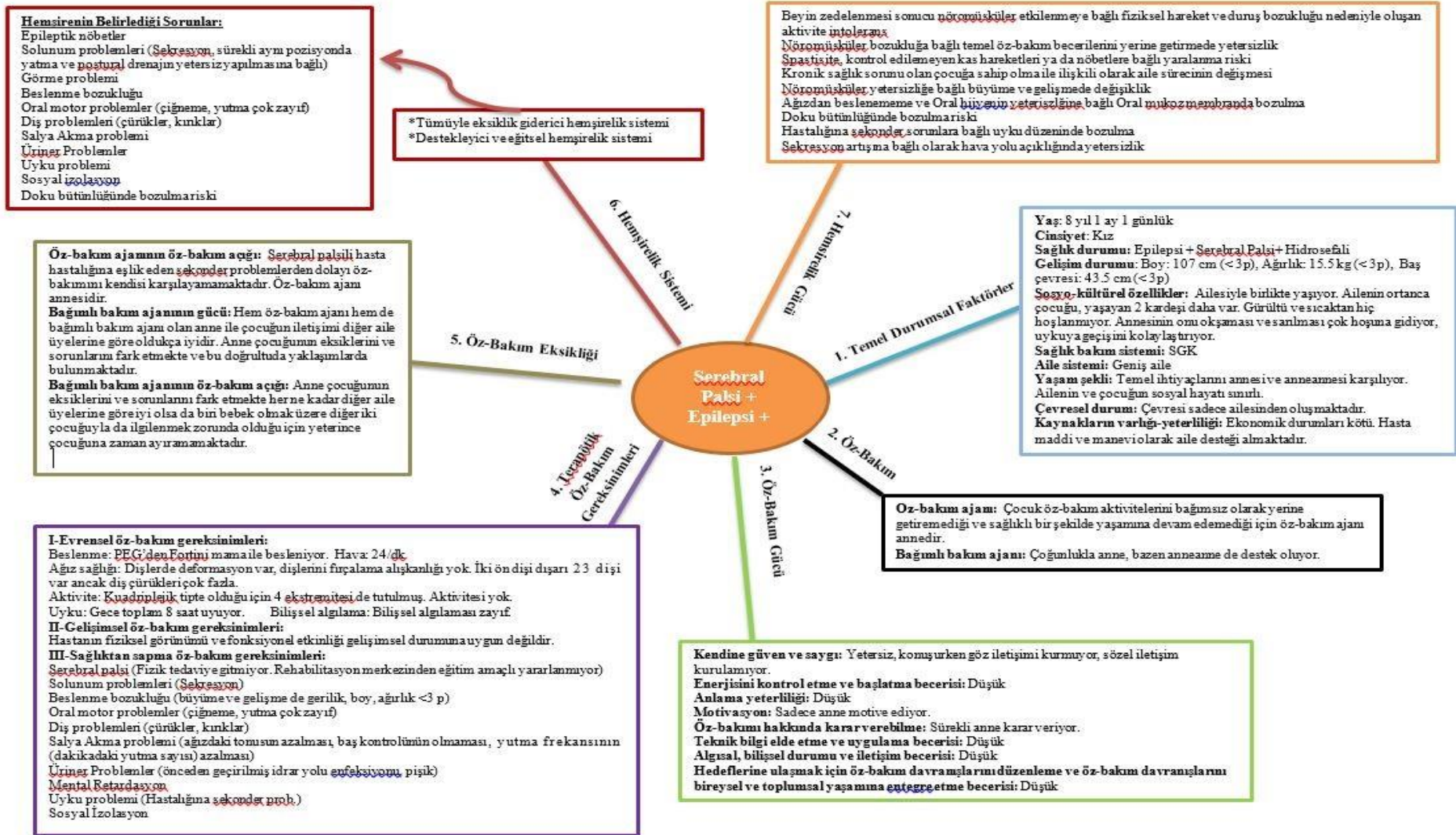
Cinsiyet: Kız

Sağlık durumu/Tanısı: Epilepsi + Serebral Palsi + Hidrosefali + VP Şant

Antropometrik özellikler: Ağırlık: 15.5 kg (< 3p), Boy: 107 cm (< 3p), Baş çevresi: 43.5 cm (mikrosefali görünümü).

Sosyo-kültürel özellikler: Anne 28, baba 30 yaşındadır. Ailenin ortanca çocuğu, yaşayan iki kardeşi vardır. Annesi gürültü ve sıcaktan çok rahatsız olduğunu; böyle ortamlarda oldukça huzursuz olduğunu ve uyku sorunu yaşadığını belirtmiştir. Yine annenin belirttiğine göre, annesinin onu okşaması ve sarılması çok hoşuna gitmekte ve çocuğun uykuya geçişini kolaylaştırmaktadır.

Aile sistemi: Geniş aile (anneannede çocuğun bakımına destek olmak için aile ile birlikte yaşamaktadır.)



Şekil 1. Kavram Haritası: Serebral Palsili Bir Çocuğun Orem Öz-Bakım Eksikliği Kuramına Göre Hemşirelik Bakımı

Yaşam şekli: Hasta tamamen yatağa bağımlıdır. Temel ihtiyaçlarını annesi ve anneannesi karşılamaktadır. Ailenin ve çocuğun sosyal hayatı oldukça sınırlıdır.

Çevresel durum: Orem'e göre çevre, bireyin öz-bakım aktivitelerini yapma yeterliliğini etkileyen fiziksel, kimyasal, biyolojik özellikler ve sosyoekonomik durumdur (11). Hasta tam bağımlı olduğu için fiziksel hareketi yoktur. Kimyasal ve biyolojik özelliklerini kullanıp eyleme dönüştürecek duruma sahip değildir. Hastanın sosyal çevresine sadece ailesinden oluşmaktadır.

Kaynakların varlığı-yeterliliği: Sosyal güvencesi vardır. Ailede sadece baba çalışmaktadır. Ailenin ekonomik durumu kötüdür.

4) Öz-Bakım

Öz-bakım ajanı: Öz-bakımı sağlayan kişi, öz-bakım ajanı olarak tanımlanır (12). Çocuk öz-bakım aktivitelerini bağımsız olarak yerine getiremediği ve sağlıklı bir şekilde yaşamına devam edemediği için öz-bakım ajanı annedir. Hasta ve annesi, çocuğun yaşadığı nöbet atakları, yoğun sekresyon nedeniyle hava yollarının tıkanması, rutin sağlık kontrolleri ve sekonder sorunlar nedeniyle sık sık hastaneye başvurmaktadırlar.

Bağımlı bakım ajanı: Bebek, çocuk, yaşlı ya da bağımlı kişilerin bakımını üstlenen kişiye bağımlı öz-bakım ajanı denir (12). Çocuğa çoğunlukla anne bakıyor, bazen anneanne de destek olmaktadır.

5) Öz-bakım gücü

Epilepsi, serebral palsi ve hidrosefalisi olan hastanın öz-bakım gücü, algısal, bilişsel ve duyuşsal yeterliliği çok zayıf olduğu için "Öz-bakım Gücü Ölçeği" kullanılarak değerlendirilememiştir (14). Öz-bakım becerilerinin kazanımı; çocuğun motor, dil, zihin ve duygu gelişimine bağlı olduğu için çocuğun öz-bakım gereksinimlerini karşılayabilme durumu, her gelişim alanı bir bütün olarak ele alındığında yetersiz kalmaktadır. Öz-bakım becerilerinin kazandırılabilmesi için bireyin önceden gerçekleştirmesi gereken ön koşul becerileri vardır. Bunlar; büyük ve küçük kasların kullanımını gerektiren beceriler, el-göz koordinasyonu, hareketleri taklit etme, görsel dikkat, basit yönergeleri anlamadır. Engel durumuna göre engel oranı %50 ve üzeri olduğu tespit edilenlerden doku, organ ve/veya fonksiyon kaybı ve/veya psikiyatri tanısı bağlantılı olarak muhakeme yeteneği değerlendirilmesine göre günlük yaşam aktivitelerini, yardım almasına rağmen, kendi başına gerçekleştiremediğine karar verilen bireylere tam bağımlı denir (15). Tam bağımlı hasta öz-bakımını hiç gerçekleştirememekte, tüm bakım gereksinimleri hemşireler ve anne tarafından karşılanmaktadır. Hastanın öz-bakım gücü, algısal, bilişsel ve duyuşsal yeterliliği zayıf olduğu için aşağıda öz-bakım gücünü ortaya koyabilecek parametreler objektif olarak değerlendirilememiş, yalnızca hasta gözlemlenerek değerlendirme yapılmıştır.

Kendine güven ve saygı: Çocuk konuşurken göz iletişimi kuramadığı, sözel iletişim sağlanamadığı ve söylenen herhangi bir tepkiye yanıt alınamadığı için yetersiz olduğu görülmüştür.

Enerjisini kontrol etme ve başlatma becerisi: Çocuk fazla hareket etmeden yatmaktadır. Herhangi bir aktivitede bulunması mümkün değildir.

Anlama yeterliliği: Çocuğun çevreden bilgi edinebilme ve bilgiyi genelleyebilme süreçlerinde güçlükleri vardır. “Elini kaldır, gülümse şeklinde söylenen basit komutlara yanıt vermemektedir. Dokunsal uyaran verildiğinde (okşamak, ayağına dokunmak gibi) yüz ifadesi değişim gösterebilmektedir. Söylenen becerileri kazanmalarında daha fazla yönlendirilmeye, desteklenmeye, sürekli ve sistemli bir eğitime gereksinimi vardır. Ancak annesi özel eğitim merkezine göndermediği ve hastalığına sekonder sorunlar geliştiği için kavrama durumu şuan için zor görünmektedir. Anlama yeterliliği oldukça düşüktür.

Motivasyon: Hasta herhangi bir sorununu ifade edebilmek için sesler çıkarmaktadır. Tepki verdiği zaman yanıt olarak annesi ona sarılmakta, okşamakta ve masaj yapmaktadır. Çocuğu sadece anne motive etmektedir.

Öz-bakımı hakkında karar verebilme: Çocuk temel öz-bakım becerilerini bile yerine getirememektedir. İletişim kuramadığı için öz-bakımı hakkında karar verici kişi annesidir.

Teknik bilgi elde etme ve uygulama becerisi: Çocukta görme, baş tutma, oturma gibi motor becerilerinin olmamasının yanında, ağır derecede mental retardasyon (IQ: 30) vardır. Teknik bilgi elde etme ve uygulama becerisi yoktur.

Algısal, bilişsel durumu ve iletişim becerisi: Algısal ve bilişsel durumu çok zayıf. Herhangi bir komut verildiğinde yerine getirmiyor, ismi seslenildiğinde annesinden başka kimseye bakmıyor. Çocuk sözel iletişim kullanamıyor. Annesi herhangi bir şeye ihtiyacı olup olmadığını çıkardığı seslerden anlıyor.

Hedeflerine ulaşmak için öz-bakım davranışlarını düzenleme ve öz-bakım davranışlarını bireysel ve toplumsal yaşamına entegre etme becerisi: Öz-bakım becerileri düzenleme ve entegre etme becerisi yoktur.

6) Terapötik öz-bakım gereksinimleri

Terapötik öz-bakım gereksinimleri üç alt boyutta incelenmektedir (11);

I-Evrensel öz-bakım gereksinimleri:

Hava: Solunum sayısı normal (24/dk), ancak hava yolunda yoğun sekresyon var. Annesi günde bir kere postural drenaj yaptığını söyledi.

Beslenme: Doğumdan sonraki 19 ay anne sütü ile beslenmiş. Ek olarak annesi formül mama kullanmış. Beş yaşındayken yutma disfonksiyonu sonrası, mama aspirasyonu geliştiği için PEG açılmış. Hasta ihtiyacı olan makro ve mikro besin öğelerinin tamamını içeren hiperkalorik enteral beslenme ürünü bir mama ile PEG’den besleniyor.

Ağız sağlığı: Dişlerde deformasyon vardır, dişler fırçalanmamaktadır. İki ön dişi dışarı doğru ve büyük olduğu için sürekli ağızdan nefes almaktadır. Toplam 23 dişi vardır, ancak diş çürükleri çok fazladır. Çocuğun ağız içi kontrol edilmek istenmiştir, ancak spastisitesi nedeniyle değerlendirilememiştir. Anne kontrol amaçlı diş hekimine gitmediğini ifade etmiştir.

Aktivite: Serebral palsinin en ağır şekli kuadriplejik SP olduğu için dört ekstremitesi de tutulmuştur. Aktivitesi yoktur; baş tutma, oturma gibi motor becerileri yoktur.

Uyku: Diazepam aldığı zaman uykuya daha rahat geçirmektedir. Gece toplam 8 saat uyumakta, gündüz ara ara uyuklamaları olsa da sese karşı çok hassas olduğu için hemen uyanmaktadır. Annesi uykuya dalacağı zaman sarıldığını bu şekilde daha rahat uyduğunu ifade etmiştir.

Bilişsel algılama: Hastanın görme, işitme, tat alma, koku ve dokunma gibi farklı duyuyla aldığı uyarıcılar aracılığıyla dünyayı organize etme ve anlama imkanı ve buna tepki verme durumu gözlenmedi. Bilişsel algısı çok zayıftır. Eğitim almak için bir özel eğitim ve rehabilitasyon merkezine 2-4 yaşları arasında gitmiş, ancak annesi bir yararı olmadığını düşündüğü için bırakmış.

II-Gelişimsel öz-bakım gereksinimleri:

Prematüre doğan ve serebral palsy tanılı hastanın fiziksel görünümü ve işlevselliği kronolojik yaşı ile uyumlu değildir. Yaşadığı sağlık problemi nedeniyle beslenme problemi vardır (BKI: <3 persentil). Bu dönemde çocuk, aile ortamından çıkarak dış dünya ile etkileşim içinde olmalı ve ilkökula başlamalıdır. Çocuk tüm gelişimsel alanlarda bu dönemin özelliklerini göstermemektedir. Ailesine tam bağımlı olarak yaşayan çocuk çevresindeki hiç kimseyle iletişim kuramamaktadır. Annesiyle sınırlı da olsa iletişim kurabilmektedir. Çocuk sözel iletişim kullanamamaktadır. Annesi çocuğunun herhangi bir şeye ihtiyacı olup olmadığını çıkardığı seslerden anlamaktadır. Ailesinin yaşadığı sosyal izolasyon nedeniyle çocuk da sosyal izolasyon yaşamaktadır. Annesi önceleri kalabalık ortamlara girebildiklerini, fakat epilepsi tanısı aldıktan sonra kızının aynı kalabalıktan rahatsız olduğu için stres yaşadığını ve nöbet geçirdiğini ifade etmiştir. Çocuğun bakımı ile anne ilgilenmektedir. Çocuğun yaşantısı ve gereksinimlerine ilişkin çevresel düzenlemeler anne tarafından yapılmaktadır. Baba ve anneannenin de çocuğun öz-bakım gereksinimlerini yerine getirmede rol ve sorumluluk alması için çocuğun hastalığı ve bakımı ile ilgili bilgi ve beceri kazanmaya ihtiyaçları vardır. Çocuğun yaş ve gelişimsel düzeyine uygun yeti ve yeteneklerinin olmaması ailede üzüntüye sebep olmaktadır.

III-Sağlıktan sapma öz-bakım gereksinimleri:

- *Serebral palsy (Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinden yararlanmamaktadır).
- *Epileptik nöbetler (Gürültü, kalabalık ortamlara maruz kalmaktadır).
- *Solunum problemleri (Sekresyon, sürekli aynı pozisyonda yatma ve postural drenajın yetersiz yapılmasına bağlı solunum problemleri yaşamaktadır).
- *Görme problemi (Doğumdan sonra bilateral görme kaybına bağlı sorun yaşamaktadır).
- *Beslenme bozukluğu (Büyüme ve gelişmede gerilik vardır. Boy, ağırlık <3 persentilin altındadır).
- *Oral motor problemler (Çiğneme, yutma çok zayıftır).
- *Diş problemleri (Çürükler, kırıklar vardır).
- *Salya akma problemi [Ağızdaki tonusun azalması, baş kontrolünün olmaması, yutma frekansının (dakikadaki yutma sayısı) azalmasına bağlı olmaktadır].
- *Üriner problemler (Pişik, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu mevcuttur).
- *Mental retardasyon
- *Uyku problemi (Hastalığına sekonder problemler, çevresel faktörler ve kullanılan ilaçlar nedeniyle sorun yaşamaktadır).
- *Sosyal izolasyon (Anne, eviyle ve tüm çocuklarıyla ilgilenmeye çalıştığı için hiç dışarı çıkamadığını ve sosyal hayatının kısıtlı olduğunu ifade etmiştir).
- *Doku bütünlüğünde bozulma riski [Braden Basınç Yararı Risk Değerlendirme Ölçeği ile (5 yaş üzerindeki çocuklar için) değerlendirilmiş ve 12 puan almıştır. Riskli grupta olduğu sonucuna varılmıştır].

7) Öz-bakım eksikliği

Öz-bakım ajanının öz-bakım açığı: Serebral palsi hastalığına eşlik eden sekonder problemlerden dolayı çocuk, öz-bakımını kendisi karşılayamamaktadır. Öz-bakım ajanı annesidir.

Bağımlı bakım ajanının gücü: Hem öz-bakım ajanı hem de bağımlı bakım ajanı olan anne ile çocuğun iletişimi diğer aile üyelerine göre oldukça iyidir. Anne çocuğunun eksiklerini ve sorunlarını fark etmekte ve bu doğrultuda yaklaşımlarda bulunmaktadır.

Bağımlı bakım ajanının öz-bakım açığı: Anne, diğer aile üyelerine göre, çocuğunun eksiklerini ve sorunlarını daha iyi fark etmektedir. Fakat, biri bebek olmak üzere diğer iki çocuğuyla da ilgilenmek zorunda olduğu için yeterince çocuğuna zaman ayıramamaktadır. Serebral palsili hasta yaşam boyu öz-bakım eksikliği yaşamış ve yaşayacaktır. Hemşire, öz-bakım yetersizliği olan çocuğun bakım gereksinimlerini karşılayan aile üyelerinin becerilerini arttırmalıdır. Öz-bakım yetersizliğinin giderilemediği durumlarda ise hastanın öz-bakım gereksinimlerini kendisi karşılamalıdır. Birey hastanede yattığı süre içinde anneye destek olundu ve annesi olmadığı zaman çocuğa kısa süreliğine refakat edilmiştir. Çocuğa rahat nefes alması için pozisyon verildi ve postural drenaj uygulanmıştır.

8) Hemşirelik sistemi

Sağlıklı ya da hasta bireyin belli terapötik öz-bakım gereksinimleri veya öz-bakım eksikliğinin karşılanması için hemşire tarafından gerçekleştirilen hemşirelik uygulamaları hemşirelik sistemini oluşturur. Orem, sağlıklı ya da hasta bireyin gereksinimlerinin karşılanması için üç tip hemşirelik sistemi tanımlamıştır. Bunlar:

1. Tümüyle eksiklik giderici hemşirelik sistemi
2. Kısmen eksikliği giderici hemşirelik sistemi
3. Destekleyici ve eğitsel hemşirelik sistemi (12).

Öz-bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı'nı temel alarak serebral palsi tanılı hastanın hemşirelik bakımının yürütüldüğü bu çalışmada hasta öz-bakım becerilerini gerçekleştiremediği için 'Tümüyle Eksiklik Giderici Hemşirelik Sistemi' ve hastanın öz-bakımını karşılayan annesini ve diğer aile üyelerini desteklemek için 'Destekleyici ve Eğitsel Hemşirelik sistemi' uygulanmıştır. Uygulanan tüm hemşirelik girişimlerinin etkinliği değerlendirilmek istenmiş, ancak hastanın öz-bakım gücü algısal, bilişsel ve anlama yeterliliği "Öz-Bakım Gücü Ölçeği" kullanılarak değerlendirilememiştir. Çocuk ebeveyne tam bağımlı olarak yaşadığı için Zihinsel Yetersiz Çocuğu Olan Aileler İçin Aile Yüğü Değerlendirme Ölçeği kullanılarak annenin yüğü 171 olarak hesaplanmış ve kesme noktası olan 97'nin üzerinde olduğu için bakım yükünün fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Çocuğun temel öz-bakım becerilerinden primer sorumlu olan annenin becerileri gözlenmiş ve merak ettiği konularda duygu ve düşüncelerini açıklamasına fırsat verilmiştir. Anne, destek alması gereken konularda bilgilendirilmiş ve çeşitli destek gruplarından yardım alabileceği söylenmiştir. Anne yapabildiği beceriler konusunda desteklenmiş, yapabileceği beceriler konusunda da bilgi verilmiştir.

Hemşirenin Belirlediği Sorunlar:

- Epileptik nöbetler
- Solunum problemleri (sekresyon, sürekli aynı pozisyonda yatma ve postural drenajın yetersiz yapılmasına bağlı)
- Görme problemi
- Beslenme bozukluğu
- Oral motor problemler (çiğneme, yutma çok zayıf)
- Diş problemleri (çürükler, kırıklar)
- Salya akma problemi
- Üriner problemler
- Uyku problemi
- Sosyal izolasyon
- Doku bütünlüğünde bozulma riski

9) Hemşirelik gücü

Serebral Palsi'de asıl sorun motor bozukluktur, ancak motor bozukluğun diğer sistemlerle de yakın ilişkisi olduğu için diğer bozukluklar da ortaya çıkar. Serebral Palsi'ye eşlik eden problemler; başta epileptik nöbetler ve mental retardasyon olmak üzere işitme, görme, üriner, solunum, gastrointestinal, kas-iskelet, diş, oral motor, uyku ve davranış problemleridir. Serebral Palsi'li çocuklar temel öz-bakım becerilerinden uyku, beslenme, boşaltım, ağız hijyeni, hareket etme, giyinme, soyunma gibi birçok konuda sorun yaşamaktadırlar. Bunlar, çocuğun sağlık durumunda, işlevlerinde, yaşama katılımında ve yaşam kalitesinde önemli etki yapabilir. Hemşireden bu durumları belirlemesi, değerlendirmesi ve çözümler getirmesi beklenir (2,5,6).

Orem, hemşirelik sanatını, “insan işlevini belli bir etkinlik düzeyinde güçlendirmek için öz-bakım sistemlerinin biçimlendirilmesi, sağlanması ve uygulanmasında insanlara yardım edebilmek” olarak tanımlar. Orem'e göre “hemşirelik, yardım veya rehberliğe gereksinimi olan kişilere hemşireler tarafından bilimsel bilgi doğrultusunda verilen hizmet şeklidir. Hemşireliğin amacı, insanların yaşam ve sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık veya sakatlığının iyileşmesi veya etkileriyle baş edebilmesi için öz-bakım yeteneğinin gelişmesini sağlamaktır. Hemşire, hastanın terapötik öz-bakım gereksinimlerini karşılarken, aynı zamanda onun öz-bakımını yapabilmesine yönelik girişimlerini de sürdürür” (12). Hemşireler, çocukların sağlığının geliştirilmesi ve ebeveynleriyle etkileşimlerinde etkin rol oynayabilirler. Çocukların iyilik halinin sürdürülmesinde hemşirenin rolü, çocuklarda öz-bakımı geliştirmeye yardım etmek ve onları sağlıklarını en üst düzeyde sürdürebilmeleri için motive etmektir. Serebral Palsi'li çocuklar desteklenme sürecinde hastanelerden ve rehabilitasyon merkezlerinden destek alabilirler. Ancak çocukların yaşamının büyük bir bölümü yine evde geçtiği için ev ortamında izlem ve destek çok önemlidir. Hemşirelerin, engelli bireylerin gereksinimlerinin sürekli farkında olması; bu bireylere öz-bakım sorumluluğunun kazandırılması ve kapasitesinin yükseltilmesi için danışmanlık yapması gerekir (12).

Öz-bakım, olumlu sağlık davranışlarının ve kontrolün gelişmesinde, bireylerin kapasitelerinin artırılmasında ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde büyük önem taşır. Gelişimsel olarak çocuklar, üstelik engelli ise öz-bakımlarını gerçekleştirme, sağlıklarını

geliştirmek ve korumak için çevre düzenlemelerini yapmada yeterli olmayabilirler. Onunla birebir ilgilenen kişi, anne/bakıcı sorumludur. Engelli çocuklar desteklendiklerinde kapasiteleri doğrultusunda aktivitelere katılabilirler. Bunun için hemşire çocuk ve ailesi ile işbirliği sağlamalıdır (2,16).

Serebral Palsi’li çocuğun hemşirelik bakımının amacı; çocuğun kişisel yeteneği dahilinde hareketinin sağlanması, iletişim becerileri kazandırılması, yapabileceği ölçüde kendine bakım aktivitelerinin sağlanması, varsa yardımcı araç gereç kullanımında destek olunması, beden imajını güçlendirme, aileye eğitim ve destek sağlanması, aile sürecinin sürdürülmesine yardım etmektir.

Serebral Palsi, epilepsi ve hidrosefalisi olan 8 yaşında kız hastanın öz-bakım gereksinimlerini etkileyen faktörler arasında, hastalığın şiddetine bağlı sekonder sorunlarının fazla, destek mekanizmalarının ve bakım vericilerin bilgi düzeyinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Hastanın öz-bakım gücünün, algısal, bilişsel ve duyuşsal yeterliliğinin oldukça zayıf olduğu görülmüştür. Orem’e göre hastanın en önemli sağlıktan sapma gereksinimleri; solunum, görme, diş, üriner, oral motor, uyku ve beslenme problemleri, epileptik nöbetler, mental retardasyon ve sosyal izolasyon olarak belirlenmiştir.

Serebral Palsili Çocuğun Bakımında Uygulanabilecek Hemşirelik Girişimleri:

Tanı: Nöromusküler bozukluğa bağlı temel öz-bakım becerilerini yerine getirmede yetersizlik

Girişimler:

- Çocuğun yapabileceği aktiviteler konusunda ailenin gerçekçi beklentiler ortaya koyması sağlanacak
- Çocuğun yapabileceği ufak hedefler belirlenerek direnç göstermesine neden olabilecek ısrarlı tutumlardan kaçınılacak
- Düzenli diş bakımı ve hijyenin önemi konusunda aileye eğitim ve danışmanlık yapılarak kullanılan antiepileptik ilaçların diş etinde kanamaya neden olabileceği anlatılacak
- Çocuğun alt temizliği için kullanılan ürünlerde kimyasal maddeler, koku ve renk veren sentetik maddelerin, alerji ve tahriş yapan koruyucu maddelerin bulunmaması için en uygun olan temizlik maddesinin kaynamış ılıtılmış su ile ıslatılmış pamuk olduğu konusunda aileye bilgi verilecek

Tanı: Spastisite, kontrol edilemeyen kas hareketleri ya da nöbetlere bağlı yaralanma riski

Girişimler:

- Keskin objeler uzaklaştırılarak güvenli bir çevre sağlanacak
- Yatak kenarları kaldırılacak ve travmayı önlemek için yatak kenarları yastıklarla desteklenecek
- Ebeveyn, çocuğu diğer kardeşlerine emanet etmemesi ve denetimsiz bırakmaması konusunda uyarılacak
- Yeterli uyuması ve dinlenmesi sağlanacak
- Aileye nöbetin tipi, sıklığı şekli ve nöbet sırasında yapılması gereken girişimler konusunda eğitim verilecek
- İlaçlarının düzenli verilmesi sağlanacak

- Nöbeti tetikleyen stresörler (gürültü, ışık vb.) mümkün olduğunca azaltılacak
- Ailenin evde bakıma yönelik güvenlik önlemlerini gözden geçirmesi sağlanacak

Tanı: Beyin zedelenmesi sonucu nöromusküler etkilenmeye bağlı fiziksel hareket ve duruş bozukluğu nedeniyle oluşan aktivite intoleransı

Girişimler:

- Rehabilitasyon merkezine tekrar başlaması için teşvik edilecek
- Egzersizlerden önce çocuğun dinlenmesi sağlanacak
- Tedaviye yanıtı düzenli olarak değerlendirilecek

Tanı: Kronik sağlık sorunu olan çocuğa sahip olma ile ilişkili olarak aile sürecinin değişmesi

Girişimler:

- Aile, çocuğun hastalığına karşı gerçekçi beklentiler koymasında yönlendirilecek
- Anne, baba ve kardeşlerin hasta çocuğun yaşam tarzında bazı düzenlemeler gerektiren özel durumunun olduğunu anlamalarına yardım edilecek
- Çocuğu aşırı korumaktan kaçınma ve yapabildiği yetenekleri destekleme konusunda aile bilgilendirilecek
- Aile, yaşam tarzı, çocuğun hastalığına ve tedavisine uyum ya da uyumsuzluk belirtileri açısından değerlendirilecek
- Aile, uygun destek grupları ve toplum kaynaklarına yönlendirilecek, benzer sorunu olan ailelerle bir araya gelmesi sağlanacak

Tanı: Nöromusküler yetersizliğe bağlı büyüme ve gelişmede değişiklik

Girişimler:

- Çocuğun zihinsel ve diğer alanlardaki gelişim düzeyi belirlenecek
- Aile, çocuğu rehabilitasyon merkezine götürmesi konusunda desteklenecek
- Kronolojik yaşına göre değil, işlevselliğine göre etkileşim ve iletişime geçilecek
- Aile ve çocuk arasındaki iletişim gözlenecek

Tanı: Ağızdan beslenememe ve oral hijyenin yetersizliğine bağlı oral mukoz membranda bozulma

Girişimler:

- Ağız içi hijyen, nem, tükürük salgısı ve renk yönünden değerlendirilecek
- Hastanın oral mukoz membranında bozulma (lezyon, aft vb.) olup olmadığı uygun sıklıkta değerlendirilecek
- Anneye, temiz bir bezle çocuğun dişlerini temizlemesi söylenecek
- Anneye, hastanın dudaklarını uygun nemlendirici ile nemlendirmesi söylenecek
- Anne, ağız bakımının önemi konusunda bilgilendirilerek ve çocuğa ağız hijyeni verme alışkanlığı kazanması için cesaretlendirilecek
- Anne, ağız bakım ürünleri (Nistatin süsp., karbonatlı solüsyon, tuzlu su vb.), kullanımı ve saklanması konusunda bilgilendirilecek

Tanı: Doku bütünlüğünde bozulma riski

Girişimler:

- Bası yarası gelişme riski değerlendirilecek; cildi ve basınç bölgeleri düzenli kontrol edilecek
- Cildi temiz ve kuru tutulacak
- İki saat ara ile ve/veya gerektiğinde pozisyon verilecek ve anne desteklenecek
- Yatak çarşaflarının temiz, kuru ve kırışiksiz olması konusunda anne bilgilendirilecek
- Giysileri temiz ve kuru tutulacak ve terletmeyen kıyafetler tercih edilecek
- Dışkı ya da idrar inkontinansı sebebiyle kirlenen perianal bölgeye sık sık bakım verilecek; bölgenin temiz ve kuru tutulması sağlanacak
- Tırnaklarının düz ve kısa kesilmesi söylenecek
- Aileye, çocuğun cilt bütünlüğünün korunmasının önemi; bunun sağlığına ve iyileşme sürecine etkisi hakkında eğitim verilecek

Tanı: Kronik hastalığa bağlı olarak bakım verici rolünde zorlanma

Girişimler:

- Bakım vericinin yararlanabileceği kaynaklara ilişkin bilgisi değerlendirilecek
- Bakım vericinin bu kaynaklardan yararlanma isteğinde olup olmadığı değerlendirilecek
- Bakım verici rolünde olan aile üyelerine, çocuğun hastalığı, tedavisi ve özel gereksinimleri hakkında bilgi verilecek
- Bakım vericinin, bakımın hangi aşamasında daha çok zorlandığı veya yardıma ihtiyaç duyduğu belirlenecek

Tanı: Hastalığına sekonder sorunlara bağlı uyku düzeninde bozulma

Girişimler:

- Hastanın uyku alışkanlığı ve uyku gereksinimi belirlenecek
- Uykusunu etkileyen durumlar ve normal uyku örüntüsü belirlenecek
- Hasta odasına giren kişilerin sayısı kısıtlanacak
- Sessiz, sakin ve dinlendirici bir yaşam ortamı oluşturulacak
- Durumu stabil ise vital bulgu takibi için hasta uyandırılmayacak
- Uykuya dalmasını kolaylaştıracak girişimler planlanacak
- Uygun pozisyon verilerek daha rahat nefes alması sağlanacak
- Ağrısı varsa kontrol altına alınacak

Tanı: Sekresyon artışına bağlı olarak hava yolu açıklığında yetersizlik

Girişimler:

- Hava yolu tıkanıklığına neden olan faktörler tanımlanacak
- Solunum hızı, ritmi, solunum sesleri, öksürük ve sekresyonun özelliği değerlendirilecek
- Hastaya semi fowler/fowler pozisyonu verilecek

- Anneye 2 saatte bir postural drenaj uygulaması söylenecek
- İstemde varsa O2 ve brokodilatör ilaçların zamanında uygulanması sağlanacak

2. SONUÇ

Öz-Bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı” temel alınarak epilepsi, SP ve hidrosefalisi olan 8 yaşındaki hastanın hemşirelik bakımının yürütüldüğü bu çalışmada, öncelikli olarak çocuk ve ailesine ilişkin temel durumsal faktörler değerlendirilmiştir. Çocuğun bütün gelişimsel alanlarda olduğu gibi öz-bakım becerilerinde oldukça yetersiz olduğu belirlenmiştir.

Hastanın öz-bakım ajanı ve öz-bakım gücü değerlendirilerek terapötik öz-bakım gereksinimleri belirlenmiştir. Bu olguda öz-bakım ajanı annedir. Anne, diğer yük ve sorumlulukları nedeniyle çocuğuna yeterince zaman ayıramamaktadır. Öz-bakım gücü yetersiz olan hastanın öz-bakım gereksinimleri hemşire tarafından karşılanacağı için ‘Tümüyle Eksiklik Giderici Hemşirelik Sistemi’ ve öz-bakımını karşılayan anne ve diğer aile üyelerini desteklemek için ‘Destekleyici ve Eğitsel Hemşirelik Sistemi’ uygulanmıştır. Hastanın öz-bakım gereksinimlerini etkileyen faktörler arasında, hastalığın şiddetine bağlı sekonder sorunlarının fazla, destek mekanizmalarının ve bakım vericilerin bilgi düzeyinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Hastanın öz-bakım gücünün, algısal, bilişsel ve duyuşsal yeterliliğinin oldukça zayıf olduğu görülmüştür. Orem’e göre hastanın en önemli sağlıktan sapma gereksinimleri; solunum, görme, diş, üriner, oral motor, uyku ve beslenme problemleri, epileptik nöbetler, mental retardasyon ve sosyal izolasyon olarak belirlenmiştir. Bu gereksinimlerden yola çıkılarak pediatri hemşireleri, SP’li çocukların ve ailesinin taburculuktan sonra öz-bakım gereksinimlerini karşılamaya ne kadar hazır olduklarını değerlendirmelidir. Serebral Palsi’li çocukların öz-bakım gereksinimlerini ve öz-bakımlarını gerçekleştirme becerilerini belirlemeli, çocuğun öz-bakımını gerçekleştirmesi için ebeveynleri desteklemelidirler.

KAYNAKLAR

1. Efe, E., İşler, A. (2013). *Çocuklarda sinir sistemi hastalıkları, yaralanmaları ve hemşirelik bakımı*. Conk, Z., Başbakkal, Z., Bal, Yılmaz H., Bolışık, B. Pediatri hemşireliği. 1th ed. (ss: 651-658). Ankara: Özyurt Matbaacılık.
2. Panteliadis, C. P. (2015). *Serebral palsi, multidisipliner yaklaşım*. Ankara: Pelikan Kitabevi.
3. Serdaroğlu, A., Cansu, A., Ozkan, S., Tezcan, S. (2006). Prevalence of cerebral palsy in Turkish Children between the ages of 2 and 16 years. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 48(6), 413- 416.
4. Yeargin-Allsopp, M., Braun, K. V. N., Doernberg, N. S., Benedict, R. E., Kirby, R. S., Durkin, M. S. (2008). Prevalence of cerebral palsy in 8-year-old children in three areas of the United States in 2002: a multisite collaboration. *Pediatrics*, 121(3), 547-554.
5. Törüner, K. E., Büyükgönenç, L. (2012). *Çocuk sağlığı temel hemşirelik yaklaşımları*. Ankara: Göktuğ Yayıncılık.
6. Kulaksızoğlu, A. (2015). *Farklı gelişen çocuklar*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
7. Sandella, D. E., O’Brien, L. M., Shank, L. K., Warschausky, S. A. (2011). Sleep and quality of life in children with cerebral palsy. *Sleep Medicine*, 12(3): 252-256.
8. Simard-Tremblay, E., Constantin, E., Gruber, R., Brouillette, R. T., Shevell, M. (2011).

- Sleep in children with cerebral palsy: A review. *Journal of Child Neurology*, 26(10):1303-1310.
9. Girgin, B. A., Balcı, S. (2015). Fiziksel engelli çocuk ve ailesinin evde bakım gereksinimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 305-317.
 10. McEwen, M., Wills, E. M. (2014). *Theoretical basis for nursing*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Wolters Kluwer.
 11. Veliöğlu, P. (2012). *Hemşirelikte Temel kavram ve kuramlar*. İstanbul: Alaş Ofset.
 12. Karadağ, A., Çalışkan, N., Baykara, Z. G. (2017). *Hemşirelik teorileri ve modelleri*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
 13. Redeker, N. S., McEnany, G. P. (2011). *Sleep disorders and sleep promotion in nursing practice*. New York: Springer Publishing Company.
 14. Nahcivan, N. Ö. (1993). *Sağlıklı gençlerde öz-bakım gücü ve aile ortamının etkisi*. (Yayımlanmış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.
 15. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2019). Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik. <https://www.ailevecalisma.gov.tr/eyhgm/mevzuat/ulusalmevzuat/yonetmelikler/cocuklar-icin-ozel-gereksinim-degerlendirmesi-hakkinda-yonetmelik/> (Erişim Tarihi: 20.09.2019).
 16. Wayte, S., McCaughey, E., Holley, S., Annaz, D., Hill, C. M. (2012). Sleep problems in children with cerebral palsy and their relationship with maternal sleep and depression. *Acta Paediatrica*;101(6):618-623.
 17. Buldukoğlu, K. (2015). Psikiyatrik bakımda değerler. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing- Special Topics*, 1(1):9-15.

Sakız Yutma ile Karakterize Bir Pika Olgusu

A Pica Case with Chewing Gum Swallowing

Mehmet Hamdi ORUM¹ 

¹Kahta State Hospital Psychiatry Department, Adiyaman, Turkey

ÖZ

Amaç: Pika, besleyici olmayan maddelerin en az bir aylık bir süre boyunca sürekli olarak yenmesi olarak tanımlanır ve bazen birkaç ay sürer ve kendiliğinden düzelir, nadiren de yetişkinliğe kadar devam edebilir. Burada, psikiyatrik komorbiditesi olan sakız yutma ile karakterize bir pika olgusunu ele aldık.

Anahtar Kelimeler: Pika, Sakız yutma, Psikiyatrik komorbidite.

ABSTRACT

Objective: Pica is characterized as persistent eating of non-nutritive substances for a period of at least one month and sometimes lasts for several months and resolves spontaneously, rarely can continue until adulthood. Herein, we presented a pica case characterized by chewing gum swallowing who had psychiatric comorbidity.

Key words: Pica, Gum swallowing, Psychiatric Comorbidity.

1. INTRODUCTION

Pica is characterized as persistent eating of non-nutritive substances for a period of at least one month according to the DSM-5 criteria (1). It has been an enigma ever since it was first documented by Hippocrates in the fourth century BC. The name derives from the Latin word for magpie (pica pica), a bird that collects and/or ingests a wide variety of objects (2). For the diagnosis, the consumption of non-food substances should be incompatible with the level of development and should not be considered culturally supported or socially acceptable (3). Pica sometimes lasts for several months and resolves spontaneously, rarely can continue until adulthood. In the studies, pica varieties are known as ice, ice cream, soil, clay, mud, tomato, raw rice, aspirin, coke. Another rare pica is chewing gum swallowing (4). In this study, we presented a female patient with gum swallowing.

2. CASE PRESENTATION

The patient was married (8 years), unemployed female has three children born in 1992. She was admitted to the psychiatric outpatient clinic with complaints of gum swallowing, anxiety and adjustment problems with her husband and diagnosed with pica plus generalized anxiety disorder according to DSM-5 (1). After 4-5 years of age, began to eat soil, coal, lime. She consumes lots of sweets and products like coke and hamburger. Two years ago, the first time, she has started to swallow a small piece of chewing gum after balloon. In this way he

finished a gum 8-10 times after making the balloon. It consumes an average of 7-8 gums per day. In the first 5 months of her last pregnancy, she left this habit because of nausea, but then he started again. This complaint periodically increased or decreased. She had no past medical history and no family history. There was no history of substance use (e.g., cigarette, alcohol, opioid, cannabis). Physical examination of other systems was unremarkable. Laboratory findings suggested iron deficiency: Haemoglobin (Hb) 11.4 g/dL, Hct 35.2%, mean corpuscular volume (MCV) 72.7 fL, Red Blood Cell Distribution Width_Coefficient of Variation (RDW) 15.1%, serum iron 13.9 mcg/dL (22-184), iron binding capacity 329.8 mcg/dL (250-400), ferritin 22.83 ng/mL (7-140), and transferrin saturation 6.7% (> 15%). After the internal medicine consultation, iron treatment was started. Sertraline was started at 50 mg/day per oral (PO) for anxiety symptoms. In the fifth month of iron therapy and psychiatric treatment, in the patient whose anxiety symptoms were improved under antidepressant and cognitive behavioural psychotherapy (cognitive error identification, alternative thought generation, problem solving, activity planning, mastery and pleasure techniques), pica symptoms were significantly regressed but not completely disappeared. The patient has gained alternative coping mechanisms to cope with psychological stressors.

3. DISCUSSION

This case report was evaluated as a case of pica characterized by swallowing gum. Pica is thought to be the result of complex interaction of physiological and behavioural factors (5). Pica is thought to be related to iron (6) deficiency. Therefore, pica symptoms have been shown to decrease with treatment of underlying deficiency. However, comorbidity of psychiatric disorders may affect the emergence and maintenance of these symptoms. Hata et al. (7) indicated that the pica could be a view of underlying depression. Mehra et al. (8) reported a case of a female patient using psychosocial stressors and the picnic to cope with depression. In our patient, the psychiatric disease ground in the patient was thought to be effective in gaining chronicity rather than the formation of pica. Addition of psychiatric treatment to iron deficiency treatment and psychoeducation are thought to increase success rates. Further studies are needed to clarify the extent and the extent of underlying mechanisms.

Conflict of Interest and Financial Disclosure: None declared.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association. (2013). *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (p. 81). Arlington: American Psychiatric Association.
2. Bogdanovic, M., Alempijevic, D., Curcic, D., & Durmic, T. (2018). A fatal outcome of pica syndrome: an unusual case of delayed mortality. *The American journal of forensic medicine and pathology*, 39(3), 261-263.
3. Edwards, C. H., Johnson, A. A., Knight, E. M., Oyemade, U. J., Cole, O. J., Westney, O. E., et al. (1994). Pica in an urban environment. *The Journal of nutrition*, 124(suppl_6), 954S-962S.

4. Comba, A., Çaltepe, G., Yüce, Ö., Rızalar, R., & Gazi Kalaycı, A. (2014). Karında Kitlenin Nadir Bir Nedeni: Trikobezoar. *Journal of Current Pediatrics/Guncel Pediatri*, 12(1).
5. Bhatia, M. S., & Kaur, N. (2014). Pagophagia–A common but rarely reported form of pica. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 8(1), 195.
6. Barton, J. C., Barton, J. C., & Bertoli, L. F. (2019). Pagophagia in men with iron-deficiency anemia. *Blood Cells, Molecules, and Diseases*, 77, 72-75.
7. Hata, T., Mandai, T., Ishida, K., Ito, S., Deguchi, H., & Hosoda, M. (2009). A rapid recovery from pagophagia following treatment for iron deficiency anemia and TMJ disorder accompanied by masked depression. *Kawasaki Med J*, 35(4), 329-32.
8. Mehra, A., Sharma, N., & Grover, S. (2018). Tekrarlayan Majör Depresif Bozukluğu Olan Bir Kadın Hastada Pagofaji: Bir Olgu Sunumu ve Literatür Derlemesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 29(2).

0-5 Yaş Çocuklarda Anemi Değerlendirmesi ve Ebenin Sorumlulukları

Assesment of Anemia in Children 0-5 Years Old and Midwife's Responsibilities

Elvan TUKEL ELMALI¹, Hale UYAR HAZAR²

¹ İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, Torbalı 12 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, İzmir, Türkiye

² Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Aydın, Türkiye

ÖZ

Anemi, dünyada ve Türkiye'de sık görülen ve çocukları etkileyen önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Çocukluk çağında görülen en yaygın anemi nedeni ise demir eksikliğidir. Çocukluk döneminde anemi yaygınlığı gelişmiş ülkelerde %4-20 arasında iken gelişmekte olan ülkelerde bu oran %70-80'lere ulaşmaktadır. Anemi, küresel bir sorun olmakla birlikte özellikle gelişmekte olan ülkelerde son derece yaygındır. Tüm yaş grupları için yaşamsal önem taşıyan demir eksikliği anemisi, genel olarak 0-5 yaş grubu çocukların ortalama %50'inde görülür. Ölümün yaklaşık yarısının 5 yaş altı çocuk grubunda görülmesinin altında yatan nedenlerden birisinin anemi olması konunun önemini daha da ortaya koymaktadır. Bu önemli halk sağlığı sorununun çözümü için Sağlık Bakanlığı ülke düzeyinde; toplumun demir eksikliği konusunda bilinçlendirilmesi, 4-12 ay arası bebeklere profilaktik amaçlı ücretsiz demir desteğinin sağlanması, anemisi olan 13-24 ay arası çocuklara demir tedavisinin önerilmesi amacıyla 2009 yılında "Demir Gibi Türkiye Projesi"ni başlattı. 0-5 yaş çocuklarda ayrıntılı sağlık öyküsü ve fiziksel değerlendirme yapılarak; aneminin tipi, neden olduğu semptomlar ve bu semptomların yaşamı nasıl etkilediği konusunda önemli veriler elde edilebilir. Anemi değerlendirmesi, çocuk izlemi yapan ebelerin de önemli sorumlulukları arasında yer alır. Sağlıklı nesillerin yetiştirilmesi için anemi konusunda çocukların yeterli ebelik bakımı alması gerekmektedir. Sonuç olarak, aneminin değerlendirilmesi, önlenmesi ve tedavisinde ebelerin sorumluluk sahibi olmaları 0-5 yaş çocukların sağlığının korunması ve geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: 0-5 yaş çocuk, Anemi, Ebelik bakımı.

ABSTRACT

Anemia is one of public health problems that are endemic in Turkey and the world and affect children. The cause of anemia that is common in childhood is iron deficiency. While anemia prevalence in childhood period is 4-20% in developed countries, this rate differs between 70-80% in develop in countries. As well as anemia is a global problem it is quite prevalent. Anemia of iron deficiency that is vital for all age groups is seen generally in fifty percent of 0-5 ages children. One of the reasons of half of the deaths are seen under 5 years children groups is anemia and this lay emphasis on this topic. Ministry of Health has started 'Turkey Like Iron Project' in 2009 for this important public health problem on the purpose of raising awareness of public about iron deficiency, providing free prophylactic iron support for each baby that is between 4-12 months, suggesting iron deficiency treatment for 13-24 months babies that have anemia. Important data about type of anemia, causing symptoms and how these symptoms affect life are acquired by making physical evaluation and detailed health history in 0-5 ages children. Anemia evaluation one of the important responsibility of midwives who make child following. Children must take enough midwifery care about anemia for growing healthy generation. Finally that midwives have responsibility for evaluating, preventing and treatment of anemia can contribute to preventing and improving of 0-5 years children health.

Key Words: Anemia, Child in 0-5 years old, Midwifery care.

1. GİRİŞ

Anemi, geçerli referans aralığının altında bulunan kan hemoglobin veya hematokrit değeri şeklinde tanımlanır (1). Anemi sıklığı yaşa, cinsiyete, coğrafyaya, beslenme alışkanlıklarına ve sosyoekonomik duruma göre değişiklik gösterir. Demir eksikliği, çocukluk

Sorumlu Yazar: Hale UYAR HAZAR

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Aydın, Türkiye
hazarhale@gmail.com

Geliş Tarihi: 10.01.2019 – Kabul Tarihi: 28.04.2020

çağının en yaygın anemi nedenidir. Tüm sağlık çalışanları, anemi konusunda uyanık olmalı ve aileleri demir kaynakları konusunda bilinçlendirerek bu durumun giderilmesine çalışmalıdır (2).

Anemi, küresel bir sorundur ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde son derece yaygındır. Çocukluk döneminde anemi yaygınlığı gelişmiş ülkelerde %4-20 arasında iken gelişmekte olan ülkelerde bu oran %70-80'lerde görülür (3). Dünya'da bebeklik ve çocukluk döneminde en sık görülen kan hastalığı, demir eksikliği anemisi. Demir eksikliği anemisi sıklığının incelendiği araştırmalarda en düşük oran Kalifornia'da %3.4 iken en yüksek oran Nijerya'da %79.1'dir (4). Ülkemizde yapılan değişik çalışmalarda demir eksikliği anemisinin görülme sıklığı %30 ile %78 arasındadır (5). İstanbul'da çocuk hastalıkları polikliniğine başvuran hastalarla yapılan çalışmada 2-6 yaş arası çocuklarda demir eksikliği anemisi sıklığı %38.8'dir (6). Balıkesir ilinde 0-18 yaş arası 563 olguda yapılan bir araştırmada anemi prevalansı kızlarda %15.09, erkeklerde %34.2'dir (5). Tüm yaş grupları için yaşamsal önem taşıyan demir eksikliği anemisi, genel olarak 0-5 yaş grubundaki çocukların ve gebelerin ortalama %50'sinde görülür (7). Çocukluk döneminde aneminin etkilerinin ağır olması nedeniyle, tarama programlarıyla aneminin takip edilmesi gerektiği ve tedavisinin desteklenmesi gerektiği belirtilmektedir. Özellikle iki yaş ve altı çocuklarda anemi; büyüme, gelişme ve bilişsel fonksiyonları önemli ölçüde etkiler. Bu nedenle aneminin erken tanı ve tedavisi çok önemlidir. Çalışmalara göre çocuklarda aneminin nedeni genellikle düşük sosyo-ekonomi ve beslenme ile ilgili sorunlardır (4).

Bir ülkenin geleceği ve umudu olan çocuklar, toplumun en kırılgan grubunu oluşturur. Bu nedenle en iyi koşullarda dünyaya gelmelerinin sağlanması, büyüme ve gelişmeleri için en uygun ortamın oluşturulması, geleceğe dönük fiziksel, ruhsal ve zihinsel donanımların sağlanması ülkenin geleceği açısından yaşamsal önem taşır. Sağlıklı nesillerin yetişmesi amacıyla sağlık hizmet sunumuna bütüncül ve kapsamlı olarak yaklaşmak gerekmektedir (8). Demir eksikliği anemisinin önlenmesinde; anemi prevalansının saptanması, beslenme eğitimi, demir desteği verilmesi, viral-bakteriyel-parazit hastalıkların kontrolü ve demirle besinlerin zenginleştirilmesi yer almaktadır (4). Sağlık Bakanlığı ülke düzeyinde; toplumun demir yetersizliği konusunda bilinçlendirilmesi, 4-12 ay arası bebeklere profilaktik amaçlı ücretsiz demir desteği sağlanması, anemisi olan 13-24 ay arası çocuklara demir tedavisinin önerilmesi amacıyla "Demir Gibi Türkiye Projesi"ni başlattı (7).

Anemi Tanımı ve Prevalansı

Eritrosit kitlesinde veya kan hemoglobin ve hematokrit konsantrasyonunda azalma veya hemoglobin değerlerinin o yaş ve cinsiyet için -2SD'den daha düşük olmasına anemi denir (9,10). Dallman kriterlerine göre hematolojik parametreler Tablo 1'de gösterilmektedir (9).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tüm yaş dilimleri için anemiyi, hemoglobin değerinin kadınlarda 11.5 g/dL, erkeklerde 13 g/dL'nin altına düşmesi olarak tanımlanmaktadır (11) Sağlık Bakanlığı (2016)'na göre çocuklarda hemoglobin alt değeri 11 m/dL' dir (8). Her dört kişiden biri anemiden etkilenir. Özellikle gebe kadınlar ve okul öncesi çocuklar risk altındadır. Anemi prevalansı ile ilgili DSÖ'nün 1993-2005 yılları arasında 192 ülkeyi kapsayan çalışmasında; dünyada 1.62 milyar insanda anemi olduğu belirtildi. Bu sayı dünya nüfusunun %24.8'ini oluşturmaktadır. Bu araştırmaya göre okul öncesi (0-5 yaş) anemi prevalansı %47.4,

okul çağında (5-15 yaş) %25.4'tür. En yaygın prevalansı okul öncesi dönemdeki çocuklar, en düşük prevalansı ise erkekler oluşturmaktadır. Okul öncesi dönemde anemi prevalansı; Afrika'da %64.6, Asya'da %47.7, Avrupa'da %16.7'dir (12).

Tablo 1. Dallman Kriterlerinde, Yaş ve Cinsiyete Göre Hematolojik Parametrelerin Ortalama ve Alt Sınırları, MCV (Ortalama Eritrosit Hacmi)

Yaş	Hemoglobin (g/dL)		Hematokrit (%)		MCV(fL)	
	Ortalama	-2SD	Ortalama	-2SD	Ortalama	-2SD
0,5-2	12.5	11	37	33	77	70
2-5	12.5	11	38	34	79	73
5-9	13	11.5	39	35	81	75
9-12	13.5	12	40	36	83	76
12-14						
Kız	13.5	12	41	36	85	78
Erkek	14	12.5	43	37	84	77
14-18						
Kız	14	12	41	36	87	79
Erkek	15	13	46	38	86	78

Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2017) verilerine göre, on beş yaş ve üzeri bireylerde hekim tarafından teşhis edilen anemi oranı erkeklerde %1.1, kadınlarda %9.5 ve toplam nüfusta %5.3'tür (8). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Türkiye'de anemi prevalansının 2014 yılında %27.7, 2015 yılında %27.8, 2016 yılında %28 olduğu ve giderek arttığı gözlenmektedir (13).

Anemide Patogenez ve Etyoloji

Eritrostlerin birincil fonksiyonu gaz değişimidir. Oksijeni akciğerlerden dokulara getiren ve karbondioksiti dokulardan akciğerlere getiren hemoglobini taşımak, eritrositlerin görevidir (10,14).

Eritrositlerin yaşam süresi 120 gündür ve ortalama yüzde biri yaşam süreleri dolunca parçalanır. Hemolitik süreçlerde dolaşımdan uzaklaştırılan eritrositlerin oranı artar. Dolaşımdaki eritrositlerin mekanik, kimyasal, otoimmün ya da enfeksiyondan dolayı kısalan yaşam süreleri nedeniyle erken parçalanmalarına hemoliz denir. Eritrositlerin erken parçalanması durumunda kapasitesinden 7-8 kat fazla çalışan kemik iliği, hemolizi kompanse etmeye çalışır. Eritrosit yıkımının artmasıyla hemolitik anemi ortaya çıkar (9,14).

Demir kanda transferrin olarak adlandırılan taşıyıcı protein ile birlikte taşınır ve daha çok hemoglobin şeklinde bulunur. En önemli işlevi vücudun oksijen taşıyan proteini olan "hem" in merkezinde geri dönüşümlü olarak oksijenin bağlanmasıdır. Hemoglobinin her bir ünitesi bir "hem" bağlar ve tetramer yapısında olması nedeniyle her bir hemoglobin ünitesi için + demir iyonuna ihtiyaç vardır. Demir eksikliği durumunda hemoglobin oluşumundaki son basamak ilerlemez ve yeterli miktarda "hem" yapılmaz. "Hem" eksikliği olduğunda otomatik olarak "hemeregulatedtranscriptional inhibitör (HRI)" etkisiyle "globin" biyosentezi baskılanır. Hem eksikliğinin sonucu olarak artan HRI aktivitesi bir yandan "globin" sentezini baskımlarken, bir yandan da "hem" sentezindeki transkripsiyon başlatıcı anahtar faktörünün baskılanmasına sebep olur. Sonuçta "hem" ile birlikte "globin" sentezinin baskılanması sonucu demir eksikliği anemisi gelişir (14).

Hemolitik anemiler, eritrosit içi ve eritrosit dışı olmalarına göre iki gruba ayrılır. Eritrosit içi sebeplere bağlı anemilerin tamamı kalıtsaldır ve talasemi, orak hücreli anemi bu

grupta yer alır. Eritrosit dışı sebeplere bağlı anemiler sonradan kazanılan hemolitik anemilerdir. Sonradan kazanılan hemolitik anemilerin etyolojisinde; immün sistem hastalıkları, enfeksiyonlar, ilaçlar ya da kan nakline karşı oluşan reaksiyonlar yer alır (1).

Süt çocukluğu, puberte, gebelik gibi büyümenin hızlı olduğu ve gereksinimin artmış olduğu durumlarda; demir, vitamin B12, folik asit eksikliği gibi besinsel eksiklikler anemilere sebep olabilir. Ancak vitamin B12 ve folik asit eksikliğine bağlı anemiler daha nadir görülmektedir. Bunun nedeni vitamin B12'nin uzun yıllar karaciğerde depolanabilmesidir. Folik asit ise hem hayvansal hem de bitkisel gıdalarda bol miktarda bulunduğu için besinsel kaynaklı folat eksikliğine de sık rastlanmaz. Bu durumda en sık görülen anemi, demir eksikliği anemisi ve günümüzde en çok ağırlık verilen anemi konumundadır (15). Demir eksikliği anemisinin diğer bir sebebi de kan kaybıdır. Sindirim sistemindeki peptik ülser, polip, hemanjiyom gibi lezyon veya özellikle çengelli solucan enfestasyonu kronik gizli kanamaya, ayrıca demir eksikliği de barsak mukozasını bozarak gizli kanamaya sebep olabilir (16).

Aneminin Sınıflandırılması

Anemilerde sınıflandırma, eritrosit morfolojisi ve patofizyolojisine göre iki şekilde olur.

- I. Normositik Anemiler: MCH, MCHC normaldir. Akut kanama anemisi, hemolitik anemiler, kemik iliği yetersizliğidir.
- II. Mikrositik Anemiler: MCH, MCHC düşüktür. Demir eksikliği, sideroblastik anemiler, kurşun zehirlenmesi, kronik hastalıklar anemisi.
- III. Makrositik Anemiler: MCH artmıştır. Megaloblastik Anemiler (Vitamin B12, folik asit eksikliği) ve non-megaloblastik anemiler (myelodisplaziler, lösemiler, akut kanama anomalisi, hemolitik anemiler) olarak iki grupta toplanır (9).

Anemiler fizyopatolojik olarak eritrosit yapımının azalması, eritrosit yıkımının artması ve kan kaybı olmak üzere üç gruba ayrılır.

- I. Eritrosit Yapımının Azalması: Hemoglobin sentezinde, DNA sentezinde bozukluk ve mekanizmaları tam bilinmeyen anemilerdir.
- II. Eritrosit Yıkımının Artması: Hemolitik anemilerdir.
- III. Kan Kaybı: Akut kanamalar, kronik kanamalardır (9).

Demir

Demir; oksijen taşınması ve depolanması, elektron taşınması, oksidatif metabolizma, hücre büyümesi ve çoğalmasında, esansiyel reaksiyonların katalizinde kullanılan, yaşam için vazgeçilmez bir elementtir. Enzimler ve proteinler tarafından az ve önemli miktarlarda demir kullanılır (17).

Yaşamsal birçok biyolojik işlevde anahtar rol oynayan demir, eksikliği ve aşırı yüklenmesi durumunda önemli patolojilere yol açmaktadır. Demir homeostazisinin devamlılığının kontrolü; diyetle alınan demirin eritrositler tarafından emilimi, makrofajlar tarafından yeniden dolaşıma sunumu ve hepatositlerde depolanması ile sağlanmaktadır. Vücuttaki demirin düzeyi, yangı, enfeksiyon, anemi ve eritropoiezis aktivitesi tarafından düzenleyici rol oynayan ve karaciğer kökenli bir hormon olan hepsidin aracılığıyla kontrol edilmektedir (14,18).

Demir Metabolizması

Demir, taşınması ve depolanması sırasında daima iki oksidasyon durumu olan ferrik (Fe+3) ve ferröz (Fe+2) şeklinde bulunur. Demir hiçbir zaman serbest bırakılmaz, transferinle taşınır, ferritinde depolanır. Organizmada bulunan demirin %60-70'i hemoglobinde ve dolaşan eritrositlerde, %10'u miyogloblin ve sitokromlarda ve demir içeren enzimlerde yer alır. Retiküloendotelyal makrofajlar, yaşlanmış eritrositleri fagosite edip demiri yeniden kullanıma sunar. Yaklaşık 1 mg düzeyinde demir karaciğerde depolanır. Sonuç olarak demir, organizmada çok sıkı bir denetim altındadır. Günlük diyetle alınan demir duodenumdan emilir ve yine dışkı ile atılır. Organizmada demir atan fizyolojik bir mekanizma olmadığı için bu elementin sistemik dengesi tamamen emilim kontrolü ile sağlanmaktadır (14,18).

Demir Gereksinimi ve Temini

Bir insanın günlük demir ihtiyacı 10-20 mg'dır. Bunun %5-10'unu duodenum ve proksimal jejunumdan emilir. Barsak lümenindeki +3 değerlikli demir, +2 değerlikli demire çevrildikten sonra hücre içine alınır. Hücre içinde apoferritin ile birleşir ve ferritin olarak depo edilir. Demir eksikliğinde emilim %20'ye kadar çıkabilir. Günde yaklaşık 1 mg demir ter, idrar, gaita ve gastrointestinal sistemden dökülen hücreler ile kaybedilir (9). Diyetle demir, "hem" demir ve et dışı kaynaklardan alınan "hem" olmayan demir olarak bulunmaktadır. "Hem" demir kırmızı ette bulunur ve emilim için gerekli olan duodenal düşük pH ve emilimi arttıran askorbik asit, sitrik asit gibi faktörlere gereksinim duymaz. Ferröz formdadır ve demir eksikliği olduğunda emilimi 2-3 kat artmaktadır. "Hem" olmayan demirin çoğu ferrik demir şeklinde olup, emilim için mide asiditesine gerek vardır (18).

Demir Emilimini Etkileyen Faktörler

Diyetteki demirin emilimi, asidik pH'da duodenumun proksimal kısmında ve ince barsakların yukarı kısmında gerçekleşir. Demir emilimini etkileyen faktörler; diyetleki toplam demir miktarı ve biçimi, demirin biyoyararlanımı, barsak mukoza hücrelerinden demir emiliminin kontrolü, kemik iliği eritropoetik etkinliği ve vücut depoları yani vücudun gereksinimidir. Vücutta depolanan demir miktarı azaldıkça veya eritropoez oranı arttıkça demirin emilimi artar (17).

Bebeklik döneminde tüketilen gıdalar içerisinde anne sütü, tek başına yeterli olduğu ilk 6 aylık dönemde, demir eksikliği anemisi açısından koruyucu olmaktadır. Anne sütünde bulunan laktoferrin adlı protein demir emilimini kolaylaştırmaktadır. Bu da anne sütündeki demirin biyoyararlılığını arttırmaktadır. İnek sütü yeterli demir içermekle birlikte, inek sütündeki demirin biyoyararlılığı anne sütüne göre düşüktür (15).

Besinlerdeki Demirin Emilimini Etkileyen Faktörler

Askorbik asit besinlerin mideden duodenuma geçiş sırasında demirin çözünmesini sağlar. Bunun için askorbik asitin yemekle birlikte alınması gerekir. Bazı fermente gıdalar diyetleki fitat miktarını azalttığı için demir emilimi artar. Örneğin, mayalı ekmek demir emilimini arttırırken, mayasız ekmek olarak bilinen lavaş veya yufka emilimi azaltır (19). Çay, kahve ve kakao demir emilimini %40-60 azaltır. Kalsiyum, fosfor, magnezyum, teneke ve çinko +2 değerlikli olup Fe emilimini engeller (17). Alüminyum, paslanmaz çelik ve teneke de demir emilimini azaltır. Konserve kutusu açıldıktan sonra beklerken besin içinde teneke miktarı arttığından demir emilimi azalmaktadır (19).

Demirin emiliminde, alınan besinin içeriği önemli olduğu için besinlerdeki demir, hem olan ve olmayan olmak üzere iki şekildedir. Hem olmayan demirin emilimini etkileyen faktörler ise olumlu ve olumsuz olmak üzere iki grupta ele alınmalıdır (Tablo 2).

Tablo 2. Hem Olmayan Demirin Emilimini Olumlu ve Olumsuz Etkileyen Faktörler

Hem olmayan demirin emilimini olumlu etkileyen faktörler	Hem olmayan demirin emilimini olumsuz etkileyen faktörler
<ul style="list-style-type: none">• Hidroklorik asit (mideden salgılanır) ve besinin midede kalma süresi Fe emilimi artırır (20).	<ul style="list-style-type: none">• Fitatlar (Tohumlar, tahıl, baklagiller, çerezler vb) Fe emilimini olumsuz etkiler (19,20). Besinde 50 mg fitat bulunması emilimi %70 azaltır (19). Sadece kepekte bulunan monoferrik fitat emilimi etkilemez (24).
<ul style="list-style-type: none">• Askorbik asit (C vitamini) sebze ve meyvelerde bol miktarda bulunur ve Fe emilimini artırır (20).	<ul style="list-style-type: none">• Polifenoller meşrubat ve bazı sebze meyvelerde bulunur ve emilimi azaltır (21).
<ul style="list-style-type: none">• Organik Asitler pirinç ağırlıklı yemeklerde ve fermente gıdalarda bulunup Fe emilimini artırır (21).	<ul style="list-style-type: none">• Kalsiyum içeren süt ve süt ürünleri veya kalsiyum tuzu özellikle yemekle birlikte alındığında Fe emilimi azalır (25).
<ul style="list-style-type: none">• Gasrik Asit hem olmayan Fe'nin emiliminde gereklidir (20). Mide asidini pH'ı ile hem olmayan demirin çözülmesi ve emilimi arasında zıt bir ilişki vardır (22).	<ul style="list-style-type: none">• Yemeklerin yüksek ateşte pişirilmesi ve yemeklerin sıcak tutulması Fe emilimini azaltır (17).
<ul style="list-style-type: none">• Hayvansal dokularda hem demirin fazla olmasının yanında hem olmayan Fe'nin emilimini olumlu etkiler (23).	<ul style="list-style-type: none">• Posa invitro şartlarda emilimi azaltır. Selüloz ve pektinler emilime olumsuz etki etmez, ispagula ve psilium olumsuz etki eder (26).
<ul style="list-style-type: none">• Açlık durumunda çözülebilir Fe tuzu alan kişilerin Fe emiliminde artış olur (20).	<ul style="list-style-type: none">• Taninler arasında yer alan çay, kahve ve kakao emilimi olumsuz etkiler (17,19).

Demir Eksikliği Evreleri ve Demir Eksikliği Anemisi

Demir eksikliği (DE), vücuttaki demir depolarının boşalması anlamına gelir. Demir eksikliğine neden olan durum devam ettiğinde süreç Demir eksikliği anemisine (DEA) doğru ilerler. Demir eksikliği anemisi, yaşamı ve kalitesini olumsuz etkileyen bir sağlık sorunudur (27). Demir eksikliği vücutta prelatent dönem, latent dönem ve belirgin DEA olarak görülür. Prelatent dönemde, demir depoları azalmış veya yoktur. Serum demir yoğunluğu, hemoglobin ve hematokrit normaldir. Kemik iliği depo demirinde azalma veya yokluğun görülmesi ve serum ferritinin düşük olması ile bu evre tanınır. Latent dönemde, depo demirine ek olarak serum demiri (SD) ve transferritin saturasyonu azalmıştır. Hemoglobin ve hematokrit düzeyleri normaldir. Belirgin DEA'da depo demiri, serum demiri, transferrin saturasyonunun azalmasının yanı sıra hemoglobin ve hematokrit değerleri de azalmıştır (28).

Demir Eksikliği Anemisinin Nedenleri

Demir eksikliği, yetersiz demir alımı, demir emiliminde azalma, demir kaybında artış ve artmış demir ihtiyacı gibi sebeplerden kaynaklanmaktadır (Tablo 3) (1).

Tablo 3. Demir Eksikliği Anemisinin Nedenleri

<p>Yetersiz Demir Alımı</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diyetle yetersiz demir alınması 	<p>Demir Emiliminde Azalma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aklorhidri • Gastrik rezeksiyon • Çölyak hastalığı(glutenenteropatisi) • Pika
<p>Demir Kaybında Artış</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinal kanama • Aşırı menstrual kanama • Sık aralıklarla kan bağıışı • Gastrointestinal kanama • Aşırı menstrual kanama • Hemoglobüri 	<p>Artmış Demir İhtiyacı</p> <ul style="list-style-type: none"> • Süt çocukluğu • Gebelik • Emzirme

Çocuklarda Demir Eksikliği Anemisi

Sağlıklı term bebeklerde DEA, anne sütündeki demirin biyoyararlılığı etkisi ile dört aydan önce nadir görülürken diyetle demir almayanlarda yani anne sütü almayanlarda 6 aydan sonra görülme sıklığı artar (29). Bebek ve çocuklar, hızlı büyümelerinden dolayı yüksek demir gereksinimine ihtiyaç duyar. Bu nedenle demir eksikliği anemisi en çok bu dönemde görülür. Demir eksikliği anemisi kronik gastrointestinal kanal kanamaları, malabsorpsiyon ve beslenme yetersizliğinden kaynaklanmaktadır (30). Süt çocukluğunda demir eksikliği riskini arttıran durumlar Tablo 4’da belirtilmektedir (16).

Tablo 4. Süt çocuklarında demir eksikliği riskini arttıran durumlar

<p>Artmış demir gereksinimi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Düşük doğum ağırlığı • Hızlı büyüme • Kronik hipoksi • Doğumda düşük hemoglobin 	<p>Kan kaybı</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plasental kanama • Beslenme hataları • İnek sütüne erken başlama • Çay alımı • Yetersiz C vitamini alımı • Altı aydan fazla sadece anne sütü alma • Düşük sosyoekonomik durum
---	---

Aneminin Değerlendirilmesi

Anemide en sık görülen yakınmalar, halsizlik, baş dönmesi ve çarpıntıdır. Yüz, konjunktivalar, oral mukozalar, tırnak yatakları ve avuç içi çizgilerinde solukluk aneminin belirtileridir. Bunun yanında solukluğu maskeleyebilen sarılık, siyanoz, kortikosteroid tedavisi, ırka bağlı pigmentasyon gibi durumların olabileceği unutulmamalıdır. Kalıtsal hemolitik anemilerde, solukluğun yanında göz aklarında sarılık, idrar renginde koyulaşma görülebilir (31). Ayrıca anemide, iştahsızlık, kilo kaybı, gece terlemesi, sık enfeksiyonlar, süt çocuklarında irritabilite, beslenme isteksizliği, kilo alamama, katılma nöbetleri görülebilir. Çocuklarda önemli bir bulgu da pikadır. Erişkin kişiler halsizlik, çarpıntı, çabuk yorulma, egzersiz ile artan sık nefes alıp verme, uykuya eğilim, başağrısı, baş dönmesi gibi nonspesifik yakınmalar bildirir (15, 16).

Anemili bir olguyu değerlendirirken, öykü ve fizik bakı aşamasında aneminin nedenini belirleyecek sorulara cevap aranmalıdır. Son zamanlarda veya o sırada açık bir kan kaybının olma durumu sorgulanmalıdır. Böbrek yetmezliği, kronik enfeksiyon hastalığı, kollojen vasküler hastalık gibi kronik bir hastalığın varlığı altta yatan nedenler hakkında bilgi verir.

Ailede solukluk, kan transfüzyon gereksinimi olan kişilerin veya anne baba arasında kan akrabalığının varlığı kalıtsal nedenlere götürür (15).

Tüm anemilerde tam kan sayımı yapılmalıdır. Bunun yanında basit biyokimyasal incelemeler ve akut hemolizle birlikte olan veya eritropoez yetersizliği olanlarda daha özgül laboratuvar incelemeleri yapılabilir (31).

Sağlık Bakanlığı, 1. Basamak Bebek, Çocuk Ergen İzlem Protokolleri'ne göre anemi değerlendirilmesi

- *'Bebeğin 3-4 ay izlemlerinde; bebeği anemi yönünden değerlendirin. Anemisi varsa uygun yönergeleri kullanarak tedavi dozunda demir başlayın, anemisi yoksa 4. aydan itibaren uygun yönergeleri kullanarak profilaktik (+3 değerlikli demir için 4 damla/gün, +2 değerlikli demir için 9 damla/gün ve günde bir kez) dozda ücretsiz demir damlası verin.*
- *6., 9., 12. ay izlemlerinde; demir kullanma durumunu sorgulayın. 9. ay izleminde bebeğin anemisini değerlendirmek amacıyla hemoglobin ve/veya hematokrit ölçümü yapın ve sonucu sisteme kaydedin.*
- *4-6 yaş izlemlerinde; çocuğun anemisini değerlendirmek amacıyla hemoglobin ve/veya hematokrit ölçümü yapın ve sonucu sisteme kaydedin.*
- *Hemoglobin değeri 7 g/dL veya hematokrit %21 olan her bebek acilen hastaneye sevk edilmelidir (8).*

Anemiden Korunma ve Tedavi

Demir eksikliği anemisinden korunmak için doğumdan sonra ilk altı ay sadece anne sütü özendirilmelidir. Doğumdan 6 ay sonra ise demir içeriği yüksek tamamlayıcı besinler başlanmalıdır. Sosyoekonomik durum ne olursa olsun, demir eksikliği anemisinin önlenmesi için, tüm çocukların büyüme ve gelişmeleri izlenmeli, aileler beslenme konusunda eğitilmeli, vitamin-mineral destekleri verilmeli ve erken tanı olanaklarından yararlanılmalıdır. Demir desteğine başlamak yeterli olmayıp, sürdürülmesi sağlanmalıdır (17). "Demir Gibi Türkiye" projesi kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından, 4-12 ay arası her bebeğe profilaktik amaçlı ücretsiz demir desteği sağlanmakta ve anemisi devam eden 13-24 ay çocuklara da demir tedavisi önerilmektedir ve Sağlık Bakanlığı da bu emzirme politikasını desteklemektedir (7). "Demir gibi Türkiye" projesinin 2009 yılında sonuçlarına göre demir desteğine başlayan ailelerin oranı %95, dördüncü ayda demir desteğine başlayan ailelerin oranı %43.7'dir. Proje kapsamında; demir desteği ile anemi görülme sıklığının azaldığı, aneminin, 15 ayın altındaki çocuklarda daha fazla görüldüğü ve bu çocuklarda anemi tanısının, sağlık kontrolleri sırasında koyulmasına rağmen tedavilerinin yeterli ya da uygun yapılmadığının tespit edildiği belirtilmektedir (32).

En sık görülen demir eksikliği anemisinde tedavinin amacı anemiye düzeltmek ve Fe depolarını doldurmaktır (9). Oral demir tedavisi etkili, güvenilir ve ucuz olduğu için ilk seçenektir. Oral demir tuzları ferröz ve ferrik olmak üzere iki formdadır. Demir tuzları asidik ortamda daha iyi emildikleri için askorbik asit ile alınmaları emilimini artırır. Uygun bir demir tedavisiyle hemoglobin değerinin 3 haftada 2 g/dl artması yeterli cevaptır. Hemoglobin değeri normale döndükten sonra depoların dolması için tedaviye 3-6 ay devam edilmelidir. Atrofik gastrit, gastrik cerrahi ve çölyak hastalığı gibi nedenlere bağlı emilim bozukluğu, oral demir

tedavisine intolerans ya da uyumsuzluk, oral demir replasmanını aşan kronik kanamalar ve kronik hemodiyaliz durumlarının eşlik ettiği DEA'da parenteral demir tedavisi uygulanır (33).

Demir eksikliği anemisi tedavisinin önemli noktaları tedaviye uyum ve demiri düzenli kullanma, doz yetersizliği, kullanılan demir preparatının uygunluğu, demir kaybının veya kanamanın devam etmesi, tanının doğruluğu, demirin emilim ve vücutta kullanımını etkileyen (karaciğer hastalığı, böbrek hastalığı, tiroid yetmezliği, kurşun intoksikasyonu gibi) hastalık varlığı demir eksikliğine ek olarak vitamin B₁₂ ve folik asit eksikliğinin bulunması, antasit gibi intestinal demir emilimini azaltan maddeleri alıp almadığı değerlendirilmelidir (1,33).

Aneminin Sonuçları

Anemilerin çoğu yavaş geliştiği için eritrosit kaybı kompanse edilebilir. Bununla birlikte önemli kanamalar ya da çok hızlı hemoliz nedeniyle akut kan kaybı olan durumlarda vücuttaki kompanse edici mekanizmalar başarılı olmaz ve konjestif kalp yetmezliği gelişir (31).

Anemide temel fizyolojik bozukluk, kanın oksijen taşıma kapasitesinin azalması olduğu için hemogloblin değeri düzeyi düştükçe doku hipoksisi meydana gelir. Bunun sonucunda kas zayıflığı, dikkat süresinin kısalması, apati ve depresyon görülür. Hücre metabolizmasının azalmasına bağlı olarak çocuklarda cinsel gelişim gecikmesine sebep olur (31).

Demir eksikliği anemisinde iştahsızlığın bir sonucu olarak çocuklarda büyüme ve gelişme geri kalabilir. Demir eksikliği olan süt çocuğu ve çocukların boylarına göre düşük tartılı oldukları, demir ilavesi ile normale döndükleri bildirilmektedir. İmmün sistemde bozukluklar görülür ve enfeksiyonlara eğilim artar. Hızlı beyin büyümesiyle birlikte psikomotor becerilerin kazanıldığı süt çocukluğu döneminde demir eksikliği anemisi zeka düzeyinde kalıcı geriliğe sebep olabilir (16,17). Çocukluk çağında katılma nöbetleri yaşayan olguların %55,7'sinde DEA, %17.2'sinde DE olduğu açıklandı. Anemi derinleştikçe katılma nöbetleri de artmaktadır. Anemi tedavisine başlanan çocuklarda katılma nöbetinde hızlı bir şekilde düşüş meydana gelir. Erken dönemde ise daha düşük dozlarda demir desteği alan hastalarda %92 oranında nöbetler sonlanır (34).

Anemide Ebelik Bakımı ve Ebenin Sorumlulukları

Anemili hastaların bakım sürecinde hastanın ayrıntılı sağlık öyküsü ve fiziksel değerlendirilmesi yapılarak; aneminin tipi, neden olduğu semptomlar ve bunların hastanın yaşamını nasıl etkilediği konusunda önemli veriler toplanır (35).

Fiziksel değerlendirme: Anemi en kolay, kılcal dolaşımın çok melaninin az olduğu dudaklardan anlaşılabilir. Demir eksikliği anemisinde dil düz ve kırmızı, tırnaklar ince, kırılğan ve düzleşir ya da konkavlaşarak kaşık tırnak (koilonchia) şeklinde olabilir. Gastrointestinal sistem değerlendirmesinde bulantı-kusma, koyu renk gaita, ishal ve glosit (dilnin enflamasyonu) gibi belirtilerin nedeni anlaşılabilir. Gaitada gizli kan yönünden değerlendirilir. Pernisiyoz anemi, merkezi ve periferik sinir sistemi etkilediği için nörolojik değerlendirme yapılmalıdır (35).

Öykü Alma: Öyküde, yakın zamanda açık bir kan kaybı olup olmadığı sorgulanmalıdır. Bunun yanı sıra süt çocukluğu döneminde gereksinim artışı ile ilişkili olarak beslenmeden kaynaklanan eksikliğe bağlı da anemi gelişebilir. Özellikle et tüketmeyenlerde demir eksikliği ve Vitamin B₁₂ eksikliği, keçi sütü ile beslenenlerde folik asit eksikliğinin gelişmesi gibi.

Deride solukluk ve göz aklarının sarı olması, öyküde hemolitik anemiye düşündürmelidir. Ailede solukluk veya kan transfüzyonu gereksinimi olan kişiler ya da anne baba arasında akraba bağının olması, anemide kalıtsal nedenlerin varlığını ortaya koyabilir (15). Toksik maddelere maruziyete veya diğer hastalıkların semptom ve bulgularına bağlı da anemi belirtileri görülebilir (11).

Tedavi ve destekleyici bakım: Ciddi anemilerde oksijen tedavisi, eritrosit transfüzyonu ve dinlenme gibi destekleyici tıbbi bakım uygulanır (31). Oral demir tedavisi başlanan hastanın hemoglobin oranı 2-4 haftada 1-2 g/dL artacağı için tekrar hemoglobine bakılır. Anemi düzenlendikten sonra tedavinin fe depolarını doldurması için tedaviye 3 ay devam etmesi gerektiği açıklanır. Oral demir ilacı kullanımına tahammülsüzlük sık görülür. Böyle bir durumla karşılaşırsa, ilaç 1-2 gün kesilmelidir. Sonra düşük dozdan başlanarak, hasta tolere ettikçe dozu arttırılarak 4-5 günde ideal doza çıkarılır (36). Oral tedaviye uyumsuzluk ve tahammülsüzlük, ağır anemiler, gastrointestinal hastalığın alevlenmesi, Fe emilimin bozuk olması, hemodiyaliz hastalığı gibi durumlarda İntramüsküler (İM) veya İntravenöz (İV) tedavi yapılır. Parenteral tedavide hasta yan etkiler (hipoksi, ürtiker, ateş, bulantı, kusma, hipertansiyon, göğüs ağrısı, anafilaksi) açısından gözlenmelidir (19,36).

Eğitim: Oral demir tedavisinde, ilaçların yan etkileri olan bulantı, kusma, dispepsi, konstipasyon, ishal, gaz, dışkıının siyah renkli olması, dişlerin siyaha boyanması gibi konularda hasta ve ailesi bilgilendirilir. Dişlerin siyaha boyanmasını en aza indirmek için, damla veya şurup formunun dilin arkasına doğru, dişlerle temas etmeyecek şekilde verilmesi; ilacın meyve suyu ya da su ile seyreltilerek verilmesi; ilacın bir pipet ile verilmesi önerilir (36). Oral alınan Fe preparatları veya Fe içerikli gıdalar ile emilimi olumsuz etkileyen gıdalar (süt ve ürünleri, çay, kahve, kakao vb) arasında iki saat ara bırakılmalıdır. İnek sütü günlük kullanımı 2 su bardağı ile sınırlandırılmalıdır (37).

Demir eksikliği anemisinin önlenmesi için; bebeklerin ilk altı ay anne sütü ile beslenmesi, altıncı aydan sonra anne sütü ile birlikte demirden ve C vitamininden zengin ek gıdaların verilmesi konusunda ailelere eğitim verilmelidir. Birinci basamak sağlık merkezlerinde ebe veya hemşireler tarafından yapılan izlemlerde bebek ve çocuklar anemi yönünden değerlendirilmelidir. Riskli görülen durumlar tespit edilip gerekli durumlarda sevk edilmelidir (8).

2. SONUÇ

0-5 yaş çocuklarda anemi, yaygın görülen ve çocukların yanında ailenin de hayatını olumsuz etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Anemi değerlendirmesinin belli aralıklarla yapılması aneminin erken fark edilmesini sağlayacaktır. Anemi değerlendirmesi, erken tanıda kullanılan önemli bir tanı aracıdır. Aneminin değerlendirilmesinde ve erken tanının koyulmasında ebe nin sorumluluğu da büyük önem taşımaktadır. Aileler düzenli olarak sağlıklı çocuk kontrollerine gelmek istemeyebilirler ya da ihmal edebilirler. Ebe nin bu kontrollerin yaptırılması için ailelere teşvik edici olması ihmalî önleyecektir. Ebelerin çocuklarda anemiden korunma ve erken tanı konusunda hizmet içi eğitim planlamaları ve eğitim materyalleri geliştirerek toplumu bilgilendirmeleri gerekmektedir. Ayrıca ebeler, çocuklarda anemiyle mücadeleyi arttırmak, beslenmeyi düzenlemek ve tedavinin etkinliğini sağlamak için, onların yaşadığı deneyimleri ele almalı ve yaşadıkları olumsuzlukların giderilmesi konusunda yöntem

ve stratejiler geliştirmelidirler. Böylece ebeler çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesine katkı oluşturabilirler.

KAYNAKLAR

1. William, F. K. (2002). *PDQ hematoloji*, Ferhanoğlu B. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık
2. Yıldız, İ. (2009). *Demir Eksikliği Anemisi*. Türk Pediatri Arşivi
3. Sirdah, M. M., Yaghi, A., & Yaghi, A. R. (2014). Iron deficiency anemia among kindergarten children living in them arginalize dare as of Gaza Strip, Palestine. *RevBrasHematolHemoter*, 36(2), 132-138
4. Kurt, A. S., Savaşer, S. (2010) Çocuklarda Demir Eksikliği Anemisinin Sıklığı, Nedenleri ve Korunma Yolları: Literatür Taraması, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi (DEUHYO ED) 3(s4): 201-208. http://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/12345/4572/201208_pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Erişim Tarihi: 22 Aralık 2017)
5. Yazıcı, S., Çelik, T., & Seyrek, K. (2012). Çocukluk çağında anemi sıklığı. *İzmir Dr Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 2(1), 6-9
6. Bahar, A., Karademir, F., Aral, Y. Z., Göçmen, İ., & Gültepe, M. (2003) Çocuklarda Demir Eksikliğinin Tespitinde Serum Demiri ve Eritrosit Çinko Protoporfin/hem Oranının Yeri, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 46: 24-29
7. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Demir Gibi Türkiye Projesi Genelgesi, 19 Şubat2004, sayı B100AÇS0140000 <https://www.saglik.gov.tr/TR,11068/demir-gibi-turkiye-projesi--genelgesi-2004--21.html> (Erişim Tarihi:23 Ekim 2017)
8. Sağlık Bakanlığı. Bebek Çocuk Ergen İzlem Protokolleri 2016 http://ihs.istanbulsaglik.gov.tr/data/content/cekush_dosyalar/12%20bebek_cocuk_ergen_izlem_protokolleri.pdf (Erişim Tarihi:11 Ekim 2017)
9. Akalın, E., & Güler, N. (1989) *Hematoloji*. ÖF Saraçoğlu (Ed.) Temel ve klinik bilimler (466-476). Ankara: Güneş Medikal Yayınevi
10. Guyton, A. C., & Hall, J. H. (2007). *Tıbbi fizyoloji*. H Çavuşoğlu & B Çağlayan Yeğen (Çev Ed) (419-420) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
11. Bozdemir, N., & Kara, İ. H. (2010). *Birinci basamakta tanı ve tedavi*. Adana: Nobel Kitabevi
12. World Health Organization. World prevalence of anaemia 1993-2005: Who global database on anaemia 2008. <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20093013528> (Erişim Tarihi:15 Kasım 2017)
13. World Health Organization. Anemia children 2017 <http://apps.who.int/gho/data/node.main.ANEMIACHILDREN?lang=en> (Erişim Tarihi: 21 Aralık 2017)
14. Yenerel, M. N. (2009). Anemi fizyopatolojisi. *Klinik Gelişim Dergisi*, 1(3) ,65-70.
15. Kavaklı, K., Castello, B., & Aydınok, Y. (2005). *Kan hastalıkları*. S Kavukçu (Ed). Olgu sunumları ile çocuk hastalıkları (558-597) İzmir: İzmir Güven Kitabevi.
16. Neyzi, O., & Ertuğrul, T. (2002). *Pediyatri*. İzmir: Nobel Tıp Kitabevleri.
17. Bülbül, S. (2004). Çocuk beslenmesinde demirin yeri ve önemi. *Sted*, 13(12), 446-450
18. Uysal, Z. (Ekim 2010). Hepsidin ve demir metabolizması. VI. Hematoloji İlk Basamak Kursu, Ankara, s:9.
19. Yurdakök, K., & İnce, O. T. (2009) Çocuklarda demir eksikliği anemisini önleme yaklaşımları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, (52); 224-231.

20. Lynch S. R. (1997). Interaction of iron with other nutrient. *Nutr Rev.*, 55(4), 12-110
21. Gillooly, M., Bothwell, T. H., Torrance, J. D., MacPhail, A. P., Derman, D. P., Bezwoda, W. R. Et all. (1983). The effects of organic acids, phytates and polyphenol on the absorption of iron vegetables. *Br J Nutr.*, (49):331-342.
22. Bezwoda, W., Charton, R., Bothwell Torrance, J., & Mayet, F. (1978). The importance of gastric hydrochloric acid in the absorption of nonheme food iron. *J Lab Clin Med*, 1(1), 108-116.
23. Knee, A. P., & Miller, D. D. (1984). In vitro Estimation of the Effects of Selected Proteins on Iron Bioavailability. *Am J Clin Nutr.*, 39, 393-401.
24. Simpson, K. M., Morris, E. R., & Cook J. D. (1981). The inhibitory effect of iron absorption in man. *Am J Clin Nutr.*, 34, 1468-1478.
25. Cook, J. D., Dassenko, S. A., & Whitteker, P. (1991). Calcium supplementation: effect on iron absorption. *Am. J. Clin Nut.*, 53, 106-111.
26. Rossander, L. (1987). Effect of dietary fiber on iron absorption in man. *Scan J Gastroenterol (Suppl)*, 129, 68-72.
27. Pişkin, Ö. (2017). *Demir Eksikliği ve Anemisi*. AM Demir, B Ündar, Ş Ünal (ed). Hematolog. Ankara: Türk Hematoloji Derneği.
28. Özdemir, N. (2015). *Çocuklarda demir eksikliği anemisi*, Türk Pediatri Arşivi.
29. Koç, A., Karakaş. Z., Karaman. S., & Karapınar, T. H. (Kasım 2014). Çocuk hastalıklarında tanı ve tedavi klavuzu, Türkiye Milli Pediatri Derneği ile Türk Pediatrik Hematoloji Derneği Ortak Klavuzu, 13-19.
30. World Health Organization. The prevalence of anemia in women: a tabulation of available information. 2nd ed. Geneva 1992.
31. Atamer, T. (Eylül 2005). Akut Anemili Hastaya Klinik Yaklaşım. VII. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, İstanbul
32. Sağlık Bakanlığı. 2013. <http://istanbul.saglik.gov.tr/w/anasayfalinkler/belge/bakanlikistatistik/istatistik2013.pdf> (Erişim Tarihi: 25 Kasım 2017)
33. Kuku, İ. (Ekim 2009) Sağlık Demir Eksikliğinde Güncel Durum. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi XXXV. Ulusal Hematoloji Kongresi, Antalya
34. Özdemir, Ö., Can Çalışkan, S., Semizel, E., & Okan, M. S. (2009). Katılma Nöbetli Hastaların Klinik ve Laboratuvar Bulguları. *Türk Pediatri Arşivi*, 7: 68-75. http://www.guncelpediatri.com/makale_791/Katilma-Nobetli-Hastalarin-Klinik-Ve-Laboratuvar-Bulgulari-Ozgun-Arastirma (Erişim Tarihi: 21 Aralık 2017)
35. Akdemir, N., & Birol, L. (2015). *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı*. Ankara: Sistem Ofset
36. Türk Hematoloji Derneği. Çocuklarda demir eksikliği anemisi tanı ve tedavi klavuzu 2011. file:///E:/türk%20hematoloji%20derneği.pdf (Erişim Tarihi: 08 Kasım 2017)
37. Türk Hematoloji Derneği. Eritrosit hastalıkları ve hemoglobin bozuklukları tanı ve tedavi klavuzu <http://www.thd.org.tr/Search.aspx?q=tan%c4%b1+ve+tedavi+klavuzu&cx=002912748635621247780%3aygnyefyysfa&cof=FORID%3a11> (Erişim Tarihi: 30 Ağustos 2018)

DÜZELTME

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 4. Cilt 1. Sayısında yer alan Kılıç ve ark.'nın “**Onkoloji Birimleri ve Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerde Etik Duyarlılık ve Merhamet Yorgunluğu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**” (*Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2020;4(1):20-29*) başlıklı makalesinde:

1. Makalenin İngilizce başlığı “**Personal Hygiene Material Usage Levels of Vocational Technical Training Center Students**” olarak sehven yanlış yazılmış olup aşağıdaki şekilde düzeltilmiştir:

An Investigation of the Relationship between Ethical Sensitivity and Compassion Fatigue in Nurses Who Working in Oncology Units and Intensive Care Units

ERRATUM

The article entitled “**Onkoloji Birimleri ve Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerde Etik Duyarlılık ve Merhamet Yorgunluğu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**” (*Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2020;4(1):20-29*) by Kılıç et al.:

1. The English title of the article “**Personal Hygiene Material Usage Levels of Vocational Technical Training Center Students**” was written inadvertently and corrected as follows:

An Investigation of the Relationship between Ethical Sensitivity and Compassion Fatigue in Nurses Who Working in Oncology Units and Intensive Care Units