

Cilt: 13, Sayı: 3, Temmuz 2020



**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
ELEKTRONİK DERGİSİ
DEUHFED**

**E-JOURNAL OF
DOKUZ EYLUL UNIVERSITY
NURSING FACULTY**

ISSN: 2149 - 0333

İçindekiler

Editörden

Editörden

Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

Araştırma Makaleleri

Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Geçiren Çocuklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Uygulamalarının İncelenmesi

Yurdagül HAZIR, Gülçin BOZKURT

0-5 Yaş Çocuklarda Rotavirüs Sıklığı ve Anne-Babaların Rotavirüse Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Uygulamaları

Tülay KUZLU AYYILDIZ, Hülya KULAKÇI ALTINTAŞ, Cansu AYDIN, Esra MİNAZ, Tuğba YÖRÜK

McCloskey ve Mueller'in İş Doyum Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması

Gizem BAYRAKÇI, Emine TÜRKMEN

Hemşirelik Öğrencileri Tarafından Uygulanan Akran Eğitim Programının Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarına Etkisi

Figen ŞENGÜN İNAN, Neslihan GÜNÜŞEN, Sevecen ÇELİK İNCE, Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN

Üniversite Öğrencilerinin Gelecekte Çocuk Sahibi Olmaya İlişkin Düşünceleri ve Etkileyen Faktörler

Nurgül ŞİMAL, Elif GÜRİSOY

Periferik İntravenöz Katetere Bağlı Flebit Oranının ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi

Soner BERSE, Betül TOSUN, Nuran TOSUN

Üniversite Öğrencilerinin Üriner İnkontinans Farkındalıkları ve Benlik Saygıları Arasındaki İlişki

Özge ÖZ YILDIRIM, Dilek ÇELİK EREN, Mehmet KORKMAZ, İlknur AYDIN AVCI

Kanser Hastalarında Konstipasyon Sıklığı ve Gelişme Riskinin İncelenmesi

Nazlı ÖZTÜRK, Burcu ÇELİK KOCABIYIK, Fatma ARIKAN, Hasan Şenol COŞKUN

Derleme Makaleler

Kemoterapi ve Radyoterapi Alan Hastalarda Oral Mukozit: Bir Gözden Geçirme

Seher ÇAKMAK, Nesrin NURAL

Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Diyabet Yönetimi ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Sevecen ÇELİK İNCE, Neslihan PARTLAK GÜNÜŞEN

Ailenin Güçlendirilmesi ve Pediatri Hemşireliğinde Uygulanması

Pelin KARATAŞ, Hüsnüye ÇALIŞIR, Seher SARIKAYA KARABUDAK

Riskli Gebelerde Yaşanan Anksiyete, Prenatal Bağlanma ve Hemşirenin Rolü

Nazlı BALTAÇI, Mürüvvet BAŞER

Editörden

Çok değerli okuyucularımız,

Dergimizin 2020 yılı ikinci sayısında bilimsel araştırmaları sizlere aktarmaktan, aynı zamanda bilimsel bir platformda sizlerle buluşmaktan gurur duyuyoruz.

Bu sayıdaki paylaşımlarımız sekiz araştırma makalesi ve dört derlemeden oluşmaktadır. İlk araştırma, Yurdağül HAZIR ve Gülçin BOZKURT'un "Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Geçiren Çocuklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Uygulamalarının İncelenmesi" isimli tanımlayıcı çalışmasıdır. Araştırmanın örneklemini üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı almış 236 çocuğun ebeveyni oluşturmuştur. Araştırmada, ebeveynlerin büyük çoğunluğunun tamamlayıcı ve alternatif tedavi uyguladığı, çoğunlukla tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemlerinin ilaç tedavisinden önce kullanıldığı, eğitim düzeyi arttıkça tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma oranlarının düştüğü belirlenmiştir. Toplumun konu hakkındaki eğilimini belirleyen alana katkı verici bir çalışmadır.

İkinci araştırma makalesi; Tülay KUZLU AYYILDIZ, Hülya KULAKÇI ALTINTAŞ, Cansu AYDIN, Esra MİNAZ ve Tuğba YÖRÜK'ün "0-5 Yaş Çocuklarda Rotavirüs Sıklığı ve Anne-Babaların Rotavirüse Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Uygulamaları" isimli çalışmasıdır. Kesitsel tanımlayıcı tasarımdaki araştırma, Zonguldak ilinde 354 anne-baba ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada, anne-babaların rotavirüs aşısını bilme oranının yüksek olmasına rağmen, rotavirüs aşısı yaptırma oranının düşük olduğu saptanmıştır. Annelerin eğitim düzeyi arttıkça rotavirüs aşısını yaptırma oranlarının arttığı belirlenmiştir. Aşılama konusunda ebeveyn tutumunun belirlenmesiyle uygulamalara katkı verici bir çalışmadır.

Üçüncü çalışma; Gizem BAYRAKÇI ve Emine TÜRKMEN'in "McCloskey ve Mueller'in İş Doyum Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" başlıklı araştırmasıdır. Metodolojik tasarımdaki araştırmanın örneklemini 324 hemşire oluşturmuştur. McCloskey ve Mueller İş Doyumu Ölçeği'nin Türkçe formu kapsam ve yapı geçerliliği ölçütlerini karşılamaktadır. Madde analizleri ve zamana karşı değişmezlik güvenilirlik ölçütlerini sağlamakla birlikte, ölçeğin alt boyutları açısından iç tutarlılık (Cronbach alfa) güvenilirliği için çalışma yapılmasına gereksinim bulunmaktadır. Hemşire yöneticilere motivasyonu geliştirme yönünde yol gösterici bir çalışmadır.

Dördüncü çalışma; Figen ŞENGÜN İNAN, Neslihan GÜNÜŞEN, Sevecen ÇELİK İNCE ve Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN'ın "Hemşirelik Öğrencileri Tarafından Uygulanan Akran Eğitim Programının Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarına Etkisi" isimli araştırmasıdır. Araştırma Tek grupta ön-test son-test yarı deneysel tasarımdaki araştırmanın örneklemini akran eğitimini uygulayan, hemşirelik üçüncü sınıf eğitici akranların ulaştığı hemşirelik dışı bölümlerde okuyan 144 üniversite öğrencisi oluşturmuştur. Hemşirelik öğrencileri tarafından uygulanan akran eğitimini üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarında olumlu yönde değişim oluşturduğu belirlenmiştir. Bu sonuç doğrultusunda akran eğitimi ruhsal hastalıklara karşı damgalamayı azaltmada kullanılabilir bir yöntem olarak düşünülebilir. Akran eğitiminin etkinliğinin kontrol gruplu ve uzunlamasına izlem tasarımlarıyla değerlendirilmesi önerilir. Hemşirelik eğitimine katkı verici bir çalışmadır.

Beşinci araştırma; Nurgül ŞİMAL ve Elif GÜRSOY'un "Üniversite Öğrencilerinin Gelecekte Çocuk Sahibi Olmaya İlişkin Düşünceleri ve Etkileyen Faktörler" başlıklı çalışmasıdır. Tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın örneklemini 712 son sınıf öğrencisi oluşturmuştur. Öğrencilerin gelecekte çocuk sahibi olma düşüncesi üzerinde etkili olan faktörlerin başında çocuğun psikolojik yönü, soyun devamı ve kişilere ait bireysel tercih geldiği saptanmıştır. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun ekonomik özgürlüğe kavuşmadan çocuk sahibi olmak istemediği belirlenmiştir. Geniş aile tipine sahip ve en uzun süre yaşadığı yer köy olan öğrencilerin daha fazla sayıda çocuk sahibi olmak istedikleri, erkek çocuk algısını daha yoğun yaşadıkları ve soyun devamı açısından çocuğun önemine daha çok inandıkları saptanmıştır. Çalışmada kır-kent ayrımı belirgin şekilde ortaya çıkarken, anne-baba eğitim durumlarının çocuk sahibi olma isteği üzerinde anlamlı etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Altıncı araştırma makalesi; Soner BERSE, Betül TOSUN ve Nuran TOSUN'un "Periferik İntravenöz Katetere Bağlı Flebit Oranının ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi" isimli araştırmasıdır. Tanımlayıcı tasarımdaki çalışma, bir iç hastalıkları kliniğinde 93 hastaya uygulanan 195 periferik intravenöz kateter uygulaması incelenmiştir. Bu çalışmada periferik intravenöz kateterlerin dörtte birinden daha fazlasında flebit olduğu, ileri yaşın, kronik hastalığın, sürekli infüzyonun, aynı damara birden fazla kateterizasyonun ve kateterin kalış süresinin uzun olmasının hastalarda flebitin görülme oranını artırdığı bulunmuştur. Hemşirelerin flebit gelişimi açısından belirtilen risk faktörlerini kateter uygulaması ve bakımı konusunda göz önünde bulundurmaları, uygulanan periferik intravenöz kateterlerin geçerli ve güvenilir ölçüm araçları ile düzenli olarak flebit belirtileri açısından değerlendirilmesi önerilmektedir. Alana katkı verici bir çalışmadır.

Yedinci araştırma makalesi; Özge ÖZ YILDIRIM, Dilek ÇELİK EREN, Mehmet KORKMAZ ve İlknur AYDIN AVCI'nin "Üniversite Öğrencilerinin Üriner İnkontinans Farkındalıkları ve Benlik Saygıları Arasındaki İlişki" isimli araştırmasıdır. Tanımlayıcı nitelikteki araştırma, bir üniversitenin hemşirelik, ebelik ve sosyal hizmet bölümlerinde öğrenim gören 646 öğrenci ile yürütülmüştür. Öğrencilerin üriner inkontinans farkındalık ölçeği, sağlık sorunu olarak kabulünü engelleyen faktörler, üriner inkontinans ile başatme ve idrar korkusu yaşama alt boyutları orta düzeydedir. Öğrencilerin sağlık

motivasyonu alt boyutu kötü düzeyde ve kısıtlama alt boyutunun iyi düzeyde olduğu, üriner inkontinans yaşayan öğrencilerin benlik saygıları ise düşük düzeyde bulunmuştur.

Sekizinci araştırma makalesi; Nazlı ÖZTÜRK, Burcu ÇELİK KOCABIYIK, Fatma ARIKAN ve Hasan Şenol COŞKUN'un "Kanser Hastalarında Konstipasyon Sıklığı ve Gelişme Riskinin İncelenmesi" başlıklı çalışmasıdır. Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma, 18 yaşından büyük, kanser tanısı almış 129 hasta ile yürütülmüştür. Çalışmamızda onkoloji kliniğinde yatan hastaların çoğunluğunun konstipasyon yaşadığı, sürekli opioid tedavisi alma, destek tedavi alma ve metastaz varlığının hastaların konstipasyon yaşamasında etkili olduğu ve konstipe olmayan kanser hastalarının ise orta düzeyde risk altında olduğu belirlenmiştir. Onkoloji hastalarının bakımında dikkate alınması gereken bir konu olarak önem arz etmektedir.

Bu sayımızdaki ilk derleme makale; Seher ÇAKMAK ve Nesrin NURAL'ın "Kemoterapi ve Radyoterapi Alan Hastalarda Oral Mukozit: Bir Gözden Geçirme" başlıklı derlemesidir. Bu derlemede oral mukozitin tanımı, epidemiyolojisi, gelişme mekanizması, etiyolojisi/risk faktörleri, klinik/ekonomik sonuçları, değerlendirilmesi, önlenmesi/tedavisi ve hemşirenin rolü tartışılmıştır.

İkinci derleme makale; Sevecen ÇELİK İNCE ve Neslihan PARTLAK GÜNÜŞEN'in "Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Diyabet Yönetimi ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü" isimli makalesidir. Bu derleme makalede, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde diyabet sıklığının, yönetiminin nasıl olduğuna ve psikiyatri hemşirelerinin rollerine ışık tutulmuş, aynı zamanda ruhsal hastalığı olanlardaki diyabet artışının yönetimine katkı sağlayıcı uygulamalar tartışılmıştır.

Üçüncü derleme makale; Pelin KARATAŞ, Hüsnüye ÇALIŞIR ve Seher SARIKAYA KARABUDAK'ın "Ailenin Güçlendirilmesi ve Pediatri Hemşireliğinde Uygulanması" başlıklı makalesidir. Derleme makalede, aile ve hemşirelik bakımı açısından oldukça önemli olan ailenin güçlendirilmesinin önemi, aileye, çocuğa ve sağlık çalışanlarına olan yararları açıklanmış, uygulama adımları ve pediatri hemşireliğinde uygulanmasına ilişkin somut öneriler irdelenmiştir.

Dördüncü ve son derleme makale; Nazlı BALTACI ve Mürüvvet BAŞER'in "Riskli Gebelerde Yaşanan Anksiyete, Prenatal Bağlanma ve Hemşirenin Rolü" isimli derlemesidir. Bu derlemede, riskli gebelik durumlarında yaşananlar, prenatal bağlanmanın önemi, bu kapsamda anne ve fetus arasındaki ilişkinin etkileri ve hemşirelik açısından kanıta dayalı uygulamaların katkısı tartışılmıştır.

Temmuz sayımızda, araştırma makaleleri ve derlemeleri ile literatüre, hemşirelik uygulamalarına ve yönetimine katkı veren tüm yazarlara, hakemlere, bölüm editörlerine ve bütün süreçlerde emek veren dergi yayın kuruluna teşekkürlerimi sunarım.

Mesleğimizin gelişimine katkı verecek değerli çalışmalarla bir sonraki sayımızda buluşmayı ümit ediyorum.

SAĞLIKLA KAL TÜRKİYEM...
Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER
Editör

Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Geçiren Çocuklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Uygulamalarının İncelenmesi

Yurdağül HAZIR*, Gülçin BOZKURT**

Öz

Giriş: Hemşireler üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuklarda kullanılan tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemlerinin etkisini bilmeli, ebeveynler ve toplumu bilgilendirmelidir. **Amaç:** Üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuklarda kullanılan, tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarını incelemektir. **Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki araştırma, Mayıs-Aralık 2017 tarihleri arasında, İstanbul'un bir ilçesine bağlı, bir Aile Sağlığı Merkezinde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini bu Aile Sağlığı Merkezinde üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı almış 236 çocuğun ebeveyni oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan anket formu ile elde edilmiştir. **Bulgular:** Çalışma grubundaki ebeveynlerin %95.8'i anne ve yaş ortalaması 33.38 ± 6.56 idi. Çocuk üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiğinde, ebeveynlerin %86'sının tamamlayıcı ve alternatif tedavi uyguladığı belirlenmiştir. Ebeveynlerin %92.1'i ilaç tedavisinden önce tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemlerini kullanmaktadır. Ebeveynlerin %95.1'i tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemlerinden yararlandığını bildirmiştir. Ateşi düşürmek için ebeveynlerin %68.6'sı tamamlayıcı alternatif tedavi-yöntemlerini kullanmaktadır. Ebeveynlerin öksürük (%66.9) ve boğaz ağrısı (%41.1) için sıklıkla bitki çayları verdiği belirlenmiştir. Annenin eğitimi arttıkça tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma oranının azaldığı saptanmıştır ($\beta = .32$). **Sonuç:** Üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocukların ebeveynlerinin büyük çoğunluğu tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamaktadır. Ebeveynler çoğunlukla tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemlerini ilaç tedavisinden önce kullanmaktadır. Ebeveynlerin eğitimi arttıkça tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma oranları düşmektedir.

Anahtar Sözcükler: Solunum, Enfeksiyon, Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi, Çocuk.

Abstract

Investigation of Complementary and Alternative Treatment Practices in Children with Upper Respiratory Tract Infection

Background: Nurses should know the effects of complementary and alternative treatment methods used in children with upper respiratory tract infections, and should inform parents and society. **Objectives:** This study aim examine the complementary and alternative medicine used in children with acute upper respiratory infection. **Methods:** The descriptive study was conducted between May and December 2017 in a family health center in Istanbul. The sample of the study was the parent of 236 children who were diagnosed with upper respiratory tract infection in this Family Health Center. The data were collected by a researcher's questionnaire. **Results:** In this study 95.8% of parents were mothers and the mean age was 33.38 ± 6.56 . When the child had upper respiratory tract infection, it was determined that 86% of the parents applied complementary and alternative treatment. 92.1% of the parents use complementary and alternative treatment methods before drug treatment. 95.1% of parents reported using complementary and alternative treatment methods. 68.6% of parents use complementary and alternative treatment methods to reduce fever. It was observed that parents frequently gave herbal teas for cough (66.9%) and sore throat (41.1%). As the education of the mother increased, the rate of complementary and alternative treatment decreased ($\beta = .32$). **Conclusion:** it was determined that the majority of parents had complementary and alternative treatments when the child had upper respiratory tract infections. The majority of parents use complementary and alternative treatment methods prior to drug treatment. As parents' education increases, the use of complementary and alternative treatment decreases.

Key Words: Respiratory, Infection, Complementary and Alternative Treatment, Child.

Geliş tarihi: 27.04.2019

Kabul tarihi: 19.05.2020

Solunum yollarının ağız ve burundan glotise kadar olan bölümü (burun mukozası, nazofarenks, orofarenks, orta kulak, sinüsler, tonsiller ve epiglot) üst solunum yolları, bu bölgede ortaya çıkan enfeksiyonlarda üst solunum yolu enfeksiyonları (ÜSYE) olarak kabul edilmektedir (1). Çocuklarda en sık görülen hastalıklar üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Bu hastalıkların çocuklarda %30-40 oranında özellikle kış aylarında görüldüğü ve kendiliğinden iyileşebilen hastalıklar olduğu bilinmektedir (2,3).

Çocuklar ÜSYE geçirdiğinde, hastalığı tedavi etmek, çocuğu rahatlatmak için modern tıp yöntemleri veya modern tıp dışında ki yöntemler sıklıkla kullanılmaktadır. Modern tıp dışındaki tedavi yöntemleri Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi (TAT) yöntemleri kapsamında ele alınmaktadır. Tamamlayıcı tedavi, modern tıba yardımcı olarak hastanın rahatlaması, bağışıklık sisteminin güçlenmesi, hastanın psikolojisinin düzelmesi gibi amaçlarla uygulanan tedavi yöntemleridir. Alternatif tedavi ise, modern tıbbın yerine kullanılan geleneksel tedavi uygulamalarını kapsamaktadır (4,5).

Dünyada ve ülkemizde TAT yöntemlerinin kullanımı giderek artmaktadır (4). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre Afrika'da %80, Kanada'da %70, Avustralya'da %48, Amerika'da %42, Belçika'da %38 ve Fransa'da %49 oranında TAT kullanılmaktadır (6,7). Uluslararası literatürde TAT yöntemlerinin kullanıldığı hastalıklara yönelik ülke çapında nüfusa dayalı yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır. Avrupa ve Amerika'da yapılan çalışmalarda çocuklarda TAT kullanım oranının %1.8-70 olduğu bildirilmektedir (8,9).

Türkiye'de hastaların kullandığı yöntemleri gizlemesi ve yanlış bilgi vermesi nedeniyle gerçek TAT kullanma oranları bilinmemekle birlikte, farklı yayınlarda %9-93.7 arasında değişen oranlarda kullanıldığı bildirilmektedir (10-12). Ülkemizde özellikle; kanser, diyabet, epilepsi, bronşiyal astım ve üst solunum yolu enfeksiyonlarında TAT'ların sık kullanıldığı bildirilmektedir (13).

Doğal ve zararsız olduğu düşünülen TAT'lar kullanımının kolay olması, invaziv girişim gerektirmemesi, ucuz olması ve kolay ulaşılır olması nedeniyle yaygın kullanılmaktadır (14,15). Ayrıca sağlık hizmetlerinin yetersizliği, bilimsel gerçeklere inanmama, sosyo-kültürel özellikler, önyargılar, dini inanışlar, ilaçların yan etkilerinden korkma gibi nedenlerle modern tıp yerine TAT daha çok kullanılmaktadır (5,14).

* Uzm. Hem., Nurtepe Aile Sağlığı Merkezi, İstanbul. E-posta: yrdgl-hzr@hotmail.com ORCID: 0000-0002-7523-4501 **Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul. E-posta: gbozkurt@istanbul.edu.tr ORCID: 0000-0002-8528-2232

Geleneksel olarak kullanılan birçok TAT yönteminin güvenli olmadığına dikkat çekilmektedir (10). Yaygın kullanılmasına rağmen TAT kullanmaya bağlı olası yan etkiler konusunda bilgiler yetersizdir. Literatürde TAT'ların bilinçsiz bir şekilde kullanılmasının, geleneksel tedavilerle etkileşerek tedavi sonucunu etkilediği veya yan etkilere yol açtığı bildirilmektedir (6,11,13,16,17).

Çocuklarda TAT'ların kullanımı hakkında yeterli klinik çalışma bulunmamaktadır. Çocuk sağlığı açısından sık kullanılan TAT uygulamalarının bilinmesi toplum sağlığının korunması açısından son derece önemlidir (17). Çocuk hemşireleri; ÜSYE geçiren çocuklarda kullanılan TAT yöntemlerinin etkisi, riskleri ve modern tedavi yöntemleri ile etkileşimleri konusunda bilgi sahibi olmalı, TAT kullanan çocukları saptamalı, ebeveynler ve toplumu bilgilendirmelidir.

Araştırma Soruları

- ÜSYE geçiren çocuklarda TAT uygulama oranı nedir?
- ÜSYE geçiren çocuklarda hangi TAT yöntemleri kullanılmaktadır?
- ÜSYE geçiren çocuklarda TAT tercihlerini etkileyen faktörler nelerdir?

Araştırma, ÜSYE geçiren çocuklarda kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini incelemek amacı ile yapılmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Nicel olarak tasarlanan araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarihi

Mayıs-Aralık 2017 tarihleri arasında İstanbul'da bir Aile Sağlığı Merkezinde yürütüldü. Aile sağlığı merkezinde bulunan altı birimde; toplam iki ebe, dört hemşire, altı aile hekimi ve bir hizmetli personel görev yapmaktadır. Bu merkezde; hasta muayeneleri, aile planlaması, aşılama, gebe-lohusa takibi, bebek-çocuk takibi ve izlemi, ev ziyareti, çeşitli laboratuvar tetkikleri, kanser taraması, eğitim, enjeksiyon ve pansuman hizmetleri verilmektedir.

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini çalışmanın yürütüldüğü İstanbul'da bir Aile Sağlığı Merkezinden alınan bilgiye göre 2016 yılında bu merkezde, üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı alan 10.000 çocuk olduğu görüldü. Araştırma örnekleme hesaplanırken 2016 yılında üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı aldığı belirlenen çocukların ebeveynleri çalışmanın evrenine kabul edilmiştir. GPOWER 3.0 istatistik programında iki grupta (TAT kullanan ve kullanmayan) 0.05 anlamlılık, %95 güç ve orta etki büyüklüğünde (0.5) çalışma için gerekli örneklem büyüklüğü 176 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın verilerinin toplandığı dönemde veri kaybı olabileceği göz önünde bulundurularak 236 ebeveyne ulaşıldı. Bu ebeveynler araştırmanın örneklemini oluşturdu.

Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacılar tarafından literatür (12,14,18) taranarak hazırlanan, 39 adet sorudan oluşan anket formu kullanılarak toplandı. Anket formu; ailelerin sosyo-demografik özellikleri, yaşanan fiziki çevre, kullanılan TAT uygulamaları ve yaklaşımlarını kapsamaktadır. Anket formuna çocuk sağlığı hastalıkları hemşireliğinde beş uzmanın önerileri doğrultusunda son hali verilmiştir.

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri araştırmacıların biri tarafından haftanın üç günü (salı, çarşamba, cuma), aile sağlığı merkezine giderek, araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynlerle anket formu yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Görüşme 10-15 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonunda elde edilen veriler SPSS 21.0 paket programında, parametrik ve nonparametrik tanımlayıcı istatistiksel analizler kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı verilerin analizinde sayı ve yüzde, değişkenlerin birbiri ile karşılaştırılmasında Pearson ki-kare, Yates ki-kare ve Fisher ki-kare analizleri, anlamlı çıkan değişkenlerle TAT kullanımı arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile, anlamlı çıkan değişkenlerin TAT kullanma durumunu yordama düzeyi lojistik regresyon analizi, değişkenler arasında çoklu bağıntı olup olmadığı, değişkenlerin regresyon modeline dahil edilip edilmeyeceğini belirlemek için tolerans ve VIF analizi kullanılmış, tolerans değeri 0.2 ve VIF değeri 10'un altında olan değişkenler regresyon modeline dahil edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0.05 kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Etik kurul izni; araştırmanın yürütülebilmesi için, Okan Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik kurul (Tarih/Sayı:20.04.2017/82) ve İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden (Tarih/Sayı: 28.04.2017/ 64222187-030.03) kurum izni alınmıştır. Araştırma süresince Helsinki Bildirgesi kurallarına uyulmuş, araştırmaya katılan tüm ebeveynlere araştırmanın amacı açıklanmıştır. Araştırma sonuçlarının kimlik bilgileri verilmeden bilimsel amaçla yayınlanabileceği konusunda bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

Kurum izni: Çalışmanın Aile Sağlığı merkezinde yürütülebilmesi için İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır.

Bulgular

Çalışma grubunu ÜSYE tanısı almış 236 çocuğun ebeveyni oluşturdu. Çalışma grubundaki ebeveynlerin %95.8'inin (n=226) anne olduğu, annelerin yaş ortalamasının 33.38 ± 6.56 ve babaların yaş ortalamasının ise 35.30 ± 6.66 olduğu belirlendi. Ailelerin %92.8'i (n=219) çekirdek aile ve %47.5'inin (n=112) gelirinin giderine eşit olduğu saptandı. Çocukların %45.3'ünün (n=107) ayda bir-iki defa hastalandığı ve %7.2'sinin (n=17) kronik bir hastalığı (%4.3'ü astım ve %2.9'unun böbrek

yetmezliği, hipotroidi, biotinaz eksikliği ve epilepsi) olduğu görüldü. Çocuklar ortalama 5.04 ± 3.69 yaşında (%39.8'u 1-3 yaş aralığında) ve %53.8 (n=107)'isi erkek idi. Çalışma grubundaki; çocukların cinsiyeti, yaş grubu, hastalanma sıklığı, kronik hastalığının olması, çocuk sayısı, aile tipi, annenin yaşı, eğitimi ve çalışma durumu gibi demografik değişkenlere göre ebeveynlerin ÜSYYE TAT kullanması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > .05$).

Tablo 1. Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarında TAT Uygulamaları (N= 236)

| | n (%) |
|--|-----------|
| ÜSYYE'de TAT uygulama | |
| Uygulayan | 203(86) |
| Uygulamayan | 33(14) |
| TAT yöntemlerini tercih nedenleri* | |
| Tıbbi yöntemlerin faydası olmadığı/ilaç kullanmayı istemediği için | 173(73.3) |
| Kolay erişilebilir olduğu için | 129(54.7) |
| Aile bireyleri/tanıdıklar kullanmasını istediği için | 39 (16.5) |
| Hastanelerde çok beklediği için | 30(12.7) |
| Ucuz olduğu için | 24(10.2) |
| Bağışıklığı güçlendirdiği için | 5(2.1) |
| TAT uygulamalarından yararlanma (n = 203) | |
| Yararlanan | 193(95.1) |
| Yararlanmayan | 10(4.2) |
| TAT uygulama zamanı (n = 203) | |
| İlaç tedavisinden önce | 187(92.1) |
| İlaçlar ile birlikte | 12(5.9) |
| İlaçlara cevap almadığında | 4(2.0) |
| TAT yöntemlerini tekrar kullanmayı düşünme (n = 203) | |
| Düşünen | 192(94.6) |
| Düşünmeyen | 11(5.4) |
| TAT yöntemlerini başkasına tavsiye etme (n = 203) | |
| Tavsiye eden | 155(76.4) |
| Tavsiye etmeyen | 12(5.9) |
| Bilmeyen | 36(17.7) |

*Birden çok yanıt verilmiştir.

Ebeveynlerin %86'sının çocuğu ÜSYYE geçirdiğinde TAT uyguladığı, %73.3'ünün tıbbi yöntemlerin faydası olmadığı ve ilaç kullanmak istemediği için TAT'ı tercih ettiği, %95.1'inin TAT uygulamalarından yararlandığı ve %92.1'inin TAT'ı ilaç tedavisinden önce uyguladığı saptandı. TAT uygulayan ebeveynlerin %76.4'ünün başkasına da tavsiye ettiği ve %68.6'sının TAT ile ilgili bilgi kaynaklarının aile büyükleri ve akraba olduğu belirlendi (Tablo 1).

Çocuğu ÜSYYE geçirdiğinde ebeveynlerin öncelikle %73.3'ünün (n=173) evdeki ilaçları kullandığı, %66.9'unun (n=158) TAT yöntemlerini uyguladığı, %36.9'unun (n=87) doktora götürdüğü ve %3'ünün (n=7) dua ettiği belirlendi (Tablo 2).

Tablo 2. Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları Semptomlarında Uygulanan TAT (N = 236)

| | n (%) |
|--|------------|
| Ateşi olduğunda öncelikle yapılanlar* | |
| Doktora götürülen | 67 (28.4) |
| Doktora danışmadan ateş düşürücü veren | 174 (73.7) |
| Doktora danışmada antibiyotik veren | 6 (2.5) |
| TAT yöntemlerini uygulayan | 162 (68.6) |
| Ateşi düşürmek için yapılanlar* | |
| Soğuk uygulama/ılık duş yaptıran | 207 (87.7) |
| Sirkeli su ile vücudu silen | 65 (27.5) |
| Bitki çayları içiren | 8 (3.4) |
| Öksürüğü kesmek/azaltmak için yapılanlar* | |
| Doktora götürülen | 44 (18.6) |
| Bitki çayları /bitkisel karışım içiren | 215 (91.1) |
| Bal-pekmez veren | 82 (34.7) |
| Öksürük şurubu veren | 11 (4.7) |
| Boğaz ağrısını gidermek için yapılanlar * | |
| Doktora götürülen | 95 (40.3) |
| Bitki çayları içiren | 97 (41.1) |

| | |
|--|------------|
| Gargara yaptıran | 10 (4.2) |
| Ballı süt, zencefilli bal, pekmez yediren | 59 (25) |
| Burun tıkanıklığını gidermek için yapılanlar* | |
| Doktora götürülen | 79 (33.5) |
| Burun lavajı | 113 (47.9) |
| Aspiratör ile aspire eden | 6 (2.5) |
| Buhar uygulayan | 28 (11.9) |
| Diğer (6 kişi nane yağı, 2 kişi viksi burun kenarına sürmüş) | 8 (3.4) |
| Kulak ağrısını gidermek için yapılan uygulamalar* | |
| Doktora götürülen | 155 (65.7) |
| Anne sütü damlatan | 40 (16.9) |
| Soğan suyu damlatan | 10 (4.2) |
| Zeytinyağı, ozon yağı, gliserin damlatan | 6 (2.5) |
| Kulağının üzerine sıcak havlu koyan | 8 (3.4) |

*Birden çok yanıt verilmiştir.

Çocuklarının ateşi olduğunda ebeveynlerin %73.7'sinin doktora danışmadan ateş düşürücü verdiği, %87.7'sinin ateşi düşürmek için çocuğa soğuk /ılık duş aldırıldığı ve öksürüğü kesmek için %66.9'unun bitki çayı verdiği (ıhlamur, anason çayı, nane limon, hatmi çiçeği çayı, rezene çayı, yeşil çay, adaçayı, elma, tarçın) saptandı (Tablo 2).

Ebeveynlerin sıklıkla boğaz ağrısını gidermek için %41.1'inin bitki çayı verdiği (ıhlamur, nane limon), burun tıkanıklığını gidermek için %47.9'unun burun lavajı uyguladığı ve kulak ağrısında %16.9'unun kulağa anne sütü damlattığı görüldü (Tablo 2).

Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviden yararlanan ebeveynlerin %96.9'unun, yararlanmayanların ise %50'sinin TAT'ı tekrar kullanmayı düşündüğü görüldü. Ebeveynlerin TAT uygulamasından yararlanma durumuna göre tekrar TAT kullanmayı düşünme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < .000$). TAT bir kez kullanma (OR:1.93) yeniden TAT kullanmayı düşünmeyi 1.93 artırmaktadır.

TAT uygulamasından yararlanan ebeveynlerin %89.6'sı, yararlanmayanların ise %66.7'si diğer çocuklarında da TAT kullandığı saptandı.

Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviden yararlanan ebeveynlerden %79.3'ünün, başkasına TAT kullanmayı tavsiye ettiği, %20.7'sinin ise tavsiye etmediği belirlendi. Ebeveynlerin kullandığı TAT'dan yararlanma durumuna göre başkasına TAT kullanmayı tavsiye etme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p < .001$). TAT fayda görme (OR:3.96) TAT kullanmayı tavsiye etme durumunu 3.96 kat artırdı.

Tablo 3. Anlamlı Bulunan Değişkenler ile TAT Kullanma Durumunu Yordama Düzeyi

| Değişkenler | | | | | | | %95 CI | |
|---------------------------------|---------|----------------------|-------|---------------------|------|---------|--------|-------|
| | B | SE | Wald | Df | Sig. | Exp (B) | Lower | Upper |
| Birey sayısı | .302 | .266 | 1.293 | 1 | .255 | 1.353 | .804 | 2.277 |
| Anne eğitimi | -1.113 | .423 | 6.908 | 1 | .009 | .329 | .143 | .754 |
| Çocuk odası olması | .777 | .619 | 1.578 | 1 | .209 | 2.176 | .647 | 7.317 |
| -2Log likelihood | 170.532 | Cox & Snell R Square | .083 | Nagelkerke R Square | .150 | | | |
| Hosmer and Lemeshow Test | | | | | | | | |
| Chi-square | 918 | Df | 6 | Sig. | .819 | | | |

Hosmer ve Lemeshow testi sonucunda modelin uyumlu ve anlamlı olduğu belirlenmiştir. Modeldeki üç değişken (ailedeki birey sayısı, anne eğitimi ve çocuğun odasının olması) TAT kullanma durumunu %15 açıklamaktadır. Değişkenler tek tek incelendiğinde ise TAT kullanımını etkileyen tek anlamlı değişkenin anne eğitimi olduğu, annenin eğitiminin artmasının TAT kullanım oranını azalttığı, annenin üniversite eğitimi almasının TAT kullanımını ($\beta = .329$) R2: %32.9 azalttığı saptanmıştır (Tablo 3).

Tartışma

Son yıllarda dünyada ve ülkemizde TAT kullanımı giderek artmaktadır. Çocuklarda solunum yolu enfeksiyonlarında TAT yaygın kullanıldığı birçok çalışmada gösterilmiştir (9,19-21). Türkiye'de hastaların kullandığı yöntemleri gizlemesi, yanlış bilgi vermesi ve araştırmaların yetersiz olması nedeniyle TAT kullanma oranları bilinmemektedir (13).

Araştırma grubumuzdaki ebeveynlerin %86'sının çocuğu ÜSYE geçirdiğinde TAT uyguladığı belirlendi (Tablo 1). Pitetti ve ark. (2001) Pittsburg'da çocuk acil servisine başvuran 525 ebeveynin %12'sinin solunum sistemi sorunlarında en az bir çeşit TAT yöntemi kullandığını saptamıştır (9). Ülkemizde yapılan çalışmalarda TAT'ın ÜSYE sık kullanıldığı (19-21), çocuklarda TAT kullanma sıklığının %18-95 arasında değiştiği bildirilmektedir (22). Topaloğlu ve ark. (2013) solunum yolu enfeksiyonu tanısı alan 214 ebeveyni ile yaptığı çalışmada %93.7'sinin, Aydın ve ark. (2015) 220 ebeveyn ile yaptığı

çalışmada %69.4'ünün TAT uyguladığını saptamıştır (18). ÜSYE geçiren çocuklarda TAT kullanma oranlarının yüksek olduğu söylenebilir.

Ebeveynlerin büyük çoğunluğunun (%92.1) TAT'ları ilaç tedavisinden önce uygulamıştı (Tablo 1). Topaloğlu ve ark. (2013) ailelerin %56.7'sinin ilaç tedavisinden önce TAT uyguladığını saptamıştır (12). İlaç tedavisinden önce bu kadar yüksek oranlarda TAT tercih edilmesi düşündürücüdür.

Çalışma grubundaki ebeveynlerin TAT ile ilgili bilgi kaynaklarının; çoğunlukla aile büyükleri, akrabalar (%68.6), komşular ve arkadaşlar (%32.6) ve internet/televizyon (%27.1) olduğu belirlendi. Taşar ve ark. (2011) %60, Giray Bozkaya ve ark (2009) %68.9, Topaloğlu ve ark. (2013) %69.4 oranlarında TAT yöntemlerini aile büyüklerinden ve akrabalarından öğrendiğini belirlemiştir (12,13,21). Ebeveynlerin TAT'ları aile büyüklerinden ve yakın çevrelerindeki kişilerden öğrendiği ve uygulamayı çoğunlukla annelerin yaptığı için anneler ve bilgi kaynağı olan aile büyüklerine birlikte eğitim verilmelidir.

Ebeveynlerin eğitim düzeyi arttıkça TAT kullanım sıklığının azaldığı belirlenmiştir. Benzer şekilde Taşar ve ark. (2011) ve Topaloğlu ve ark. (2013) eğitim düzeyi arttıkça ilaç dışı uygulamaları kullanma sıklığının azaldığını saptamıştır. Ebeveynlerin eğitim düzeyi arttıkça TAT daha bilinçli yaklaşıtları düşünülmektedir (12,21).

Ebeveynlerin yaklaşık ¾'ünün çocuğunun ateşi olduğunda doktora danışmadan ateş düşürücü verdiği ve %68.6'sının doğru ve hatalı uygulamaları bir arada kullandığı belirlendi (Tablo 2). Ebeveynlerin yaklaşık 1/3'ünün ateşi olduğunda çocuğu sirkeli su ile sildiği tespit edildi. Çöl Araz (2013), acil servise başvuran ebeveynlerin ateşli çocuğa öncelikle ılık uygulama yaptığı ve ateş düşürücü ilaç verdiğini saptamıştır (23). Tuncel ve ark. (2014) ebeveynlerin %9.7'sinin ateşi düşürmek için sirkeli suyla silme, sirke içirme, biber sürme, kırmızı renkli şeylerden uzak durma gibi uygulamalar yaptığını belirlemiştir (24). Ateşi düşürmek için çocuğun giysilerinin çıkarılması, ılık su ile duş aldırılması ve ılık kompres uygulamanın doğru uygulamalar olduğu, soğuk su ile duş, soğuk kompres, sirkeli su, alkollü su ve kolonya ile silmenin hatalı uygulamalar olduğu bilinmektedir (19, 25). Araştırma grubundaki annelerin doktora danışmadan ateş düşürücü kullanılması ve sirkeli su ile çocuğu silme gibi hatalı uygulama oranlarının yüksek olması kaygı vericidir.

Çocuklarda ateşten sonra en sık görülen öksürük, genellikle kendiliğinden düzelen bir semptomdur (14). Ebeveynlerin öksürüğü olan çocuğa sıklıkla bitki çayı %66.9 (ıhlamur, anason çayı, nane limon, hatmi çiçeği çayı, rezene çayı, yeşil çay, adaçayı, elma, tarçın), bal veya pekmez %34.7 ve bitkisel karışımlar %24.2 verdiği saptandı (Tablo 2). Bülbül ve ark (2009) ebeveynlerin %22.5'inin, Büyük ve ark. (2014) %72,8'sinin öksürüğü olan çocuklara bitkisel ürünler verdiğini, Topaloğlu ve ark. (2013) %30.6 oranında bal verdiğini belirlemiştir (14,21,27). Tuncel ve ark. (2014) ebeveynlerin öksürükte (%23.8) bitki çayları (ıhlamur, hatmi çiçeği, tarçın, nane-limon, papatya), bal, pekmez, süt ve zeytinyağı içirme veya sürme, gazete ile ovma gibi uygulamalar yaptığını saptamıştır (24). Büyük ve ak. (2014) tarafından yapılan bir çalışmada balın öksürüğü kesmede etkili olmadığı, öksürük sıklığını azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir (14). TAT yöntemleri çocuklarda zararlı yan etkilere, mevcut tedavinin yarım kalmasına ve tedavi süresini uzamasına neden olabilmektedir (21). Bitkisel ürünlerin yaygın kullanılması ve araştırma sonuçlarının sınırlı olması nedeniyle bu ürünlerin etkisinin araştırılması gerekmektedir.

Ebeveynlerin boğaz ağrısını gidermek için bitki çayları (%41.1), bal ve pekmez (%25) vermişti (Tablo 2). Aydın ve ark. (2015) ebeveynlerin boğaz ağrısında bitki çayı (%60,1) ve bal verdiğini (%25.5) belirlemiştir (18). Uğurlu ve ark. (2014) boğaz ağrısında bitki çayları (%26.1) içerildiğini bulmuştur (26). Araştırmalarda kullanım oranları değişmekle beraber boğaz ağrısının giderilmesinde aynı içerikte TAT uygulamaların yapıldığı görülmektedir.

Burun tıkanıklığını gidermek için araştırma grubunda ki ebeveynlerin %47.9'unun sıklıkla okyanus suyu veya serum fizyolojik ile burun lavajı ve sıcak su buharı (%11.9) uyguladığı görüldü. Çocuklarda burun tıkanıklığı en sık ÜSYE nedeniyle olmaktadır (27). Aydın ve ark. (2015) ebeveynlerin %32.3'ünün burun tıkanıklığında burunu tuzlu su ile yıkadığını saptamıştır (18). Literatürde burun tıkanıklığında tuzlu su ile burun lavajının kronik ve alerjik sinüzitte yardımcı tedavi yöntemi olduğu, uygulama şekli ve sıklığının hala tartışmalı olduğu belirtilmektedir (18,27). Burun tıkanıklığını gidermeye yönelik uygulamaların etkinliğinin deneysel çalışmalar ile irdelenmesi gerekmektedir.

Ebeveynlerin kulak ağrısını gidermek için anne sütü (%16.9), soğan suyu (%4.2), zeytinyağı, ozon yağı, gliserin (%2.5) damlattığı ve kulağına sıcak havlu koyduğu (%3.4) görüldü. Efe ve ark. (2012) Antalya'da 512 ebeveyn ile yaptığı çalışmada, çocuğun kulak ağrısını gidermek için %30.3'ünün anne sütü, %2.9'unun zeytinyağı, gliserin damlattığı veya gliserinli pamuk koyduğunu belirlemiştir (28). Etkinliği kanıtlanmayan TAT kullanımını tartışmalıdır.

Ebeveynlerin büyük çoğunluğu (%95.1) TAT yöntemlerinden fayda gördüğünü belirtmiştir (Tablo 1). TAT yöntemlerini bir kez kullanmanın tekrar TAT kullanmayı 1.938 oranında arttırdığı saptanmıştır. Literatürlerde TAT yöntemlerinin hastalığı tedavi etmediği, semptomları, korku ve kaygıyı azalttığı, hastaların motivasyonunu ve yaşam kalitesini arttırdığı bildirilmektedir (15). Toplumda bilinen TAT yöntemleri genellikle sözlü tavsiyeler ile nesiller boyu aktarılmaktadır. Çalışma grubumuzdaki ebeveynlerin %76.4'ü TAT yöntemlerini başkalarına önereceğini belirtmişti. Regresyon analizinde modele alınan anlamlı değişkenler, tek tek incelendiğinde TAT kullanımını etkileyen tek anlamlı değişkenin anne eğitimi olduğu, annenin eğitiminin artmasının TAT kullanım oranını (R2: %32.9) azalttığı görüldü (Tablo 3). Topaloğlu ve ark. (2013) TAT kullananların %87.5'inin bu yöntemleri başkalarına da önereceğini belirtmektedir (12). TAT kullanım kolaylığı, doğal ve zararsız olduğunun düşünülmesi, invaziv girişim gerektirmemesi, ucuz olması ve kolay ulaşılır olması, sağlık hizmetlerinin yetersizliği, sosyo-kültürel özellikler, önyargılar, dini inanışlar, ilaçların yan etkilerinden korkma vb. nedenler ile yaygın kullanılmaktadır (5,14,15). TAT yararlandığını düşünme ve başkalarına önerme oranlarının yüksek olması uzun yıllar bu yöntemlerin aktarımının süreceğini düşündürmektedir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Sonuçlar ÜSYE geçiren çocuklarda ebeveynlerin TAT kullanma sıklığı ve tercih nedenlerinin anlaşılmasına, TAT kullanımına yönelik ebeveynler ve toplumun eğitilmesi konusundaki literatüre katkı sağlayacaktır. Elde edilen sonuçların,

çocuk sağlığının geliştirilmesi için çocuk sağlığı alanında hizmet verenlere; çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireleri, halk sağlığı hemşireleri, hekimler ve politika yapıcılara ipucu sağlaması beklenmektedir.

Bilgilendirme

Yazarların katkı oranı beyanı şu şekildedir: fikir ve kavram YH, GB; tasarım YH, GB; denetleme ve danışmanlık GB; veri toplama ve işleme YH; analiz ve yorum YH, GB; kaynak taraması YH; makalenin yazımı YH, GB; eleştirel düşünme YH, GB.

Araştırma ile ilgili herhangi bir projeden ya da firmadan destek alınmamıştır. Araştırmanın bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Ayrıca sorumlu olduğumuz araştırmada herhangi bir firma ile çıkar ilişkisi bulunmamaktadır.

Araştırmanın yapılabilmesi için bir üniversitenin girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulundan 20.4.2017 Tarih 64222187-030.03 20 karar nolu izin alınmıştır.

Kaynaklar

1. Pettigrew MM, Gent JF, Pyles RB, Miller AL, Nokso-Koivisto J, Chonmaitree T. Viral-bacterial interactions and risk of acute otitis media complicating upper respiratory tract infection. *Journal of Clinical Microbiology* 2011;49(11):3750-3755.
2. Arslan M, Şahin AE, Gülsever O, Güneş HŞ, Aldemir BA, Duran F ve ark. Çocuklarda viral ve bakteriyel üst solunum yolları enfeksiyonlarının ayırımında klinik skorlama. *Family Practice and Palliative Care* 2017;2(3):6-11.
3. Tosun E, Topaloğlu O, Yalçın A. Solunum yolu enfeksiyonları: antibiyotik kullanım oranı ve tedavi maliyeti. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2008;12(1):25-30.
4. Lafçı D, Kaşıkçı MK. Yataklı sağlık kuruluşunda görev yapan sağlık personelinin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini bilme ve kullanma durumları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;3(4):1114-1131.
5. Özçelik G, Toprak D. Bitkisel tedavi neden tercih ediliyor. *AnkMedJ* 2015;15(2):48-58.
6. Polat G, Yıldırım G, Polat HH. Tamamlayıcı alternatif tıp ile ilgili gazete haberlerinin gazetecilik, halk sağlığı ve tıbbi etik boyutuyla değerlendirilmesi. *IJHHS* 2014;11(1):814-835.
7. World Health Organization. Traditional stragey 2002-2005. Geneva, [URL: http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_stragey_2002.pdf](http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_stragey_2002.pdf).16.Aralık.2017.
8. Medsen H, Andersen S, Nielsen R, Dolmer BS, Host A, Damkier A. Use of complemantary/alternative medicine among pediatric patients. *Eur J Pediatr* 2003; 162:334- 341.
9. Pitetti R, Singh S, Hornayak D, Garcia SE, Herr S. Complementary and alternative medicine use in children. *Pediatric Emergency Care* 2001; 17:165-169.
10. Cırık V, Efe E. Pediatri hemşireliğinde tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının önemi. *HEAD* 2017;14(2):144-149.
11. Çetin O. Eskişehir'de tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı. *Sosyoekonomi* 2007;6(6):97-105.
12. Topaloğlu N, Yıldırım Ş, Tenkin M, Uludağ A, Özgen K. Türkiye'nin batısında solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuklarda alternatif tedavi uygulamaları. *Guncel Pediatri* 2013;11(1):23-26.
13. Giray Bozkaya Ö, Akgün İ, Birgi E, Çinkoğlu A, Gög K, Karadeniz D. Anne babaların çocuklarında uyguladıkları alternatif tıp yöntemleri. *Tıp Fakültesi Dergisi* 2008;22(3): 129-135.
14. Büyük ET, Güdek E, Kalaycı N. Annelerin öksürüğü olan çocuğa yaklaşımları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;3(4):1019-1031.
15. Ceyhan D, Yiğit TT. Güncel tamamlayıcı ve alternatif tıbbi tedavilerin sağlık uygulamalarındaki yeri. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg* 2016;6(3):178-189.
16. Jacobsson I, Jönsson AK, Gerdén B, Hägg S. Spontaneously reported adverse reactions in association with complementary and alternative medicine substances in Sweden. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2009;18(11):1039-1047.
17. Uzun MB, Aykaç G, Özçelikay G. Bitkisel ürünlerin yanlış kullanımı ve zararları. *Lokman Hekim Dergisi* 2014;4(3):1-5.
18. Aydın D, Çiftçi EK, Kahraman S, Şahin N. Alternative treatment practices of mothers whose children had respiratory tract infection. *JPR* 2015;2(4): 212-217.
19. Araz N, Bulbul S. Use of complementary and alternative medicine in a pediatric population in southern. Turkey. *CIM* 2011;34(1):21-29.
20. Öztürk C, Karayagız G. Exploration of the use of complementary and alternative medicine among Turkish children. *J Clin Nurs* 2008;17(19):2558-2564.
21. Taşar MA, Potur ED, Nursel K, Bostancı İ, Dallar Y. Düşük gelir düzeyine sahip ailelerin çocuklarına tamamlayıcı veya alternatif tıp uygulamaları: Ankara hastanesi verileri. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2011;5(2):81-88.
22. Özcebe H, Sevencan F. Çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tıbbi konu alan araştırmaların değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2009;52(4):183-194.
23. Çöl Araz N. Ailelerin ateşli çocuğa yaklaşımı: bilgi, tutum ve uygulamaları. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2013;1:27-32.
24. Tuncel T, Şen V, Kelekçi S, Karabel M, Şahin C, Uluca ve ark. Kronik hastalığı olmayan çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı. *Türk Ped Ars.* 2014; 49:148-53.

25. Öztürk Ö, Topan A, Ayyıldız T. Ateş şikayeti ile acil servise getirilen çocuklarda ateş olgularının değerlendirilmesi. HSP 2015;2(3):285-296.
26. Uğurlu E, Kalkım A, Sağkal T. 0-1 Yaş arası bebeklerde sık karşılaşılan ağrı durumları ve ailelerin yaklaşımları. Fırat Tıp Dergisi 2014;19(1):25-30.
27. Bülbül SH, Turgut M, Köylüoğlu S. Çocuklarda tıp dışı alternatif uygulamalar konusunda ailelerin görüşleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2009;52(4): 195-202.
28. Efe E, Öncel S, Yılmaz M. Kadınların diş, karın ve kulak ağrısı olan çocuklarına yaklaşımları. Ağrı 2012; 24(2): 69-76

0-5 Yaş Çocuklarda Rotavirüs Sıklığı ve Anne-Babaların Rotavirüse Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Uygulamaları

Tülay KUZLU AYYILDIZ*, Hülya KULAKÇI ALTINTAŞ**, Cansu AYDIN***, Esra MİNAZ****, Tuğba YÖRÜK*****

Öz

Amaç: Bu çalışma, Zonguldak il merkezinde yaşayan 0-5 yaş arası çocuklarda rotavirüs sıklığını, anne-babaların rotavirüse yönelik bilgi düzeylerini ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Çalışma kesitsel tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Çalışma, Mart 2019-Mayıs 2019 tarihleri arasında 354 anne-baba ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde aritmetik ortalama, standart sapma, ortanca, minimum-maximum, yüzde-sayı değerleri ve ki kare testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışmada, anne babaların %15.5'i çocuklarının rotavirüs ile karşılaşmış olduğunu ifade etmiştir. Anne-babaların %57.6'sının rotavirüs enfeksiyonunu, %51.1'inin rotavirüs aşısını bildiği belirlenmiştir. Ailelerin rotavirüs aşısı yaptırmama nedenleri arasında aşığı duymama ve maddi olanaksızlıklar yer almaktadır. **Sonuç:** Çalışmada, anne-babaların rotavirüs aşısını bilme oranının yüksek olmasına rağmen, rotavirüs aşısı yaptıрма oranının düşük olduğu tespit edilmiştir. Annelerin eğitim düzeyi arttıkça rotavirüs aşısını yaptıрма oranlarının arttığı belirlenmiştir. **Anahtar Kelimeler:** Bilgi Düzeyi, Rotavirüs, Rotavirüs Aşısı.

Abstract

The Incidence of Rotavirus in 0-5 Years Old Children and Parents' Knowledge Levels and Applications for Rotavirus

Objective: The aim of this study was to determine the incidence of rotavirus in 0-5 children living in the city center in Zonguldak, and to determine the parents' knowledge levels and applications for rotavirus. **Methods:** This study was a descriptive cross-sectional research. The study was conducted with 354 parents between March 2019 and May 2019. Arithmetic mean, standard deviation, median, minimum-maximum, percentage-number values and chi square test were used to data analysing. **Results:** In the study, 15.5% of the parents who stated that their children encountered rotavirus. It was determined that 57.6% of the parents knew rotavirus, and 51.1% of them were aware of rotavirus vaccine. The reasons why parents did not receive rotavirus vaccine include not hearing the rotavirus vaccine and financial impossibility. **Conclusion:** In the study, although parents had a high knowledge of the rotavirus vaccine the rate of rotavirus vaccination was low. It was determined that the rate of having their child given rotavirus vaccine increased as mothers' education level increased ($p>.05$).

Keywords: Level of Knowledge, Rotavirus, Rotavirus Vaccine.

Geliş tarihi: 25.05.2019 **Kabul tarihi: 19.05.2020**

İshal günlük dışkı miktarının, sayısının ve sıvı içeriğinin artmasıdır. Anne sütü ile beslenen bebeklerde her zamankinden daha sık ve daha sulu dışkılamaya olarak tanımlanmaktadır (1,2). Akut gastroenteritler çocuklarda mortalite ve morbiditenin en sık nedenlerinden olup, tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur (3). Dünya Sağlık Örgütü (2015) beş yaş altı çocuklarda, %9 oranında ölüm nedeninin gastroenterit olduğunu ifade etmektedir (4). Çocuklarda görülen gastroenteritlerin en önemli nedenlerinden biri rotavirüs enfeksiyonlarıdır. Çocukların büyük çoğunluğu ilk beş yıl içinde en az bir kez rotavirüsle enfekte olmaktadır. Rotavirüs gastroenteritlerinin en sık 6-24 ay arasında görülmekte olduğu, ırk ve cinsiyete göre farklılık göstermediği bildirilmiştir (5,6). Anne sütü ile beslenen çocuklarda hastalığın ciddiyeti ve süresinin az olduğu bildirilmiştir (7). Şafak (2014), 0-6 yaş çocuklarda, dışkı örneklerinde rotavirüsü incelediği prevalans çalışmasında; rotavirüs pozitifliği, 0-12 aylık çocuklarda %9.1, 13-24 aylık çocuklarda %16, 25-36 aylık çocuklarda %21.7, 37-48 aylık çocuklarda %20, 49-60 aylık çocuklarda %13 ve >60 aylık çocuklarda %6.6 olarak saptamıştır (8). Rotavirüse bağlı gastroenteritlerin çocuklarda kolay bulaşa sahip olması nedeniyle, özellikle hastanede yatan çocuklarda nozokomiyal yayılım yaygındır. Oral fekal yolla bulaştığı için gıda kaynaklı bulaşma hastalığın en önemli etiyolojik faktörü olarak görülmektedir. Enfeksiyonunun özellikle sonbahar ve kış mevsimlerinde görülme oranı artmaktadır (9). Rotavirüse bağlı gastroenteritlerde, çocuklarda sıvı volüm eksikliğine bağlı dehidratasyon belirti ve bulguları görülmektedir. Bunlar çocuklarda enerji kaybına, halsizliğe, iştahsızlığa ve ciddi metabolik sorunlara neden olabilmektedir. Bu nedenle anne-babaların rotavirüs hakkında bilgi düzeyleri değerlendirilmeli ve uygun girişimler planlanmalıdır (10). Rotavirüs enfeksiyonunun önlenmesinde aşı uygulaması önemlidir. Rotavirüs aşısı sıvı formdadır ve oral yoldan uygulanır. Ülkemizde uygulanan iki marka rotavirüs aşısı bulunmaktadır. Bebeklere, uygulanan aşıya bağlı olarak ikinci ve dördüncü aylarda iki doz ya da ikinci, dördüncü ve altıncı aylarda üç doz olarak uygulanmaktadır (11). Aşının, ilk dozunun 14 hafta + 6 güne kadar son dozunun ise 34 hafta + 6 güne kadar tamamlanması gerekmektedir (12). Rotavirüs aşısı Amerika Birleşik Devletleri, Güney Afrika, Avustralya, Finlandiya, Ortadoğu'da beş ülke ve Avrupa'da dört ülkede rutin aşı takviminde bulunmaktadır. Ülkemizde ise rutin bağışıklama programında yer almamaktadır (11,13).

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma Zonguldak'ta il merkezinde yaşayan 0-5 yaş arası çocuklarda rotavirüs sıklığını, anne-babaların rotavirüse yönelik bilgi düzeyleri ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Soruları

- Zonguldak il merkezinde yaşayan 0-5 yaş arası çocuklarda rotavirüs sıklığı nedir?
- Anne-babalar çocuklarını rotavirüs enfeksiyonundan korumak için hangi uygulamaları yapmaktadır?
- Anne-babaların eğitim durumu rotavirüs ile ilgili uygulamalarını etkilemekte midir?
- Anne-babaların rotavirüsü bilme durumu aşı yaptırmalarını etkilemekte midir?
- Anne-babaların çocuklarına aşı yaptırmaları çocukların rotavirüsle karşılaşmalarını etkilemekte midir?

* Doç. Dr., Bülent Ecevit Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Zonguldak. E-posta: tayyildiz67@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-8924-5957 **Dr. Öğretim Üyesi, Bülent Ecevit Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Zonguldak. ORCID: 0000-0003-4191-1559 *** Öğrenci Hemşire, Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Zonguldak. ORCID: 0000-0002-5496-8266 **** Öğrenci Hemşire, Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Zonguldak. ORCID: 0000-0002-4813-3078 ***** Öğrenci Hemşire, Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Zonguldak. ORCID: 0000-0002-7574-0690

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kesitsel, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma Mart- Mayıs 2019 tarihleri arasında Zonguldak il merkezinde yer alan; Bahçelievler Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Sendika ASM, Acılık ASM, Çınartepe ASM, İnağzı ASM, Meşrutiyet ASM, Soğuksu ASM, Çaydamar ASM, Rat ASM, Mithatpaşa ASM ve Karaelmas ASM'lerinde yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Zonguldak il merkezinde yer alan ASM'lerde takip edilen, 0-5 yaş arasında çocuğu olan 3972 anne-baba oluşturmuştur. Örnekleme ise evren bilindiği durumlarda kullanılan formül ile (%95 güvenilirlik ve \pm %5'lik sapma ile) yapılan hesaplamaya göre belirlenen 354 anne-baba oluşturmuştur. Bu sayıya ulaşılan kadar ASM'lere gelen ve araştırmaya katılmayı kabul eden anne-babalar araştırma kapsamına dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Veri Toplama Formu: Form, iki bölüm ve 38 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümde çocuğun cinsiyeti, yaşı ile ilgili bilgileri içeren beş, anne-babaların eğitim durumları, yaşları ve meslekleriyle ilgili bilgileri içeren dokuz soru bulunmaktadır. İkinci bölüm ise, araştırmacılar tarafından literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulan (5,8,9), ebeveynlerin rotavirüs ve rotavirüs aşısı hakkında bilgilerinin ve uygulamalarının yer aldığı 24 sorudan oluşmaktadır. Veri Toplama Formu hazırlandıktan sonra beş uzman görüşü alınmıştır. Uzman görüşleri sonrası formun son hali verilmiştir. Veri toplama formu yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Formun doldurulması yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 16.0 programında değerlendirilmiştir. Veriler aritmetik ortalama, standart sapma, ortanca, minimum-maximum, yüzde ve sayı değerleri ile gösterilmiştir. Gruplar arası yapılan karşılaştırmalarda ki kare testi (X^2) kullanılmıştır. Veriler %95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü ve Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (11.01.2019 tarih ve 477 nolu karar ile) izin alınmıştır. Yazılı izinler sonrası ASM'lere kayıtlı 0-5 yaş aralığındaki çocukların anne-babalarına araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek, sözlü izinleri alınmıştır.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Araştırma verileri 0-5 yaş çocuğu olan anne babalarla sınırlıdır.

Bulgular

Tablo 1. Çocuğa Ait Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı (n=354)

| Özellik | Ort.±SS.(min.-max.) | Sayı | % |
|-------------------|--|------------------------|-----------------------------|
| | ortanca | | |
| Yaş(ay) | 31.16±18.43(1-60) 30.0 | | |
| Çocuk sayısı | 1.85±0.76 (1-4) 2.0 | | |
| Cinsiyet | Kız Erkek | 173 181 | 48.9 51.1 |
| Anne Sütü Alma | Evet Hayır | 323 31 | 91.2 8.8 |
| Beslenme Şekli* | Anne sütü Ek gıda Mama Karışık beslenme | 124 92 22 221 | 35.1 26.0 6.2 62.4 |
| Kreşe Gitme | Evet Hayır | 56 298 | 15.8 84.2 |
| Çocuğa Bakan Kişi | Anne Baba Bakıcı Diğer** | 269 5 26 54 | 76.1 1.4 7.3 15.2 |
| Tuvalet Eğitimi | Evet Hayır | 146 208 | 41.2 58.8 |

*Anne-babalar birden fazla şık belirtmiştir. **Anneanne, babaanne, hala

Araştırmaya katılan toplam 354 katılımcının, 0-5 yaş çocuklarına ilişkin bazı tanımlayıcı özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır. Çocukların yaş ortalaması ay olarak 31.16±18.43 (01-60) olup, %51.1'i (n=181) erkektir. Beslenme şekli olarak çocukların %62.4'ü (n=221) karışık beslenmektedir (Tablo 1).

Anne-babaların sahip olduğu ortalama çocuk sayısı 1.85 ± 0.76 (1-4)'dür. Çocukların %15.8'i (n=56) kreşe gitmekte olup, %76.1'ine (n=269) annesi bakmaktadır. Çocukların %91.2'sinin (n=323) anne sütü aldığı, %58.8'inin (n=208) tuvalet eğitimi tamamlamadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Anne-Babaların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=354)

| Özellik | | n | % |
|-------------------------|-------------------------|------------|--------------|
| Anketi Cevaplayan Birey | Anne | 298 | 84.2 |
| | Baba | 56 | 15.8 |
| Annenin Eğitim Durumu | İlkokul | 61 | 17.2 |
| | Ortaokul | 64 | 18.1 |
| | Lise | 131 | 37.0 |
| | Üniversite | 98 | 27.7 |
| Babanın Eğitim Durumu | İlkokul | 38 | 10.7 |
| | Ortaokul | 55 | 15.6 |
| | Lise | 149 | 42.1 |
| | Üniversite | 112 | 31.6 |
| Ailenin Gelir Düzeyi | Geliri giderinden az | 124 | 35.0 |
| | Geliri giderine eşit | 189 | 53.4 |
| | Geliri giderinden fazla | 41 | 11.6 |
| Toplam | | 354 | 100.0 |

Çalışmaya katılan bireylerin %84.2'sini (n=298) anneler oluşturmaktadır. Anne-babaların eğitim durumuna baktığımızda annelerin %37.0'sinin (n=131), babaların ise %42.1'inin (n=149) lise mezunu olduğu belirlenmiştir. Ailelerin yarısından fazlasının (%53.4, n=189) gelirinin giderine eşit olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Anne-Babaların Hijyen Özelliklerinin Dağılımı (n=354)

| Özellik | | n | % |
|---|------------|------------|------------|
| Beslenme Sırasında Hijyenik Koşullara Dikkat Etme | Evet | 351 | 99.2 |
| | Hayır | 3 | 8 |
| Çocuğun Havuza Girme Durumu | Evet | 46 | 13.0 |
| | Hayır | 308 | 87.0 |
| Tuvalet Hijyenine Dikkat Etme | Evet | 352 | 99.4 |
| | Hayır | 2 | 6 |
| | Yıkamam | 106 | 29.9 |
| | Ara sıra | 135 | 38.2 |
| Tuvaletten Önce El Yıkama | Çoğunlukla | 67 | 18.9 |
| | Her zaman | 46 | 13.0 |
| | Ara sıra | 6 | 1.7 |
| Tuvaletten Sonra El Yıkama | Çoğunlukla | 131 | 37.0 |
| | Her zaman | 217 | 61.3 |
| Toplam | | 354 | 100 |

Anne babaların %99.2'si (n=351) beslenme sırasında hijyenik koşullara dikkat ettiğini, %99.4'ü (n=352) tuvalet hijyenine dikkat ettiğini, %38.2'si (n=135) tuvalet öncesinde ara sıra ellerini yıkadığını, %61.3'ü (n=217) tuvalet sonrasında ise her zaman ellerini yıkadığını belirtmiştir. Çocukların %87'sinin (n=308) son bir yıl içinde toplu alanlarda bulunan havuzlara girmediği görülmüştür (Tablo 3).

Anne babaların %35.9'u (n=127) çocuklarının daha önce gastroenterit geçirdiğini, %15.5'i (n=55) rotavirüs ile enfekte olduğunu belirtirken; %84.5'i (n=299) rotavirüs ile enfekte olmadığını ifade etmiştir. Anne-babaların %27.7'si (n=98) rotavirüs aşısı yaptırdıklarını belirtmişlerdir. Anne-babalar aşı yaptırmama nedenlerini, %35.1'i (n=124) aşırı duymama, %12.7'si (n=45) aşının koruyuculuğuna inanmama, %11.9'u (n=42) maddi olanaksızlık, %6.8'i (n=24) yan etkileri olduğunu düşünme, %5.9'u (n=21) uygun aşılama zamanını kaçırma olarak ifade etmişlerdir.

Tablo 4. Anne-Babaların Rotavirüs ve Rotavirüs Aşısı Hakkında Bilgilerinin Dağılımı (n=354)

| Özellik | Sayı | % |
|-----------------------------------|------------------|------|
| RV Bilme | Biliyor | 57.6 |
| | Bilmiyor | 42.4 |
| RV Bilgi Alınan Yer (n=204) | İnternet | 6.8 |
| | Kurs | 0.6 |
| | Sağlık Personeli | 41.5 |
| | Diğer*** | 8.7 |
| RV Bulaşma Yolu* | Fekal | 17.2 |
| | Oral | 12.2 |
| | Solunum | 10.6 |
| | Temas | 42.1 |
| RV Tedavi* | Alternatif | 2.9 |
| | Antibiyotik | 13.3 |
| | Aşı | 11.0 |
| | Serum | 30.5 |
| | Sıvı | 14.9 |
| | Diğer** | 10.4 |
| Eğitim Almak İsteme Durumu | Evet | 32.5 |
| | Hayır | 9.9 |
| RV Aşısını Bilme | Biliyor | 51.1 |
| | Bilmiyor | 48.9 |
| RV Aşısı Bilgi Alınan Yer (n=181) | İnternet | 3.4 |
| | Kurs | 0.3 |
| | Sağlık Personeli | 41.2 |
| | Diğer*** | 4.2 |
| RV Aşı Yapılma Zamanı | Doğru | 23.4 |
| | Yanlış | 27.7 |
| RV Aşı Dozu | 1 | 2.8 |
| | 2 | 46.9 |
| | 3 | 1.4 |
| RV Aşının Etkinliği | Evet | 43.5 |
| | Hayır | 7.6 |

* Anne-babalar birden fazla şık belirtmiştir. **Anne sütü, hijyen, istirahat. ***Çevre, akraba, arkadaşlar, yazılı kaynaklar.

Rotavirüsü bildiğini ifade eden 204 (%57.6) anne-babanın rotavirüs hakkındaki bilgiyi nereden aldığı incelendiğinde %41.5'inin (n=147) sağlık personelinden bilgi aldığı saptanmıştır. Rotavirüsün bulaşma yolu ve tedavisi sorgulandığında; anne-babaların %42.1'i (n=149) temas yoluyla bulaştığını ve %30.5'i (n=108) serum ile tedavi edildiğini ifade etmişlerdir. Rotavirüsü bilmeyen 150 (%42.4) anne-babanın %32.5'inin (n=115) eğitim almayı istediği saptanmıştır (Tablo 4).

Rotavirüs aşısını bilen 181 (%51.1) anne-babanın rotavirüs aşısı hakkında ki bilgiyi %41.2'sinin (n=153) sağlık personelinden aldığı görülmüştür. Anne babaların, %2.8'i (n=10) aşının bir doz yapıldığını ve %43.5'i (n=154) aşının etkili olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4).

Tablo 5. Annelerin Eğitim Durumuna Göre Rotavirüs Enfeksiyonunu, Rotavirüs Aşısını Bilme ve Aşı Yaptırma Değişkenlerinin Karşılaştırılması

| Değişken | Eğitim Durumu | | | | Test değeri | |
|---------------------|---------------|----------------|-------------|------------------|----------------|------|
| | İlkokul n (%) | Ortaokul n (%) | Lise n (%) | Üniversite n (%) | X ² | p |
| RV Bilme | | | | | | |
| Evet | 17 (27.9) | 26 (40.6) | 78 (59.5) | 83 (84.7) | 60.917 | .001 |
| Hayır | 44 (72.1) | 38 (59.4) | 53 (40.5) | 15 (15.3) | | |
| RV Aşı Bilme | | | | | | |
| Evet | 11 (18.0) | 26 (40.6) | 67 (51.1) | 77 (78.6) | 59.103 | .001 |
| Hayır | 50 (82.0) | 38 (59.4) | 64 (48.9) | 21 (21.4) | | |
| Aşı Yaptırma | | | | | | |
| Evet | 3 (4.9) | 11 (17.2) | 29 (22.1) | 55 (56.1) | 60.917 | .001 |
| Hayır | 58 (95.1) | 53 (82.8) | 102 (77.9) | 43 (43.9) | | |
| Toplam | 354 (100.0) | 354 (100.0) | 354 (100.0) | 35(100.0) | | |

Annelerin eğitim durumuna göre rotavirüs enfeksiyonunu ($p=.001$), rotavirüs aşısını ($p=.001$) bilme ve rotavirüs aşısını yaptırmama ($p=.001$) durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Üniversite mezunu olan annelerin (%84.7) rotavirüs enfeksiyonunu, (%78.6) rotavirüs aşısını bilme ve (%56.1) rotavirüs aşısını yaptırmama oranları diğer öğrenim grubundaki annelerden anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 6. Anne-Babaların Rotavirüs Aşısını Yaptırma Durumuna Göre Rotavirüs Aşısını Bilme ve Çocukların Rotavirüs Enfeksiyonu Geçirme Değişkenlerinin Karşılaştırılması

| Değişken | RV Aşısını Yaptırma | | Test değeri | |
|-------------------|---------------------|-------------|----------------|------|
| | Evet n (%) | Hayır n (%) | X ² | p |
| RV Bilme | | | | |
| Bilen | 95 (96.9) | 86 (33.6) | 1.138 | .001 |
| Bilmeyen | 3 (3.1) | 170 (66.4) | | |
| RV Geçirme | | | | |
| Olan | 18 (18.4) | 37 (14.5) | .827 | .363 |
| Olmayan | 80 (81.6) | 219 (85.5) | | |
| Toplam | 98 (100.0) | 256 (100.0) | | |

Anne-babaların rotavirüs aşısını bilme ve yaptırmama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ($p=.001$). Rotavirüs aşısını bilen anne-babaların, rotavirüs aşısını yaptırmama oranları bilmeyen anne babalardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Rotavirüs aşısını bilenlerin %96.9'u aşığı yaptırmama, bilmeyenlerin %3.1'i aşığı yaptırmamıştır. Anne-babaların çocuklarına rotavirüs aşısı yaptırmama durumu ile çocukların rotavirüs geçirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>.05$).

Tartışma

Zonguldak il merkezinde yaşayan ve çalışma kapsamına alınan, 0-5 yaş grubu çocuklarda gastroenterit geçirme oranı %35.9, rotavirüs ile karşılaşma oranı ise %15.5 olarak belirlenmiştir. Çocuklarda viral gastroenteritlerin en önemli nedeni rotavirüslerdir. Ülkemizde yapılan farklı çalışmalarda, rotavirüs enfeksiyonu sıklığının %10.3-20.3 (3,14, 15,16) arasında değiştiği saptanmıştır. Araştırmada tespit edilen rotavirüs enfeksiyonu görülme sıklığı literatürle uyumludur.

Çalışmaya katılan anne-babaların %57.6'sının rotavirüs, %51.1'inin rotavirüs aşısı hakkında bilgi sahibi olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Çıklar ve Güner (2020) yaptıkları çalışmada, rota aşısının annelerin en çok bildikleri ücretli aşılarından biri olduğunu ifade etmişlerdir (17). Köksal ve Köksal (2012) 2010 ve 2011 yıllarında bir aile sağlığı merkezine başvuran ve dört ayını bitirmiş bebeği olan anne-babalarla yaptığı çalışmalarında; anne babaların 2010 yılında %19.2'sinin, 2011 yılında ise %24.8'inin rotavirüs aşısı ve hastalık hakkında bilgi sahibi oldukları tespit edilmiştir (18). Bu çalışma bulgularına benzer şekilde son yıllarda anne-babaların rotavirüs aşısını bilme oranlarının önceki yıllarda yapılan çalışmalara göre yüksek olduğu görülmüştür (17,18). Bu durumun son yıllarda rotavirüs aşısının daha fazla önerilmesine ve yaygınlığının artmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Anne-babaların, %27.7'sinin rotavirüs aşısını yaptırdığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda rotavirüs aşısı yaptırmama oranının düşük olduğu görülmüştür (20,21,22). Bülbül ve arkadaşları (2013) çalışmalarında rotavirüs aşısı yaptırmama oranını %0.07 (n=8) olarak tespit etmişlerdir. Bunlardan altısının bir dozu, ikisinin iki dozu yaptırdığını belirlemişlerdir (19). Bu çalışmada rotavirüs aşısının uygulama oranının düşük olmasına rağmen önceki yıllarda yapılan çalışmaya göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun son yıllarda aşının yaygınlığının artmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada rotavirüs aşısı yaptırmama sebeplerine bakıldığında; anne babalar ilk üç sırada aşığı duymama, aşının koruyuculuğuna inanmama ve aşığı yaptırmama nedenini bilmeme olarak ifade etmişlerdir. Kaçmaz Ersü ve arkadaşları (2016) çalışmalarında anne-babalar büyük oranda, (%81.1) rotavirüs aşısını duymadıkları için çocuklarına aşı yaptırmadıklarını ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada diğer aşı yaptırmama nedenleri maddi olanaksızlık, aşının koruyuculuğuna inanmama, uygun aşılamama zamanını kaçırmama ve aşının yan etkilerinin olduğunu düşünme olarak ifade edilmiştir (22). Aşı hakkında bilgi sahibi olan anne-babaların aşı yaptırmama nedenlerinin incelendiği başka bir çalışmada ise; aşığı güvensizlik ve maliyetin yüksek oluşunun ilk sıralarda yer almakta olduğu görülmüştür (18). Araştırmada aşı yaptırmamanın en sık nedeni aşığı duymama olarak ifade edilmiştir. Bu durum Kaçmaz Ersü ve arkadaşlarının (2016) çalışması ile uyumludur.

Anne-babaların rotavirüs enfeksiyonu ve rotavirüs aşısı hakkında bilgi kaynaklarının en yüksek oranda sağlık personeli olduğu, bunu çevre, akraba, arkadaşlar, yazılı kaynaklar ve internetin izlediği tespit edilmiştir (Tablo 4). Yapılan çalışmalarda da bu araştırmaya benzer şekilde aşılar hakkında bilginin yüksek oranda sağlık personelinin alındığı belirlenmiştir (17, 20).

Rotavirüs aşısını bilen 181 (%51.1) anne-babanın aşının uygulandığı ayı %27.7'sinin yanlış, %23.4'ünün doğru bildiği belirlenirken; aşının yapılma dozunu, %2.8'inin bir doz olarak ifade ettikleri görülmüştür (Tablo 4). Ülkemizde uygulanan iki marka rotavirüs aşısı mevcuttur. Bebeklere hangi aşının verildiğine bağlı olarak iki veya üç doz aşı uygulanmaktadır. Aşı dozlarının uygulanması ilk doz iki aylık, ikinci doz dört aylık, üçüncü doz altı aylık (gerekirse) şeklindedir (24). Rotavirüs aşısını bildiğini düşünen anne-babaların aşı hakkında yeterli ve doğru bilgilerinin olmadığı görülmektedir.

Annelerin eğitim durumuna göre rotavirüs enfeksiyonunu, rotavirüs aşısını bilme ve rotavirüs aşısını yaptırmama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Üniversite mezunu olan annelerin (%84.7) rotavirüs hastalığını, (%78.6) rotavirüs aşısını bilme ve (%56.1) rotavirüs aşısını yaptırmama oranları diğer öğrenim grubundaki annelerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p <.05$) (Tablo 5). Yapılan çalışmalarda da annelerin eğitim durumları ile aşıları bilme

(24, 25), çocukların aşılama durumları (21) arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Genel olarak, çocukların aşılama oranlarına yönelik yapılan çalışmalarda annelerin düşük eğitim düzeyinin aşılama oranını olumsuz etkilediği gösterilmiştir (21,24-28). Annelerin eğitim durumu yükseldikçe rotavirüs enfeksiyonunu, rotavirüs aşısını bilme ve rotavirüs aşısını yaptırma oranlarındaki artış literatür ile uyumlu ve beklenen bir sonuçtur.

Rotavirüs aşısını bilen anne babaların, aşı yaptırma oranlarının bilmeyenlere göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür ($p=.001$). Rotavirüs aşısını bilenlerin %96.9'u aşığı yaptırmışken, bilmeyenlerin %3.1'i aşığı yaptırmıştır (Tablo 6). Çalışmamıza benzer şekilde, Kaçmaz Ersü ve arkadaşları (2016) çocukların aşılama durumlarına göre aşığı duymadığı için aşığı yaptırmama arasında anlamlı farklılık olduğunu belirlemiştir (22). Aşığı bilmeyen ya da duymayan anne-babaların aşığı yaptırma oranlarının düşük olması beklenen bir sonuçtur.

Anne-babaların çocuklarına rotavirüs aşısı yaptırma durumu ile çocukların rotavirüs enfeksiyonu geçirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>.05$). Yapılan ayrıntılı literatür taraması sonucu ülkemizde çocukların rotavirüs aşısı yaptırma durumlarına göre rotavirüs enfeksiyonu geçirme arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Rotavirus aşısından beklenen, doğal rotavirus enfeksiyonuna benzer immün yanıt oluşturarak, orta-ciddi enfeksiyonlardan koruması, hastaneye yatışları, ölümleri önlemesi ve hastalığın süre ve şiddetini azaltmasıdır. Yapılan çalışmalarda, rotavirüs aşısının küçük çocuklarda şiddetli rotavirüs enfeksiyonuna karşı korumada etkili olduğu gösterilmiştir (13,29,30). Ancak rotavirüs gastroenteritine neden olan baskın genotiplerin prevalansının ülkeden ülkeye ve yıldan yıla değiştiği bilinmektedir. Bu nedenle rotavirüs sörveyans çalışmalarının devamlılığının hem uygulanacak aşı seçiminde hem de uygulanan aşının etkinliğini ve kapsayıcılığını izlemede önemlidir (31,32).

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Sonuç olarak, anne-babaların rotavirüs aşısını bilme durumlarının yüksek olmasına rağmen rotavirüs aşı yaptırma oranı düşük bulunmuştur. Bu durumun nedenleri aşığı duymama, maddi olanaksızlık, aşının koruyuculuğuna inanmama olarak tespit edilmiştir. Çalışmada annelerin eğitim düzeyi arttıkça rotavirüs ve rotavirüs aşısını bilme, rotavirüs aşısını yaptırma oranlarının arttığı görülmüş olup rotavirüs aşısı yaptırma konusunda en önemli bilgilendirme kaynağının sağlık personeli olduğu saptanmıştır. Ülkemizde rotavirüs enfeksiyonlarının önlenmesinde ve hastalığa bağlı mortalite ve morbiditenin azaltılmasında aşının çok önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Bu nedenle aile sağlığı merkezlerine gelen anne-babalara hemşirelerin rutin aşılar yapılırken rotavirüs aşısı hakkında eğitimlerin yapılması, tanıtıcı broşürlerin hazırlanması ve anne babalara verilmesi önerilebilir. Rotavirüs aşısının ülkemizde Sağlık Bakanlığı çocukluk çağı rutin aşı programında yer almasının rotavirüs aşılama oranlarının artırılmasında en önemli etken olduğu düşünülmektedir.

Bilgilendirme

Yazarların katkı oranı beyanı şöyledir: fikir/kavram TKA; tasarım TKA, HKA ÖK; denetleme/danışmanlık TKA, HKA; veri toplama ve işleme CA, EM, TY; analiz ve yorum TKA, CA, EM, TY; kaynak taraması: CA, EM, TY; makalenin yazımı: TKA, HKA, CA, EM, TY; eleştirel düşünme: TKA, HKA, CA, EM, TY.

Araştırma ile ilgili herhangi bir projeden ya da firmadan destek alınmamıştır. Araştırmanın bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Ayrıca sorumlu olduğumuz araştırmada herhangi bir firma ile çıkar ilişkisi bulunmamaktadır.

Araştırmanın yapılabilmesi için bir üniversitenin girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulundan 11.01.2019 tarih 2019/477 nolu karar ile izin alınmıştır.

Kaynaklar

1. Öztürk R. Akut diyare. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu; 11-12 Ocak, 2001; İstanbul.
2. World Health Organization (WHO). Food, Water and Family Health: A Manual for Community Educators. For information and additional copies of this document, please contact: Documentation Centre, Office of Global and Integrated Environmental Health. (EHG) WHO, 1211 Geneva 27, Switzerland. Erişim: 05.11.2018. https://www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/settings/wsh9204.pdf
3. Tekin A. Mardin'deki akut gastroenteritli çocuklarda rotavirüs ve enterikadenovirüs sıklığı. Journal of Clinical and Experimental Investigations 2010;1(1):41-45.
4. Altındis M, Bányai K, Kalayci R, Gulamber C, Koken R, Apan T et al. Rotavirus surveillance in mid-western Turkey, 2006-2007. Central European Journal of Medicine 2010;5(5):640-645.
5. İrvem A, Yücel FM, Yıldırım M, Kadanalı A, Dede B. Akut gastroenteritli çocuk hastalarda rotavirüs görülme sıklığı. Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi 2014;44(3):98-100.
6. Yasa O, Ergüven M, Karaca Atakan S, Çetiner N, Mısırlı T, Akkoç A. Yatarak izlenen rotavirüs vakalarımızın epidemiyolojik özellikleri ve nozokomiyal enfeksiyon. Çocuk Dergisi 2009;9(3):127-130.
7. Dennehy PH, Cortese, MM, Begue RE. A case-control study to determine risk factors for hospitalization for rotavirüs gastroenteritis in US Children. J Pediatric Infect Dis Soc 2006; 25:1123-31.
8. Şafak B. Akut gastroenteritli çocuk hastalarda rotavirüs ve adenovirus sıklığı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;5(2):121-124.
9. Var I, Çelik Ç. Salgınlara neden olan bazı gastroenterit virüslerinin irdelenmesi. The Journal of Food 2017;42(4):392-404.

10. Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B. (Editörler). *Pediatric Hemşireliği*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi 2013: 122-124.
11. Kurugöl Z. Rotavirüs vaccines. Review. *Turk Pediatric Ars* 2007;42 (Suppl):36-42.
12. Madhi SA, Cunliffe NA, Steele D, Witte D, Kirsten M, Louw C, et al. Effect of human rotavirus vaccine on severe diarrhea in African infants. *The New England Journal of Medicine* 2010; 28(362):289-98.
13. Cortese MM, Parashar UD. Prevention of rotavirus gastroenteritis among infants and children: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, 2009; 58(2):1-25.
14. Özdemir M, Demircili ME, Bahadır F, Yavru S, Baysal B. İshalli hastalarda akut viral gastroenterit etkenlerinin araştırılması. *Selçuk Tıp Dergisi* 2013;29(3):127-130.
15. Öztaş S, Altındiş M, Aşık G, Acar S, Karagöz A, Bükülmez A, et al. Rotavirüs and adenovirüs in children with acute gastroenteritis and the molecular epidemiology of rotavirüs. *Nobel Med* 2016;12(1):87-93.
16. Topal İ, Çıkman A, Arslan YK, Sürücü Kara İ, Aydın Peker N, Karakeçili F. Akut gastroenteritli çocuklarda rotavirüs sıklığı. *Fırat Tıp Dergisi* 2019;24(1):14-17.
17. Çıklar S, Güner PD. Annelerin çocukluk çağı aşıları hakkındaki bilgi, davranış ve tutumları ve aşı reddi nedenleri: Nitel ve nicel bir araştırma. *Ankara Med J* 2020;(1):180-195
18. Köksal AO, Köksal T. Ankara'da ebeveynlerin rotavirüs hakkında bilgi düzeyleri ve çocukların rotavirüs aşılama oranları. *Gaziantep Tıp Dergisi* 2012; 8(3):151-154.
19. Bülbül M, Ergüven M, Olcay Y, Tombalak NA. Sağlam çocuk polikliniğimize başvuran çocukların rutin aşı ve diğer aşıların uygulama oran ve düzeninin değerlendirilmesi. *Göztepe Tıp Dergisi* 2013;28(4):171-178.
20. Odabaş N, Kuzlu Ayyıldız T. Anne babaların çocukluk dönemi aşılarına yönelik bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi. *Med J West Black Sea* 2020;4(1):7-11
21. Gencer MZ, Alıçoğlu F, Arıca S, Arıca V. 24-72 ay çocukları olan ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri ve rutin dışı aşılar hakkındaki bilgi düzeyleri: Doğu-Batı karşılaştırması. *Konuralp Tıp Dergisi* 2015;7(3):141-145.
22. Kaçmaz Ersü N, Ersü A, Öztürk YK, Helvacı M, Öngel K. Gastroenterit tanısı ile hastanede yatan çocukların özellikleri ve ebeveynlerin rotavirüs aşısı hakkındaki bilgi düzeyleri. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi* 2016;6(3):203-208.
23. The United States Department of Health & Human Services (HHS). Rotavirus Vaccine: What You Need to Know. 2019. Erişim: 16.05.2019 <https://www.immunize.org/vis/rotavirus.pdf>
24. Kürtüncü M, Alkan, I, Bahadır Ö, Arslan N. Zonguldak'ın kırsal bir bölgesinde yaşayan çocukların aşılama durumu hakkında annelerin bilgi düzeyleri. *Electronic Journal of Vocational Colleges* 2017; October/ Ekim: 08-17.
25. Polat Y, Tatlı S, Yavuzekinci M, Öztürk M, İpekçi NN, Yurdagül G. ve ark. Okul öncesi eğitime devam eden çocukların ailelerinin çocukluk çağı aşıları hakkındaki görüşleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017;6(4):131-137.
26. Merten S, Hilber AM, Biaggi C, Secula F, Bosch-Capblanch X, Namgya, P, Hombach J. Gender determinants of vaccination status in children: Evidence from a meta-ethnographic systematic review. *PloS one* 2015;10(8):23-35.
27. Taiwo L, Idris S, Abubakar A, Nguku P, Nsubuga P, Gidado S, Waziri E, et al. Factors affecting access to information on routine immunization among mothers of under 5 children in Kaduna State Nigeria, 2015. *Pan Afr Med J* 2017;27(1):32-41.
28. Üzümlü Ö, Eliaçık K, Örsdemir HH, Öncel EK. Ebeveynlerin aşı yaklaşımlarını etkileyen faktörler: Bir eğitim araştırma hastanesine ilişkin değerlendirme. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi* 2019; 13(3): 144-149.
29. Angel J, Franco MA, Greenberg HB. Rotavirus vaccines: Recent developments and future considerations. *Nat Rev Microbiol* 2007;5(7):529-39.
30. Yoshinaga M, Phan TG, Nguyen TA, Yan H, Yagyu F, Okitsu S, Müller WE, Ushijima H. Changing distribution of group A Rotavirus G-types and genetic analysis of G9 circulating in Japan. *Arch Virol* 2006;151(1):183-92.
31. Cataloluk O, Iturriza M, Gray J. Molecular characterization of rotaviruses circulating in the population in Turkey. *Epidemiol Infect* 2005;133(4):673-8.
32. Gündeşlioğlu ÖÖ, Kocabaş E, Haytoğlu Z, Dayar GT, Çil MK, Durmaz R. Adana ilinde akut gastroenteritli çocuklarda rotavirüs prevalansı ve genotip dağılımı. *Mikrobiyol Bul* 2018;52(2):156-165.

McCloskey ve Mueller'in İş Doyum Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*

Gizem BAYRAKÇI**, Emine TÜRKMEN***

Öz

Giriş: İş doyumu, hemşireleri işte tutmanın önemli bir belirleyicisidir. Türkiye'de hemşirelerin iş doyumunu değerlendirmek üzere kullanılan, geçerlik ve güvenirliliği sınırlı ölçeklerin sayısı sınırlıdır. **Amaç:** Bu metodolojik çalışma, "McCloskey ve Mueller İş Doyumu Ölçeği" Türkçe formunun ülkemiz hemşireleri için geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığını incelemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Bu çalışma, Haziran-Ağustos 2017 tarihleri arasında İstanbul'da üç hastanede görev yapan 324 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak "Sosyo-Demografik ve Mesleki Özellikler Formu" ile 31 maddelik "McCloskey ve Mueller İş Doyumu Ölçeği" kullanılmıştır. **Bulgular:** Ölçeğin kapsam geçerlilik indeksi .93 bulunmuştur. İç tutarlılık analizinde Cronbach alpha güvenirlilik katsayısının tüm ölçek için .81; alt boyutlar için .45 ile .70 arasında olduğu belirlenmiştir. Test-tekrar test analizinde iki uygulama arasında fark bulunmamıştır ($t = .27, p > .05$). Otuz bir maddenin madde-toplam puan korelasyon güvenirlilik katsayıları $r = .28$ ile $.49$ arasında bulunmuştur. Doğrulayıcı faktör analizinde, ölçek maddelerinin kendi boyutu (sekiz alt boyutlu) ile olan faktör yükleri $.36$ ile $.64$ arasında saptanmıştır. Ölçeğin model-veri uyum değerlerinin kabul edilebilir düzeyde iyi olduğu belirlenmiştir (Ki-kare / serbestlik derecesi: $1.4, p < .05$). **Sonuç:** McCloskey ve Mueller İş Doyumu Ölçeği'nin Türkçe formu kapsam ve yapı geçerliliği ölçütlerini karşılamaktadır. Madde analizleri ve zamana karşı değişmezlik güvenirlilik ölçütlerini sağlamakla birlikte, ölçeğin alt boyutları açısından iç tutarlılık (Cronbach alfa) güvenirliliği için çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: Hemşireler, Geçerlik, Güvenirlilik, İş doyumu, Ölçek.

Abstract

The Turkish Adaptation of the McCloskey and Mueller Job Satisfaction Scale: A Reliability and Validity Study

Background: Job satisfaction is an important factor in the retention of nurses. There are a few valid and reliable scales to evaluate job satisfaction for nurses in Turkey. **Objectives:** This methodological study was performed to determine whether the Turkish version of the "McCloskey and Mueller Job Satisfaction Scale/MMSS" is a valid and reliable tool for nurses in Turkey. **Methods:** This study was conducted with 324 nurses in three hospitals in Istanbul between June and August 2017. The study data collected using the "Descriptive Characteristics Form", and "McCloskey and Mueller Job Satisfaction Scale" consisting of 31 items. **Results:** The scale content validity index was 0.93. The Cronbach's alpha reliability coefficient was 0.81 for the overall scale and ranged from 0.45 to 0.70 for the sub-dimensions. The stability of the scale over time was tested with 32 nurses twice at a 15-day interval. There was no significant difference between the two measurements. The item-total score reliability coefficient of the scale ranged between 0.28 and 0.49. In the confirmatory factor analysis, the path coefficients of the items with their dimension (eight sub-dimensions) ranged between 0.36 and 0.64. The goodness of fit of the model determined in the confirmatory factor analysis was at an acceptable level (Chi square / Degree of freedom: $1.4, p < .05$). **Conclusion:** The results of this study indicated that MMSS meets the content and construct validity criteria. Although reliability tests of the MMSS, which are item analysis and stability, are acceptable range there is a need for further research to test the reliability of Cronbach alpha on the sub-dimensions of the MMSS.

Key Words: Leadership, Transformational Leadership, Nurse Manager, Unit Charge Nurses.

Geliş tarihi: 25.10.2019 **Kabul tarihi: 03.06.2020**

İş doyumu çok boyutlu bir kavram olup çok sayıda tanımla birlikte, genel olarak çalışanların işlerinden duydukları hoşnutsuzluk ya da hoşnutsuzluğu göstermektedir. Diğer bir tanıma göre iş doyumu, işin özellikleriyle bireylerin kendinde bulduğu özelliklerin uyum içinde olmasını yansıtır (1). Sağlık hizmetlerinde kaliteli ve güvenli hizmet sunabilmenin ön koşullarından biri kabul edilen çalışan memnuniyeti ya da çalışan iş doyumu, izlenmesi gereken önemli bir gösterge olarak değerlendirilmektedir (2). İş doyumu, çalışanların kurum içindeki tutum ve davranış eğilimlerini belirleyerek bireysel ve kurumsal performansı etkileyen önemli bir unsurdur (3). Hemşirelik ve sağlık alanında yapılmış çalışmalara göre, iş doyumu ile hasta bakım kalitesi ve hemşire devir hızı gibi kalite göstergeleri arasında ilişki vardır (4-6). Hemşirelerde iş doyumunun iş stresini (5,6), işe gelmeme ve işten ayrılma niyeti ile hemşire devir hızını artırdığı; bu etmenlerin de hasta bakım kalitesini olumsuz etkilediğini göstermektedir (7-9). Hemşirelerde iş doyumunun yüksek olmasının ise bakımın kalitesini artırdığı (10-13), hemşire devir hızını düşürdüğü (8,13) ve örgütsel bağlılığı artırdığı (14) belirtilmektedir. Bu bağlamda iş doyumu, hemşireleri işte tutmanın önemli bir belirleyicisi olduğundan, sağlık ve hemşirelik yöneticilerinin bireysel ve kurumsal performansı artırmaya yönelik doğru kararlar alabilmeleri için hemşire iş doyumunu ve ilişkili nedenleri düzenli biçimde değerlendirmeleri önem taşımaktadır (7,15).

İş doyumunun değerlendirilmesine yönelik yürütülen çalışmalarda ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmaları göze çarpmaktadır. Özsoy ve arkadaşlarının (16) iş doyumu ile ilgili yüksek lisans (n= 117) ve doktora (n= 18) tez çalışmalarını incelediği bir çalışmada; çalışmaların %62.9'unda çeviri ölçeklerden yararlandığı, %49.25'inde iş doyumu ölçeklerinin çeviri sürecine yönelik bilgi verilmediği, %50'sinde geçerlik analizlerinin yapılmadığı, %77.78'inde sadece Cronbach alpha güvenirlilik katsayısının verildiği ve %22.22'sinde hiçbir güvenirlilik analizinin yapılmadığı bildirilmiştir.

* Bu çalışma, Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı'nda yüksek lisans tezi olarak sunulmuştur (Danışman-Emine Türkmen, 27 Haziran 2018). ** Uzman Hemşire, Nişantaşı Hastanesi, Klinik Eğitim Hemşiresi, İstanbul, e-posta: gbayrakci@ku.edu.tr ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6810-3530> *** Dr. Öğretim Üyesi, Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İstanbul e-posta: emturkmen@ku.edu.tr ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3356-5871>

Örneğin, en sık kullanılan iş doyum ölçeğinin “Minnesota İş Doyumu Ölçeği/MİDÖ” 20 maddeli kısa formunun (%35.9) olduğu, bunun da Baycan (1985) tarafından sadece İngilizceden Türkçeye çevirisi yapılarak kullanıldığı ifade edilmiştir (16). Literatür incelemesinde, hemşirelik çalışmalarında da MİDÖ'nin sıklıkla kullanıldığı (17-21); çeviri ölçeğin kullanıldığı bu çalışmalarda Özsoy ve arkadaşlarının (16) bulgularına benzer biçimde ölçeğin uyarlanmasına yönelik bilgilere yer verilmediği, farklı araştırmacılar tarafından yapılmış çalışmalar ve/veya mevcut çalışmadaki Cronbach alpha değerlerinin sunulduğu belirlenmiştir. İş doyumunun değerlendirilmesinde kullanılan diğer bir ölçek ise 1997 yılında Ergin (22) tarafından, içinde hemşire ve hekimlerin de yer aldığı çeşitli meslek gruplarının oluşturduğu örneklem üzerinde uyarlaması yapılan “İş Betimlemesi Ölçeği”dir. Sağlık dışı mesleklerde ya da iş alanlarında sık kullanılan (23-25) bu ölçek, 2009 yılında hekimler üzerinde yürütülen bir çalışma ile yedi alt boyut ve 45 madde şeklinde yeniden düzenlenmiştir (22,26,27). Ancak, bu ölçeğin hemşire örnekleminde kullanıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Uyarlaması 2016 yılında Yılmaz ve Yıldırım tarafından yapılan, Muya ve arkadaşlarının (2014) Japonya’da geliştirdiği Hemşire İş Doyum Ölçeği ise 28 madde ve dört alt boyutu (28,29) ile İş Betimlemesi Ölçeği (22) ve McClosky ve Müller İş Doyum Ölçeği’ne (30) göre daha az sayıda alt boyuta sahip olma özelliği taşımaktadır.

Bu çalışma için tercih edilen McClosky ve Müller İş Doyum Ölçeği (1990) ise Kanada’da geliştirilmiş ve sonrasında farklı ülkelerde kullanımı yaygınlaşmıştır (11,31-35). Ölçeğin hemşireler için geliştirilmiş olması, alt boyutları ile iş doyumunu kapsamlı biçimde değerlendirmesi, ifadelerinin kısa olup hızla yanıt verilebilmesi ve farklı ülkelerde kullanılıyor olması tercih edilmesinde etkili olmuştur. Ölçek, 1974 yılında Kanada’da McCloskey tarafından 36 madde olarak geliştirilmiş; 1990 yılında Mueller ve McCloskey’nin yaptığı açıklayıcı faktör analizi çalışması ile sekiz alt boyut ve toplam 31 madde olarak tanımlanmıştır. Ölçek geliştirilirken, Maslow ihtiyaçlar hiyerarşisi ve Burns’un motivasyon teorisi esas alınarak bireylerin fizyolojik ve psikolojik motivasyon ihtiyaçları ile teşvik edilme ve hedeflere ulaşma arzuları dikkate alınmıştır (30). Bu bağlamda sekiz alt boyut; güvende olma (dışsal ödüller, çalışma zamanı/çizelgeler, aile iş dengesi), sosyal ödüller (iş arkadaşları, etkileşim) ve psikolojik ödüller (mesleki gelişim fırsatları, özerklik-sorumluluk, tanınma-takdir görme) şeklinde teorik alt yapıyı destekleyecek biçimde tasarlanmıştır. Hemşire iş doyumunu farklı boyutları ile kapsamlı şekilde değerlendiren bu sekiz alt boyutlu ölçek, sadece hastanelerde değil ruh sağlığı, halk sağlığı, evde bakım, rehabilitasyon ve ayaktan sağlık hizmetleri gibi alanlarda da hemşirelerin iş doyumunun değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (30,34).

Amaç

Bu çalışma, McCloskey ve Mueller İş Doyum Ölçeği’nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, metodolojik nitelikte bir çalışma olup İstanbul’da iki özel ve bir kamu hastanesinde, Haziran-Ağustos 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Örneklemi

Ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında örneklemin ölçek madde sayısının 10 katı olması ve/veya en az 200-300 kişiye ulaşılması önerilmektedir (36). Test-tekrar test değerlendirmesinin yapılabilmesi için de en az 30 çift veri olması gerektiği bildirilmektedir (37). Bu çalışmada, ölçek madde sayısı esas alınarak 310 (31x10= 310) hemşireye ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmanın yapıldığı hastanelerde toplam hemşire sayısı 1230 olup en az bir yılını dolduran hemşire sayısı ise 860’tır. Hedef örneklem sayısına ulaşmak amacıyla yoğun bakım, yatan hasta servisleri, acil servisler ve polikliniklerinde en az bir yıl süre ile görev yapan, araştırmaya katılmayı kabul eden 350 hemşireye (iki özel hastaneden 120’şer hemşire, devlet hastanesinden 110 hemşire) anket dağıtılmış ve veri formlarını eksiksiz dolduran 324 hemşirenin verisi kullanılmıştır. İlave olarak test-tekrar test uygulaması için örnekleme temsil eden 40 hemşireye form dağıtılmış ve ilk formu dolduran 32 hemşireye 15 gün ara ile ikinci uygulama yapılmıştır.

Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formunun birinci bölümünde katılımcıların sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin değerlendirildiği 14 soru, ikinci bölümünde ise ölçek maddeleri yer almıştır. Beşli Likert tipindeki ölçeğin ifadelerine, “1-Hiç Memnun Değilim”, “2-Memnun Değilim”, “3-Biraz Memnunum”, “4-Memnunum” ve “5-Çok Memnunum” seçenekleri ile yanıt verilmektedir. Ölçek, 1990 yılında Mueller ve McCloskey’nin yaptığı açıklayıcı faktör analizi çalışması ile sekiz alt boyut ve 31 madde olarak yeniden düzenlenmiştir. Orijinal ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alpha katsayısı .89 bulunmuş olup, alt boyutları ve Cronbach alpha katsayıları ise dışsal ödüller için .52, çalışma zamanı için .84, aile-iş dengesi için .57, iş arkadaşları için .54, etkileşim fırsatları için .72, mesleki gelişim fırsatları için .64, tanınma ve takdir görmek için .80, özerklik ve sorumluluk için .80 şeklinde belirlenmiştir. Ölçek, toplam ve alt boyutlarda ifadelerle verilen yanıtların puanları toplanarak elde edilen puanın madde sayısına bölünmesi ile puanlanmaktadır. Puanın artması iş doyumunun arttığını, azalması ise iş doyumunun azaldığını ifade etmektedir (30).

Verilerin Toplanması

Veri toplama Haziran-Ağustos 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Veri toplama formunu doldurmak yaklaşık 10 dakika sürmektedir. Form örnekleme alma kriterini karşılayan, çalışmaya katılımda gönüllü olan hemşireler ile yüz yüze görüşülerek kendilerine elden verilmiş ve bir hafta içinde geri toplanmıştır.

Verilerin Analizi ve Değerlendirmesi

McCloskey ve Mueller İş Doyum Ölçeği’nin geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin istatistiksel analizler, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 programında yapılmıştır. Çalışmada katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ve ölçek puanlarının

tanımlayıcı istatistikleri için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Ölçeğin kapsam geçerlik analizi için 10 uzmandan alınan görüşler Davis tekniği kullanılarak kapsam geçerlik indeksi (KGI) hesaplanmış ve sınır değer olarak .80 alınmıştır (38). Ayrıca uzmanlar arasındaki görüş birliğini incelemek üzere sınıflar arası korelasyon katsayısına (SKK= Interclass Correlation Coefficient-ICC) bakılmıştır. Ölçeğin orijinal ölçüğe benzer yapıda olup olmadığını değerlendirmek üzere doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uygulanmıştır. Ölçeğin iç tutarlığı Cronbach alpha katsayısı ve Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Ölçeğin kararlılığı ya da zamana karşı değişmezliği ise bağımlı gruplarda t testi, Pearson korelasyon analizi ve SKK ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Ölçeğin kullanım hakkı için Sharon Sweeney'den e-posta yolu ile izin alınmıştır. Ayrıca çalışma öncesinde etik kurul onayı 30.12.2015 tarihinde (2015.303.IRB3.175) ve çalışmanın yapıldığı hastanelerin yöneticilerinden yazılı izin (21.06.2017) tarihinde alınmıştır. Örneklemeye alınan hemşirelere uygulama öncesi açıklama yapılarak yazılı onamları alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 28.9 ± 4.2 olup %88'i kadın, %63.0'ı lisans mezunu ve %66.7'si evli olduğunu bildirmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %75.9'u servis hemşiresi olarak, %56.2'si dahiliye-cerrahi servislerinde ve %81.2'si karma biçimde gece ve gündüz vardiyalarında çalışmaktadır. Hemşirelerin %74.1'i haftada 48 saat ve altında, %79.3'ü günde 12 saatlik vardiyada çalışmakta olup, ancak sadece %2.2'si vardiya saatlerinin esnek olduğunu belirtmiştir. Ayrıca hemşirelerin %45.7'sinin mesleki deneyimi, %47.2'sinin kurum deneyimi ve %50'sinin bölüm deneyimi 3-5 yıl arasındadır. Hemşirelerin %62.4'ünün geliri giderlerine denk olduğunu ifade etmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyo- Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı (n = 324)

| Kişisel ve Mesleki Özellikler | n | % | |
|---|--------------------------|-----|------|
| Yaş | 23-30 yaş | 233 | 71.9 |
| | > 30 yaş | 91 | 28.1 |
| Yaş: $\bar{X} \pm SS$ (28.9 ± 4.2), En küçük-en büyük (23-42) | | | |
| Cinsiyet | Kadın | 285 | 88.0 |
| | Erkek | 39 | 12.0 |
| Eğitim Düzeyi | Sağlık meslek lisesi | 28 | 8.6 |
| | Lisans | 204 | 63.0 |
| | Yüksek lisans / doktora | 91 | 28.4 |
| Medeni Durum | Bekâr | 108 | 33.3 |
| | Evli | 216 | 66.7 |
| Hastane Türü | Özel hastane | 253 | 78.1 |
| | Kamu hastanesi | 71 | 21.9 |
| Birimdeki pozisyon | Hemşire | 246 | 75.9 |
| | Ekip lideri hemşire | 53 | 16.4 |
| | Sorumlu/Eğitim hemşiresi | 16 | 4.9 |
| | Eğitim hemşiresi | 9 | 2.8 |
| Çalışma alanı | Yatan hasta servisi | 182 | 56.2 |
| | Yoğun bakım | 72 | 22.2 |
| | Poliklinik | 44 | 13.6 |
| | Acil | 17 | 5.2 |
| | Ameliyathane | 9 | 2.8 |
| Vardiya şekli | Sadece gündüz | 61 | 18.8 |
| | Gündüz ve gece (karma) | 263 | 81.2 |
| Haftalık çalışma süresi | 48 saat ve altında | 240 | 74.1 |
| | 48 saat üzerinde | 84 | 25.9 |
| Günlük çalışma süresi | 8 saatlik vardiya | 52 | 16.0 |
| | 12 saatlik vardiya | 257 | 79.3 |
| | 9 saatlik vardiya | 8 | 2.5 |
| | Vardiya saatleri esnek | 7 | 2.2 |
| Hemşirelikte çalışma süresi | ≤ 2 yıl | 39 | 12.0 |
| | 3-5 yıl | 148 | 45.7 |
| | 6-10 yıl | 79 | 24.4 |
| | ≥ 11 yıl | 58 | 17.9 |
| Kurumda çalışma süresi | 1-2 yıl | 117 | 36.1 |
| | 3-5 yıl | 153 | 47.2 |
| | ≥ 6 yıl | 54 | 16.7 |
| Ünitede çalışma süresi | ≤ 2 yıl | 130 | 40.1 |
| | 3-5 yıl | 162 | 50.0 |
| | ≥ 6 yıl | 32 | 9.9 |
| Gelir Düzeyi | Gelirim giderimden fazla | 24 | 7.4 |
| | Gelirim ve giderim denk | 202 | 62.4 |
| | Gelirim giderimden az | 98 | 30.2 |

Dil ve kapsam geçerliği

McCloskey ve Mueller İş Doyum Ölçeği'nin dil geçerliğini sağlamak amacıyla ölçek, anadili Türkçe olup İngilizceyi anadili düzeyinde bilen bir tercüman ve iki akademisyen tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Elde edilen çeviriler araştırmacılar tarafından tek bir metin haline getirilmiştir. Türkçeye çevrilen ölçek, anadili İngilizce olan ve Türkçeyi anadili gibi konuşup yazabilen bir başka çevirmen tarafından İngilizceye geri çevrilmiştir.

McCloskey ve Mueller'in İş Doyum Ölçeği'nin Türkçe metni kapsam geçerliliği için uzman görüşüne sunulmuştur. Uzman grup, hemşirelikte ya da sağlık alanında yönetim-liderlik dersi veren ve iş doyumunu konusunda araştırmaları olan ikisi sağlık yönetimi, sekizi hemşire öğretim üyesi veya araştırma görevlisi olmak üzere 10 kişiden oluşmaktadır. Kapsam geçerliğinin sayısal değerlerle kanıtlanması için uzmanlara Likert tipi bir derecelendirme çizelgesi oluşturulmuş ve kendileri ile e-posta yolu ile iletişime geçilmiştir. Uzman kişilerin her madde için "1 = Uygun Değil; 2 = Biraz Uygun, İfadelerin Uygun Şekle Getirilmesi Gerekli; 3 = Uygun, İfade İçin Ufak Değişiklikler Gerekli; 4 = Kesinlikle Uygun" şeklinde değerlendirme yapması istenmiştir.

Uzmanlar tarafından, ölçekte bazı ifadelerde anlaşılabilirlik ve açıklık konusunda değişiklikler yapılması önerilmiştir. Bunlardan ilki, tüm ölçek maddelerinin birinci tekil şahıslara hitap edecek şekilde yazılması, ikincisi maddelerin anlaşılabilirlik açısından içeriklerinin düzenlenmesi (2, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 26, 27, 28 ve 31. maddeler) olup ölçek maddeleri anlaşılır hale getirilmiştir (Ek Tablo 1). İlave olarak uzmanlardan 6. madde ile 30. maddenin anlaşılmadığı belirtilmiş olup bu madde ifadelerine yönelik ölçeğin kullanım hakkı bulunan Sayın Sweeney'den açıklama talebinde bulunulmuştur. Sweeney'den 6. madde için gelen yanıt "düzenli çalışma, vardiyalara girmeden sadece gündüzleri düzenli biçimde çalışma" şeklinde olduğundan bu madde "düzenli çalışma olanağı sağlanmasından (gündüz vardiyası)" şeklinde değiştirilmiştir. Otuzuncu madde için gelen yanıt ise "iş nasıl yapacağımız konusunda karar verme becerisi" şeklinde olduğundan bu madde de "iş nasıl yapacağım ile ilgili karar verebilmekten" şeklinde değiştirilmiştir. Türkçe formda yapılan bu değişiklikler doğrultusunda ilgili maddelerin İngilizce geri çevirisi yeniden düzenlenmiştir.

Uzmanların maddelere verdiği yanıtlar üzerinden KGI değeri hesaplanmış (3 veya 4 veren uzman sayısı/görüş alınan uzman sayısı); üç maddenin (madde 6, 16 ve 22) KGI değerinin < 0.80 olduğu görülmüş ve yukarıda belirtilen düzeltmeler yapılarak hesaplanan toplam ölçek KGI değerinin .93 olduğu belirlenmiştir. İlave olarak uzman görüşleri arasındaki uyumu değerlendirmek amacıyla veriler üzerinden hesaplanan SKK .90 olarak bulunmuştur ($F = 10.24; p < .001$). Ayrıca, 10 hemşire ile pilot çalışma yapılarak ölçek anlaşılabilirliği değerlendirilmiş, pilot gruptaki hemşireler anketin anlaşılır olduğunu bildirmiştir.

Yapı geçerliği

McCloskey ve Mueller İş Doyumu Ölçeği'nin Türkçe formunun yapı geçerliği için DFA yapılmış, uyum değerleri Tablo 2'de ve yol (path) diyagramı Şekil 1'de verilmiştir. DFA sonucunda elde edilen sekiz boyutlu modelin ilk faktörüne ait madde faktör yükleri .42 ile .59, ikinci faktörüne ait madde faktör yükleri .48 ile .64, üçüncü faktörüne ait madde faktör yükleri .46 ile .57, dördüncü faktörüne ait madde faktör yükleri .60 ile .62, beşinci faktörüne ait madde faktör yükleri .45 ile .53, altıncı faktörüne ait madde faktör yükleri .36 ile .46, yedinci faktörüne ait madde faktör yükleri .39 ile .61 ve sekizinci faktörüne ait madde faktör yükleri ise .48 ile .53 arasında değer almıştır. DFA analizi ve path diyagramının da işaret ettiği değerler dikkate alınarak tüm maddeler ölçekte bırakılmış ve güvenilirlik çalışmalarına geçilmiştir.

Tablo 2. McCloskey ve Mueller İş Doyumu Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi: Model-Veri Uyum Değerleri (n = 324)

| DFA Uyumluluk İstatistiği | DFA Uyum Değerleri |
|------------------------------|----------------------------|
| Ki-kare/ p değeri | 565.85/ .000 ($p < .05$) |
| Ki-kare: serbestlik derecesi | 565.85: 405 = 1.40 |
| RMSEA / p | .035 / ($p < .05$) |
| SRMR | .054 |
| CFI | .94 |
| NFI | .93 |
| GFI | .90 |
| AGFI | .88 |

RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü), SRMR: Standardized Root-mean-Square Residual (Standardize Ortalama Hataların Karekökü), CFI: Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi), NFI: Non-normed Fit Index (Non-normed Uyum İndeksi), GFI: Goodness of Fit Index (Uyum İyiliği İndeksi), AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index (Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi)

Güvenirlik testleri

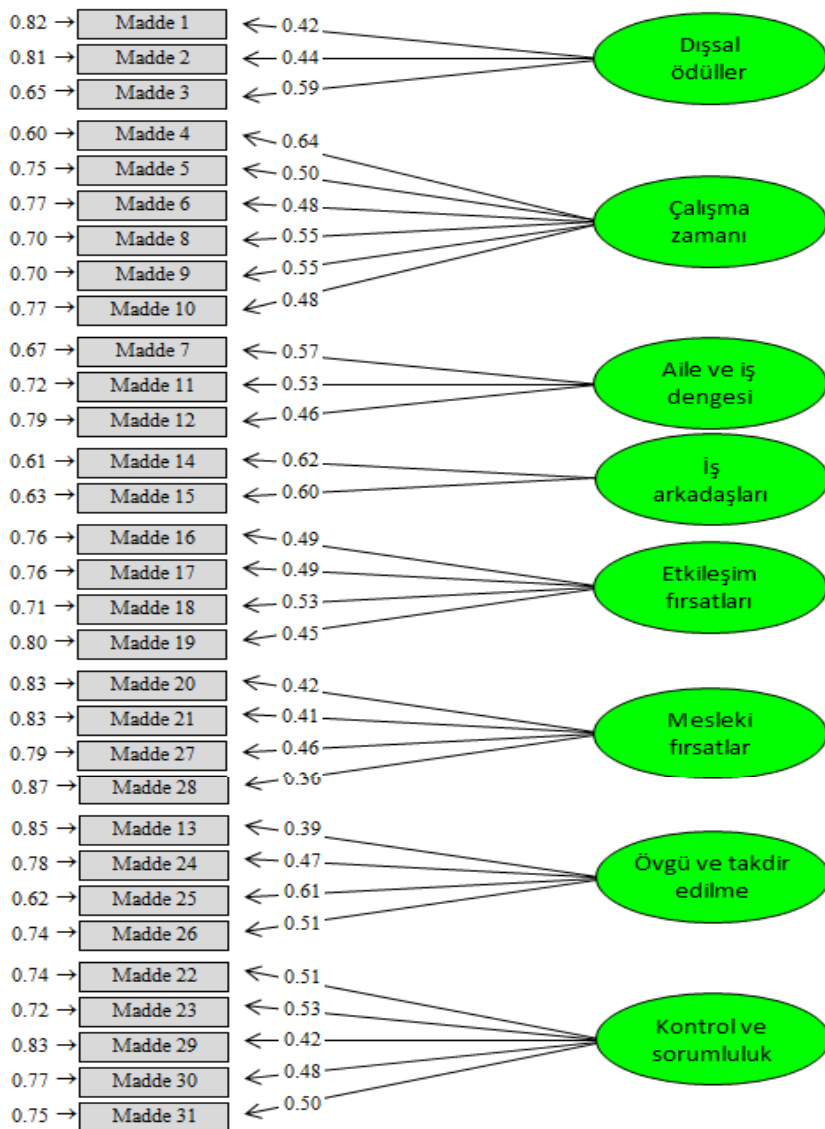
McCloskey ve Mueller İş Doyumu Ölçeği'nin Türkçe formunun güvenilirliğini incelemek üzere iç tutarlılık (madde analizleri ve Cronbach alfa) ve kararlılık durumu değerlendirilmiştir.

Madde analizleri: McCloskey ve Mueller İş Doyumu Ölçeği'nin Türkçe formunun 31 maddesinin madde-toplam puan incelemesinde, korelasyon katsayılarının $r = .28$ ile $.49$ arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Sekiz alt boyutunun madde-alt boyut toplam puanları arasındaki ilişkinin incelenmesinde; güvenilirlik katsayıları

dışsal ödüllere memnuniyet alt boyutunda $r = .65$ ile $.75$, çalışma zamanından memnuniyet alt boyutunda $r = .56$ ile $.72$, aile ve iş dengesinden memnuniyet alt boyutunda $r = .66$ ile $.76$, iş arkadaşlarından memnuniyet alt boyutunda $r = .79$ ile $.86$, etkileşim fırsatlarından memnuniyet alt boyutunda $r = .63$ ile $.69$ arasında, mesleki gelişim fırsatlarından memnuniyet alt boyutunda $r = .60$ ile $.62$ arasında, tanınma ve takdir görmekten memnuniyet alt boyutunda $r = .58$ ile $.67$ arasında, özerklik ve sorumluluktan memnuniyet alt boyutunda $r = .51$ ile $.69$ arasında olmak üzere pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ölçeğin sekiz alt boyut puanı-toplam ölçek puan korelasyon katsayısının ise $r = .45$ ile $.63$ arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < .001$, Tablo 3).

Cronbach alfa katsayısı: McCloskey ve Mueller İş Doyumu Ölçeği Türkçe formu ve alt boyutlarının güvenilirlik göstergelerinden biri olan iç tutarlılığı test etmek için yapılan analizde Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için 0.81 bulunmuştur. Anketin alt boyutlarının iç tutarlılık güvenilirlik katsayısının ise sayısı 0.45 ile 0.70 arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 3).

Kararlılık: Otuz iki hemşire ile ilk ve ikinci uygulamadan (15 gün ara ile yapılan iki ölçüm) elde edilen puanlar arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi/SKK ile incelendiğinde; toplam ölçek puanı ve sekiz alt boyutunun test ve tekrar test puanları arasında pozitif yönde, çok güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r = .74$ ile $.84$ arası; $p < .001$). Toplam ölçek ve alt boyutlarının test ve tekrar testten elde edilen puanlar arasındaki tutarlılık SKK toplam puan ve sekiz alt boyutu için $.85$ ile $.89$ arasında ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < .001$). Ölçek ve alt boyutlarının iki ölçümden elde edilen puan ortalamaları bağımlı gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, hem toplam puan hem de sekiz alt boyutunun puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ($p > .05$, Tablo 4).



Chi-Square : 565.85, df:405, p-value:0.00000, RMSEA:0.035

Şekil 1. McCloskey ve Mueller İş Doyumu Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi: Yol Katsayıları ve Hata Varyansları (n = 324)

Tablo 3. McCloskey ve Mueller İş Doyumu Ölçeği'nin Madde-Toplam, Madde-Alt Boyut Puan ve Alt Boyut-Toplam Puan Korelasyonları ve Cronbach Alfa Güvenirlilik Katsayıları (n = 324)

| Maddeler ve İfadeler | $\bar{X} \pm SS$ | Madde-toplam puan | | Madde-alt boyut puan | | Alt Boyut-toplam puan | | | |
|--|------------------|-------------------|-------|----------------------|-------|-----------------------|-------|---------|-------|
| | | r | p | r | p | r | p | | |
| Alt boyut 1: Dışsal ödüllerden | 3.15 ± .61 | | | | | .55 | .000* | | |
| 1.Maaşımdan | 2.96 ± .91 | .37 | .000* | .69 | .000* | α = .47 | | | |
| 2.İzin haklarımı istediğim şekilde kullanabilmekten | 3.11 ± .98 | .33 | .000* | .75 | .000* | | | | |
| 3.Ek yararlanım olanaklarımdan (sigorta, emeklilik vb.) | 3.37 ± .72 | .49 | .000* | .65 | .000* | | | | |
| Alt boyut 2: Çalışma zamanından | 2.94 ± .52 | | | | | .63 | .000* | | |
| 4.Çalışma saatlerimden | 2.94 ± .77 | .44 | .000* | .66 | .000* | α = .70 | | | |
| 5.Çalışma saatlerimi ayarlama esnek davranılmamasından | 2.83 ± .71 | .34 | .000* | .56 | .000* | | | | |
| 6.Düzenli çalışma olanağı sağlanmasından (gündüz vardiyası) | 2.94 ± 1.04 | .43 | .000* | .64 | .000* | | | | |
| 8.Aylık hafta sonu izinlerimden | 3.13 ± .86 | .41 | .000* | .72 | .000* | | | | |
| 9.Hafta sonu izinlerimin ayarlanmasında esnek davranılmamasından | 3.20 ± .77 | .43 | .000* | .67 | .000* | | | | |
| 10.Hafta sonu çalışmalarım için ek kazanç sağlanmasından (ücret/izin) | 2.61 ± .73 | .36 | .000* | .56 | .000* | | | | |
| Alt boyut 3: Aile ve iş dengesinden | 3.06 ± .61 | | | | | .45 | .000* | | |
| 7.Yarı zamanlı çalışma olanağı sağlanmasından (kurumda sağlanan olanaklar) | 2.78 ± .74 | .36 | .000* | .66 | .000* | α = .53 | | | |
| 11.Doğum için verilen izni kullanabilmekten (kurumda sağlanan olanaklar) | 3.12 ± .89 | .35 | .000* | .76 | .000* | | | | |
| 12.Çocuk bakımı için sağlanan olanaklardan | 3.28 ± .89 | .28 | .000* | .74 | .000* | | | | |
| Alt boyut 4: İş arkadaşlarından | 3.29 ± .68 | | | | | .51 | .000* | | |
| 14.Birlikte çalıştığım hemşirelerden | 3.50 ± .74 | .41 | .000* | .79 | .000* | α = .54 | | | |
| 15.Birlikte çalıştığım hekimlerden | 3.07 ± .89 | .44 | .000* | .86 | .000* | | | | |
| Alt boyut 5: Etkileşim fırsatlarından | 3.08 ± .59 | | | | | .62 | .000* | | |
| 16.Çalıştığım birimde kullanılan bakım sunum yöntemlerinden (fonksiyonel, ekip, primer hemşirelik, hasta paylaşma) | 3.17 ± .95 | .35 | .000* | .67 | .000* | α = .56 | | | |
| 17.İş yerimde sağlanan sosyal etkileşim olanaklarından | 3.03 ± .85 | .41 | .000* | .63 | .000* | | | | |
| 18.İş dışında meslektaşlarımla sosyal etkileşim fırsatlarından | 3.02 ± .91 | .47 | .000* | .69 | .000* | | | | |
| 19.Diğer disiplinlerle mesleki etkileşim fırsatlarından | 3.12 ± .88 | .41 | .000* | .63 | .000* | | | | |
| Alt boyut 6: Mesleki gelişim fırsatlarından | 2.86 ± .64 | | | | | | | .62 | .000* |
| 20.Hemşirelik okullarındaki öğretim elemanları ile etkileşim fırsatlarından | 3.16 ± 1.06 | .43 | .000* | .62 | .000* | | | α = .45 | |
| 21.Çalıştığım bölüm/kurumdaki komitelerde yer alma fırsatlarından | 3.08 ± 1.10 | .41 | .000* | .62 | .000* | | | | |
| 27.Hemşirelik araştırmalarına katılmam için sağlanan olanaklardan | 2.65 ± 1.00 | .40 | .000* | .62 | .000* | | | | |
| 28.Yazma ve yayın yapmam için sağlanan olanaklardan | 2.56 ± .98 | .29 | .000* | .60 | .000* | | | | |
| Alt boyut 7: Tanınma ve takdir görmekten | 2.95 ± .57 | | | | | | | .56 | .000* |
| 13.Yöneticimden (bir üst amirimden) | 3.13 ± .75 | .29 | .000* | .58 | .000* | | | α = .56 | |
| 24.Yöneticiler tarafından takdir edilmekten | 2.56 ± .93 | .34 | .000* | .67 | .000* | | | | |
| 25.Birlikte çalıştığım meslektaşlarım tarafından takdir edilmekten | 3.35 ± .76 | .47 | .000* | .67 | .000* | | | | |
| 26.Cesaretlendirilmekten ve aldığım geribildirimlerden | 2.77 ± 1.03 | .39 | .000* | .61 | .000* | | | | |
| Alt boyut 8: Özerklik ve sorumluluktan | 2.98 ± .58 | | | | | | | .61 | .000* |
| 22.Çalışma ortamında olanları kontrol edebilmemden | 3.03 ± 1.04 | .41 | .000* | .66 | .000* | | | α = .60 | |
| 23.Kariyer gelişim fırsatlarından | 2.98 ± 1.09 | .41 | .000* | .69 | .000* | | | | |
| 29.Sorumluluk düzeyimden | 3.13 ± 1.10 | .32 | .000* | .66 | .000* | | | | |
| 30.İşimi nasıl yapacağımla ilgili karar verebilmekten | 2.99 ± .67 | .41 | .000* | .51 | .000* | | | | |
| 31.Örgütsel kararlara katılmaktan | 2.79 ± .69 | .38 | .000* | .57 | .000* | | | | |

| | | |
|------------------|------------|----------------|
| Tüm Ölçek | 3.01 ± .34 | $\alpha = .81$ |
|------------------|------------|----------------|

$r =$ Pearson korelasyon analizi, $*p < .001$, α : Cronbach alfa

Tablo 4. McCloskey ve Mueller İş Doyumu Ölçeği ve Alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve Korelasyonları (n = 32)

| Ölçek ve Alt Boyutlar | İlk uygulama | İkinci uygulama | r | SKK | p | t | p |
|---|--------------|-----------------|-----|-----|-------|-------|--------|
| Toplam ölçek | 3.52 ± .29 | 3.52 ± .38 | .84 | .89 | .000* | .027 | .979** |
| Ölçek Alt Boyutları | | | | | | | |
| 1. Dışsal ödüllerden memnuniyet | 3.43 ± .42 | 3.35 ± .54 | .78 | .86 | .000* | 1.228 | .229** |
| 2. Çalışma zamanından memnuniyet | 3.27 ± .60 | 3.35 ± .60 | .76 | .86 | .000* | 1.060 | .297** |
| 3. Aile ve iş dengesinden memnuniyet | 3.44 ± .50 | 3.46 ± .45 | .74 | .85 | .000* | .340 | .736** |
| 4. İş arkadaşlarından memnuniyet | 3.95 ± .54 | 3.84 ± .51 | .78 | .88 | .000* | 1.752 | .090** |
| 5. Etkileşim fırsatlarından memnuniyet | 3.63 ± .45 | 3.55 ± .50 | .74 | .85 | .000* | 1.407 | .169** |
| 6. Mesleki gelişim fırsatlarından memnuniyet | 3.49 ± .53 | 3.53 ± .67 | .76 | .85 | .000* | .502 | .619** |
| 7. Tanınma ve takdir görmekten memnuniyet | 3.57 ± .62 | 3.50 ± .84 | .83 | .88 | .000* | .828 | .414** |
| 8. Özerklik ve sorumluluktan memnuniyet | 3.66 ± .39 | 3.71 ± .48 | .77 | .86 | .000* | .928 | .361** |

SKK: Sınıf içi Korelasyon Katsayısı (Intraclass Correlation Coefficient/ICC), r : Pearson korelasyon analizi, t : Bağımlı gruplarda t testi; serbestlik derecesi = 31, $*p < .001$; $**p > .05$

Tartışma

Bu çalışmada, McCloskey ve Mueller İş Doyumu Ölçeği'nin Türkçe formunun ülkemiz hemşireleri için geçerlik ve güvenilirliği sınanmıştır.

Kültürler arası ölçek uyarlama çalışmalarında ilk önerilen adım, ölçeğin dil ve kapsam geçerliğinin sağlanmasıdır. Dil geçerliği ile birlikte yürütülen kapsam geçerliği, ölçme aracının içerdiği ifadelerin ölçmeyi amaçladığı konuları ne denli dengeli şekilde temsil ettiğini değerlendirmektedir (39,40). Bu süreç, “çeviri, geri çeviri, uzman paneli ve pilot çalışma” olmak üzere (ikinci ve üçüncü aşamanın sırası değişebilmekle birlikte) dört aşamada yürütülmektedir (41). Bu çalışmada, çeviri sonrası elde edilen ölçek 10 uzmana gönderilmiş; uzmanlardan gelen öneriler dikkatle incelenmiş; ölçeğin kullanım izni olan kişiden görüş alınmış; çevirmenlerle görüşülerek ölçek şekillendirilmiş ve pilot çalışma ile test edilmiştir. Ölçeğin kapsam geçerliğinin sayısal değerler ile kanıtlanması için KGİ ve SKK hesaplanmıştır. Ölçeğin bütünü için hesaplanan KGİ değerinin (.93) sınır değer (> .80) üzerinde ve SKK'nın yüksek (.90) olması ölçeğin kapsamının geçerli olduğunu göstermektedir (42,43).

McCloskey ve Mueller (1990) tarafından yapılan orijinal çalışmada, teorik olarak hazırlanan ölçek yapısının geçerliği beş farklı model-veri uyumu açısından DFA ile incelenmiştir. Bu analizlerde, sınanan modellerin uyum indekslerinin düşük olduğu belirlenmiş ve açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Açıklayıcı faktör analizinde 31 maddenin sekiz alt boyutta yer aldığı ve maddelerin yol katsayılarının yeterli olduğu (.28-.85 arasında) belirlenmiştir (30).

Kültürler arası ölçek uyarlama çalışmalarında, var olan kuramsal yapının geçerliğini incelemek üzere DFA yapılması önerilmektedir. DFA, model-veri uyum indekslerinin (ki-kare/p, RMSEA, SRMR, CFI, NNFI, GFI ve AGFI) ve madde-alt boyut ilişkisini gösteren yol katsayılarının değerlendirildiği bir yöntemdir (44). Uyum indekslerinden ki-kare istatistikleri doğrulayıcı modellerde serbestlik derecesi ile birlikte mutlaka raporlanması önerilen bir incelemedir; ki-kare/serbestlik derecesinin < 1'in altında olması “iyi uyum”, 1-3 arasında olması “kabul edilebilir uyum” olduğunu göstermektedir. Rapor edilmesi istenen diğer uyum indeksleri arasında yer alan GFI, AGFI, CFI, NFI'nin >.90 olması; SRMR ve RMSEA'nın ise < .05 olması durumu “iyi uyum” olarak yorumlanmaktadır (45-47). Bu çalışmada model-veri uyumu RMSEA, CFI ve NFI açısından iyi uyum gösterirken, ki-kare/sd, SRMR ve AGFI ($\geq .85$) açısından kabul edilebilir uyum değerlerine sahiptir. GFI'nin ise sınır değerde olduğu görülmektedir. DFA'da her bir maddenin alt boyutu ile olan ilişkisini yansıtan yol katsayıları için (faktör yükü) sınır değer olarak önerilen .30 değeri dikkate alındığında (48), ölçek maddeleri yeterli faktör yüküne (.36 - .64) sahiptir. Bu çalışmada elde edilen model-veri uyum değerleri bütün olarak değerlendirildiğinde, ölçeğin sekiz alt boyutlu Türkçe formunun yapı açısından uygun olduğu söylenebilir.

McCloskey ve Mueller İş Doyumu Ölçeği farklı kültürlerle uyarlaması mevcuttur. Ajamieh ve arkadaşları (1996) tarafından Filistin'de yapılan çalışmada açıklayıcı faktör analizi yapılmış; ölçeğin yapısı 21 madde ve dört alt boyutta toplandığı belirlenmiştir (32). El-Jardali ve arkadaşları tarafından 2009 yılında Lübnan'da, Arapça ve Fransızcaya uyarlanmış;

31 madde ve yedi alt boyut olarak kullanılmıştır (31). Yine El-Jardali ve arkadaşları tarafından 2013 yılında kırsal bölgedeki sağlık kuruluşlarında çalışan hemşirelerin iş doyumu, altı maddesi dışlanarak 25 maddelik kısmı ile ölçüm yapılmıştır (35). Kuveyt'te Al-Enezi ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılan çalışmada ise kültürel olarak 21 maddenin uygun olduğu ve bu maddelerin beş alt boyutta yer aldığı bildirilmiştir (33). Abualrub ve arkadaşları (2009), Ürdün'de orijinal yapısı ile kullanmıştır (34). Yapılan çalışmalarda ölçek yapısında değişiklik oluşturan bu sonuçlar, yapılacak karşılaştırmalarda araştırmacılar için sınırlılık oluşturabilir.

Ölçek oluşturma ya da uyarılma çalışmalarında yapılması gereken güvenilirlik testleri aynı zamanda geçerliği de desteklemektedir. Bir ölçüm aracının geçerli sayılabilmesi için güvenilir olması önkoşuldur. Diğer bir deyişle güvenilirlik, ölçmesi gereken şeyi her uygulandığında aynı biçimde ölçmede gösterdiği tutarlılık derecesi olarak tanımlanmaktadır (49). Bu çalışmada, McCloskey ve Mueller İş Doyumu Ölçeği'nin güvenilirliğine ilişkin kanıtlar iç tutarlılık (madde analizleri ve Cronbach Alfa) ve kararlılık (bağımlı gruplarda t testi, IKK) yönünden incelenmiştir.

Madde analizi, güvenilirlik çalışmalarında iç tutarlılığın değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlerden birisidir. Ölçeğin her maddesinin güvenilirliği konusunda araştırmacıya bilgi verir. Bu analizle amaç, her bir maddenin ölçek toplam puanına katkısı değerlendirilmesidir. Madde-toplam puan korelasyon katsayısının alt sınırı ile ilgili literatürde farklı değerler verilmekle birlikte genel olarak en alt sınır .30 önerilmekte (36), bazı çalışmalarda ise güvenilirlik katsayısı alt sınır olarak .20 alınmaktadır (50). Bu çalışmada, madde-toplam puan korelasyon katsayısı .30'un altında olan üç madde (madde 12, 13 ve 28) vardır. Ancak bu maddelerin korelasyon katsayısı sınır değerini (.20) üzerinde olduğundan ölçekte bırakılmış olup elde edilen bu sonuçlar, maddelerin toplam ölçek puanına katkısı açısından güvenilir olduğunu göstermektedir.

Likert tipi ölçeklerin iç tutarlılık değerlendirmesinde yapılması önerilen bir diğer inceleme Cronbach alpha katsayısıdır. Güvenirlik açısından Cronbach alpha katsayısının .70 ve üzerinde olması beklenir, ancak değer ne kadar "1"e yakınsa o kadar ölçüm aracının o kadar güvenilirliği artar (36,42). Bu çalışmada toplam ölçek için Cronbach alpha değeri ($\alpha = .81$) diğer çalışmalar ile benzer biçimde (30-34) yüksek bulunmuştur; ancak alt boyutlardan "çalışma zamanından memnuniyet" hariç diğer yedi alt boyutta Cronbach alfa değeri sınır değerinin altındadır. Bu çalışmada elde edilen Cronbach güvenilirlik katsayılarının orijinal ölçek ile benzer biçimde, dışsal ödüller, aile-iş dengesi, iş arkadaşları ve mesleki gelişim fırsatlarından memnuniyet alt boyutlarında düşük olduğu ($\alpha < .70$) görülmektedir. İlave olarak orijinal ölçeğe göre etkileşim fırsatları, tanınma ve takdir ile özerklik ve sorumluluktan memnuniyet alt boyutlarında da Cronbach alpha değerinin düşük olması dikkat çekicidir. Elde edilen bu Cronbach alpha değerleri, ölçeğin bir bütün olarak güvenilirlik ölçütlerini sağladığını, ancak alt boyutları ile güvenilirlik ölçütlerini karşılamadığını göstermektedir. Literatürde, ölçek ya da ölçek alt boyut madde sayısının onun altında olması durumunda Cronbach alpha değeri düşük çıkabileceği belirtilmektedir (51,52). Bu çalışmada, alt boyutlardaki madde sayısının 2-6 arasında olması Cronbach alpha değerinde düşüklüğe yol açmış olabilir.

Test-tekrar test analizi, testin zamana karşı değişmezlik özelliğinin değerlendirilmesi amacı ile gerçekleştirilmektedir. Aynı ölçme aracı aynı koşullar altında, değişik zamanlarda bireye uygulandığında, bireyin ölçme aracı maddelerine verdiği yanıtların benzer yani tutarlı olması, o ölçme aracının değişmezliğini gösterir. Bu değerlendirme için önerilen testler SKK ve Pearson korelasyon katsayısıdır. Her iki test için de korelasyon katsayısı ne kadar "1"e yakınsa o kadar ilk ve ikinci ölçüm birbirine benzerdir (36). Bu çalışmada, 15 gün ara ile ölçüm yapılmış ve iki uygulama arasında elde edilen puanlar üzerinde .80'in üzerinde korelasyon bulunmuştur. Mueller ve McCloskey'nin (1990) çalışmasında, altı ay ara ile ölçüm yapılmış ve korelasyon katsayısı .64 bulunmuştur (30). Elde edilen bu değerler, ölçeğin zamana karşı güvenilir olduğunun bir göstergesidir.

Kısıtlılıklar

Çalışmadaki sonuçlar katılımcıların verdiği cevaplarla sınırlıdır.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

McCloskey ve Mueller İş Doyumu Ölçeği Türkçe formunun ülkemiz hemşireleri için geçerlik ve güvenilirliğinin sınındığı bu çalışmada, uyarılma çalışmaları uluslararası bilimsel yöntemlere uygun olarak yapılmıştır. Öncelikle ölçeğin dil ve kapsam geçerliği sağlanmış ardından yapı geçerliği ve güvenilirliği incelenmiştir. McCloskey ve Mueller İş Doyumu Ölçeği'nin hemşireler için geliştirilmiş olması, ölçekte yer alan maddelerin iş doyumu ile ilişkili kavramları içeren Maslow ihtiyaçlar hiyerarşisi ve Burns'un motivasyon kuramından yararlanılarak kapsamlı biçimde hazırlanmış olması, ifadelerinin kısa olup hızla yanıt verilebilmesi, geliştirildiği ülke dışında farklı ülkelerde kullanılıyor olması güçlü yanlarını oluşturmaktadır.

Kapsam ve yapı geçerliği sonuçları, orijinal ölçekle aynı biçimde Türkçe formun 31 maddeli ve sekiz alt boyutlu yapısının korunduğunu göstermektedir. Güvenirlik açısından ölçek alt boyutlarında düşük güvenilirlik katsayısı olmakla birlikte, yapı geçerliği çalışmasında ölçeğin model-veri uyumunun iyi olması ve madde analizlerinin güvenilirlik ölçütlerini karşılaması nedeniyle görüşümüz, ölçeğin Cronbach alpha değerleri yeniden hesaplanarak alt boyutlu bir ölçek olarak kullanılabilceği yönündedir. Ölçeğin puan hesabı tüm ölçek ya da alt boyut madde puan toplamalarının madde sayısına bölünerek, diğer bir ifade ile ortalaması alınarak yapılmaktadır. Ortalama puanın "5"e doğru yaklaşması iş doyumunun arttığını, "1"e doğru yaklaşması düşük olduğunu göstermektedir. Yönetici hemşireler ve araştırmacılar, elde ettikleri Cronbach alpha değerlerini baz alarak ölçeği toplam ya da alt boyutlu bir ölçek olarak hemşirelerin iş doyumunu değerlendirmede ve iş doyumsuzluğu yaratan olası sorun alanlarını belirlemede kullanabilir. Ayrıca, gelecekte yapılacak çalışmalarda, ölçeğin Cronbach alfa ile iç tutarlılık analizlerinin tekrar edilmesi ve zamana karşı değişmezlik açısından altı ay sonra değerlendirmenin yapılmasının yanı sıra hemşire iş doyumu ve sonuçlarını belirlemede en iyi iş doyumu araçlarını ortaya koymak üzere diğer iş doyumu ölçekleri ile birlikte karşılaştırma çalışmalarının yapılması önerilir.

Bilgilendirme

Yazarların Katkı beyanı; Fikir: GBU, ET; Tasarım: GBU, ET; Denetleme: GBU, ET; Veri Toplama ve İşleme: GBU; Veri Analizi ve Yorumlama: GBU, ET; Literatür tarama: GBU, ET; Makale yazma: GBU, ET; Eleştirel inceleme: ET şeklindedir.: Bu çalışma için etik kurul onayı alınmıştır (No: 2015.303.IRB3.175). Araştırmaya herhangi bir fon desteği alınmamış olup, çalışma özgün araştırma türündedir ve araştırmacılar arasında çalışmaya bağlı olarak bir çıkar çatışması söz konusu değildir. Araştırmacılar, McCloskey ve Mueller İş Doyumu Ölçeği'nin kullanım iznini veren Sharon Sweeney'e, çalışmanın yapılmasına izin veren hastanelerin yöneticilerine, ölçeğe değerli görüşleri ile katkı yapan uzmanlara ve tüm katılımcılara teşekkür eder.

Kaynaklar

1. Yazıcı Altuntaş S. İş doyumu ve işten ayrılma niyeti. İçinde: Tatar Baykal Ü, Ercan Türkmen E. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi. İstanbul, Akademi Yayıncılık; 2014: 641-652.
2. SKS Hastane. (17/01/2017). Sağlıkta kalite standartları. Erişim: 2.09.2019 <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0>
3. Özpehlivan M. İş tatmini: Kavramsal gelişimi, bireysel ve örgütsel etkileri, yararları ve sonuçları. Kırklareli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2016;2(2):43-70.
4. Kuzey C. Impact of health care employees job satisfaction on organizational performance support vector machine approach. JEFA 2018;2(1):45-68.
5. Hosseinabadi MB, Etemadinezhad S, Khanjani N, Ahmadi O, Gholinia H, Galeshi M, et al. Evaluating the relationship between job stress and job satisfaction among female hospital nurses in Babol: An application of structural equation modeling. Health Promot Perspect 2018; 8(2):102-108.
6. Erşan EE, Yıldırım G, Doğan O, Doğan S. Sağlık çalışanlarının iş doyumu ve algılanan iş stresi ile aralarındaki ilişkinin incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Derg 2013;14:115-121.
7. Hayes LJ, O'Brien-Pallas L, Duffield C, Shamian J, Buchan J, Hughes F, et al. Nurse turnover: a literature review. Int J Nurs Stud 2006;43(2):237-263.
8. Hayes LJ, O'Brien-Pallas L, Duffield C, Shamian J, Buchan J, Hughes F, et al. Nurse turnover: a literature review—an update. Int J Nurs Stud 2012;49(7):887-905.
9. McHugh MD, Kutney-Lee A, Cimiotti JP, Sloane DM, Aiken L. H. Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. Health Aff 2011;30(2):202-210.
10. Koy V, Yunibhand J, Angsuroch Y, & Fisher ML. Relationship between nursing care quality, nurse staffing, nurse job satisfaction, nurse practice environment, and burnout: literature review. IJRMS 2015;3(8):1825-1831.
11. Farman A, Kousar R, Hussain M, Waqas A, Gillani SA. Impact of job satisfaction on quality of care among nurses on the public hospital of Lahore, Pakistan. Saudi J. Med. Pharm. Sci. 2017;3(6): 511-519.
12. Helbing E, Teems M, Moultrie D. An investigation of job satisfaction among nurses in the emergency department. The ABNF Journal 2017;28(4):103-118.
13. Gillet N, Fouquereau E, Coillot H, Cougot B, Moret L, Dupont S, et al. The effects of work factors on nurses' job satisfaction, quality of care and turnover intentions in oncology. J Adv Nurs 2018;74(5):1208-1219.
14. Seren Intepeler S, Esrefgil G, Yilmazmis F, Bengu N, Gunes Dinc N, Ileri S, ... & Dirik HF. Role of job satisfaction and work environment on the organizational commitment of nurses: a cross-sectional study. Contemp Nurse 2019;55(4-5):380-390.
15. Seren Intepeler Ş, Güneş N, Bengü N, Yilmazmis F. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyumu ve kurumsal bağlılıklarındaki değişim. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2014;7(1):2-6.
16. Özsoy E, Uslu O, Karakiraz A, Aras M. İş tatmininin ölçümünde ölçek kullanımı: Lisansüstü tezleri üzerinden bir inceleme. İşletme Araştırmaları Dergisi 2014;6(1):232-250.
17. Ulusoy EÇ, Alpar ŞE, Ulusoy EÇ. Hemşirelerde meslektaş dayanışması ve iş doyumu ile ilişkisi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2013;21(3):154-163.
18. Kundak Z, Üzel Taş H, Keleş A, Eğicioğlu H. Bir üniversite hastanesinde hemşirelik mesleğinde iş tatmini ve motivasyon. Kocatepe Tıp Dergisi 2015;16(1):1-10.
19. Tambağ H, Kahraman Y, Şahpolat M, Can R. Hemşirelerin çalışma ortamlarının iş doyumu üzerine etkisi. Bakırköy Tıp Dergisi 2015;11(4):143-149.
20. Tilev S, Beydağ KD. Hemşirelerin iş doyum düzeyi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2014;3(1):140-147.
21. Yüksel-Kaçan C, Örsal Ö, Köşgeroğlu N. Hemşirelerde İş Doyumu Düzeyinin İncelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2016;18(2-3): 1-12.
22. Ergin C. Bir iş doyumu ölçümü olarak İş Betimlemesi Ölçeği: Uyarılama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikoloji Dergisi 1997;12(39):25-36.
23. Bekmezci M, Mert İS. Çalışanların görev yaptığı örgüt kademesinin iş tatmin ve örgütsel bağlılık düzeyleri üzerindeki etkisi. UIİİD-IJEAS 2018;17(UİK Özel Sayısı):747-760.
24. Ertürk E, Keçecioğlu T. Çalışanların iş doyumları ile mesleki tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiler: Öğretmenler üzerine örnek bir uygulama. Ege Akademik Bakış 2012;12(1):39-52.
25. Toker B. Konaklama işletmelerinde iş doyumu: demografik değişkenlerin iş doyumu faktörlerine etkisi üzerine bir çalışma. Journal of Yaşar University 2007;2(6):591-615.
26. Çakmur H. İş Doyumu kavramı ve değerlendirilmesi. Geliştirilmiş İş Betimlemesi Ölçeği. TAF Preventive Medicine Bulletin 2011;10(6):759-764.
27. Kılıç B, Çakmur H. İş Betimlemesi Ölçeğinin geliştirilmesi. Türk Aile Hek Derg 2011;14(3):124-131.

28. Muya M, Katsuyama K, Özaki F, Aoyama F. Development of a scale measuring the job satisfaction of Japanese hospital nurses. *Jpn J Nurs Sci*. 2014;11(3):160-170.
29. Türe Yılmaz A, Yıldırım A. Hemşire İş Doyum Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2016;3(3):158-168.
30. Mueller JC, McCloskey CW. Nurses job satisfaction: a proposed measure. *Nurs Res* 1990;39(2):113-117.
31. El-Jardali F, Dimassi H, Dumit N, Jamal D, Mouro G. A national cross-sectional study on nurses intent to leave and job satisfaction in Lebanon: Implications for policy and practice. *BMS Nursing* 2009;8:3.
32. Abu Ajamieh AR, Misener T, Haddock KS, Gleaton J. Job satisfaction correlates among Palestinian nurses in the West Bank. *Int J Nurs Stud* 1996;33(4):422-432.
33. Al-Enezi N, Chowdhury RA, Shah M, Al-Otobi M. Job satisfaction of nurses with multicultural backgrounds: a questionnaire survey in Kuwait. *Appl Nurs Res* 2009;22:94-100.
34. Abualrub RF, Omari FH, Al Rub AB, Fawzi A. The moderating effect of social support on the stress-satisfaction relationship among Jordanian Hospital nurses. *J Nurs Manage* 2009;1(7):870-878.
35. El-Jardali F, Alameddine M, Jamal D, Dimassi H, Dumit N, McEwen MK, et al. A national study on nurses retention in healthcare facilities in underserved Areas in Lebanon. *Hum Resour Health* 2013;11:49
36. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quinonez HR, Young SL. Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: a primer. *Front Public Health* 2018;6:Article 149.
37. Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. 2. Baskı. İstanbul, Nobel Yayın Dağıtım; 2005: 20.
38. Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. *Res Nurs Health* 1997;20(3)269-274.
39. Coster WJ, Mancini MC. Recommendations for translation and cross-cultural adaptation of instruments for occupational therapy research and practice. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 2015;26(1):50-57.
40. Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. *FNJN* 2018;26(3):199-210.
41. DeVon HA, Block ME, Moyle-Wright P, Ernst DM, Hayden SJ, Lazzara DJ, et al. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *J Nurs Scholarship* 2007;39(2):155-164.
42. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9th ed. Philadelphia, Wolters Kluwer/lippincott Williams & Wilkins; 2012: 351-378.
43. Alpar R. *Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik - Güvenirlik*. 3. Baskı. Ankara, Detay Yayıncılık; 2014.
44. Güngör D. Psikolojide ölçme araçlarının geliştirilmesi ve uyarlanması kılavuzu. *Türk Psikoloji Yazıları* 2016;19:104-112.
45. Reisinger Y, Mavondo F. Structural equation modeling: Critical issues and new developments. *Journal of Travel & Tourism Marketing* 2007;21(4):41-71.
46. Çapık C. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;17(3):196-205.
47. Yılmaz V, Varol S. Hazır yazılımlar ile yapısal eşitlik modellemesi: AMOS, EQS, LISREL. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2015;44:28-44.
48. Büyüköztürk Ş. Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi* 2002;32:470-483.
49. Polit DF, Beck CT. *Hemşirelik Araştırmasının Esasları. Hemşirelik Uygulaması İçin Kanıtın Değerlendirilmesi*. Çeviri Editörleri: Aslan Ö, Bebiş H, 8. Basım. Ankara, Pelikan Kitabevi; 2016: 199-213.
50. Wang M, Batt K, Kessler C, Neff A, Iyer NN, Cooper DL, et al. Internal consistency and item-total correlation of patient-reported outcome instruments and hemophilia joint health score v2. 1 in US adult people with hemophilia: results from the pain, functional impairment, and quality of life (P-FiQ) study. *Patient Preference Adherence* 2017;11:1831-1839.
51. Bolarinwa OA. Principles and methods of validity and reliability testing of questionnaires used in social and health science researches. *Niger Postgrad Med J* 2015;22(4):195-201.
52. Souza, ACD, Alexandre NMC, & Guirardello EDB. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiol. Serv. Saude* 2017;26(3):649-659.

Hemşirelik Öğrencileri Tarafından Uygulanan Akran Eğitim Programının Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarına Etkisi

Figen ŞENGÜN İNAN**, Neslihan GÜNÜŞEN***, Sevecen ÇELİK İNCE****,
Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN*****

Öz

Giriş: Çalışmalar, yetişkin bireylerin yanı sıra gençlerin de ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik olumsuz tutumlara sahip olduklarını göstermektedir. Ayrıca pek çok ruhsal hastalık gençlik döneminde başlamakta ve damgalama nedeniyle psikiyatrik yardım alma gecikebilmektedir. Bu noktada gençlerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanışlarının olumluya dönüştürülmesi önemlidir. **Amaç:** Bu araştırmanın amacı hemşirelik öğrencileri tarafından uygulanan akran eğitim programının üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançları üzerindeki etkisini incelemektir. **Yöntem:** Araştırma tek grupta ön-test son-test yarı deneysel tasarımdadır. Araştırmanın örneklemi akran eğitimini uygulayan, hemşirelik üçüncü sınıf eğitici akranların ulaştığı hemşirelik dışı bölümlerde okuyan üniversite öğrencileri (n: 144) oluşturmuştur. Öğrencilere ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ile baş etmeyi hedefleyen akran eğitim programı uygulanmıştır. Araştırma verileri sosyo-demografik özellikler veri toplama formu ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği ile akran eğitimi öncesi ve sonrasında toplanmıştır. **Bulgular:** Akran eğitimi uygulanan öğrencilerin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, tehlikelilik ve utanma alt ölçek puan ortalamalarının akran eğitimi sonrasında anlamlı derece azaldığı belirlenmiştir (p = .001). **Sonuç:** Hemşirelik öğrencileri tarafından uygulanan akran eğitiminin üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarında olumlu yönde değişim oluşturduğu belirlenmiştir. Bu sonuç doğrultusunda akran eğitimi ruhsal hastalıklara karşı damgalamayı azaltmada kullanılabilir bir yöntem olarak düşünülebilir. Akran eğitiminin etkinliğinin kontrol gruplu ve uzunlamasına izlem tasarımlarıyla değerlendirilmesi önerilir.

Anahtar Sözcükler: Damgalama, Ruhsal Hastalık, Akran Eğitimi, Hemşirelik Öğrencileri, Üniversite Öğrencileri

Abstract

The Effects of Peer Education Program Implemented by Nursing Students on the Beliefs of University Students towards the Mental Illness

Background: Studies show that young adults as well as adults have negative attitudes towards people with mental illness. In addition, most mental illnesses begin in the youth and psychiatric help may be delayed due to stigmatization. At this point, it is important to turn the negative beliefs of young people towards mental illnesses into positive. **Objectives:** The aim of this study is to investigate the effects of peer education program by nursing students on the beliefs of university students towards mental illness. **Methods:** This study was carried out a single group with pre-test-post-test, quasi-experimental design. Study sample consisted of the university students from other departments than nursing (n: 144). Peer educators implemented a peer education program that aim combating stigma towards mental illnesses. During the data collection socio-demographic data collection form and Beliefs toward Mental Illness Scale were used. Data were collected before and after the peer education. **Results:** The mean scores of post-test for incurability and disturbance in interpersonal relationships, dangerousness, and shame subscales is statistically significantly lower than the mean scores of pre-test (p = .001). **Conclusion:** It was found that peer education program implemented by nursing students positive effects on the university students' beliefs towards mental illness. In this regard, peer education may be thought as a method for combating stigma towards the mental illness. It is recommended to investigate the effectiveness of peer education with a control group and longitudinal design.

Key Words: Stigma, Mental Illness, Peer Education, Nursing Students, University Students.

Geliş tarihi: 16.12.2019 **Kabul tarihi:** 08.06.2020

Ruhsal hastalığa sahip bireyler, toplumun diğer bireyleri tarafından, olumsuz inançlar ile yargılanarak damgalanmakta ve bu durum gerek hasta bireyi gerekse ailesini olumsuz yönde etkilemektedir (1). Çalışmalar, yetişkin bireylerin yanı sıra gençlerin de ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik olumsuz tutumlara sahip olduklarını göstermektedir (2-5). Reavley ve Jorm (2011) Avustralya'da 15-25 yaş aralığındaki gençlerin ruhsal hastalığa yönelik tutumlarını incelemişlerdir. Araştırmanın sonucunda gençler şizofreni, psikoz gibi hastalığı olan bireylerden kaçınmaları gerektiğini düşündüklerini belirtmişlerdir (6). Tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada psikiyatri kliniğine çıkmayan öğrencilerin kliniğe çıkanlara oranla daha olumsuz tutumlara sahip oldukları belirlenmiştir (7). Türkiye'de ise gençlerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını inceleyen çalışmaların daha çok hemşirelik ve tıp fakültesi öğrencileri ile yapıldığı görülmektedir. Ünal ve arkadaşları (2010), sağlık, mühendislik, mimarlık bölümlerinde okuyan 516 üniversite öğrencisinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını değerlendirmek için yaptıkları tanımlayıcı çalışmanın sonucunda; öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumlara sahip olduklarını belirlemişlerdir (5).

Bir diğer boyut olarak, pek çok ruhsal hastalık gençlik döneminde başlamakta ve ruhsal hastalıklara yönelik damgalama nedeniyle psikiyatrik yardım arama gecikmektedir. Bu noktada gençlerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanışlarının olumluya dönüştürülmesi oldukça önemlidir (3,8). Üniversite öğrencileriyle yürütülen bir çalışmanın sonuçları

* Bu çalışma, V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi'nde (2018) sözel bildiri olarak sunulmuştur. **İletişim kurulacak yazar: Dr. Öğr. Üyesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, 35340 İzmir, tel: 0 232 412 47 93, Fax: +90 232 412 47 98, <https://orcid.org/0000-0002-9703-4594> e-mail: figensengun@gmail.com ***Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, 35340 İzmir, tel: +90 232 412 47 81, Fax: +90 232 412 47 89, <https://orcid.org/0000-0002-1666-291X> e-mail: neslihan.partlak@deu.edu.tr, neslihan.gunusen@gmail.com ****Araş. Gör. Dr., Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, 67600 Zonguldak, tel: +90 372 261 33 65, Fax: 0 372 261 33 99, <https://orcid.org/0000-0003-3113-4565> e-mail: sevecencelik@hotmail.com, sevecencelik@beun.edu.tr *****Prof. Dr.,

Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, 35340 İzmir, tel: +90 232 412 47 84, Fax: +90 232 412 47 98, <https://orcid.org/0000-0002-7447-874X> e-mail: zekiyecekinkaya69@gmail.com

(n: 735) kişisel olarak önyargı ve damgalayıcı tutumlara sahip olmanın psikolojik yardım arama isteğinde azalma ile sonuçlandığını göstermektedir (9). Bir başka çalışmada öğrencilerin hem toplumsal damgalama hem de içselleştirilmiş damgalama algılarının psikolojik yardım arama niyetleriyle negatif bir ilişkiye sahip olduğu belirlenmiştir (8). Gerek toplumsal damgalamanın hasta ve ailesi üzerindeki etkileri, gerekse yardım aramada gecikme gibi nedenlerden dolayı gençlerde ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançların değiştirilmesi önem kazanmaktadır. Ayrıca üniversite öğrencileri gelecekte toplumsal damgalamayı azaltmada söz sahibi olacak bir pozisyonda bulunabileceklerinden damgalama ile mücadelede öncelikli gruplar arasındadırlar (10). Üniversite öğrencilerinde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı azaltmada, etkileşim sağlama, ruhsal hastalığa sahip bireylerin öykülerini içeren videoları kullanma ve teorik bilgi verme girişimlerinin uygulandığı sosyal etkileşim ya da video temelli etkileşimin olumsuz tutumları değiştirme ve sosyal mesafeyi azaltmada etkili olduğu belirtilmektedir (10). Ancak literatürde üniversite öğrencilerinde ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ile mücadelede akran eğitiminin etkisinin incelendiği bir çalışma sonucuna ulaşılamamıştır.

Akran eğitimi benzer sosyal gruptaki gençlerin belirli bir konuyla ilgili olarak sahip oldukları bilgi, tutum, inanış ve becerilerinin istekli, gönüllü ve eğitilmiş akranlar tarafından eğitim aktiviteleri aracılığıyla değiştirilmesinin hedeflendiği aktif bir süreçtir (11). Akran eğitimi akranların eşit pozisyonda bulunması, benzer gelişim dönemi içinde olmaları nedeniyle benzer dil kullanıyor olmaları ve süreçte herhangi bir değerlendirmenin olmaması nedeniyle uygun bir öğrenme ortamının oluşmasını desteklemektedir (12). Bir başka tanıma göre akran eğitiminin diğer unsurları profesyonel olarak öğretmen olmayan gönüllü bireylerin birbirlerinin öğrenmelerine yardımcı olmaları ve bu süreçte eğitici akranlarında öğrenmeleridir (13). Türkiye’de üniversite öğrencilerinde akran eğitiminin etkinliğinin incelendiği çalışmalar sınırlıdır. Madde bağımlılığını önlemede akran eğitiminin uygulandığı bir çalışmada, akran eğitimi alan üniversite öğrencilerinin bağımlılık bilgi ve öz-yeterlik algısı düzeyinin anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir (14). Türkiye’de üniversite öğrencileri ve adölesanlara yönelik yürütülen iki çalışmada akran eğitiminin cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanlarında pozitif bir etki oluşturduğu belirlenmiştir (15,16). Bu çalışmanın amacı ise hemşirelik öğrencileri tarafından uygulanan akran eğitim programının üniversitelerin farklı bölümlerinde okuyan öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları üzerindeki etkisini incelemektir. Hemşireler ruhsal hastalığa sahip birey ve ailesine yönelik toplumdaki olumsuz tutumların değiştirilmesinde topluma liderlik yapan meslek gruplarından biridir (17). Ayrıca hemşirelik öğrencilerinin kariyerlerinin erken dönemlerinde dezavantajlı gruplar için savunuculuk yapma yolunda farkındalık kazanmaları ve desteklenmeleri önemlidir. Bu çalışmanın sonuçlarının üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik olumlu tutum geliştirmelerini destekleyecek müdahalelerin oluşturulmasına katkı vermesi beklenmektedir.

Bu araştırma hemşirelik öğrencileri tarafından uygulanan akran eğitim programının üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutumları üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma hipotezleri

- H₁:** Öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeği çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyut puan ortalamalarında akran eğitimi öncesi ve sonrasında anlamlı fark vardır.
- H₂:** Öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeği tehlikelilik alt boyut puan ortalamasında akran eğitimi öncesi ve sonrasında anlamlı fark vardır.
- H₃:** Öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeği utanma alt boyut puan ortalamasında akran eğitimi öncesi ve sonrasında anlamlı fark vardır.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma tek grupta ön test- son test yarı deneysel tasarımdadır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Ekim - Aralık 2017 tarihleri arasında İzmir İl’inde bulunan bir üniversitenin farklı bölümlerinde okuyan gönüllü üniversite öğrencileriyle yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini akran eğitimini uygulayan, hemşirelik üçüncü sınıf eğitici akranların ulaştığı üniversite öğrencileri oluşturmuştur. Örnekleme alma ölçütleri: üniversitenin hemşirelik ve tıp fakültesi dışındaki bölümlerinde okuyor olma, çalışmaya katılmada gönüllü olma ve daha önce ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ile mücadele etme amacını taşıyan herhangi bir programda yer almamış olmasıdır. Akran eğitim programı 144 üniversite öğrencisine uygulanmıştır. Araştırma tamamlandıktan sonra yapılan güç analizinde orta etki boyutu ve .95 güven aralığında çalışmanın gücü .94 olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni akran eğitim programıdır. Bağımlı değişkenler, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği’nin alt ölçek puan ortalamalarıdır.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri Sosyo-Demografik Özellikler Veri Toplama Formu ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Sosyo-demografik özellikler veri formu; öğrencilerin yaş, cinsiyet, sınıf, en uzun yaşanan yer, ailede psikiyatrik öykü varlığı, çevrede psikiyatrik öykü varlığı, daha önce psikiyatrik destek alma durumunu içeren toplam yedi sorudan oluşmaktadır.

Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ); Ölçek, Hirai ve Clum (2000) tarafından, farklı kültürel gruplardaki bireylerin ruhsal hastalıklar ve tedavisine yönelik inançlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik

güvenirlilik çalışması Bilge ve Çam (2008) tarafından yapılmıştır. Ölçek çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, tehlikelilik ve utanma olmak üzere üç alt ölçekten oluşmaktadır. RHYİÖ, 21 maddeden oluşan 6'lı likert tipi bir ölçek olup tamamen katılmıyorum: 0, çoğunlukla katılmıyorum: 1, kısmen katılmıyorum: 2, kısmen katılıyorum: 3, çoğunlukla katılıyorum: 4, tamamen katılıyorum: 5 şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutunu: 8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21. maddeler, tehlikelilik alt boyutunu: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13. maddeler, utanma alt boyutunu: 12 ve 15. maddeler oluşturmaktadır. Ölçekten elde edilecek en yüksek toplam puan "105", en düşük puan "0"dır. Ölçek hem toplam puan, hem de alt ölçek puanları üzerinden yorumlanmakta olup, alt ölçeklerdeki yüksek puan olumsuz inancı göstermektedir. Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması çalışmasında cronbach alpha korelasyon katsayısı 0.82 bulunmuştur (18). Bu çalışmada cronbach alpha katsayısı 0.91'dir.

Verilerin Toplanması: Akran eğitimi öncesinde öğrencilere araştırmanın amacı, yöntemi ve sonuçlarının nasıl kullanılacağı açıklanmıştır. Ayrıca öğrencilere araştırmaya katılımın gönüllü olduğu ve istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri bilgisi verilmiştir. Araştırma verileri akran eğitimi öncesi ve eğitim uygulandıktan sonra toplanmıştır.

Yapılan İşlem/Müdahale:

Eğitici akranların eğitimi

Akran eğitiminin etkinliğini belirleyen temel unsurlardan biri eğitici akranların istekli ve deneyimli öğrenciler arasından seçilmesidir (13). Bu noktada psikiyatri hemşireliği teori ve uygulamasını tamamlamış üçüncü sınıf hemşirelik öğrencileri çalışmanın amacı konusunda bilgilendirildikten sonra, gönüllülük esasına dayalı olarak eğitici akran olmak üzere araştırmaya davet edilmişlerdir. Psikiyatri hemşireliği teori ve uygulamasını tamamlamış 40 öğrenci gönüllü olmuştur. Gönüllü öğrencilere ruhsal hastalıklara yönelik kendi temel inançlarını ve ulaşacakların grubun inançlarını olumlu yönde değiştirmelerini hedefleyen altı oturumdan oluşan bir eğitim programı uygulanmıştır. Bu program Üstün ve İnan tarafından 2012-2013 eğitim-öğretim yılında geliştirilmiş ve daha sonra programın içeriği ve sonuçları yayımlanmıştır (19). Bu araştırma kapsamında ise mevcut program akran eğitimine yönelik oturumlar eklenerek güncellenmiştir. Eğitici akranlar, damgalama nedenleri ve etkileri, temel olumsuz inançlar ve gerçekler ve gençlerde damgalama konularında makale tartışma oturumlarında yer almışlardır. Oturumların içeriğinde şizofreni hasta ve ailelerinin yaşamlarından kesitleri ve damgalanmanın etkilerini içeren bir belgesel ve uzman sunumları yer almış ve bir yöntem olarak kavram haritası çalışmalarından yararlanılmıştır. Eğitici akranlar tüm bu aşamalarda aktif olarak yer almıştır. Ayrıca eğitici akranlar Şizofreni Dayanışma Derneği'ne hasta ve ailelerinin damgalanma deneyimlerini anlamak için gözlem amaçlı olarak bir kez gitmişlerdir. Eğitici akranlar tarafından uygulanacak akran eğitiminin içeriğinin yapılandırılmasına yönelik iki oturum yer almıştır. Bu oturumlarda eğitici akranların, akran eğitiminde kullanılmak üzere standart bir sunum ve broşür oluşturmaları sağlanmıştır. Broşür ve sunumun ana başlıkları, süreçte kullanılacak yöntemler araştırmacılar tarafından standardize edilmiş ve broşürün son halinin verilmesinde öğretim elemanı tarafından öğrencilere danışmanlık sağlanmıştır. Ayrıca eğitici akranlarla kendi eğitim süreçlerinde de yer alan hastaların ve ailelerinin hastalıkla mücadele ve damgalanma deneyimlerini içeren belgeseli akran eğitim sürecinde nasıl kullanacakları ve tartışma soruları çalışılmıştır. Hasta ve ailelerinin damgalanma deneyimlerini içeren bu belgesel toplumda farkındalık geliştirme amacıyla eğitsel ve farkındalık müdahalelerinde kullanılmak üzere geliştirilmiş ve alanda çalışan uzmanların kullanımına açık bir belgeseldir.

Akran eğitim programı ve uygulama süreci

Akran eğitim programı bir ya da iki eğitici akran önderliğinde 8-10 kişiden oluşan gönüllü üniversite öğrencilerine uygulanmıştır. Eğitici akranlar kendi seçtikleri uygun yer ve ortamlarda gönüllü öğrencilere ulaşmıştır. Eğitici akranlar akran eğitim programını kaldıkları yurt, ev ya da uygun olan sınıf ortamlarında uygulamışlardır. Eğitim oturumu yaklaşık olarak 60-90 dakika sürmüştür. Akran eğitim programının ana başlıkları: Damgalama kavramı ve etkileri, ruhsal hastalıklara yönelik yanlış inançlar ve gerçekler başlıklarını içeren bir sunum, hasta ve ailesinin yaşamından kesitleri içeren belgesel gösterimi ve grup tartışmalarını içermiştir (Tablo 1). Eğitici akranlar öğrencilere damgalama nedir, neden damgalıyoruz, ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik düşünceleriniz nedir, yaklaşımınız nasıl, damgalama nedeniyle hasta ve aileleri neler yaşayabilir gibi sorular yöneltilmiş ve tüm bu soruların cevaplarına ilişkin katılımcılara bilgi sağlamışlardır. Ayrıca program sonrasında eğitici akranlar, geliştirdikleri broşürü katılımcılara vermişlerdir. Eğitici akranların bu süreci nasıl algıladıkları ve deneyimlerini paylaşmaları için akran eğitimi verilirken çektikleri fotoğrafları ve deneyimlerini eğitim sonrasında araştırmacılar ve kendi grup arkadaşları ile paylaşmaları sağlanmıştır.

Tablo 1. Akran Eğitim Programı

| İçerik | Yöntem |
|--|---------------------------------------|
| Damgalama Kavramı | Sunum |
| Toplumsal damgalamanın hasta ve ailesi üzerindeki etkileri | Grup Tartışması |
| Mitler ve Gerçekler | |
| Şizofreni hastası ve ailesi olmak | Belgesel gösterimi Grup Tartışması |

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın verileri, SPSS 22.0 paket programı aracılığıyla tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile değerlendirilmiştir. Verilerin dağılımı Shapiro Wilk testi ile incelenmiş ve verilerin normal dağılım göstermediği belirlenmiştir. Öğrencilerin ön test-son test alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Wilcoxon işaret testi ile incelenmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için kurum izni alındıktan sonra etik kurul onayı alınmıştır (28.09.2017/GOA-3583). Araştırmaya katılan tüm öğrencilerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

Bulgular

Akran eğitimi uygulanan öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Akran Eğitimi Alan Üniversite Öğrencilerinin Sosyo-Demografik Özellikleri

| Sosyo-demografik Özellikler | | $\bar{X} \pm SS$ | |
|--|--|------------------------------------|----------|
| Yaş | | 20.18 ± 01.62 (min: 17-max: 28) | |
| | | n | % |
| Cinsiyet | | | |
| Kadın | | 89 | 61.8 |
| Erkek | | 55 | 38.2 |
| Sınıf | | | |
| 1.sınıf | | 44 | 30.6 |
| 2.sınıf | | 68 | 47.2 |
| 3.sınıf | | 30 | 20.8 |
| 4.sınıf | | 2 | 1.4 |
| En uzun yaşanılan yer | | | |
| Köy ve ilçe | | 60 | 41.7 |
| İl | | 84 | 58.3 |
| Çevrede psikiyatrik öykü varlığı | | | |
| Var | | 53 | 36.8 |
| Yok | | 91 | 63.2 |
| Daha önce ruhsal destek alma durumu | | | |
| Evet | | 28 | 19.4 |
| Hayır | | 116 | 80.6 |
| Toplam | | 144 | 100.0 |

Öğrencilerin (n: 144) yaş ortalaması 20.18 ± 01.62 , %61.8’i (n: 89) kadın, %47.2’si ikinci sınıftır. Öğrencilerin %58.3’ünün en uzun yaşadıkları yer il olup, %63.2’sinin çevresinde ruhsal bir hastalık tanısına sahip bir birey yoktur. Öğrencilerin %80.6’sı daha önce herhangi bir ruhsal destek almadığını belirtmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Öğrencilerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 144)

| RHIÖ alt boyutları | Ön-test | Son-test | z* | P |
|---|------------------|------------------|--------|------|
| | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | | |
| Çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma | 24.36 ± 11.28 | 17.95 ± 10.22 | -6.887 | .001 |
| Tehlikelilik | 20.45 ± 7.60 | 13.10 ± 7.25 | -8.994 | .001 |
| Utanma | 2.34 ± 2.79 | 1.45 ± 2.08 | -3.907 | .001 |

*Wilcoxon Signed test

Öğrencilerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği alt ölçek ön-test ve son-test puan ortalamaları arasındaki fark Wilcoxon işaret testi ile değerlendirilmiştir. Öğrencilerin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, tehlikelilik ve utanma alt ölçek puan ortalamalarının akran eğitimi sonrasında anlamlı derece azaldığı belirlenmiştir (p = .001) (Tablo 3).

Tartışma

Bu çalışmada toplumsal damgalama ve ayrımcılıkla mücadele etmeyi hedefleyen akran eğitim programının gençlerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançları üzerindeki etkinliği incelenmiştir. Çalışma benzer programların yapılandırılmasına yönelik önemli veriler sunmaktadır. Ayrıca bu çalışma hemşirelik öğrencileri önderliğinde uygulanan bir akran eğitiminin gençlerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları üzerindeki etkisinin incelendiği ilk çalışmadır.

Çalışmanın sonuçları akran eğitimi sonrası üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli oldukları yönündeki inanışları, iyileşmeye vurgu yapan çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma inanışları ve utanma inanışlarında pozitif yönde bir değişim olduğunu göstermektedir. Hipotez 1, 2 ve 3 doğrulanmıştır. Literatürde farklı alanlarda uygulanan akran eğitim programlarının olumlu etkilerine vurgu yapılmaktadır (14, 15, 16). Ancak akran eğitiminin ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik her bir alt inanç üzerindeki etkisini inceleyen çalışma sonucuna ulaşamamıştır. Bu nedenle bu bulgunun tartışılması damgalamaya odaklanan çalışmanın sonuçları doğrultusunda ele alınmıştır. Toplumsal damgalama ile

baş etmeye yönelik temel yaklaşımlardan biri eğitimidir. Eğitim müdahalelerinde toplumda var olan ruhsal hastalıklara yönelik yaygın olumsuz inanışların gerçek bilgi ile değiştirilmesi yoluyla tutum değişikliği sağlamak hedeflenmektedir. İkinci temel yaklaşım ise ruhsal hastalığa sahip kişilerle toplumun üyelerini bir araya getirme ve bu etkileşim yoluyla olumlu tutum değişimi sağlamayı hedefleyen kişilerarası etkileşim yaklaşımıdır (20, 21). Özellikle eğitim ve etkileşimin birlikte yer aldığı programların toplumsal damgalama ile mücadelede önemine vurgu yapılmaktadır (21). Bu çalışmada akran eğitim programı içeriğinde katılımcılara hem eğitim hem de video temelli etkileşim fırsatı sunulmuştur. Özellikle ruhsal hastalıklarda iyileşmenin mümkün olduğu ve hastalığa değil kişiye odaklanmak gerektiği mesajlarını veren yaklaşımların etkin olduğundan söz edilmektedir (22). Akran eğitimi içerisinde yer alan belgeselde hastaların bireysel boyutta hastalıktan ve toplumsal damgalanmadan nasıl etkilenildiğine vurgu yapılmakta ve hastalıktan çok hastaya odaklanılmaktadır. Ayrıca belgeselde uzmanlar tarafından şizofreniye özgü bilgi sağlanmakta ve tehlikelilik gibi olumsuz kalıp yargılara ilişkin açıklamalar yer almaktadır. Belgesel-video gibi materyaller kullanılarak yapılan çalışmaların da inançlar üzerindeki olumlu etkisi vurgulanmaktadır (23, 24). Benzer şekilde müdahalelerde damgalayıcı tutumların altında yatan gizli inançları fark ettirme ve iyileşmeye vurgu önerilmektedir (25). Bu çalışmada akran eğitiminin içeriğinin hastaların içinde buldukları durumun tıbbi bir hastalık olduğu, tedavi seçeneklerinin bulunduğu, iyileşmede aile ve toplum desteğinin önemli olduğu mesajının eğitici akranlar aracılığıyla verilmesi olumlu tutumların gelişmesini desteklemiş olabilir.

Akran eğitim programlarının etkinliğini belirleyen önemli noktalardan biri motive ve gönüllü eğitici akranlarla çalışılmasıdır. Akran eğitiminde eğiticinin kendi gelişim grubundan ve benzer özelliklerde olması eğitimi alan kişilerde sempati, anlaşılıyor olma duygusu gibi olumlu duygularla bu eğitim türünün etkinliğini arttırmaktadır (12). Akran eğitim süreci içinde işbirliğinin sağlanması ve otorite ya da değerlendirmeye yönelik bir tutumun olmaması, ayrıca eğitici akranların programın geliştirilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesi gibi tüm süreçlere dahil olmasının (11), materyal geliştirme sürecinde bağımsız çalışmalarının desteklenmesinin akran eğitiminin etkinliğini arttıran diğer faktörler olduğu söylenebilir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Hemşirenin toplumsal sorunlara duyarlı olması ve dezavantajlı gruplara yönelik savunucu rolünü göz önüne aldığımızda hemşirelik öğrencileri ile yürütülen bu çalışma öğrenciler için eşsiz bir deneyim özelliği taşımaktadır. Bu çalışmanın sonuçları akran eğitiminin üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inanışları üzerinde olumlu bir etki oluşturduğunu göstermektedir. Bu sonuç ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ile mücadelede akran eğitim programlarının üniversite öğrencilerine yönelik girişimsel çalışmaların bir parçası olabileceğini göstermektedir. Ek olarak akran eğitiminin etkinliğinin kontrol grubu ve uzunlamasına izlem içeren tasarımlarla test edilmesi önerilir. Ayrıca, gelecekte üniversite öğrencilerine yönelik yürütülecek akran eğitimi çalışmalarında hemşirelik öğrencilerinin yer alması ve akran eğitimcisi olmanın hemşirelik öğrencilerini nasıl etkilediğini açıklamaya yönelik çalışmaların yapılması önerilir.

Kısıtlılıklar

Bu çalışmanın Türkiye'nin batısındaki bir üniversitenin gönüllü öğrencileriyle yürütülmüş olması ve çalışmada kontrol grubunun yer almaması ayrıca değişimin kalıcılığını değerlendirmek adına izlem ölçümlerinin yapılmamış olması çalışmanın sınırlılıklarıdır.

Bilgilendirme

Yazar katkıları: fikir F.Ş.İ.; tasarım F.Ş.İ., N.G., Z.Ç.; verilerin toplanması ve analizi F.Ş.İ., N.G., S.Ç.İ.; literatür tarama ve makale yazımı F.Ş.İ., S.Ç.İ.; eleştirel değerlendirme Z.Ç.D., N.G. tarafından yapılmıştır. Araştırma için 28.09.2017 tarih ve GOA-3583 karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Çalışmada yer alan tüm öğrencilere teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Günay S, Bekitkol T, Beycan Ekitli G, Yıldırım S. The determining of a faculty of nursing students' beliefs toward mental disorders. J Psychiatr Nurs 2016;7(3):129-134. <https://doi.org/10.5505/phd.2016.43534>
2. Akdede BK, Alptekin K, Topkaya ŞÖ, Belkiz B, Nazlı E, Özsin E, ve ark. Gençlerde şizofreniyi damgalama düzeyi. Yeni Symposium 2004;42(3):113-117.
3. Oban G, Küçük L. Damgalama erken yaşlarda başlar... Gençlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayla mücadelede eğitimin rolü. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011;2(3):141-148.
4. Öztürk A, Kaçan Softa H, Ulaş Karaahmetoğlu G. Kastamonu üniversitesinde öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara karşı inançları ve psikiyatri hemşireliği dersinin etkisi. Uluslararası Hakemli Psikiyatri ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi 2015;(4):146-146. <https://doi.org/10.17360/uhppd.2015414027>
5. Ünal S, Hisar F, Çelik B, Özgüven Z. Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2010;23(3):145-150.
6. Reavley NJ, McCann TV, Jorm AF. Mental health literacy in higher education students. Early Interv Psychiatry 2012;6(1):45-52. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2011.00314.x>
7. Ighodaro A, Stefanovics E, Makanjuola V, Rosenheck R. An assessment of attitudes towards people with mental illness among medical students and physicians in Ibadan, Nigeria. Acad Psychiatry 2015;39(3):280-285. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0169-9>

8. Pheko MM, Chilisa R, Balogun SK, Kgathi C. Predicting intentions to seek psychological help among Botswana university students: The role of stigma and help-seeking attitudes. *Sage Open* 2013;3:1-11. <https://doi.org/10.1177/2158244013494655>
9. Lally J, ó Conghaile A, Quigley S, Bainbridge E, McDonald C. Stigma of mental illness and help-seeking intention in university students. *The Psychiatrist* 2013;37(8):253-260. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.112.041483>
10. Yamaguchi S, Wu SI, Biswas M, Yate M, Aoki Y, Barley EA, et al. Effects of short-term interventions to reduce mental health-related stigma in university or college students: a systematic review. *J Nerv Ment Dis* 2013;201(6):490-503.
11. United Nations Population Fund (UNPF) and Youth Peer Education Network (Y-PEER). Training of trainers manual. Youth peer education toolkit. 2004. Retrieved from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/jahiapublications/documents/publications/2006/ypeer_tot.pdf. Erişim Tarihi: 11.09.2017.
12. Family Health International. Evidence-based guidelines for youth peer education, Family Health International, Triangle Park, NC. 2010. <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/EvidenceBased%20Guidelines%20for%20Youth%20Peer%20Education%20Brief.pdf>. Erişim Tarihi: 04.09.2017.
13. Topping KJ. The effectiveness of peer tutoring in further and higher education: A tipology and review of the literature. *Higher Education* 1996;32(3):321-345.
14. Akkuş D, Eker F, Karaca A, Kapisız Ö, Açıkgöz F. Is peer education program an effective model in prevention of substance addiction in high-school teens? *Journal of Psychiatric Nursing* 2016;7(1):34-44.
15. Bulduk S, Erdogan S. The effects of peer education on reduction of the HIV/ sexually transmitted infection risk behaviors among Turkish university students. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2012; 23(3):233-243. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2011.02.003>.
16. Polat S, Atıcı A, Karakaş D, Çulha GG, Erdoğan S. Peer training increases the level of knowledge on sexual and reproductive health in adolescents. *J Trop Pediatr* 2012;58(2):96-101. <http://dx.doi.org/10.1093/tropej/fmr041>.
17. Açıkgöz F, Akkuş D. Ruhsal hastalıklarda damgalama ile mücadele: Anahtar rol üstlenen meslekler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2018;8(3):142-146.
18. Bilge A, Çam O. Reliability and validity belief towards mental health illness. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008;9(2): 91-96.
19. Üstün B, İnan FŞ. Psikiyatri hemşireliği uygulamasına bir örnek: Damgalamayla mücadele eğitim programı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2018;15(2):131-135. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2018.131>
20. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüsch N. Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv* 2012;63(10):963-973. <https://doi:10.1176/appi.ps.201100529>
21. Michaels PJ, López M, Rüsch N, Corrigan PW. Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, Society, & Education* 2012;4(2):183-194.
22. Clement S, Jarrett M, Henderson C, Thornicroft G. Messages to use in population-level campaigns to reduce mental health-related stigma: Consensus development study. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2010;19(1):72-79. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00001627>
23. Larøi F, Van der Linden M. The effects of a documentary film on reducing stigmatisation about schizophrenia. *Psychosis* 2009;1(1):61-72. <https://doi.org/10.1080/17522430802578395>
24. Thonon B, Pletinx A, Grandjean A, Billieux J, Larøi F. The effects of a documentary film about schizophrenia on cognitive, affective and behavioural aspects of stigmatisation. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2016;50:196-200. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.08.001>
25. Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthc Manage Forum* 2017;3(2):111-116. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>

Üniversite Öğrencilerinin Gelecekte Çocuk Sahibi Olmaya İlişkin Düşünceleri ve Etkileyen Faktörler

Nurgül ŞİMAL*, Elif GÜRSOY**

Öz

Giriş: Çocuk sahibi olmak sosyo-kültürel, psikolojik ve ekonomik boyutları olan çok yönlü toplumsal bir olgudur. **Amaç:** Araştırma, farklı sosyo-demografik özelliklere sahip üniversite öğrencilerinin gelecekte çocuk sahibi olma düşüncesi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın evrenini, Eskişehir’de bulunan bir üniversitede öğrenim gören 9.208, örneklemini ise 712 son sınıf öğrencisi oluşturdu. Veriler, Ocak-Şubat 2019 tarihleri arasında veri toplama formu ile toplanmıştır. Verilerin analizinde frekans, ortalama ve ki-kare testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Öğrencilerin %77.9’unun ileride çocuk sahibi olmak istediği saptanmıştır. Öğrencilerin sahip olmak istediği çocuk sayısı ortalama 2.18’dir ve istenen çocuk sayısının cinsiyete göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Öğrencilerin gelecekte çocuk sahibi olma düşüncesini etkileyen faktörler arasında ilk üç sırada psikolojik iyilik, soyun devamı ve bireysel karar verme geldiği saptanmıştır. Öğrencilerin gelecekte çocuk sahibi olma düşüncesini etkileyen faktörler ile cinsiyet, aile tipi, en uzun süre yaşadıkları yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken; anne ve baba eğitim durumu ile fark bulunmamıştır. **Sonuç:** Öğrencilerin gelecekte çocuk sahibi olma düşüncesi üzerinde etkili olan faktörlerin başında çocuğun psikolojik yönü, soyun devamı ve kişilere ait bireysel tercihin geldiği saptanmıştır. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun ekonomik özgürlüğe kavuşmadan çocuk sahibi olmak istemediği belirlendi. Geniş aile tipine sahip ve en uzun süre yaşadığı yer köy olan öğrencilerin daha fazla sayıda çocuk sahibi olmak istedikleri, erkek çocuk algısını daha yoğun yaşadıkları ve soyun devamı açısından çocuğun önemine daha çok inandıkları saptanmıştır. Çalışmada kır-kent ayrımı belirgin şekilde ortaya çıkarken, anne-baba eğitim durumlarının çocuk sahibi olma isteği üzerinde anlamlı etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Çocuk Sahibi Olmak, Üniversite Öğrencileri, Gençlik.

Abstract

Thoughts of University Students on Having Children in the Future and Affecting Factors

Background: Having children is a multifaceted social phenomenon with socio-cultural, psychological and economic dimensions. **Aim:** The research was carried out to determine the future thinking of university students with different socio-demographic characteristics and the factors affecting them. **Method:** While the universe of this descriptive study consisted of 9208 students studying at a university in Eskişehir, the sample of the study consisted of 712 senior students. Data were collected between January-February 2019 using a data collection form. Frequency, mean and chi-square testing were used in the analysis of the data. **Results:** It was found that 77.9% of students wanted to have children in the future. The average number of children that the students wanted to have was 2.18 and it was determined that the desired number of children did not differ by the gender. Psychological well-being, the continuation of lineage, and individual decision making were the top three factors among the factors affecting students' the idea to have children in future. While there was a statistically significant relationship between the factors affecting students' the idea to have children in future and gender, family type, place of residence for the longest period, no significant difference was found between these factors and the education level of the mother and father. **Conclusion:** The psychological aspect of the child, the continuation of lineage, and the individual-social preference of individuals were found to be the major factors affecting students' the idea to have children in future. It was found that the majority of students did not want to have children before becoming self-supporting. It was found that the students who had large families and who lived in the village for the longest period in their lives wanted to have more children, they had the perception of a son more intensively, and they believed about the importance of the child more for the continuation of the lineage. In the study, while the distinction between the rural and urban areas was revealed, it was determined that the educational status of parents did not have a significant effect on the desire to have children.

Key Words: Having Children, University Students, Youth.

Geliş tarihi: 21.01.2020 **Kabul tarihi: 17.06.2020**

Aile, bir toplumun gelenek, görenek, dil, din gibi temel özelliklerin barındığı; toplumun temelini oluşturan, anne-baba ve çocuktan oluşan en küçük yapıtaşdır (1,2,3). Aile aynı zamanda gelenek-görenekleri yaşatan, kültür ve mirası içinde barındırıp nesilden nesile aktaran sosyal bir kurumdur (4). Bu sosyal kurumun vurgulanan işlevine göre yapılan tanımlar da değişiklik göstermektedir. Bazı tanımlar ailenin sadece kan bağı yönünü ele alırken; bazıları ailenin sosyal örgüt, sosyal yapı, sosyal bir birlik oluşuna değinmiştir. Bazı tanımlar ise üreme, soyun devamlılığını sağlama, toplumda huzurlu bir ortam oluşturma, çocuğun gelişim evrelerinin temelini atma ve değerler oluşturma rollerine atıfta bulunmaktadır (5,6,7). Dünya Değerleri Araştırması sonuçlarına göre Türkiye değerler sıralamasında %95.4'lük oranla aile kavramı ilk sırada yer almaktadır (8). Ülkemizde aile toplumun temel taşı olarak görülmektedir. Bu nedenle de hem aile hem de aile bireyi değerli kılınmaktadır. Bu kapsamda çocuk ise ailenin en temel değerli üyesidir (9). Türk toplumunda aile kuran bireylerden çocuk sahibi olmaları beklenmektedir ve çocuksuz aile tercihi düşünülmemektedir. Çocuksuz ailenin bir an önce çocuk sahibi olması beklenirken çocuk sahibi olmayan bireyler ise toplumun psikolojik baskısı ve yargısı ile kaşı karşıya kalabilmektedir. Çünkü geleneksel Türk toplumu anlayışına göre gerçek/tam bir aile olmak için çocuk sahibi olmak gerekmektedir (7,10,11).

Türk Dil Kurumu (TDK) çocuk kavramı için “küçük yaştaki erkek veya kız; soy bakımından oğul veya kız, evlat; bebeklik ile erginlik arasındaki gelişme döneminde bulunan oğlan veya kız. ; belli bir işte yeteri kadar deneyimi ve yeteneği olmayan kimse” şeklinde tanımlamalar yapmıştır (12). Literatür incelendiğinde; çocuğun toplumun geleceği, ailenin gözbebeği, soyun-kültürün devam ve aktarımını sağlayacak olan en tabii varlık; evlilikte ise en önemli mutluluk faktörlerinden biri olduğu ifade edilmektedir (1,5). Bu tanımdan da anlaşıldığı gibi çocuğun değerini ortaya koyan kavramlar arasında toplumun geleceği,

*Doktora Öğrencisi, Eskişehir Şehir Hastanesi, 1. Basamak Yoğun Bakım Servisi, Eskişehir, <https://orcid.org/0000-0002-0817-0640>, e-mail: nurgulsimal@gmail.com ** Doç. Dr. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Eskişehir, <https://orcid.org/0000-0003-0147-8682>, e-mail: elif070@gmail.com

soyun devamı ve ailenin mutluluğu öne çıkmaktadır. Çocuk aile olabilmenin tamamlayıcı niteliğinde görülen önemli bir olgudur (13). Bazı toplumlarda olduğu gibi bizim toplumumuzda da çoğu kez evlilik çocuk sahibi olmakla eşdeğer görülebilir ve evliliğin devamı için çocuk sahibi olmanın önemli bir faktör olduğu inancı hakim olabilmektedir (3,11,13). Yıllar içerisinde ve toplumdan topluma çocuğa atfedilen değer değişmekle birlikte hem ülkemizde hem dünyada yapılan çalışmalar çocuğun ailede ve toplumda değiştirilemez bir temel değere sahip olduğunu göstermektedir. Bu değişim çocuğun cinsiyetine, aile tipine- yerleşim yerine ve de toplumun modern-geleneksel yapısına göre değişim yaşamış fakat çocuk sahibi olmaya verilen önem ve değer her daim yerini korumuştur (7,10,13). Toplumsal temelli çalışmalara göre bireylerin çocuk sahibi olmayı isteme nedenlerinin temelinde geleneksel aile yapısı, toplumsal kabul, kalıplaşmış rol ve sorumluluklar ve birtakım toplumsal cinsiyet algıları etkili olmaktadır.

Üniversite öğrencileri toplumun gelişen, değişen ve geleceğe yön veren grubunu oluşturmaktadır. Gençlere çocuk sahibi olmadan önce gerekli farkındalığın ve bilincin kazandırılması sağlıklı toplumlar sağlamak noktasında önemli bir adım olmakla birlikte; farkındalığı yüksek ve bilinçli bireylerin sahip olacağı bilinçli çocuk sahibi olma yolculuğu onları ileriki dönemlerinde sağlıklı karar vermeye yardımcı olacaktır. Bu kapsamda özellikle hemşireler sahada hastane, aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezlerinde; akademide ise üniversiteler ve akademik birçok platformda gençleri bu konuda bilinçlendirme noktasında en önemli rol alacak kişilerden biridir. Literatür incelendiğinde üniversite öğrencilerinin çocuk sahibi olma düşüncelerine ilişkin sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmış ve bu açıdan çalışma planlanmıştır. Çocuk sahibi olmaya yönelik yaklaşımlar ve düşüncelerin belirlenmesi ise aile yapısı, gelecek planlaması, toplum yapısının analizi, nüfus politikaları gibi konularda rehberlik etmesi açısından önemlidir. Çünkü çocuk sahibi olmak konusunda bilinçli gençlerin yetişmesi gelecekte bilinçli anne baba adayları olarak sağlıklı toplumun temellerini atma açısından önem arz etmektedir. Bu nedenle bu çalışmada öğrencilerin çocuk sahibi olmaya ilişkin düşünceleri ve bu düşüncelerini etkileyen faktörler incelenmiştir.

Amaç

Bu araştırma, farklı sosyo-demografik özelliklere sahip üniversite öğrencilerinin gelecekte çocuk sahibi olma düşüncesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma soruları

- 1.Üniversite öğrencileri gelecekte çocuk sahibi olmak istiyor mu?
- 2.Üniversite öğrencilerinin gelecekte çocuk sahibi olma düşüncesini etkileyen faktörler nelerdir?
- 3.Üniversite öğrencilerinin gelecekte çocuk sahibi olma düşüncesini etkileyen faktörler ile sosyo-demografik özellikleri arasında ilişki var mı?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı türde planlanmış ve uygulanmıştır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Ocak 2019- Şubat 2019 tarihleri arasında Eskişehir’de bir devlet üniversitesi bünyesinde yer alan fakültelerde yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini üniversite bünyesinde yer alan toplam 11 fakülte 48 bölümde, 2018-2019 eğitim-öğretim yılında öğrenim gören 9.208 son sınıf öğrencisi oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini hesaplarken her bölümden aynı oranda örnek seçmek amacıyla “orantılı tabakalı örnekleme” yöntemi kullanılmıştır. Yapılan analizde güven düzeyi, hata payı (%95 güven aralığı, %5 hata payı, %50 görülme sıklığı) ve evreni bilinen örneklem formülü kullanılmış ve minimum 369 öğrenciye ulaşılmaya gerektiği belirlenmiştir. Çalışma konusunun kültürel boyutu göz önünde tutularak örneklem sayısının yaklaşık iki katına (738) ulaşılmaya çalışılmıştır. Toplamda 740 öğrenciye ulaşılmış, eksik doldurulmuş olan 28 form çalışmaya dahil edilmemiştir. Elde edilen örneklem sayısının PASS 11 paket programı ile yapılan güç analizi sonucunda 0.999 güce ulaşıldığı belirlenmiş ve çalışma sonlandırılmıştır. Çalışma 364 erkek ve 348 kadın olmak üzere toplam 712 kişi ile tamamlanmıştır.

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Gelecekte çocuk sahibi olma düşüncesi ve etkileyen faktörler

Bağımsız Değişkenler: Sosyo-demografik özellikler

Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (11, 14, 15, 16, 17,18) geliştirilen, 2 bölümden ve 47 sorudan oluşan veri toplama formu ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Veri toplama formu oluşturulurken alanları sosyoloji (1), istatistik (1), ebellek (1) ve kadın hastalıkları ve doğum hemşireliği (1) olan dört farklı kişiden uzman görüşü alınmıştır.

Birinci bölümde öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine (yaş, cinsiyet, aile tipi, en uzun süre yaşadığı yer, anne-baba eğitim durumu ve mesleği, kardeş sayısı, ideal çocuk sayısı, çocuk sahibi olmak için ideal yaş aralığı) ilişkin tanıtıcı bilgilerin yer aldığı toplam 14 sorudan oluşmuştur.

İkinci bölümde, öğrencilerin gelecekte çocuk sahibi olma düşüncesini etkileyen faktörleri içeren ifadelerin yer aldığı, toplam 33 soru yer almaktadır. Literatürde yer alan sınırlı sayıdaki çalışma ve uzman görüşü alınarak oluşturulan veri toplama formunun ikinci kısmı; temeli sosyo-kültürel, ekonomik ve psikolojik tabana dayanan alt sorulardan oluşturulmuştur (Bireysel karar verme, aile hayatının devamı, psikolojik iyilik, soyun devamı, ekonomik yeterlilik, statü kazanmak, erkek çocuk algısı, aile ve çevre baskısı, aile işlerine destek, gelecek garantisi, dini inançlar). Hazırlanan veri toplama formunun öğrenciler tarafından anlaşılabilirliğini ve form doldurma süresini belirlemek amacıyla; rastgele 3 fakültenin kantininde son sınıf öğrencileri

arasından seçilen 10 üniversite öğrencisi ile pilot çalışma yapılmıştır. Yapılan pilot çalışma sonucunda, veri toplama formunda gerekli düzenlemeler yapılarak forma son şekli verilmiştir. Bu öğrenciler örneklemin dışında tutulmuştur.

Araştırma verileri yüz yüze görüşme tekniği ile ders saatleri dışında toplanmıştır. Araştırmanın amacı açıklandıktan sonra öğrencilerin sözlü onamları alınmış ve formlar dağıtılmıştır. Formların doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi IBM SPSS 23.0 (IBM Statistical Package for the Social Sciences) paket programı ile yapılmıştır. Veriler değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımları kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile değerlendirilmiştir. İki değişken arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için ki-kare bağımsızlık testi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < .05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan etik kurul onayı alınmıştır (Onay tarihi ve Kodu: 3 Aralık 2018-12/5 No'lu Karar). Bununla birlikte, araştırmanın 11 fakültede yapılacağına dair kurum izni (Sayı: 99489383-302.08.01/ Onay tarihi: 18 Aralık 2018) ve çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden sözlü onam alınmıştır. Araştırmanın katılımcılara herhangi bir zarar verme riski söz konusu olmamıştır. Çalışma araştırma ve yayın etiğine uygun yürütülmüştür.

Bulgular

Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 1'de araştırmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Araştırma katılan öğrencilerin %51.1'inin erkek, %94.1'inin 25 yaş altında ve yaş ortalamasının 22.8 yıl olduğu belirlenmiştir. Örnekleme yer alan öğrencilerin çekirdek aileye sahip olma oranının %79.5 olduğu, öğrencilerin en uzun süre yaşadığı yerleşim yerinin %63.2 oranında il merkezi olduğu ve %48.9'unun iki kardeşe sahip olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda, öğrencilerin annelerinin %56.4'ünün eğitim durumunun ilköğretim ve altı, babalarının %62.8'inin lise ve üzeri olduğu belirlenmiştir.

Tablo 1. Üniversite Öğrencilerinin Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı (n = 712)

| | | n | % |
|---------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------|
| Yaş | 25 yaş ve altı | 670 | 94.1 |
| | 26 yaş ve üzeri | 42 | 5.9 |
| | Yaş ortalaması = 22.8 | (Min. = 19, Mak. = 36) | |
| Cinsiyet | Kadın | 348 | 48.9 |
| | Erkek | 364 | 51.1 |
| Aile tipi | Çekirdek aile | 566 | 79.5 |
| | Geniş aile | 118 | 16.6 |
| | Parçalanmış aile | 28 | 3.9 |
| En uzun yaşanılan yerleşim yeri | Köy | 64 | 9.0 |
| | İlçe | 194 | 27.2 |
| | İl merkezi | 450 | 63.2 |
| | Diğer | 4 | 0.6 |
| Kardeş sayısı | 0 | 54 | 7.6 |
| | 1 | 348 | 48.9 |
| | 2 | 174 | 24.4 |
| | 3 | 78 | 11.0 |
| | 4 | 25 | 3.5 |
| Anne eğitim durumu | 5 ve üzeri | 33 | 4.6 |
| | İlköğretim ve altı | 402 | 56.4 |
| | Lise ve üzeri | 310 | 43.6 |
| Baba eğitim durumu | İlköğretim ve altı | 265 | 37.2 |
| | Lise ve üzeri | | |
| | | 447 | 62.8 |

* Satır yüzdesi kullanılmıştır.

Öğrencilerin Gelecekte Çocuk Sahibi Olma Düşüncesi

Öğrencilerin %77.9'unun gelecekte çocuk sahibi olmak istediği, sahip olmak istedikleri çocuk sayısının ortalama 2.18 olduğu ve istenen çocuk sayısında cinsiyete göre farklılık oluşmadığı saptanmıştır ($p = .101$). Kadınların %74.4'ünün, erkeklerin ise %65.1'inin planladıkları ilk çocuğa sahip olma yaşı 25-29 yaş aralığıydı. Erkeklerin kadınlardan daha fazla oranda 30-34 yaş aralığında ilk çocuğa sahip olmak istediği belirlenmiştir ($p = .001$). Geniş ailede yetişmiş öğrencilerin sahip olmayı planladıkları ortalama çocuk sayısının (2.55), çekirdek aile (2.09) ve parçalanmış ailede (2.28) yetişmiş öğrencilerden daha fazla olduğu saptanmıştır ($p = .000$). En uzun süre yaşadığı yerleşim yeri köy olan öğrencilerin sahip olmayı planladığı

ortalama çocuk sayısının (2.67), ilçe (2.18) ve il merkezinde (2.09) yaşamış öğrencilerden daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p = .035$).

Öğrencilerin Gelecekte Çocuk Sahibi Olma Düşüncesini Etkileyen Faktörler ve Sosyo-Demografik Özellikleriyle İlişki Durumu

Tablo 2’de öğrencilerin gelecekte çocuk sahibi olma düşüncesini etkileyen faktörlere ilişkin ifadeler katılım oranları yer almaktadır. Öğrencilerin verdiği yanıtlar örneklem genelinde değerlendirildiğinde gelecekte çocuk sahibi olma düşüncesini etkileyen en önemli etkenin psikolojik iyilik hali (güzel duygular hissettirme, hayata bağlama, neşe katma, psikolojik doyum vs.) (%86.6-%56.5), sonrasında ise aile hayatı ve soyun devamı faktörleri (%70.4-%50.6) olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda çocuk sahibi olmanın bireysel bir tercih olduğu ve kadın istemedikçe çocuk sahibi olmaya zorlanmaması gerektiğine dair verilen ifadeler %88.3-%88.5 oranlarıyla grubun en çok katılım sağladığı ifadeler olarak belirlenmiştir. Aile büyükleri ve eşin istek-baskısı, erkek çocuk algısına ilişkin ifadeler ve çocuğu gelecek garantisi görmek öğrencilerin %12.5-%32.2 oranlarında katılım gösterdiği ve gelecekte çocuk sahibi olma düşüncesini en az etkileyen faktörler olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %72.1’i ekonomik olarak özgür olmadığı takdirde çocuk sahibi olmak istemediğini belirtti (Tablo 2).

Tablo 3’e göre çalışmada erkek öğrencilerin kadın öğrencilere göre; toplumsal statü kazanma, aile hayatının ve soyun devamını sağlama açısından çocuk sahibi olmaya verdiği değerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4’te öğrencilerin aile tipine göre gelecekte çocuk sahibi olma düşüncesini etkileyen faktörler arasındaki karşılaştırması verilmiştir. Araştırmada geniş aile tipine sahip öğrencilerin çocuk sahibi olmaya ilişkin verilen soyun devamı ($p = .031$), aile işlerine destek ($p = .015$), gelecek garantisi ($p = .015$), dini inançlar ($p = .006$), bireysel karar verme ($p = .008$) başlıklı ifadeler katılımlarının diğer öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 5’te öğrencilerin en uzun süre yaşadığı yerleşim yerine göre gelecekte çocuk sahibi olma düşüncesini etkileyen faktörler arasındaki karşılaştırması verilmiştir. Verilen tabloya göre en uzun süre kırsal alanda yaşamış olan öğrencilerin çocuk sahibi olmaya ilişkin verilen soyun devamı ($p = .039$), aile işlerine destek ($p = .000$), gelecek garantisi ($p = .015$), dini inançlar ($p = .021$), erkek çocuk algısı ($p = .002$) ifadelerine katılımları diğer öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

Tablo 2. Öğrencilerin Çocuk Sahibi Olma Düşüncesini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bazı Bulgular (n = 712)

| Madde numarası | Öğrencilerin Çocuk Sahibi Olma Düşüncesini Etkileyen Faktörler | Katılmıyorum | | Kararsızım | | Katılıyorum | | Etkileyen Faktör |
|----------------|--|--------------|-------------|------------|------|-------------|-------------|-----------------------|
| | | n | %* | n | %* | n | %* | |
| 1 | Ne zaman ve ne kadar çocuk sahibi olacakları konusunda karar vermek bireylerin yasal hakkıdır. | 35 | 4.9 | 47 | 6.6 | 630 | 88.5 | Bireysel karar verme |
| 3 | Çocuk sahibi olmak evliliğin devamlılığını olumlu etkiler. | 172 | 24.2 | 180 | 25.3 | 360 | 50.6 | Aile hayatının devamı |
| 5 | Çocuk sahibi olmak bireylere güzel/pozitif duygular yaşatır. | 29 | 4.1 | 65 | 9.1 | 618 | 86.8 | Psikolojik iyilik |
| 6 | Çocuk sahibi olmak soyu devam ettirmek için önemlidir. | 126 | 17.7 | 85 | 11.9 | 501 | 70.4 | Soyun devamı |
| 7 | Düzenli bir işim olmadığı sürece çocuk sahibi olmak istemem. | 72 | 10.1 | 127 | 17.8 | 513 | 72.1 | Ekonomik yeterlilik |
| 9 | Çocuk sahibi olmak hayata bağlılığı artırır. | 52 | 7.3 | 121 | 17.0 | 539 | 75.7 | Psikolojik iyilik |
| 10 | Çocuk sahibi olmak eşlerin birbirine yakınlığını artırır. | 105 | 14.7 | 173 | 24.3 | 434 | 61.0 | Aile hayatının devamı |
| 13 | Çocuğun varlığı eve ve aileye neşe katar. | 29 | 4.1 | 70 | 9.8 | 613 | 86.1 | Psikolojik iyilik |
| 19 | Çocuk sahibi olmak bir kadınlık göstergesidir. | 486 | 68.3 | 136 | 19.1 | 90 | 12.6 | Statü kazanmak |
| 20 | Çocuk sahibi olmak kadına toplumsal statü kazandırır. | 404 | 56.7 | 169 | 23.7 | 139 | 19.5 | Statü kazanmak |
| 21 | Özellikle erkek çocuk sahibi olmak kadına/erkeğe aile ve toplumda prestij getirir. | 518 | 72.8 | 105 | 14.7 | 89 | 12.5 | Erkek çocuk algısı |
| 23 | Özellikle erkek çocuk sahibi olmak aile kurumunun devamı için önemlidir. | 444 | 62.4 | 116 | 16.3 | 152 | 21.3 | Erkek çocuk algısı |
| 26 | Çocuk sahibi olmayı istemede aile büyüklerinin baskısı önemli bir etkidir. | 428 | 60.1 | 169 | 23.7 | 115 | 16.2 | Aile ve çevre baskısı |
| 31 | Çocuk sahibi olmamı sosyo-ekonomik durumum etkiler. | 111 | 15.6 | 158 | 22.2 | 443 | 62.2 | Ekonomik yeterlilik |

*Satır yüzdesi alınmıştır

Tablo 3. Öğrencilerin Cinsiyeti ile Çocuk Sahibi Olma Düşüncesini Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkiye ait Bazı Bulgular (n = 712)

| Madde Numarası | Öğrencilerin Çocuk Sahibi Olma Düşüncesini Etkileyen Faktörler | Kadın | | | Erkek | | | x ² | p | Etkileyen Faktörler |
|----------------|--|---------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|------|-----------------------|
| | | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | | | |
| | | n (%*) | n (%*) | n (%*) | n (%*) | n (%*) | n (%*) | | | |
| 3 | Çocuk sahibi olmak evliliğin devamlılığını olumlu etkiler. | 115 (33.0) | 95 (27.3) | 138 (39.7) | 57 (15.7) | 85 (23.4) | 222 (61.0) | 39,374 | .000 | Aile hayatının Devamı |
| 2 | Çocuk sahibi olmak bireylere toplumsal statü kazandırır. | 164 (47.1) | 97 (27.9) | 87 (25.0) | 134 (36.8) | 108 (29.7) | 122 (33.5) | 9.117 | .010 | Statü kazanmak |
| 6 | Çocuk sahibi olmak soyu devam ettirmek için önemlidir. | 86 (24.7) | 53 (15.2) | 209 (60.1) | 40 (11.0) | 32 (8.8) | 292 (80.2) | 35,391 | .000 | Soyun devamı |
| 10 | Çocuk sahibi olmak eşlerin birbirine yakınlığını artırır. | 66 (19.0) | 94 (27.0) | 188 (54.0) | 39 (10.7) | 79 (21.7) | 246 (67.6) | 15,643 | .000 | Aile hayatının devamı |
| 12 | Çocuk sahibi olmak boşanmayı önleyen faktörlerden biridir. | 166 (47.7) | 97 (27.9) | 85 (24.4) | 85 (23.4) | 113 (31.0) | 166 (45.6) | 53,165 | .000 | Aile hayatının devamı |

*Satır yüzdesi kullanılmıştır.

Tablo 4. Öğrencilerin Aile Tipi ile Çocuk Sahibi Olma Düşüncesini Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkiye ait Bazı Bulgular (n = 712)

| Madde Numarası | Öğrencilerin Çocuk Sahibi Olma Düşüncesini Etkileyen Faktörler | Çekirdek Aile | | Geniş Aile | | Parçalanmış Aile | | | x ² | p | Etkileyen Faktörler | | |
|----------------|--|---------------|------------|--------------|------------|------------------|------------|--------------|----------------|-----------|---------------------|-------------|----------------------|
| | | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | | | | | |
| | | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | | | | | |
| 6 | Çocuk sahibi olmak soyu devam ettirmek için önemlidir. | 105 (18.6) | 69 (12.2) | 392 (69.3) | 15 (12.7) | 9 (7.6) | 94 (79.7) | 6 (21.4) | 7 (25.0) | 15 (53.6) | 10,650 | .031 | Soyun devamı |
| 7 | Düzenli bir işim olmadığı sürece çocuk sahibi olmak istemem. | 47 (8.3) | 104 (18.4) | 415 (73.3) | 20 (16.9) | 22 (18.6) | 76 (64.4) | 5 (17.9) | 1 (3.6) | 22 (78.6) | 13,524 | .009 | Ekonomik yeterlilik |
| 14 | Çocuk sahibi olmak aile işlerinde (ev, bağ, bahçe ve diğer) destek için önemlidir. | 198 (35.0) | 152 (26.9) | 216 (38.2) | 24 (20.3) | 31 (26.3) | 63 (53.4) | 10 (35.7) | 8 (28.6) | 10 (35.7) | 12,307 | .015 | Aile işlerine destek |
| 25 | Kadın istemiyorsa bile eşi istediği için çocuk doğurmalıdır. | 477 (84.3) | 54 (9.5) | 35 (6.2) | 84 (71.2) | 17 (14.4) | 17 (14.4) | 24 (85.7) | 3 (10.7) | 1 (3.6) | 13,765 | .008 | Bireysel karar verme |

*Satır yüzdesi kullanılmıştır.

Tablo 5. Öğrencilerin En Uzun Yaşadıkları Yer ile Çocuk Sahibi Olma Düşüncesini Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkiye ait Bazı Bulgular (n = 712)

| Madde numarası | Çocuk sahibi olma düşüncesini etkileyen faktörler | Köy | | | İlçe | | | İl Merkezi | | | x ² | p | Etkileyen Faktörler |
|----------------|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------------|-----------------------|
| | | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | | | |
| | | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | | | |
| 3 | Çocuk sahibi olmak evliliğin devamlılığını olumlu etkiler. | 8 (%12.5) | 11 (%17.2) | 45 (70.3) | 42 (%21.6) | 49 (%25.3) | 103 (%53.1) | 121 (%26.9) | 118 (%26.2) | 211 (%46.9) | 15,180 | .018 | Aile hayatının devamı |
| 8 | Çocuk sahibi olmak dinimizce önemlidir. | 16 (25.0) | 8 (12.5) | 40 (62.5) | 54 (27.8) | 57 (29.4) | 83 (42.8) | 139 (30.9) | 128 (28.4) | 183 (40.7) | 14,492 | .021 | Dini inanç |
| 12 | Çocuk sahibi olmak boşanmayı önleyen faktörlerden biridir. | 11 (%17.2) | 23 (%35.9) | 30 (%46.9) | 64 (%33.0) | 63 (%32.5) | 67 (%34.5) | 174 (%38.7) | 123 (%27.3) | 153 (%34.0) | 12,966 | .039 | Aile hayatının devamı |
| 14 | Çocuk sahibi olmak aile işlerinde (ev, bağ, bahçe ve diğer) destek için önemlidir. | 23 (%35.9) | 5 (%7.8) | 36 (%56.3) | 50 (%25.8) | 61 (%31.4) | 83 (%42.8) | 159 (35.3) | 124 (%27.6) | 167 (%37.1) | 22,196 | .001 | Aile işlerine destek |
| 17 | Çocuk sahibi olmak bireylere gelecek güvencesi sağlar. | 15 (%23.4) | 19 (%29.7) | 30 (%46.9) | 69 (%35.6) | 77 (%39.7) | 48 (%24.7) | 160 (%35.6) | 153 (%34.0) | 137 (%30.4) | 15,234 | .015 | Gelecek garantisi |

*Satır yüzdesi kullanılmıştır.

Tartışma

Aile çocuğun ilk karşılaştığı toplumsal yapı, kişiliğinin temellerini atacağı ilk birimdir (9, 12). Ailede çocuğa atfedilen değer ve beklentiler çocuğun kişilik özelliklerini ve toplumda nasıl bir birey olarak yer alacağını belirleyen temel unsurlardır. Bu nedenle toplumda çocuğa atfedilen değer, bireylerin neden çocuk sahibi olmak isteyip-istemediğinin belirlenmesi son derece önemlidir (19). Aynı zamanda bireylerin çocuk sahibi olmaya yönelik yaklaşım ve düşüncelerinin belirlenmesi aile yapısı, gelecek planlaması, toplum yapısının analizi, nüfus politikaları gibi birçok konuda rehberlik etmesi açısından da önemlidir (14). Bu çalışma, Eskişehir’de bulunan bir üniversitede öğrenim gören öğrencilerin çocuk sahibi olma isteğini etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapıldı.

Çalışmada elde edilen bulgular 3 ana başlıkta tartışılmıştır.

1. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması
2. Öğrencilerin Gelecekte Çocuk Sahibi Olma Düşüncesini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması
3. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Gelecekte Çocuk Sahibi Olma Düşüncesini Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada öğrencilerin dörtte üçünden fazlasının gelecekte çocuk sahibi olmak istediği belirlenmiştir. Özerdoğan ve Yılmaz’ın (2018) öğrencilerin çocuk sahibi olmaya yönelik düşünce ve doğurganlık bilinçlerini belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada öğrencilerin %88.45’inin, Ekelin ve ark.’nın (2012) çalışmasında %97’sinin, Nouri ve ark.’nın (2014) çalışmasında %77’sinin, Mogilevkina ve ark.’nın (2016) çalışmasında %78’inin, Aşçı ve ark.’nın (2017) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada %86.2’sinin gelecekte çocuk sahibi olmak istediği belirlenmiştir. Yapılan çalışmalara göre öğrencilerin gelecekte çocuk sahibi olma planları yaşadıkları ülkelerin refah düzeyi, sosyo-kültürel faktörleri ya da yürütülen politikalarla ilişkili olarak değişebilmektedir. Refah düzeyi yüksek veya sosyo-kültürel değerlere fazla bağlı ülkelerde gelecekte çocuk sahibi olmayı isteme oranı yüksek bulunurken (15,20,23); refah düzeyi düşük veya orta seviyeli ülkelerde bu oran daha düşük bulunmuştur. Bu durum araştırmacılar tarafından ekonomik istikrarsızlık ve öğrencilerin geleceğini belirsiz görmesine bağlanmıştır (22). Bu çalışmaya katılan öğrencilerden gelecekte çocuk sahibi olma isteyenlerin oranı (%77) ülkemizin mevcut sosyo- ekonomik durumuna bağlı yaşanan gelecek endişesine bağlanabileceği gibi, artan eğitim seviyesi ve kariyer planlamaları sonucu evlilik algılarının değişmesine ve çocuk sahibi olmanın ikinci plana atılmış olmasına da bağlanabilir. Bunun yanı sıra öğrencilerin gelecekte çocuk sahibi olma isteği öğrencilerin cinsiyetine göre anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır.

Ülkemizde yürütülen nüfus politikaları ailelerin en az üç çocuk sahibi olmalarını istemekte ve nüfus büyüklüğünü bu şekilde korumayı hedeflemektedir (29). Çalışmada öğrencilerin gelecekte sahip olmak istediği çocuk sayısı ortalama önerilen sayıdan düşüktür ancak son açıklanan doğurganlık hızı verilerine yakınlık göstermektedir (28). Türkiye’de 1970’li yıllardan beri düşme eğiliminde olan doğurganlık hızı 2017 yılında 2,07 çocuk iken 2018 yılında 1,99 çocuk olarak saptanmıştır (27, 28). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar incelendiğinde gelecekte istenen çocuk sayısı benzer şekilde 2-3 arasında değişiklik göstermektedir (23, 24, 25, 26). Öğrencilerin yürütülen politikalarından çok fazla etkilenmediği; aksine çocuk sahibi olmanın iş ve kariyer planlarına engel olacağı düşüncesi ile sahip olmak istenen çocuk sayısını sınırladıkları düşünülmektedir.

Çalışmada öğrencilerin yarısından fazlasının ilk kez çocuk sahibi olmak için düşündüğü ideal yaş aralığının 24-29 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de en yüksek doğurganlık hızına sahip yaş aralığı 2008 yılına kadar 20-24 yaş iken, o yıldan bu zamana 24-29 yaş arasında yer almaktadır (28, 30). Ülkemizin mevcut şartlarında bir öğrencinin 22-26 yaş arasında mezun olduğu düşünüldüğünde, iş bulup hayatını düzene soktuktan sonra evlilik ve çocuk sahibi olmayı planlaması beklenen öğrenciler için bu yaş aralığı beklenen bir durumdur. Bunun yanı sıra çalışmada erkeklerin kadınlara göre ilk ve son çocuğa sahip olma yaşını daha ileri yaşlara erteledikleri görülmektedir. İlk çocuğa sahip olmak için 30-34 yaş arasını tercih eden erkeklerin oranı kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir. Kadınlara göre evlilik, doğurganlığın ilerleyen yaşlarda azalması ve geleneksel toplum yapısına göre kadınların erkeklere göre daha erken evlenmeleri gerektiği inancı göz önüne alındığında böyle bir sonucun çıkmış olması beklenilen bir durum olarak değerlendirilmiştir. Toplumsal cinsiyet rolleri kapsamında bakıldığında ise erkeğe verilen temel rollerden biri de evin geçimini sağlamak ve ekonomik olarak rahat bir yaşam sunmaktır. Kadının çalışmaması göze çarpmazken erkeğin mutlak çalışması, para kazanması ve ailesinin geçimini, düzenini sağlaması beklenir. Verilen bu sorumluluklar henüz okumakta olan ve gelecek belirsizliği yaşayan erkek öğrencilere ağır bir yük olarak gelebileceği gibi hayatını ve işini düzene soktuktan sonra daha ileri yaşlarda çocuk sahibi olmak istemelerini de açıklayabilir.

Öğrencilerin Gelecekte Çocuk Sahibi Olma Düşüncesini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada üniversite öğrencilerinin gelecekte çocuk sahibi olma düşüncesini etkileyen faktörler arasında çocuğun sağlayacağı psikolojik iyilik halinin en yüksek katılıma sahip etken olduğu saptanmıştır. Anne baba olmanın vereceği mutluluk, kendinden bir parça olarak görülen bebeğin varlığı, eve neşe katması, bireyin aldığı sorumluluk duygusu, ailesinin tamamlandığı hissi, toplumda yetişkin imajına sahip olma gibi tüm bu hisler psikolojik faktörler altında değerlendirilmektedir. Konuya ilişkin üniversite öğrencileri ile yapılmış çalışma bulunmamakla birlikte çocuk sahibi olma düşüncesi üzerine yapılmış çalışmalar anne-babalar veya yaş ortalaması yüksek kadın-erkek grupları ile yapılmış çalışmalardır. Kağıtçıbaşı ve Ataca (2005) tarafından yürütülmüş olan üst, orta ve düşük sosyoekonomik tabakalardan gelen; sadece kadın katılımcıların dahil edildiği ve toplamda 1025 kişiden oluşan çalışmada ya da Duman (2016) tarafından Adana’da 183 kişilik genç anne-babaların oluşturduğu bir örnekleme yürütülmüş olan çalışmada bireylerin çocuk sahibi olma nedenlerinin başında psikolojik iyilik halinin yer aldığı belirtilmiştir. Geleneksel Türk toplumunun kültür yapısı düşünüldüğünde aynı zamanda çocuğa dair beslenen pozitif duygular da eklendiğinde öğrencilerin çocuk sahibi olma düşüncesini etkileyen önemli bir faktör olması beklenen bir sonuçtur.

Araştırmada öğrencilerin gelecekte çocuk sahibi olma düşüncesini etkileyen etkenler arasında psikolojik iyilikten sonra **aile hayatı ve soyun devamı** faktörlerinin geldiği belirlenmiştir. Soyun devamı hem aile hem toplum hem de devlet için çok önem arz eden bir konudur. Bireyler için soyadını aktarmak, mirasını bırakmak aslında kendi varlığının bir şekilde devam etmesini sağlamak şahsi bir mesele olarak algılanmakta ve değer görmektedir. Devlet politikası olarak incelendiğinde ise kendi irkının sürdürülmesi, ülke adının devamlılığı niteliğinde görülmekte ve çocuk sahibi olmak desteklenmektedir (29). Bunun yanı sıra Türk toplumunda aile kurmak ve o ailenin devamlılığını sağlamak da bir o kadar önemli görülmektedir. Toplumun temeli sayılan ailenin, çocuğun varlığıyla daha sağlam bir yapıya ulaştığı düşünülmektedir. Bireylerde oluşturduğu pozitif etki, sorumluluk bilinci, anne-baba olma heyecanı aile hayatına renk katan ve sürekliliğini artıran bir durum olarak görülmektedir. Hatta toplumda anlaşamadıkları halde çocukları için evliliğini sürdürmeye çalışan ya da evlilikteki sorunları çözebilmek için çocuk sahibi olan çiftler de sıklıkla karşımıza çıkmaktadır (33, 34). Kır ve Bülbül (2012)'ün yaptığı bir çalışmaya göre Türkiye'de boşanmaları engelleyen önemli faktörlerden biri, ailedeki çocuk sayısıdır. Çocuk yuvayı kurtaran, eşleri bir arada tutan bir bağ görevi görmektedir. Soyu devam ettirmek ve aile birliğinin devamlılığını sağlamak toplumda mutlak bir gereklilik olarak görülürken aynı toplumda yetişen öğrencilerin de bu kavramları önemli görmeleri beklenen bir sonuçtur.

Çalışmada üniversite öğrencilerinin büyük çoğunluğunun çocuk sahibi olma konusunda **erkek çocuk algısına** katılım sağlamadığı ve eşitlikçi bir tavır içinde olduğu saptanmıştır. Diğer bir deyişle öğrencilerin gelecekte çocuk sahibi olma düşüncesini etkileyen faktörler arasında erkek çocuk isteği son sıralarda yer aldı. Üniversite yılları yaş itibarıyla bir bireyin geleneksel yapı kıskacından biraz daha uzak kalabildiği, aile ve çevre baskısıyla henüz çok fazla muhatap olmadığı ve idealist düşüncelerin en zirvede olduğu dönemdir. Elde edilen bu bulgu örneklem grubunun yaş ve eğitim durumu özelliği nedeniyle beklenen bir sonuçtur. Ancak bu çalışma toplumun farklı katmanlarında yapıldığında cinsiyet rolüne ilişkin ifadelerle katılım oranının daha yüksek olacağı tahmin edilmektedir. Çünkü ataerkil ideolojiye göre kadının en önemli görevlerinden biri çocuk doğurmak ve soyun devamını sağlamaktır. Soyun devamını sağlayan ise erkek çocuktur (35). Üniversite öğrencilerinin aksine yaş grubu daha yüksek ve eğitim seviyesi daha düşük bir grupta yapılan çalışmada kadınlar erkek çocuğun soyun devamı için, eşlerinin şanı ve kendi aile içi konumları için çok değerli olduğunu belirtmiştir (36). Geleceğin birçok meslek grubunda yer alıp ülkemizi temsil edecek aynı zamanda anne-baba olmaya, yeni bireyler yetiştirmeye en yakın grup olan üniversite öğrencilerinin cinsiyet rolleri açısından eşitlikçi düşüncelere sahip olması olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmada ortaya çıkan diğer önemli bir sonuç ise öğrencilerin kendini **ekonomik olarak yeterli** hissetmeden ya da iş yaşantıları uygun olmadan çocuk sahibi olmak istememeleridir. Zaman içerisinde değişen ve modernleşen toplumun getirisi olarak artan kadın okullaşma ve istihdam oranları, aynı zamanda gençlerin kariyer hedefleri, yakalamak istedikleri hayat standartları gibi faktörlerin bu düşünceye sahip olmalarında etkili olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde iş bulmanın, standart şekilde bir geçim sağlamanın dahi zorlukları düşünüldüğünde öğrencilerin bu durumlardan etkilendiği düşünülebilir.

Geleneksel Türk toplumu yapısında “evlat” anlayışı hakimdir ve bu anlayışa göre de “evlat anne-babaya destek olur, yalnız bırakmaz, maddi güvence sağlar”. Daha ileri yaş grubu ile yapılan çalışmalarda evli çiftlerin aile büyüklerinin baskı ve isteklerinden çok fazla etkilendiği görülmektedir (16, 37). Özellikle kırsal alanlarda yaşayan ve geniş aile yapısına sahip ailelerde aile büyüklerinin isteklerine çok önem verilmektedir. Geleneksel ve ataerkil yapıya göre birçok nedenle çocuk sahibi olmak önemli görülmekte ve gençler tarafından da büyüklerden gelen bu isteklerine saygı duyması beklenmektedir. Çalışmamızda ise **aile büyükleri ve eşin istek-baskıları** öğrencilerin gelecekte çocuk sahibi olma düşüncesini etkileyen faktörler arasında alt sıralarda yer aldı. Araştırmamızın bu sonucu öğrencilerin henüz buldukları durum itibarıyla evlilik ve aile hayatının biraz daha dışında yer almalarından kaynaklanmış olabilir.

Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Gelecekte Çocuk Sahibi Olma Düşüncesini Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkiye ait Bulguların Tartışılması

Çalışmada cinsiyet faktörünün öğrencilerin sahip olmak istediği çocuk sayısı üzerine anlamlı bir etkisi bulunmazken, ilk kez çocuk sahibi olmak için ideal yaş aralığı tercihinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu saptanmıştır. İlk kez çocuk sahibi olmak için erkeklerin kadınlara oranla daha ileri yaş aralığını tercih ettiği tespit edildi. Kadınların üreme özellikleri ve toplumsal yapı etkeni göz önüne alındığında erkeklerden yaşça daha erken evlenmeleri gerektiği inancı da eklendiğinde böyle bir sonucun çıkmış olması beklendiği bir durum olarak değerlendirilmiştir. Bunun yanı sıra verilen toplumsal statü kazanma, aile hayatının ve soyun devamını sağlamaya yönelik ifadelerle erkek öğrenciler daha fazla katılım sağlamıştır. Duman (2016)'ın yaptığı çalışmada da erkek bireylerin soyun devamı, aile kurmak gibi sosyo-kültürel faktörlere daha fazla destekleyici olduğu belirlenmiştir. Geleneksel toplum yapısının erkeğe yüklediği temel sorumluluklar düşünüldüğünde erkek öğrencilerin verdiği yanıtlar beklendiği bir tablodur.

Çalışmada **geniş aile tipine** sahip öğrencilerin çekirdek ve parçalanmış aile tipine sahip öğrencilere göre; **en uzun süre yaşadığı yerleşim yeri köy olan öğrencilerin ise ilçe ve il merkezi olan öğrencilere göre** daha fazla sayıda çocuk sahibi olmak istediği saptanmıştır. Bunun yanı sıra bu öğrenciler erkek çocuk sahibi olmayı soyun devamı, dini inanç ve aile işlerine destek sağlama açısından daha önemli gördüler. Köy yaşamı ve geniş aile şeklinde yaşamak birbirini destekleyen iki kavramdır. Geniş ailenin hakim olduğu evli kadın gruplarıyla yapılan çalışmalarda çocuk sahibi olmanın erkeğin şanını yükselttiği, soyu devam ettirdiği ve tarımda iş gücü olacak eleman sağladığı aynı zamanda dinen de gerekli olduğu ortaya konmuştur (17, 36). Geniş aile, geleneksel düşünce yapısının ve birtakım dini inançların çekirdek ve parçalanmış ailelere göre daha yaygın olduğu bir aile tipidir. Bunun yanı sıra köyler çocuğa maddi-manevi daha çok anlam yüklenen yerleşim yeridir (11). Dolayısıyla soyun devam etmesi, dini inançlara sahip çıkılması ve aile içinde hiyerarşiye uygun şekilde herkesin üzerine düşen iş ve görevi yerine getirmesi son derece önemlidir. Geniş ailelerde kalabalık nüfusa sahip olmak da bir gereklilik olarak görüldüğü için soyun devam etmesi açısından çocuk sahibi olmak özellikle erkek çocuk sahibi olmak ayrı bir önem taşımaktadır. Ayrıca geniş aileler veya köyde yaşayan aileler geçimini büyük oranda tarımsal yollardan karşıladığı için büyük-küçük ayrımı yapılmaksızın tüm işler aile üyeleri arasında paylaşılmaktadır. Erkek çocuğundan babanın işlerini devralması,

tarlayı işlemesi ve aileye bakması beklenirken kız çocuğundan da ev işlerini yapması, anneye destek olması beklenmektedir. Çocuğa da bu anlamda fiziksel güç ihtiyacını karşılaması için temel bir ihtiyaç gözüyle bakılmaktadır (7). Aynı zamanda hem hukuken hem de ataerkil düşünce yapısına göre baba soyuna dayalı, erkeğin soyadının aktarıldığı bir sistem hakimdir. Bu nedenle de soyun devam etmesi erkek çocuğuna bağlı görülmekte ve erkek çocuğuna daha fazla değer verilmektedir (7, 36). Bunun yanında ülkelerin geleneksel ve daha çok dine dayalı bir yönetim anlayışına hakim olmaları bireyleri çocuk sahibi olmaya teşvik edici bir etken olabileceği düşünülmektedir. Tüm bunlar sonucunda çalışmada öğrencilerin bu ifadelerle yüksek oranda katılım sağlamış olması yetiştikleri aile ortamında gördükleri işleyiş ve düzenden, yaşadıkları ülkede yürütülen aileye ve çocuğa ilişkin politikalarından etkilenmelerine bağlanabilir.

Kısıtlılıklar

Literatürde öğrencilerin çocuk sahibi olma isteğini etkileyen faktörleri inceleyen çalışmalara rastlanılmamıştır. Bu nedenle bu çalışma sonuçlarının literatürle tartışılmasında yetişkin bireylerin çocuk sahibi olmaya yönelik düşüncelerini inceleyen sınırlı sayıda çalışma sonuçları ve bulguları kullanılmıştır. Bu çalışma için bu durum bir sınırlılık oluşturmuştur.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Çalışmamızda öğrencilerin büyük bir kısmının çocuk sahibi olmak istediği fakat gelecek kaygılarının olduğu bu nedenle de ekonomik özgürlüğünü sağlamadan çocuk sahibi olmak istemedikleri saptandı. Çalışmaya katılan öğrenciler çocuk sahibi olmanın toplumsal statü kazandıracığı düşüncesini önemsemekle; bireysel anlamda çevre edinme, sosyal ortam oluşturma ve bu bağlamda sosyalleşme sağlayacağı düşüncesini önemli gördükleri belirlendi. Çocuk sahibi olma düşüncesini etkileyen faktörler arasında geniş aile tipine sahip olma ve uzun süre kırsal alanda yaşamış olmanın önemli bir etkisi olduğu saptandı. Bu öğrencilerin gelecekte çocuk sahibi olmaya ilişkin verilen soyun devamı, aile işlerine destek, gelecek garantisi, dini inançlar, erkek çocuğun ayrıcalığı gibi ifadeleri diğer öğrencilere göre daha fazla önemli gördükleri belirlendi.

Çalışma sonuçlarına bakıldığında üniversitelerde öğrencilerin eğitim sürecinde; erkek çocuğun önemini vurgulayan toplumsal yetişmişliğin aksine toplumsal cinsiyet eşitliği bilincinin geliştirilmesine, sosyal ve ekonomik yeterliliğin daha sağlıklı bir ebeveyn olmadaki önemine ve çocuk sahibi olmada bireysel kararların toplumun ve ailenin beklentisinden daha önemli olduğuna ilişkin bilgileri içeren derslere yer verilmesi bireysel farkındalık yaratmak açısından önemli olacağı düşünülmektedir. Bunun yanı sıra çocuk sahibi olma düşüncesini ve etkilenen faktörleri bilmek hemşirelerin üniversite öğrencilerinde farkındalık kazandırma sürecinde hangi faktörleri elle alması ve geliştirmesi gerektiğini görebilmek açısından çalışma sonuçlarını uygulamaya katkı sağlayacaktır.

Son olarak ileride bu konuda yapılacak çalışmalar için farklı gruplarla, daha kapsamlı ve mix metod kullanarak yapılmasının gerekliliği ve önemi anlaşılmıştır. Gelecekte bu konuda çalışma yapacak kişilerin bu öneriyi göz önünde bulundurmaları daha detaylı veri elde etmek açısından yararlı olacaktır.

Bilgilendirme

Bu çalışmada katkı oranı birinci yazar için %60, ikinci yazar için %40'dır. Tüm yazarlar eşit oranda katkı sağlamıştır. Araştırma için Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan etik kurul onayı alınmıştır (Onay tarihi ve Kodu: 3 Aralık 2018-12/5 No'lu Karar). Bu araştırma yüksek lisans tezinden üretilmiştir. Araştırmaya herhangi bir fon desteği bulunmamaktadır. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Aluş Y, Selçukkaya S. Türk ailesinde mutluluk algısı ve değerleri. Sosyal ve Kültürel Araştırmalar Dergisi 2015;1(2):151-175.
2. Günay G, Bener Ö. Gençlerin evlilik ve aile yaşamına ilişkin tutumları. Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2013;3(1):1-16.
3. Yapıcı Ş. Türk toplumunda aile ve eğitim ilişkisi. Turkish Studies Akademik Journal 2010;5(4):1544-1570.
4. Aydın M. Ailede çocuk ve ebeveynle ilişkisi. İçinde Aydın M, Sistematik aile sosyolojisi. 3. Basım. Konya Çizgi Kitabevi;2016.195-210.
5. Aluş Y. Kültürel ve toplumsal gerçekliğimiz açısından aile anlayışlarının ve türk ailesinin değerlendirilmesi. Pesa Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2015;1(1):15 24.
6. Özbay F. Kadının statüsü ve doğurganlık: Türkiye'de kadın olgusu. İstanbul Say Yayınları. 1992;147-165.
7. Taylan HH. Türkiye'de köy ailesinde aile içi ilişkiler. Selçuk Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi 2009; 22:117-138.
8. Inglehart RC, Haerpfer A, Moreno C, Welzel K, Kizilova J, Diezmedrano M, Lagos P, Norris E, Ponarin B, Puranen et al. (eds.) 2014; World values survey: round six -country-pooled datafile 2010-2014. <http://www.worldvaluessurvey.org/wvs.jsp> Madrid: JD Systems Institute.
9. Erkut Z, Balcı S, Yıldız S. Tarihsel süreç içinde çocuk. Çocuk ve Medeniyet Dergisi 2017;2(3):17-28.
10. Behjati-Ardakani Z, Navabakhsh M, Hosseini SH. Sociological study on the transformation of fertility and childbearing concept in iran. Journal of Reproduction & Infertility 2017;18(1):153-161.
11. Kağıtçıbaşı Ç. Çocuğun Değeri: Türkiye'de değerler ve doğurganlık. İstanbul Boğaziçi Üniversitesi, İdari Bilimler Fakültesi. 1981;72-126.
12. Türk Dil Kurumu. Çocuk kavramının tanımı. Erişim Tarihi: 25.03.2019 Erişim Adresi: <https://sozluk.gov.tr/?kelime=V%09EK%C4%B0L>

13. Kağıtçıbaşı Ç. Benlik, aile ve insan gelişimi: Kültürel Psikoloji. 5. Basım. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları; Eylül 2019.180-375.
14. Turgut M, Feyzioğlu S. Türkiye aile yapısı araştırması: tespitler, öneriler. Tc Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Araştırma ve Sosyal Politika Serisi, Ankara; 2014.150-183.
15. Aşçı Ö, Gökdemir F, Altuntaş G. Hemşirelik öğrencilerinin çocuk sahibi olmaya yönelik görüşleri ve çocuk sevme durumları. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi 2017;(10):18-35. Doi:10.17371/Uhd2017.2.02
16. Dinç Kahraman S. Kadınların toplumsal cinsiyet eşitsizliğine yönelik görüşlerinin belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2010;3(1):30-35.
17. Gücük S, Arıca SG, Akan Z, Arıca V, Alkan S. Van ilindeki çok eşlilik oranları ve etkileyen faktörler: kesitsel çalışma. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2010;21(3):127-133.
18. İçli G.Yaşlılar ve yaşlılığın değerlendirilmesi: Denizli ili üzerine niteliksel bir araştırma. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2010;3(1-2):1-13.
19. Kağıtçıbaşı Ç, Ataca B. Value of children, family change, and implications for the care of the elderly. Cross-Cultural Research 2015;49(4):374-392.
20. Özerdoğan N, Yılmaz B. Turkish university seniors' knowledge of and opinions on fertility and expectations of having children. African Health Sciences 2018;18(1):172-179.
21. Nouri K, Huber D, Walch K, Promberger R, Buerkle B, Ott J et al. Fertility awareness among medical and non- medical students:a case-control study. Reproductive Biology and Endocrinology 2014; 12(1):94.
22. Mogilevkina I, Stern J, Melnik D, Getsko E, Tyden T. Ukrainian medical students' attitudes to parenthood and knowledge of fertility. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 2016;21(2):189-194.
23. Ekelin M, Akesson C, Angerud M, Kvist LJ. Swedish high school students' knowledge and attitudes regarding fertility and family building. Reproductive Health 2012;9(6):1-8.
24. Lampic C, Svanberg AS, Karlström P, Tyden T. Fertility awareness, intentions concerning childbearing and attitudes towards parenthood among female and male academics. Human Reproduction 2005; 21(2):558-564.
25. Vassard D, Lallemand C, Nyboe Andersen A, Macklon N, Schmidt L. a Population-Based Survey on Family intentions and fertility awareness in women and men in the united kingdom and denmark. Upsala Journal of Medical Sciences 2016;121(4):244-251.
26. Virtala A, Vilksa S, Huttunen T, Kunttu K. Childbearing the desire to have children and awareness about the impact of age on female fertility among finnish university students. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care; 2011;16(2):108-115.
27. Türkiye İstatistik Kurumu 2017. Doğum istatistikleri 2016. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, 27588. Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27588> Erişim Tarihi: 25.03.2019.
28. Türkiye İstatistik Kurumu 2018. Doğum istatistikleri 2017. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, 30696. Erişim Tarihi: 25.03.2019 Erişim Adres: <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do;jsessionid=ZtCpXBSRXGP7mFgPn8XQ20KXxNpk2tgNp8r6whdPbbj9d1QFKCS!1206792011?id=30696>
29. Kaya V, Yalçınkaya Ö. Nüfus ekonomik büyüme kaynağı olabilir mi ? “En az üç çocuk” politikasına tarihsel bakış. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2014;28(1):165-198.
30. Türkiye İstatistik Kurumu 2009. Doğum istatistikleri 2001-2008 Yılı Sonuçları. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. 180. Erişim Tarihi: 25.03.2019 Erişim Adresi: <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=6164>
31. Kağıtçıbaşı Ç, Ataca B. Value of children and family change: a three-decade portrait from Turkey. Applied Psychology 2005;54(3):317-337.
32. Duman M. Çocuğun değeri: Adana araştırması, Yüksek Lisans Tezi, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin 2016.
33. Kır İ, Bülbül Ö. İslâhiye ilçesinde boşanma olgusu üzerine sosyolojik bir inceleme. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2012;9(2):99-122.
34. Karadeniz H. Kadın ve aile hayatı. 1.basım. Nazım Elmas. Ankara: Pegem Akademi; Ağustos 2017. 181-220.
35. Karaoğlan S, Duman MZ. Dini inanç ve tutumların doğurganlık üzerindeki etkileri (van ili örneği). Journal of International Social Researc 2017;10(50):391-404.
36. Karakaya E, Coşkun AM, Özerdoğan N, Yakıt E. Suriyeli mülteci kadınların doğurganlık özellikleri ve etkileyen faktörler: kalitatif bir çalışma. Journal of International Social Research 2017;10(48):417-428.
37. Uğur SB. Geçmişten günümüze şekillenen çocukluk algısı ve çocuk yetiştirme pratikleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi 2018;1(45):227-247.

Periferik İntravenöz Katetere Bağlı Flebit Oranının ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi

Soner BERSE *, Betül TOSUN **, Nuran TOSUN ***

Öz

Giriş: Periferik venöz kateterler doğru şekilde uygulandığında yaşamsal önemi olan bir araç olduğu kadar; birçok faktör sebebiyle hastada flebite neden olabilmektedir. **Amaç:** Bir iç hastalıkları kliniğinde periferik intravenöz kateter ilişkili flebit insidansı ve etkileyen risk faktörlerini belirlemektir. **Yöntem:** Tanımlayıcı, kesitsel tipte planlanan bu çalışmada, 26 Aralık 2018–30 Mart 2019 tarihleri arasında bir iç hastalıkları kliniğinde 93 hastaya uygulanan 195 periferik intravenöz kateter araştırmanın örneklemini oluşturdu. Veriler “Hasta Bilgi Formu” ve Uluslararası İntravenöz Hemşireler Birliği tarafından kullanılması önerilen “Flebit Tanılama Skalası” ile toplandı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, risk faktörlerinin değerlendirilmesinde Lojistik regresyon analizi kullanıldı. **Bulgular:** Hastaların %50.5’i erkek, yaş ortalaması 56.86 ± 18.031 yılı. Flebit değerlendirme skalasına göre hastaların %28.2’sinde (n = 55) flebit semptomları saptandı. Yaş grubu 66-90 arasında olan (p = .015), kronik hastalığı olan (p = .005), hastanın aktif olarak kullanmadığı tarafa intravenöz kateterizasyon takılan (p = .012), intravenöz infüzyonu devam eden (p=.007), aynı damara kateterizasyon sıklığı birden fazla olan (p < .001), daha önce aynı damar boyunca kateter takılmış olan (p = .001). ve takılma süresi 72-96 saat olan (p = .045) hastalarda flebit semptomları görülme sıklığı daha fazlaydı. **Sonuç:** Bu çalışmada periferik intravenöz kateterlerin dörtte birinden daha fazlasında flebit olduğu, ileri yaşın, kronik hastalığın, sürekli infüzyonun, aynı damara birden fazla kateterizasyonun ve kateterin kalış süresinin uzun olmasının hastalarda flebitin görülme oranını artırdığı bulundu. Hemşirelerin flebit gelişimi açısından belirtilen risk faktörlerini kateter uygulaması ve bakımı konusunda göz önünde bulundurmaları, uygulanan periferik intravenöz kateterlerin geçerli ve güvenilir ölçüm araçları ile düzenli olarak flebit belirtileri açısından değerlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Periferik İntravenöz Kateter, Flebit, İnsidans, Hemşirelik.

Abstract

Assessment of Incidence of Phlebitis Associated with Peripheric Intravenous Catheter and Affecting Factors

Background: Peripheral venous catheters which are vital tools when applied correctly and effectively, can cause phlebitis due to many factors. **Objectives:** To assess the incidence of phlebitis associated with peripheric intravenous catheter and affecting factors in an internal medicine clinic. **Methods:** This descriptive, cross-sectional study was conducted in December 2018-March 2019 in the internal medicine clinic. The sample consisted of 195 peripheric intravenous catheters on 93 patients. Data was collected by “Patient Information Form” and “Phlebitis Diagnosis Scale”. Chi-square test was used to analyze discrete variable and risk factors were determined by using Logistic Regression analyses. **Results:** Mean age of the participants was 56.86 ± 18.031 years and 50.5% of them were male. According to the Phlebitis Diagnosis Scale, phlebitis symptoms were observed in 28.2% (n = 55) of the 195 peripheric catheters. Phlebitis incidence was higher in patients aged 66-90 years old (p = .015), patients who had chronic diseases (p = .005), patients who had continuous intravenous infusion (p = .007), patients who were catheterized for 72-96 hours (p = .045), catheters placed on the inactive upper extremity of the patient (p = .012), catheters which were not placed successfully in the first attempt (p = .001), catheters which were placed on a vein which was previously catheterized (p = .001). **Conclusion:** Phlebitis symptoms were seen in more than one quarter of the patients. Phlebitis incidence was increased in elderly patients with chronic diseases and patients having continuous intravenous infusion, repetitive catheterization in the same vein and prolonged catheterization time. It is recommended for nurses to keep in mind the risk factors for phlebitis development during catheter application and care and to assess the patients with peripheric intravenous catheter regularly with valid and reliable tools and to conduct studies on minimizing the phlebitis development risk.

Keywords: Peripheric Intravenous Catheter, Phlebitis, Incidence, Nursing.

Geliş tarihi: 15.08.2019

Kabul tarihi: 19.06.2020

Tedavi sürecinin vazgeçilmez uygulamalarından biri olan ve henüz yerine alternatif bir yöntem kullanılmayan periferik intravenöz kateterler (PİK); ilaç tedavisinin uygulanması, total parenteral beslenmenin sağlanması, hemodinamik izlemin yapılması, sıvı elektrolit kaybının önlenmesi, kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu ve tanyu yardımcı bazı uygulamalar nedeniyle sıklıkla uygulanmaktadır (1). PİK’ler doğru ve etkili şekilde uygulandığında yaşamsal önemi olan bir araç olduğu kadar; hasta kaynaklı faktörler ve hatalı uygulamalar sebebiyle birçok komplikasyona neden olabilmektedir. Bu komplikasyonlar sıklıkla infiltrasyon, doku hasarı, ağrı ve flebit olarak sıralanabilir. Bu belirti ve bulgular PİK uygulaması sırasında görülebileceği gibi, kateter çıkarıldıktan 24-96 saat sonra da gelişebilmektedir (2, 3). Flebit venin intima tabakasındaki inflamasyon durumudur ve doku hasarına yanıt olarak gelişir. Hastada ağrı, eritem, kızarıklık, ödem ve damarda sertleşme ile karakterizedir (4). Literatürde PİK kaynaklı flebit insidansının %1.25-%80 arasında geniş bir aralıkta değiştiği bildirilmektedir (5-8). PİK ilişkili flebit gelişimi halen klinik uygulamada önemli bir sorun olarak görülmeye devam edilmekte (9) ve birçok ülkenin verilerinin kullanıldığı, son dönemde yapılan çok merkezli bir çalışmada flebit gelişiminin hala global ve yaygın bir sorun olduğunu belirtilmektedir (10). Periferik intravenöz kateter kaynaklı flebitin yaş, cinsiyet, mevcut kronik hastalıklar (diyabet, kalp hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), vb.) gibi hasta kaynaklı faktörlerden etkilendiği belirtilmektedir (1, 8, 11). İlaveten PİK’ten uygulanan ilaçların kimyasal bileşenleri, dozu, osmolaritesi, PİK uygulaması sırasında kullanılan kateter tipi/büyüklüğü ve kalış süresinin flebit gelişimini etkilediğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır (8, 11, 12).

* Uzm. Hem., Ersin Aslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gaziantep. E-mail: soner.berse@gmail.com, ORCID: 0000-0001-9108-3216 ** Dr. Öğretim Üyesi Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Gaziantep. E-mail: tosunbetul@gmail.com, ORCID: 0000-0002-4505-5887 ***Dr. Öğretim Üyesi Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Gaziantep. E-mail: nuran.tosun@hku.edu.tr, ORCID: 0000-0002-8414-8269

PİK ilişkili flebit gelişimi hem hastayı hem de sağlık sistemini olumsuz yönde etkilemektedir. Hasta gelişen flebit kaynaklı ağrı, anksiyete, stres yaşayabilir ve tedavisi yarım kalabilir. Bu durum aynı zamanda hastanede kalış süresinin uzamasına neden olan bakteriyemi, tromboflebit gelişiminin yanı sıra sağlık harcamalarında da artışa neden olabilmektedir (4). Son yirmi yılda PİK ilişkili flebite etki eden faktörleri inceleyen birçok çalışma (1, 3, 5-8, 11) olmakla birlikte literatürde flebit oluşumunu etkileyen risk faktörleri klinik uygulamada tartışılmalı bir konudur. Hemşireler düşme riski, basınç ülseri ve ağrı değerlendirmesi hemşirelik uygulamalarını ve hastanın sağlığını etkileyen birçok faktörü rutin olarak değerlendirirken flebit değerlendirilmesini düzenli bir şekilde yapmamakta ve flebiti oluşturan risk faktörleri tam olarak bilinmemektedir (13). İlave olarak özellikle yaşam süresinin uzaması ile birlikte kronik hastalıkları ile yaşayan yaşlı hasta popülasyonunun arttığı ve bu hastaların iç hastalıkları kliniklerinde yatarak tedavi gördükleri göz önünde bulundurulduğunda, bu konuda yapılan çalışmaların PİK ilişkili flebit gelişiminin oranını ve etkileyen risk faktörlerini ortaya koyarak bu konuda geliştirilecek kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına rehberlik edeceği düşünülmektedir. Bu bilgiler ışığında çalışmamız hastada PİK ilişkili flebitten korunması için risk faktörlerinin ve araştırmanın yapıldığı iç hastalıkları kliniğinde PİK ilişkili flebit insidansını belirlemek amacıyla planlandı.

Tanımlayıcı tipte bir çalışma olması sebebiyle araştırmanın amacına uygun olarak cevaplanması beklenen sorular bulunmaktadır.

- Periferik venöz kateteri olan yatan hastalarda flebit durumu ve derecesi nedir?
- Periferik venöz kateteri olan yatan hastalarda flebit oluşumunu etkileyen faktörler nelerdir?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı, kesitsel tipte planlanan bu çalışma 26 Aralık 2018 – 30 Mart 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Türkiye'nin Güneydoğu Anadolu bölgesinde hizmet veren bir devlet hastanesinin 20 yataklı bir iç hastalıkları kliniğinde yürütüldü. Bu klinikte her vardiyada 4 hemşire çalışmakta olup genellikle kronik hastalıkları (diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım, hipertansiyon) olan hastalar yatarak tedavi görmektedir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın yapıldığı tarihler arasında 20 yataklı bir devlet hastanesinin iç hastalıkları kliniğinde yatarak tedavi gören 102 hasta çalışmanın evrenini, 18 yaşın üzerinde, Türkçe yazılı ve sözlü iletişim engeli olmayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 93 hasta araştırmanın örneklemini oluşturdu. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 4 hasta ve yatışı yapıldıktan sonra taburcu olana kadar geçen sürede PİK açılmayan 5 hasta araştırma dışı bırakıldı. Toplam 93 hastaya tedavileri süresince açılan 195 PİK'den toplanan veriler değerlendirilerek araştırma tamamlandı. Bu çalışmada "G. Power-3.1.9.2" programı kullanılarak, %80 güven düzeyinde örneklem büyüklüğü veri toplama aşamasından önce Uslusoy ve Mete 2008 referans alınarak, uzman bir istatistikçi tarafından hesaplandı. Araştırmada PİK uygulanan hastalarda flebit oluşumunu etkileyen risk faktörlerinin değerlendirilmesi ve istatistiksel analizlerde ki kare analizi yapılması öngörüldü. Buna göre çalışmanın etki büyüklüğü .23; alfa değeri .05 ve teorik güç %80 alınarak değerlendirilmesi gereken PİK sayısı 207 olarak belirlendi. Araştırma tamamlandıktan sonra yapılan güç analizinde PİK uygulanan hastalarda flebit gelişimini etkileyen risk faktörleri ki kare analizi ile değerlendirildiğinde, etki büyüklüğü .23; alfa değeri .05 olarak yapılan hesaplamada çalışmanın teorik gücü minimum %70 bulundu. İlave olarak istatistiksel olarak anlamlı fark yaratan risk faktörleri değerlendirildiğinde, etki büyüklüğü .40; alfa değeri .05 olarak yapılan hesaplamada çalışmanın teorik gücü maksimum %94 bulundu. Kateterin takılı olduğu süre boyunca kateter bölgesi günlük olarak aynı araştırmacı tarafından değerlendirildi.

Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında; 'Hasta bilgi formu', 'Periferik İntravenöz Kateter Değerlendirme Formu' ve 'Flebit Tanılama Skalası' formları kullanıldı. Hastalara PİK uygulanmasını takiben, araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü hastalara "Hasta Bilgi Formu" ve "Periferik İntravenöz Kateter Değerlendirme Formu" ile ilk değerlendirme yapıldı. Hastalara uygulanan PİK'ler 4 gün boyunca saat 16:00 ile 18:00 saatleri arasında, düzenli olarak flebit semptomları açısından aynı hemşire tarafından değerlendirildi. Flebit değerlendirme sonucu flebit tespit edilen hastalar sorumlu hemşiresine bildirildi. Flebit gelişen PİK'lerin çıkarılması ve yeniden kateter açılması halinde yeni uygulanan kateter değerlendirilmeye alındı.

Periferik intravenöz kateter uygulaması sırasında intravenöz katetere kan gelmemesi, mayi verilememesi, uygulanan bölgede şişme veya ağrı görülmesi ve yeni bir kateter kullanılması veri toplayan araştırmacı hemşire tarafından başarısız intravenöz girişim olarak değerlendirildi."

Veri Toplama Araçları

Hasta Bilgi Formu

Hastaların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek için araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan hasta bilgi formu; hastaların yaşı, cinsiyeti, mevcut tanısı ve kronik hastalığının var olup olmadığına ilişkin sorulardan oluşmaktaydı (1, 4, 8, 11).

Periferik İntravenöz Kateter Değerlendirilme Formu

Araştırmacılar tarafından literatür taraması (8, 11, 14-18) sonucunda geliştirilen formda kateter ile ilgili, kateter takılma tarihi, kateter çıkarılma tarihi, kateter girişim bölgesi, kateterin takıldığı vücut bölgesi, hastanın aktif olarak kullandığı vücut tarafı, ilk girişimde başarı durumu, başarısız girişim sayısı aynı damara daha önce girişim yapıp yapılmadığı, kateter numarası, girişim sırasında gelişen komplikasyonlar, kateter çıkarma nedeni, hastanın aldığı intravenöz ilaçlar ve infüzyon sürekliliği ile

ilgili sorular yer aldı.

Flebit Tanılama Skalası

İntravenöz Hemşireler Birliği (14, 15) tarafından geliştirilen skala ile hastalara flebit tanısı koyuldu. Flebitin derecesi araştırmacılar tarafından kullanılan şeffaf milimetrik cetvel ile flebit gelişen alanın genişliği ölçülerek değerlendirildi.

Bu ölçek ile flebit:

Derece 0: semptom yok,

Derece 1: kateter giriş yerinde kızarıklık ve/veya ağrı,

Derece 2: kateter giriş yerinde kızarıklık, ağrı ve/veya ödem,

Derece 3: kateter giriş yerinde kızarıklık, ağrı ve/veya ödem, kırmızı çizgi, venin kablo şeklinde palpe edilmesi,

Derece 4: kateter giriş yerinde kızarıklık, ağrı ve/veya ödem, kırmızı çizgi, venin kablo şeklinde palpe edilmesi ve 2.5 cm'den uzun olması, pürülan akıntı şeklinde değerlendirilmektedir (14, 15).

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi bilgisayar ortamında Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 22.0 programında değerlendirildi. Araştırmanın bağımlı değişkeni flebit gelişimi, bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, kronik hastalık varlığı, kateter ve intravenöz tedavi ile ilgili tanımlayıcı özelliklerdir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro Wilk Testi ile test edildi. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, normal dağılıma uyan veriler ortalama \pm standart sapma olarak verilmiş olup, hastalara ait yaş, cinsiyet, kronik hastalık varlığı, kateter ve intravenöz tedavi ile ilgili bağımsız değişkenlere göre flebit varlığının karşılaştırılmasında Ki-Kare testi (χ^2) kullanıldı. Üç veya daha fazla grubun karşılaştırılmasında farkın hangi gruptan kaynaklandığı Bonferroni düzeltmesi ile tespit edildi. Bonferoni düzeltmesinden sonra farkın hangi gruptan kaynaklandığının anlaşılır olabilmesi için, üç veya daha fazla grubun karşılaştırıldığı durumlarda istatistiksel olarak anlamlı bulunan fark tabloda (a-b, c) şeklinde gösterildi. Bu gösterimin anlamı; "a" ile işaretlenen değişkenin "b" ve "c" ile işaretlenen değişkenler arasında anlamlı bir fark olduğu, "b" ile "c" arasında kendi içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı şeklinde açıklanır. Periferik venöz kateter ilişkili flebit bağımlı değişkenini etkileyen faktörlerin risk hesaplaması lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi. Lojistik regresyonda risk faktörleri belirlenirken en uygun model Forward Stepwise (Likelihood Ratio) Metodu kullanılarak değerlendirildi. $p < .05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulamasına başlamadan önce bir üniversitenin sağlık bilimleri enstitüsünden etik kurul izni, (20/11/2018 tarihli ve 2018/29 sayılı karar) ve İl Sağlık Müdürlüğü aracılığı ile çalışmanın yapıldığı hastaneden gerekli izinler (25/12/2018 tarihli ve 76924598-774.99-E.4082 sayılı karar) alındı. Araştırmanın tüm aşamalarında Helsinki bildirgesinde yer alan araştırma ilkeleri ve yayın etiği ilkelerine uyuldu. Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında, araştırmanın kabul kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastaların yazılı onamları alındıktan sonra araştırma ile ilgili veriler toplandı.

Bulgular

Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında hastalara ($n = 93$) uygulanan 195 PİK araştırmaya dahil edildi. PİK açılan hastaların %50.5'i erkek; yaş ortalaması 56 ± 18.031 (min:19 - Maks:90), %71.0'inin en az bir kronik hastalığı bulunmaktaydı. Kronik hastalardan ilk üç sırada kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) %33.3 ($n = 31$), hipertansiyon %20.4 ($n = 19$), astım %11.8 ($n = 11$) ve diyabetes mellitus %15.0 ($n = 14$) olduğu görüldü (n katlanmıştır) (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik ve tanıtıcı özelliklerinin dağılımı ($n=93$)

| Özellikler | n | % |
|--|----|------|
| Yaş Ort\pmSs: 56.86\pm18.031 (min:19-maks:90) | | |
| Cinsiyet | | |
| Erkek | 47 | 50.5 |
| Kadın | 46 | 49.5 |
| Kronik Hastalık | | |
| Var | 66 | 71.0 |
| Yok | 27 | 29.0 |
| Kronik Hastalık Varsa* | | |
| Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı | 31 | 33.3 |
| Hipertansiyon | 19 | 20.4 |
| Astım | 11 | 11.8 |
| Diyabetüs Mellitus | 14 | 15.0 |
| Diğer (Mukopolisakkaridoz (MPS):1 Serebrovasküler Olay Sekeli (SVO):1) | 2 | 2.15 |

*Hastalar tarafından birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hastalara açılan PİK'lerde hemşirelerin tamamının üst ekstremiteyi tercih ettiği, en çok kubital alandaki venleri kullandığı (%35.4, n = 69), kateterlerin %50.8'inin (n = 99) hastaların aktif kullandıkları tarafa açıldığı görüldü. İlk girişimde kateter yerleştirme başarı oranı %74.4 (n = 145) iken, neredeyse kateterlerin tamamına yakınından %0.9 NaCl infüzyonu yapıldığı (%90.8, n = 177) ve kateter numaralarına bakıldığında yarıya yakınında (%56.9, n = 111) 22 G (mavi kateter) kullanıldığı tespit edildi. Kateterin vendede kalma süresi ortalama 44.55 ± 24.88 saat iken en çok 72-96 saate kadar takılı kalan kateter sayısının %3.6 (n = 7) olduğu gözlemlendi. Hastaların %28.2'sinde (n = 55) flebit semptomları görülmüş olup, flebit derecesine bakıldığında Derece 1 olan hastalar ile (%20.0, n = 39) daha sık karşılaşıldı (Tablo 2).

Tablo 2. Hastalara uygulanan PİK ve tedavi ile ilişkili faktörlerin dağılımı (n=195)

| Özellikler | Sayı (n) | % |
|---|----------|------|
| PİK açılan vücut tarafı | | |
| Aktif kullanılan taraf | 99 | 50.8 |
| Aktif kullanılmayan taraf | 96 | 49.2 |
| Girişim bölgesi | | |
| Kubital ven | 69 | 35.4 |
| Sefalik ven | 48 | 24.6 |
| Dorsal metakarpal | 45 | 23.1 |
| Basilik ven | 33 | 16.9 |
| İlk girişimde başarı oranı | | |
| Evet | 145 | 74.4 |
| Hayır | 50 | 25.6 |
| PİK'ten verilen İntravenöz sıvılar | | |
| %0.9 NaCl | 177 | 90.8 |
| %5 Dekstroz | 14 | 7.2 |
| Isolayt S | 2 | 1.0 |
| Diğer | 2 | 1.0 |
| IV infüzyon sürekli mi? | | |
| Evet | 137 | 70.3 |
| Hayır | 58 | 29.7 |
| Kateter no | | |
| Pembe (20G) | 40 | 20.5 |
| Mavi (22 G) | 111 | 56.9 |
| Sarı (24G) | 44 | 22.6 |
| Kateter Süresi | | |
| ≤24saat | 73 | 37.4 |
| 25-48saat | 77 | 39.5 |
| 49-72saat | 38 | 19.5 |
| 73 -96saat | 7 | 3.6 |
| Flebit var | | |
| Var | 55 | 28.2 |
| Yok | 140 | 71.8 |
| Flebit derecesi | | |
| Derece 0 (yok) | 140 | 71.8 |
| Derece 1 | 39 | 20.0 |
| Derece 2 | 9 | 4.6 |
| Derece 3 | 5 | 2.6 |
| Derece 4 | 2 | 1.0 |

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlerine göre flebit oluşumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, yaş gruplarına göre flebit gelişme durumları incelendiğinde 19-40 yaş grubu arasında %11.1 (n = 2), 41-65 yaş aralığında 35.0 (n = 14), 66-90 yaş grubu arasında ise %51.4 (n = 18) flebit olduğu, yaş ilerledikçe flebit gelişme sıklığının arttığı belirlendi ($x^2 = 8.404$, $p = .015$). Kronik hastalık varlığına göre flebit gelişme durumuna bakıldığında; kronik hastalığı olan bireylerde daha sık flebit görüldüğü (%45.5, n = 30) ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($x^2 = 7.756$, $p = .005$). PİK takılan vücut tarafına göre flebit varlığı değerlendirildiğinde hastaların aktif olan tarafına takılan kateterlerde %20.2 (n = 20), aktif olmayan tarafa takılan kateterlerinde ise %36.5 (n = 35) flebit geliştiği ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($x^2 = 6.361$, $p = .012$). PİK açılırken ilk denemede başarılı olan kateterde ve kateter takılmak üzere ilk defa kullanılan venlere açılan PİK'lerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az flebit görüldü (sırasıyla; $x^2 = 18.801$, $p < .001$; $x^2 = 11.682$, $p = .001$).

Çalışmada hastaların neredeyse tamamının intravenöz tedavisi benzerdi. Tüm hastalara antibiyotik, mide koruyucu, çeşitli nonsteroid anti-inflamatuvarlar ve neredeyse tamamına %0.09'luk NaCl solüsyonu hekimler tarafından istem edilmiştir.

Sürekli İnfüzyon uygulamasının flebit gelişimi üzerine etkisine bakıldığında infüzyon devam eden PİK'lerde flebit görülme sıklığının %83.6 (n = 46) olduğu ve farkın anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu ($\chi^2 = 6.563$, $p = .007$). Çalışmada kateter büyüklüğüne göre flebit varlığı incelendiğinde sarı (20G) renk kateterlerde %40.9'unda (n=18) flebit olduğu tespit edildi fakat diğer kateterler ile arasında flebit gelişimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2 = 4.529$, $p = .098$) Vende kalma süresi 72-96 saat olan kateterlerin %71.4'ünde (n = 5) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde flebit daha sık görüldü ($\chi^2 = 8.031$, $p = .045$) (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaya ait özellikler ve PİK'e ait bazı faktörlere göre flebit gelişme durumunun karşılaştırılması

| Özellikler | Flebit Gelişme Durumu | | Test χ^2 * | p |
|--|-----------------------|--------------|--------------------|-------------------|
| | Var n (%) | Yok n (%) | | |
| Cinsiyet | | | | |
| Kadın | 17(37.0) | 29(63.0) | 0.174 | .398 |
| Erkek | 17(36.2) | 30(63.8) | | |
| Yaş grupları | | | | |
| 19-40 (a) | 2(11.1) | 16(88.9) | 8.404 | .015** (a-b,c) |
| 41-65 (b) | 14(35.0) | 26(65.0) | | |
| 66-90 (c) | 18(51.4) | 17(48.6) | | |
| Kronik Hastalık Varlığı | | | | |
| Var | 30(45.5) | 36(54.5) | 7.756 | .005** |
| Yok | 4(14.8) | 23(85.2) | | |
| PIK takılan vücut Tarafı | | | | |
| Aktif olan taraf | 20(20.2) | 79(79.8) | 6.361 | .012** |
| Aktif olmayan taraf | 35(36.5) | 61(63.5) | | |
| Ekstremitede girişim bölgesi | | | | |
| Bazilik ven | 10(30.3) | 23(69.7) | 1.108 | .775 |
| Sefalik ven | 15(31.3) | 33(68.8) | | |
| Ante-Kübital ven | 20(29.0) | 49(71.0) | | |
| Dorsol metakarpal ven | 10(22.2) | 35(77.8) | | |
| Hemşirenin PİK uygulaması sırasında ilk denemede başarı durumu nedir? | | | | |
| Evet başarılıydı | 29(20.0) | 116(80.0) | 18.801 | .001** |
| Hayır başarısızdı | 26(52.0) | 24(48.0) | | |
| Değerlendirilen kateterin aynı damarı boyunca daha önce kateter açılmış mı? | | | | |
| Evet | 13(59.1) | 9(40.9) | 11.682 | .001** |
| Hayır | 42(24.3) | 131(75.7) | | |
| İntravenöz infüzyon sürekli mi? | | | | |
| Evet | 46(83.6) | 91(65) | 6.563 | .014** |
| Hayır | 9(16.4) | 49(35) | | |
| Kateter no | | | | |
| Sarı(24G) | 18(40.9) | 26(50.1) | 4.529 | .098 |
| Mavi(22G) | 28 (25.2) | 83(74.8) | | |
| Pembe(20G) | 9 (22.5) | 31(77.5) | | |
| Kateterin vende kalma süresi | | | | |
| ≤24saat (a) | 22 (30.1) | 51(69.9) | 8.031 | .045** (b-d) |
| 25-48saat (b) | 17(22.1) | 60(77.9) | | |
| 49-72saat (c) | 11(28.9) | 27(71.1) | | |
| 73 -96saat (d) | 5(71.4) | 2(28.6) | | |

* χ^2 = Ki-Kare testi, ** $p < .05$ istatistiksel olarak anlamlıdır.

PİK ilişkili flebiti etkileyen risk faktörleri lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi. Birinci modelde PİK yerleştirilirken ilk girişimde başarılı olmanın flebit riskini 4.364 kat azalttığı (%95 CI [1.707-11.157], $p=.002$); ikinci modelde ilk girişimde başarılı olmanın flebit riskini 0.285 kat azalttığı (% 95CI [0.937-0.992], $p=.012$), yaşta bir yıl artışın flebit riskini 0.965 kat arttırdığı (%95 CI [0.937-0.992], $p=.015$) üçüncü modelde ise flebit riskini; ilk girişimde başarılı olmanın 0.303 kat azalttığı, yaştaki bir yıllık artışın 0.963 kat arttırdığı ve PİK takılan vücut tarafının sağ kol olmasının 0.364 kat azalttığı bulundu. (sırasıyla; (%95 CI [0.110-0.834], $p=0.021$; %95 CI [0.934-0.992], $p=.014$; %95 CI [0.139-0.956], $p=.040$).

PİK ilişkili flebit oluşmasına neden olduğu öngörülen faktörler birlikte değerlendirildiğinde IV infüzyonun devam etmesi ve PİK'in vende kalış süresinin bir saat artmasının flebit riskini 1.026 kat arttırdığı (95% CI [1.005-1.047], $p=0.016$); yaştaki bir yıllık artış ve kronik hastalık varlığının birlikte flebit oluşma riskini 1.033 kat arttırdığı saptandı (%95 CI [1.010-1.056]), $p=.004$) (Tablo 4).

Tablo 4. Periferik intravenöz kateter ilişkili flebiti etkileyen faktörlere ilişkin lojistik regresyon analizi sonuçları

| | β | SE | Wald | p | OR | %95 CI |
|--|---------|-------|--------|-------|--------|----------------|
| 1. Forward Stepwise (Likelihood Ratio) Metodu | | | | | | |
| Model 1 Nagelkerke R-square: 0.138 | | | | | | |
| İlk girişimde başarı durumu (evet) | -1.473 | 0.479 | 9.463 | .002* | 4.364 | (1.707-11.157) |
| Sabit | 0.301 | 0.239 | 1.583 | .208 | 1.352 | |
| Model 2 Nagelkerke R-square: 0.223 | | | | | | |
| Yaş (yıl) | -0.036 | 0.015 | 5.928 | .015* | 0.965 | (0.937-0.992) |
| İlk girişimde başarı durumu (evet) | -1.255 | 0.499 | 6.324 | .012* | 0.285 | (0.107-0.758) |
| Sabit | 2.454 | 0.933 | 6.921 | .009* | 11.639 | |
| Model 3 Nagelkerke R-square: 0.275 | | | | | | |
| Yaş (yıl) | -0.038 | 0.016 | 6.010 | .014* | 0.963 | (0.934-0.992) |
| İlk girişimde başarı durumu (evet) | -1.193 | 0.516 | 5.345 | .021* | 0.303 | (0.110-0.834) |
| PİK takılan vücut tarafı (sağ kol) | -1.010 | 0.493 | 4.207 | .040* | 0.364 | (0.139-0.956) |
| Sabit | 2.624 | 0.989 | 7.039 | .008* | 13.790 | |
| 2. Forward Stepwise (Likelihood Ratio) Metodu | | | | | | |
| Model 1 Nagelkerke R-square: 0.092 | | | | | | |
| IV İnfüzyon devam ediyor mu? (evet) * PİK'in vende kalma süresi (saat) | 0.025 | 0.010 | 5.803 | .016* | 1.026 | (1.005-1.047) |
| Sabit | 0.830 | 0.262 | 10.052 | .002* | 2.293 | |
| Model 2 Nagelkerke R-square: 0.143 | | | | | | |
| Yaş (yıl)*Kronik hastalık varlığı | 0.032 | 0.011 | 8.129 | .004* | 1.033 | (1.010-1.056) |
| Sabit | 1.191 | 0.349 | 11.671 | .001* | 3.290 | |

*= p<.05 istatistiksel olarak anlamlı; OR= Odds ratio; SE= Standart hata; %95 CI= %95 güven aralığı

Tartışma

Bu çalışmada 93 hastaya uygulanan 195 periferik intravenöz kateter izlenmiş olup flebit gelişimini etkileyen faktörler değerlendirildi. Çalışma kapsamına alınan hastalara uygulanan 195 PİK'in %28.2'sinde (n=55) flebit geliştiği, PİK'lerin %20'sinin "Derece 1" flebit olduğu tespit edildi (Tablo2). Yapılan çalışmalar incelendiğinde PİK kaynaklı flebit gelişme oranının farklı çalışmalarda çok geniş aralıklarda (%1.25-80) belirtildiği görülmüştür (1, 7, 8, 19-21). Braga ve arkadaşları (2018) 110 hasta ile yaptıkları çalışmada flebit gelişme oranını %43.2 ve flebit derecesi açısından en çok görülen flebit semptomlarını derece 1 olarak belirtirken (19) Urbanetto ve arkadaşları 361 periferik intravenöz kateteri inceledikleri çalışmada yarısından fazlasının derece 1 flebit olmakla birlikte bu oranı %10 olarak bulmuştur (7). Atay ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada ise PİK'lerin %31.8'inde flebit geliştiğini ve dörtte üçünün derece 1 flebit olduğunu bildirmiştir (27). PİK ilişkili flebit oranlarının farklılık göstermesinin nedeninin hasta kaynaklı, kateter kaynaklı, tedavi ve bakım kaynaklı birçok faktörden etkilendiğini düşündürmektedir (22). Ayrıca en çok derece 1 flebit semptomlarının görülmesinin nedeni araştırmacıların flebit semptomlarını erken evrede fark edip, flebitin ilerlememesi ile ilgili gerekli önlemleri almasından kaynaklandığı değerlendirilmektedir Periferik intravenöz kateterlerin en az her 8 saatte bir, kritik hastaların, sedatize hastaların ve bilişsel eksiklikleri olan hastaların kateterlerinin ise her 1-2 saatte kontrol edilmesini önermektedir (28). İnfüzyon Hemşireler Birliği PİK kaynaklı flebitin %5'in altında olmasını kabul edilebilir olarak bildirmiştir (15). Bu çalışmanın ve diğer araştırma sonuçlarının ortaya koyduğu flebit oranları İntravenöz Hemşireler Birliği'nin kabul ettiği flebit oranının oldukça üzerindedir. Yüksek flebit oranlarını daha düşük seviyelere taşımamızın, flebit gelişimini etkileyen risk faktörlerini ortaya koymak ve değiştirilebilecek risk faktörleri ile ilgili gerekli önlemlerin alınmasıyla mümkün olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada cinsiyetler arasında flebit gelişimi açısından bir fark bulunmazken (Tablo 3), bazı çalışmalarda kadın cinsiyette flebit gelişiminin fazla olduğunu gözlemlenmiştir (25, 29). Uslusoy ve Mete (2008) ise çalışmamızla benzer şekilde cinsiyetin flebitin gelişiminde bir fark yaratmadığını savunmuştur (8). Bazı çalışmalarda kadın cinsiyette daha fazla flebit oluşumu kadınlardaki damar yapısının erkeklere göre daha ince olması ile açıklanabilir. Bununla birlikte cinsiyetin flebit üzerine etkisi literatürde henüz tartışmalı bir konudur.

İç hastalıkları kliniğinde tedavi gören hastaların yaş ortalamasının 55 yaşın üzerinde olduğu ve 65 yaşın üzerindeki hastalarda daha fazla PİK kaynaklı flebit oluştuğu görüldü (Tablo 3). Simin (2019) yaptığı çalışmada 70 yaş üzeri olanlarda flebit gelişiminin daha fazla olduğunu bildirirken (1) literatürde benzer çalışmalar ileri yaşın flebit gelişimi açısından risk faktörü olduğunu belirtmiştir (22-25). Bu durum yaşlanmanın vücutta oluşan travmalara karşı verdiği immün yanıtın gecikmesi, yaşlanma ile birlikte cilt altı yağ dokusunun azalması, hücre yenilenmesinin ve yara iyileşmesinin yavaşlaması ile açıklanabilir (1, 26). Araştırmaya katılan hastaların sıklıkla KOAH, diyabet ve hipertansiyon olduğu ve kronik hastalık varlığının ve flebit oluşumu üzerine anlamlı düzeyde arttırdığı bulundu (Tablo 3). Yapılan birçok çalışmada bu çalışma ile benzer şekilde kronik hastalık varlığı flebit gelişimini etkilediği bulunmuştur (22, 27). İlave olarak bu çalışmada yapılan regresyon analizinde yaşın kronik hastalıkla birlikte PİK ilişkili flebit riskini arttırdığı bulundu. İleri yaşta özellikle

damar yapısının bozulduğu ve immün sistemin zayıfladığı kronik hastalıkların flebit gelişimini hızlandırdığı ve bu hastaların kateterlerinin daha dikkatli izlenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan hastalarda kateterlerin tamamının üst ekstremiteye uygulandığı bulundu. Anatomik bölgelere göre flebit gelişimi açısından bir fark yokken, vücut tarafı incelendiğinde aktif olmayan tarafa takılan kateter bölgelerinde daha fazla flebit geliştiği bulundu (Tablo 3). Atay ve arkadaşları (2018) iç hastalıkları kliniğinde yaklaşık 500 kateteri inceledikleri çalışmada PİK uygulanan anatomik bölge ve ekstremita tarafının flebit gelişimi üzerine bir etkisi olmadığını belirtirken (27), benzer şekilde Buzatto ve arkadaşları (2016) 102 yaşlı hasta ile yaptıkları çalışmada aktif ve aktif olmayan ekstremiteye uygulanan kateterlerin flebit gelişimi açısından fark oluşturmadığını saptamıştır (30). Bu araştırma sonuçlarının aksine bazı çalışmalarda, hastanın aktif kullandığı tarafta ve eklem yerlerine uygulanan kateterlerin taravmalara daha fazla maruz kalması sebebiyle flebit gelişiminin fazla olacağı değerlendirilmekte, kateterizasyonda hastanın aktif olmayan üst ekstremitelerinde, bölge olarak kübital ven ve ön kol venlerinin kullanılmasının flebit gelişimi riskini azaltacağı bildirilmektedir (8, 17, 26). Bu çalışmada hastaların aktif olmayan tarafında daha fazla flebit görülmesi istatistiksel olarak anlamlı olmakla birlikte klinik olarak anlamlı bir bulgu olmayabilir. Ayrıca bu çalışmada yapılan regresyon analizinde PİK yerleştirilirken ilk girişimde başarılı olmanın, yaşın ve vücut tarafının birlikte değerlendirildiği modelde sol kola PİK uygulamasının flebit riskini arttırdığı bulundu (Tablo 4). Hastaların aktif olmayan ekstremitesine uygulanan PİK kayanıklı flebitin ekstremita tarafı ve anatomik bölge dışında tedavi kaynaklı, kateter kaynaklı, hemşire kaynaklı birçok farklı karıştırıcı faktörden etkileniyor olması sebebiyle literatürde bu konunun henüz yeterince açığa kavuşmayan tartışmalı bir konu olduğunu düşündürmektedir.

Periferik intravenöz kateter uygulanırken ilk girişimin başarısız olması yani uygulama sırasında PİK'e kan gelmemesi, mayi verilememesi, uygulanan bölgede şişme veya ağrı görülmesi, yeni bir katetere ihtiyaç duyulması başarısız girişim göstergesi olup, hastanın damar yapısının çeşitli nedenlerden ince ve hassas olduğunu ya da uygulamayı yapan hemşirenin bilgi ve deneyiminin yetersiz olduğunu düşündürebilir (2, 36). Ayrıca aynı damara PİK uygulaması için yapılan girişim sayısı arttıkça, damarın uğradığı travma, mikroorganizmaların geçişi için uygun bir ortam hazırlanması ve venin intima tabakasının daha fazla hasara uğramasına bağlı olarak flebit riskini de arttırmaktadır (29, 32). Simin ve arkadaşları (2019) iki veya daha fazla başarısız girişimin flebit oluşumunu artırdığını belirtmiştir (1). Çalışmamızda literatürle benzer şekilde birinci denemede başarısız olunan ve aynı ven boyunca tekrarlı girişim yapılan PİK'lerde daha fazla flebit geliştiği saptandı (Tablo 3). Ayrıca bu çalışmada yapılan regresyon analizinde de bu bulguyu destekleyici şekilde ilk girişimin başarısız olmasının flebit riskini yaklaşık 4.5 kat arttırdığını gösterdi (Tablo 4).

Literatürde özellikle hipertonic solüsyonların sürekli infüzyonunun ven duvarında yarattığı mekanik travmayı arttırdığı ve kimyasal flebit gelişimi hızlandırdığı belirtilmektedir (8, 28, 31-35). Bu çalışmadaki hastalara hipertonic solüsyonların infüzyonu oldukça az olmakla birlikte, sürekli infüzyon yapılan PİK'lerde flebit gelişiminin daha fazla olduğu bulundu (Tablo 3). Uslusoy ve Mete (2008) yaptığı çalışmada hipertonic solüsyonlar flebit riskini geliştirdiğini belirtmiş olup sürekli infüzyonun da flebit gelişimini artırdığını ifade etmiştir (8). Nyika ve arkadaşları (2018) izotonik ve hipertonic solüsyon alan hastalarda flebitin daha sık gözlemlendiğini belirtmiştir (31). Kan sıvısı osmolaritesi ve izotonik sıvı osmolaritesi birbirine yakın olmakla birlikte uzun süreli sürekli infüzyonda damar duvarında hasara ve mikroorganizmaların geçişine daha uzun süre imkan sağlayabileceğinden flebit oluşumuna neden olabilir (28). Bu durum sürekli infüzyon uygulanan hastaların kateterlerinin hemşireler tarafından sıklıkla geçerli ve güvenilir bir flebit tanılama ölçeği ile değerlendirmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada flebit gelişimini etkileyen bir diğer faktörün kateterin vende kalış süresi olduğu bulundu (Tablo 3). Yapılan bir çok çalışmada kateterin vende kalış süresinin 72-96 saati aşmasının bakteri kolonizasyonunu artırması sebebiyle flebit gelişimini de tetiklediğini bildirilirken (8, 27, 34), son yıllarda yapılan meta analizlerde kateterin 72-96 saat kalış süresi ile flebit oluşumu arasında anlamlı bir ilişkili olmadığını belirtilmektedir (24, 32). Her ne kadar bu çalışmada 72-96 saat kalan kateterlerde daha fazla flebit oluştuğu tespit edilse de son kanıtlar hastanın PİK yerleştirilecek periferik venlerinin birden fazla invaziv deneme ile zor bulunabildiği durumlarda, hemşirelerin uygulama sırasında aseptik tekniklere uyması, venlerin düzenli olarak flebit açısından değerlendirilmesi koşulu ile kateterin 72-96 saatten daha uzun kalmasında sakınca olmadığını bildirmektedir (24, 32, 34, 35). Bununla birlikte bu çalışmada yapılan regresyon analizinde PİK'in vende kalış süresinin ve infüzyonun devam etmesinin birlikte flebit riskini arttırdığı bulundu. Bu bulgu venin kalış süresi uzadıkça ve infüzyon devam ettikçe damar duvarının daha kısa sürede hasara uğradığı ve enfeksiyon oluşma ihtimalini de arttırdığını düşündürmektedir.

Bu çalışmada uygulanan kateterlerin boyutunun flebit oluşumu üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı bulundu (Tablo 3). Literatürde kalın ve uzun kateterlerin damarda daha fazla travmaya sebep olduğundan flebit oluşumunu arttırdığını savunanlar (24, 26, 31) bulunmakla birlikte, bu çalışma ile benzer şekilde kateter numarasının flebit oluşumu üzerine etkisinin olmadığını belirten çalışmalara da rastlanmaktadır (30, 33). Literatür incelendiğinde uygulanan PİK'lerin venöz yapının üst ekstremitede daha ince ve hassas olması nedeniyle damar çapına uygun olarak, kateter çapı damar çapının %45'ini geçmeyecek büyüklükte olmasını önermektedir (28, 37, 38). Bu çalışmada PİK uygulaması sırasında hemşirelerin çoğunlukla damar çapına uygun ölçülerde kateter seçmiş olabileceğini düşündürmektedir. Bu kapsamda hemşirelerin PİK uygulamaları sırasında öncelikle kateter büyüklüğünün, kateterin yerleştirileceği venin uygunluğuna, gönderilecek sıvının kimyasal yapısına ve yoğunluğuna, infüzyonun süresine, uygulamayı gerçekleştirecek hemşirenin deneyim ve tercihlerine göre en uygun şekilde seçilmesi gerektiği değerlendirilmektedir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Günümüzde hastaneye başvuru hastalara tanı ve tedavi uygulamaları sırasında PİK uygulaması yerine henüz alternatif bir başka yöntem kullanılmamaktadır. Hastalar için vazgeçilmez olan bu kateterlerin istenmeyen komplikasyonlarının biri olan flebitin de özellikle iç hastalığı kliniğinde yatan ve kronik hastalığı bulunan yaşlı hastalarda görülmesi kaçınılmazdır. Fakat bu çalışmada literatürde diğer bir çok çalışmada da olduğu gibi önerilen PİK kaynaklı flebit insidansının oldukça üzerinde bir sonuç elde edildi. Flebit insidansının belirlenen %5'in altına indirilmesi için hastaların PİK güvenliğinin takibi ve bakımının sağlanması kaliteli bir hemşirelik bakımının göstergesi olması açısından önemlidir. Periferik intravenöz kateter kaynaklı flebit görülme oranını en aza indirmek, risk faktörlerini tanımlamak, oluştuğunda ise erken dönemde flebiti tanıyarak uygun girişimleri başlatmak amacıyla PİK uygulanan bölgenin geçerli ve güvenilir bir skala kullanılarak düzenli aralıklarla değerlendirilmesi önerilmektedir. Elde edilecek flebit görülme sıklığı, basınç ülseri ve enfeksiyon hızı ile benzer şekilde sağlık kurumlarının kalite göstergelerinden biri olarak değerlendirilebilir.

Bununla birlikte bu çalışmada hastanın ileri yaşı, kronik hastalık varlığı, kateter uygulanırken ilk denemede başarısız olunması, venin tekrarlı kullanımı, infüzyonun sürekli olması ve kateterin vendede kalış süresi flebit gelişimi açısından risk faktörü olarak belirlendi. Bu kapsamda hemşireler bakım verdikleri, kronik hastalığı olan yaşlı hastalara PİK uygularken flebit gelişime riskinin daha fazla olduğunu bilmelidir. İntravenöz tedavinin devam etmemesi durumunda PİK'lerin en kısa zamanda çıkarılması ve daha önce PİK takılmış ven boyunca tekrar uygulama yapılmaması önerilmektedir.

Son olarak flebitin önlenmesinde hastadan, kateterden, tedaviden ve hemşirelik bakımından kaynaklanan riskleri en aza indirmeyi hedefleyen yeni klinik çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Kısıtlılıklar

Bu çalışma bir kamu hastanesinin iç hastalıkları kliniğinde tek merkezli bir çalışma olarak planlanmıştır. Cerrahi kliniklerde ve yoğun bakım üniteleri de dahil edilerek yapılan çok merkezli ve daha büyük örneklem ile yapılan bir çalışma evreni daha iyi temsil edebilirdi. Ayrıca hastaların neredeyse tamamına istem edilen intravenöz tedavi ve sıvıların benzer olması sebebiyle hipertonic sıvıların, IV antibiyotik tedavinin ya da diğer iritan ilaçların flebit üzerine etkisi araştırılmadı.

Bilgilendirme

Bu çalışmada yazarların katkı beyanı: fikir/kavram SB, BT, NT; tasarım SB, BT; denetleme ve danışmanlık; BT, NT; veri toplama ve işleme SB, BT; analiz ve yorum SB, BT, NT; kaynak taraması; SB, BT, NT; makale yazımı SB, BT, NT; eleştirel düşünce SB, BT, NT; araştırmanın bütçesi SB, BT, NT. Araştırmanın uygulamasına başlamadan önce bir üniversitenin sağlık bilimleri enstitüsünden etik kurul izni (20/11/2018 tarihli ve 2018/29 sayılı karar) ve il sağlık müdürlüğü aracılığı ile çalışmanın yapıldığı hastaneden gerekli izinler (25/12/2018 tarihli ve 76924598-774.99-E.4082 sayılı karar sayılı karar) alındı. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Ayrıca sorumlu olduğumuz çalışmada herhangi bir firma ya da kurum ile çıkar ilişkisi bulunmamaktadır. Araştırma ile ilgili herhangi bir projeden ya da firmadan destek alınmamıştır. Araştırmanın bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmıştır. Bu çalışmanın yürütülmesinde herhangi bir kurum ya da kişiden maddi destek alınmamıştır. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Simin D, Milutinović D, Turkulov V, Brkić S. Incidence, severity and risk factors of peripheral intravenous cannula induced complications: An observational prospective study. *J Clin Nurs* 2019;28:1585-1599. Doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14760>.
2. Kuş B, Büyükyılmaz F. Visual infusion phlebitis assessment scale: Study of independent inter-observer compliance. *Florence Nightingale Journal of Nursing* 2018;26(3):179-186. Doi: <https://doi.org/10.26650/fnfnj296258>.
3. Osei-Tutu E, Tuoyire D A, Debrah S, Ayetey H. Peripheral intravenous cannulation and phlebitis risk. *Post Graduate Medical Journal of Ghana* [online]. 2015;4(1):10-18. URL: <https://pdfs.semanticscholar.org/f578/93736743908f47eb5c2663d374f3244c2956.pdf>. 28.08.2019.
4. Gallant P, Schultz A A. Evaluation of a Visual Infusion Phlebitis Scale for determining appropriate discontinuation of peripheral intravenous catheters. *J Infus Nurs* 2006;29(6):338-345.
5. Gonza J L, Corral J O, Marti C B. Indwell times, complications and costs of open vs closed safety peripheral intravenous catheters: A randomized study. *J Hosp Infect* 2014;86(2):117-126. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2013.10.008>.
6. Rickard C M, Mccann D, Munnings J, Mcgrail M R. Routine resite of peripheral intravenous devices every 3 days did not reduce complications compared with clinically indicated resite : A randomised controlled trial. *BMC Medicine* [online]. 2010;8(53):1-10. URL: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/8/53>. 28.09.2019.
7. Urbanetto J S, May T A. Incidence of phlebitis associated with the use of peripheral IV catheter and following catheter removal. *Rev Lat Am de Enfermagem* [online]. 2016;24(2746):1-9. URL: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0604.2746.28.09.2019>.
8. Uslusoy E, Mete S. Predisposing factors to phlebitis in patients with peripheral intravenous catheters: A descriptive study. *J Am Acad Nurse Pract* 2008;20(4):172-180. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00305.x>.
9. Chiu P C, Lee Y H, Hsu H T, Feng Y T, Lu I C, Chiu S L, et al. Establish a perioperative check forum for peripheral intravenous access to prevent the occurrence of phlebitis. *Kaohsiung J Med Sci* 2015;31(4):215-221. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2015.01.007>.

10. Alexandrou E, Ray-Barruel G, Carr P J, Frost S A, Inwood S, Higgins N, et al. Use of short peripheral intravenous catheters: Characteristics, management, and outcomes worldwide. *J Hosp Med* 2018;22(30):1-7. Doi: <https://doi.org/10.12788/jhm.3039>.
11. Milutinović D, Simin D, Zec D. Risk factor for phlebitis : A questionnaire study of nurses' perception. *Rev Lat Am Enfermagem* 2015;23(4):678-684. Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0192.2603>.
12. Boyce, B. A., & Yee, B. H. Incidence and severity of phlebitis in patients receiving peripherally infused amiodarone. *Crit Care Nurse* 2012;32(4):27-35. Doi: <https://doi.org/10.4037/ccn2012139>.
13. Mihala G, Ray-Barruel G, Chopra V, Webster J, Wallis M, Marsh N, et al. Phlebitis signs and symptoms with peripheral intravenous catheters: Incidence and correlation study. *J Infus Nurs* 2018;41(4): 260-263. Doi: <https://doi.org/10.1097/NAN.0000000000000288>.
14. Infusion Nurses Society. Infusion nursing standards of practice (The official publication of the Infusion Nurses Society). *J Infus Nurs* (2006);29(1 Suppl):1-92. Doi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16429002>.
15. Infusion Nurses Society. Infusion Nursing Standards of Practice. (The official publication of the Infusion Nurses Society). *J Infus Nurs* 2011;34(1 Suppl): 1-110.
16. Boyd S, Aggarwal I, Davey P, Logan M, Nathwani D. Peripheral intravenous catheters : The road to quality improvement and safer patient care. *J Hosp Infec* 2011;77(1):37-41. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2010.09.011>.
17. Cicolini G, Simonetti V, Comparcini D, Labeau S, Blot S, Pelusi G, Di Giovanni P. Nurses' Knowledge of evidence-based guidelines on the prevention of peripheral venous catheter-related infections: A multicentre survey. *J Clin Nurs* 2014;23(17-18):2578-2588. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12474>.
18. Devries, M, Valentine M, Mancos P. Protected clinical indication of peripheral intravenous lines: Successful implementation. *J Assoc Vasc Access* 2016;21(3):89-92. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.java.2016.03.001>.
19. Braga L M, Parreira P M, Oliveira A S S, Mónico L D S M, Arreguy-Sena C, Henriques M A. Phlebitis and infiltration: Vascular trauma associated with the peripheral venous catheter. *Rev Lat Am Enfermagem* 2018;26(2): 1-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2377.3002>.
20. Etemadi S. Investigating role of mechanical and chemical factors in the creation of peripheral vein in flammation in hospitalization patients in hospital in Zahedan, Iran. *Life Sci J* 2013;10(1): 379-383.
21. Ruchi S, Agnihotri M, Gupta A, Walia I. Epidemiology of infiltration and phlebitis. *Nursing and Midwifery Research Journal [online]* 2011;7(1): 22-33. URL: <http://medind.nic.in/nad/t11/i1/nadt11i1p22.pdf>. 28.09.2019.
22. Erdoğan CB, Denat Y. Periferik intravenöz kateter komplikasyonlarından flebit ve hemşirelik bakımı. *J Hum Rhythm [online]*. 2016;2(1):6-12. URL: <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/johr/article/view/5000183221/5000161983>. 28.09.2019.
23. Chalmers C, Straub M. Standard principles for preventing and controlling infection. *Nurs Standart* 2006;20(23): 57-65.
24. Chang WP, Peng YX. Occurrence of phlebitis a systematic review and meta-analysis. *Nurs Res* 2018;67(3):252- 260.
25. Wallis MC, McGrail M, Webster J, Marsh N, Gowardman J, Playford EG, Rickard CM. Risk factors for peripheral intravenous catheter failure: a multivariate analysis of data from a randomized controlled trial. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2014;35(1):63-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1086/674398>.
26. Do Rego Furtado, L. C. Incidence and predisposing factors of phlebitis in a surgery department. *British Journal of Nursing*, 2011;20(14):16-25. Doi: <https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.Sup7.S16>.
27. Atay S, Sen S, and Cukurlu D. Phlebitis related peripheral venous catheterization and the associated risk factors. *Nigerian Journal of Clinical Practice* 2018;21(7): 827-831. Doi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29984711>.
28. Türk Hastane İnfeksiyonları ve Kontrolü Derneği, Ulusal Damar Erişimi Yönetimi Rehberi (2019). *Hastane İnfeksiyonları Dergisi*. 2019; 23 (Ek 1): 1-54.
29. Saini R, Agnihotri M, Gupta A, Walia I. Epidemiology of infiltration and phlebitis. *Nursing and Midwifery Research Journal* 2011; 7(1): 22-33.
30. Buzatto L L, Massa G P, Peterlini M A S, Whitaker I Y. Factors associated with phlebitis in elderly patients with amiodarone intravenous infusion. *Acta Paul Enferm* 2016;29(3):260-266. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600037>.
31. Nyika, ML, Mukona D, Zvinavashe M. Factors contributing to phlebitis among adult patients admitted in the medical-surgical units of a central hospital in Harare, Zimbabwe. *J Infus Nurs* 2018;41(2):96-102.
32. Webster, J., McGrail M, Marsh, N, Wallis, M.C., Ray-Barruel G, Rickard C M. Postinfusion phlebitis: Incidence and risk factors. *Nursing Research and Practice* 2015;691934:1-3. Doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/691934>.
33. Salgueiro-Oliveira A, Parreira P, Veiga P. Incidence of phlebitis in patients with peripheral intravenous catheters: The influence of some risk factors. *Aust J Adv Nurs* 2012;30(2): 32-39.
34. Paşaloğlu K B, Kaya H. Catheter indwell time and phlebitis development during peripheral intravenous catheter administration. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 2014;30(4):725-730.
35. Mestre Roca G, Berbel Bertolo C, Tortajada Lopez P, Gallemlı Samaranch G, Aguilar Ramirez M C, Caylà Buqueras J, et al. Assessing the influence of risk factors on rates and dynamics of peripheral vein phlebitis: An observational cohort study. *Med Clin* 2012;139(5):185-191. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2011.12.021>.
36. Aydın S, Arslan G G. Hemşirelerin periferik intravenöz kateter girişimlerine ilişkin bilgi düzeylerinin incelenmesi. *DEUHFED* 2018;11(4):290-299.

37. Sharp R, Cummings M, Fielder A, Mikocka-Walus A, Grech C, Esterman A. The catheter to vein ratio and rates of symptomatic venous thromboembolism in patients with a peripherally inserted central catheter (PICC): a prospective cohort study. *Int J Nurs Stud* 2015;52:677-85.
38. Chopra V, Ratz D, Kuhn L, Lopus T, Lee A, Krein S. Peripherally inserted central catheter-related deep vein thrombosis: contemporary patterns and predictors. *J Thromb Haemost* 2014;12:847-54.

Üniversite Öğrencilerinin Üriner İnkontinans Farkındalıkları ve Benlik Saygıları Arasındaki İlişki

Özge ÖZ YILDIRIM*, Dilek ÇELİK EREN**, Mehmet KORKMAZ***, İlknur AYDIN AVCI****

Öz

Giriş: Üriner inkontinans prevalansı yüksek, önemli bir sağlık sorunudur. Bu sorun, bireylerin hayat kalitelerini düşürerek benlik saygılarını olumsuz etkilemektedir. **Amaç:** Bu araştırma, üniversite öğrencilerinin üriner inkontinans farkındalıkları ve benlik saygıları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Bu çalışma, ilişki arayan tanımlayıcı araştırma ilkelerine uygun olarak bir Üniversitenin Hemşirelik, Ebelik ve Sosyal Hizmet bölümlerinde öğrenim gören 646 öğrenci ile yapılmıştır. Veriler “Tanıtıcı Soru Formu”, “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği” ve “İnkontinans Farkındalık Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t testi, Anova testi, Tukey testi, Mann Withney U testi ve korelasyon analizleri kullanılmıştır. Araştırma gerekli izinler alınarak yapılmıştır. **Bulgular:** Çalışma kapsamındaki öğrencilerin yaş ortalaması 20.4±1.75’dir. Öğrencilerin %28.8’i idrar kaçırmayı deneyimlemişlerdir. Araştırma kapsamındaki kadın öğrencilerin sağlık sorunu olarak kabulünü engelleyen faktörler ve kısıtlanma alt boyut puanları erkek öğrencilere göre daha yüksektir. Erkek öğrencilerin sağlık motivasyonu ve üriner inkontinansla başetme alt boyut puanları kadın öğrencilere göre daha yüksek olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<.05). Üriner inkontinans farkındalık ölçeği, sağlık sorunu olarak kabulünü engelleyen faktörler alt boyutu ile benlik saygısı ölçeği arasında negatif yönlü bir ilişki vardır. Sağlık motivasyonu ve kısıtlanma alt boyutu ile benlik saygısı ölçeği arasında pozitif yönlü ilişki vardır. Her iki ilişki de istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. **Sonuç:** Araştırma kapsamındaki öğrencilerin üriner inkontinans farkındalık ölçeği, sağlık sorunu olarak kabulünü engelleyen faktörler, üriner inkontinans ile başetme ve idrar korkusu yaşama alt boyutları orta düzeydedir. Öğrencilerin sağlık motivasyonu alt boyutu kötü düzeyde ve kısıtlama alt boyutu iyi düzeyde olduğu bulunmuştur. Üriner inkontinans yaşayan öğrencilerin benlik saygıları ise düşük düzeyde bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Üriner İnkontinans, Benlik Saygısı, Farkındalık.

Abstract

The relationship between university students' urinary incontinence awareness and self-esteem

Background: Urinary incontinence is an important health problem with a high prevalence. This problem affects self-esteem negatively by decreasing the quality of life of individuals. **Objectives:** This research was carried out to determine the relationship between urinary incontinence awareness and self-esteem of university students. **Methods:** This descriptive correlational study was carried out with 646 students attending in the Nursing, Midwifery, Social Work department of a University. The data were collected by using “Introductory Information Form”, “Rosenberg Self-Esteem Scale” and “Incontinence Awareness Scale”. Descriptive statistics, independent sample – t test, Anova test, tukey test, Mann Withney U and correlation analysis were used to evaluate the data. The research was conducted by taking necessary permission. **Results:** The mean age of the students was 20.4 ± 1.75. 28.8% of the students experienced urinary incontinence. The factors that prevent the acceptance of male students who experienced urinary incontinence as a health problem and the sub-dimension scores of coping with urinary incontinence were higher than the female students and the difference between them was statistically significant (p<.05). A negative correlation was found between the factors that prevented the acceptance of the urinary incontinence scale as a health problem, and a positive correlation between the self-esteem scale of the health motivation and restriction subscale and the self-esteem scale. **Conclusion:** It was determined that the factors preventing the acceptance of urinary incontinence awareness scale as health problem, coping with urinary incontinence, experiencing urinary fear subscales were moderate, health motivation subscale was poor and restriction subscale was good. It was found that students with urinary incontinence had low self-esteem.

Key words: Urinary Incontinence, Self-esteem, Awareness.

Geliş tarihi: 15.05.2019 **Kabul tarihi: 03.07.2020**

Uluslararası Kontinans Topluluğunun (ICS) tanımına göre üriner inkontinans (Üİ); istemsiz olarak herhangi bir idrar kaçırma şikayetidir (1). Üriner inkontinansın gelişmesinde yaş, gebelik, menopoz, vajinal doğum, obezite, histerektomi, sosyal alışkanlıklar gibi risk faktörleri bulunmaktadır (2-5). Türkiye’de tüm yaş gruplarında %18 - 45 arası farklı oranlarda görülen üriner inkontinansın (6-9), Dünyada cinsiyete göre dağılımına bakıldığında, erkeklerde üriner inkontinans görülme prevalansının ABD’de %44.9, İngiltere’de %50.5 ve İsveç’te %39.4; kadınlarda ABD’de %67, İngiltere’de %69 ve İsveç’te %67.1 olduğu ifade edilmektedir (10). Gençlerle yapılan çalışmalarda üriner inkontinans prevalansı %6.2-12.4 arasında değişmektedir (11,12).

Bireylerin üriner inkontinans konusundaki farkındalıklarının düşük olduğu ve bu sorunu yaşadıklarında profesyonel yardım almak yerine kendilerinin baş etmeye çalıştıkları görülmektedir (13-16). Bu durum üriner inkontinans sorununu daha karmaşık hale getirmekte ve bireylerin günlük yaşamlarını etkileyerek yaşam kalitelerini düşürmektedir (7,16). Yetişkinlerde yaşam kalitesine etkileri olan üriner inkontinans, üniversite öğrencilerinde de yaşam kalitesini oldukça etkilemektedir. Szymanski ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada, üriner inkontinansın bireylerin yaşam kalitelerini etkilediği sonucunu

Bu araştırma, 23-26 Nisan 2018 tarihinde Ankara’da düzenlenen, I. Uluslararası ve II. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi’nde poster bildiri olarak sunulmuştur. * Arş.Gör. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Samsun. E-posta: ozge.oz@omu.edu.tr, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4810-563X> ** Arş.Gör. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Samsun. E-posta: dilek.celik@omu.edu.tr, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9439-1641>. *** Arş.Gör. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Samsun. E-posta: mehmet.korkmaz@omu.edu.tr, ORCID:

<https://orcid.org/0000-0003-0241-2466> **** Prof. Dr. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Samsun. E-posta: ilkunura@omu.edu.tr, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5379-3038>

bulmuşlardır (17). Ayrıca üriner inkontinans yaşayan bireylerle yapılan çalışmalarda bireylerin davranış problemleri, duygusal distres, düşük yaşam kalitesi ve düşük benlik saygısı gibi sorunlar yaşadığı belirlenmiştir (18-20).

Üniversitede eğitim alma dönemindeki gençler benliklerini tamamlamaya çalışmaktadırlar. Gençler bu dönemi ne kadar sağlıklı geçirirlerse benlikleri de o kadar sağlıklı şekillenmektedir. Bu dönemde deneyimledikleri olumsuz durumlarla sağlıklı bir şekilde baş edemeyen gençler benliklerini tamamlamakta sorunlar yaşamaktadırlar. Bu süreç, gençlerin benliklerine olumlu ya da olumsuz etki etmektedir. Üriner inkontinans sıklıkla bir sağlık problemi olarak kabul edilmeyip bir yetersizlik olarak algılanabildiği için, üriner inkontinans gibi olumsuz bir durumun bu dönemde yaşanması benlik saygısı üzerinde olumsuz etkiler meydana getirecektir (17). Bu çalışma ile üniversite öğrencilerinin üriner inkontinans farkındalıkları ve benlik saygıları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırmanın soruları:

- Üniversite öğrencilerinin üriner inkontinans farkındalıkları ile benlik saygıları arasındaki ilişki var mıdır?
- Üniversite öğrencilerinin idrar kaçırma durumları ile üriner inkontinans farkındalıkları arasında ilişki var mıdır?
- Üniversite öğrencilerinin idrar kaçırma durumları ile benlik saygıları arasında ilişki var mıdır?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma ilişki arayan tanımlayıcı araştırma ilkelerine uygun olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Ocak 2018-Nisan 2018 tarihleri arasında bir üniversitenin Hemşirelik, Ebelik ve Sosyal Hizmet bölümlerinde öğrenim gören öğrenciler ile yapılmıştır.

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: çalışma kapsamındaki öğrencilerin inkontinans farkındalıkları ve benlik saygıları

Bağımsız değişken: çalışma kapsamındaki öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, inkontinans deneyimleme durumları.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini bir üniversitede, sağlık alanında öğrenim gören 1121 öğrenci oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçimine gidilmeyip araştırmaya katılmayı kabul eden tüm öğrencilerle yapılması planlanmış ve çalışma 646 (%57.6) öğrenci ile tamamlanmıştır. Araştırmaya katılmak istemeyen, veri toplama formunda hata tespit edilen, araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli ya da raporu olanlar kapsam dışı bırakılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama işlemi araştırmacılar tarafından geliştirilmiş, sosyo-demografik özellikler ve inkontinans ile ilgili 13 sorudan oluşan "Tanıtıcı Soru Formu", 10 sorudan oluşan "Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği" ve 26 sorudan oluşan "İnkontinans Farkındalık Ölçeği" kullanılarak sınıflarda anketler öğrencilere araştırmacılar tarafından dağıtılmış ve ortalama 15-20 dakikada tamamlanmıştır.

Tanıtıcı Soru Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulan bu form yaş, cinsiyet, medeni durum, okuduğu bölüm, sınıf, çalışma durumu, gelir durumu, idrar kaçırmayı deneyimleme durumu, idrar kaçırmayı deneyimleme zamanı, idrar kaçırılan durum, idrar kaçırdığında yapılan şey, ailesinde idrar kaçırma sorununu deneyimlemiş bireylerin olma durumu ve ailede idrar kaçıran birey sorularını içermektedir.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Rosenberg tarafından 1965 yılında geliştirilen ölçeğin, 1985 yılında Çuhadaroğlu tarafından Türkçeye geçerlik güvenilirliği yapılmıştır (22-23). Benlik saygısı ölçeği, ters ölçüm yapan 3. 5. 8. 9. 10. maddeleri ve normal ölçüm yapan 1. 2. 4. 6. ve 7. maddelerinde oluşan 10 soruluk ölçektir. Ölçeğin Sorular Guttman değerlendirme yöntemiyle puanlanmaktadır. Buna göre her sorunun puan alacak yanıtları ölçek üzerinde '*' işareti ile gösterilmiştir Böylece testi dolduran kişi tüm sorulardan puan aldığı zaman maksimum puanı 6 olmaktadır.0-1 puan yüksek, 2-4 puan orta ve 5-6 puan düşük benlik saygısı düzeyi olarak saptanmıştır. Grup uygulamalarında, her bir deneğin toplam puanı bu şekilde hesaplanarak puan ortalamasıyla grubun benlik saygısı düzeyi belirlenebilir. Bu çalışmada ölçeğin puan ortalaması 1.69 ± 1.46 (min:0; max:6)'dir. Ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışmasındaki Cronbach alfa değeri:0.71'dir. Bu çalışmadaki Cronbach alfa değeri ise: 0.85 olarak bulunmuştur.

İnkontinans Farkındalık Ölçeği

Avcı ve arkadaşları (2017) tarafından bireylerin idrar kaçırmaya yönelik farkındalıklarını ölçmek amacıyla geliştirilen, üriner inkontinans farkındalık ölçeği 26 maddeden oluşmaktadır (21). Ölçek; sağlık sorunu olarak kabulünü engelleyen faktörler, üriner inkontinansla başetme, sağlık motivasyonu, kısıtlanma, idrar kaçırma korkusu olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte her bir ifadeye verilen cevaplar 5'li likert tipinde; sağlık sorunu olarak kabulünü engelleyen faktörler, kısıtlanma ve idrar kaçırma korkusu alt boyutları pozitif algı, sağlık motivasyonu, üriner inkontinansla başetme alt boyutları ise negatif algıları içermektedir. Alt boyutlardan alınan puanlar; Sağlık sorunu olarak kabulünü engelleyen faktörler alt boyutu için (8-40); Sağlık motivasyonu alt boyutu için (5-25); üriner inkontinansla başetme alt boyutu için (6-30); kısıtlanma alt boyutu için (3-15); idrar kaçırma korkusu alt boyutu için (4-20)'dir. Ölçeğin toplam puanı yoktur. Sağlık sorunu olarak kabulünü engelleyen faktörler, kısıtlanma ve idrar kaçırma korkusu alt boyutları negatif algı, sağlık motivasyonu, üriner inkontinansla başetme alt boyutları ise pozitif algıları içermektedir. Sağlık sorunu olarak kabulünü engelleyen faktörler, kısıtlanma ve idrar kaçırma

korkusu alt boyutlardan yüksek puan alınması etkilenmenin daha fazla olduğunu göstermektedir. Ölçek alt boyutlarının geçerlilik güvenirlik çalışmasındaki Cronbach alfa değerleri şu şekildedir; sağlık sorunu olarak kabulünü engelleyen faktörler:0.87, sağlık motivasyonu:0.92, üriner inkontinansla baş etme:0.86, kısıtlanma:0.79, idrar kaçırma korkusu:0.60'dır. Bu çalışmada ölçek alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri ise şu şekildedir; sağlık sorunu olarak kabulünü engelleyen faktörler:0.78, sağlık motivasyonu:0.83, üriner inkontinansla baş etme:0.87, kısıtlanma:0.81, idrar kaçırma korkusu:0.84'tür. İnkontinans farkındalık ölçeği yorumlanması median puan üzerinden kötü, orta, iyi olarak yapılmaktadır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 21.0 Programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t testi, Anova testi, Tukey testi Mann Withney U testi ve korelasyon testleri kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma 29.11.2017 tarihli (Karar No: 2017/226-271) yazılı izin, araştırma kapsamındaki öğrencilerden sözel onam alınarak yapılmıştır.

Bulgular

Çalışma kapsamındaki öğrencilerinin yaş ortalamalarının 20.4 ± 1.75 (min: 17; max: 32) olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %84.8'inin kadın, %98.8'inin bekar, %57.4'ünün hemşirelik ve %27.6'sının ebelik bölümü öğrencisi, %32.7'sinin üçüncü sınıf, %26.5'inin birinci sınıfta öğrenim gördüğü, %95.7'sinin herhangi bir işte çalışmadığı ve %69.2'sinin gelir durumunun orta düzeyde %28.9'unun gelir durumunun iyi olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri(n=646)

| | n | % |
|-----------------------|------------------------------------|------|
| Yaş | 20.4 ± 1.75 (min: 17 ;max: 32) | |
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 548 | 84.8 |
| Erkek | 98 | 15.2 |
| Medeni durum | | |
| Evli | 8 | 1.2 |
| Bekar | 638 | 98.8 |
| Bölüm | | |
| Hemşirelik | 371 | 57.4 |
| Ebelik | 178 | 27.6 |
| Sosyal hizmet | 97 | 15 |
| Sınıf | | |
| 1 | 171 | 26.5 |
| 2 | 138 | 21.4 |
| 3 | 211 | 32.7 |
| 4 | 126 | 19.4 |
| Çalışma durumu | | |
| Çalışıyor | 28 | 4.3 |
| Çalışmıyor | 618 | 95.7 |
| Gelir durumu | | |
| İyi | 187 | 28.9 |
| Orta | 447 | 69.2 |
| Kötü | 12 | 1.9 |

Çalışma kapsamındaki katılımcıların %71.2'sinin idrar kaçırma problemini deneyimlemedikleri, idrar kaçıranların %63.4'ü ilk kez ilkokulda, %35.5'i idrara sıkışıp tualete giderken idrar kaçırmış olup, %60.2'si ilk kez idrar kaçırdığında hiçbir şey yapmamıştır. Öğrencilerin %32.5'inin ailesinde idrar kaçıran bireyin bulunduğu; bunların %47.1'inin anne/babasının, %41.9'unun büyükanne/büyükbabasının idrar kaçırdığı bulunmuştur (Tablo 2).

Öğrencilerin inkontinans farkındalık ölçeği alt boyutlarından sağlık sorunu olarak kabulünü engelleyen faktörler alt boyutu toplam puan ortalamaları 29.7 ± 5.92 , sağlık motivasyonu alt boyut toplam puan ortalamaları 9.14 ± 3.60 , üriner inkontinansla baş etme alt boyut toplam puan ortalamaları 16.51 ± 4.91 , kısıtlanma alt boyut toplam puan ortalamaları 10.36 ± 3.06 ve idrar kaçırma korkusu alt boyut toplam puan ortalamaları 11.54 ± 4.12 benlik saygısı toplam puan ortalamaları 1.69 ± 1.46 'ydı (Tablo 3).

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin cinsiyetleri ile sağlık motivasyonu, üriner inkontinansla baş etme ve kısıtlanma alt boyut toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < .05$). Öğrencilerin öğrenim gördükleri bölüm ile üriner inkontinansla baş etme toplam puan ortalamaları arasında bir fark olduğu bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($p < .05$) ve bu farkın ebelik ve sosyal hizmet bölümlerinde öğrenim gören öğrencilerin puan farklarından kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 4).

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıf ile sağlık sorunu olarak kabulünü engelleyen faktörler ve üriner inkontinansla baş etme toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olduğu ($p < .05$) ve ikinci ve dördüncü sınıflarda öğrenim gören öğrencilerin toplam puan ortalamalarının bu farka neden olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Öğrencilerin idrar kaçırma durumları ile sağlık sorunu olarak kabulünü engelleyen faktörler, üriner inkontinansla baş etme alt boyutları ve benlik saygısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır ($p < .05$). İdrar kaçıran öğrencilerin sağlık sorunu kabulünü etkileyen faktörler ve üriner inkontinansla baş etme alt boyutları toplam puan ortalamalarının daha düşük olduğu; idrar kaçırmayanların benlik saygısı toplam puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4).

Öğrencilerin ailelerinde idrar kaçıran birey bulunma durumları ile üriner inkontinansla baş etme ve kısıtlanma alt boyut toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır ($p < .05$). Ailelerinde idrar kaçıran birey bulunmayan öğrencilerin üriner inkontinansla baş etme alt boyut toplam puan ortalamaları ve ailelerinde idrar kaçıran birey bulunan öğrencilerin kısıtlanma alt boyut toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 2. Öğrencilerin Üriner İnkontinans ile İlgili Özellikleri (n=646)

| | n | % |
|--|-----|------|
| İdrar kaçırmayı deneyimleme durumu | | |
| Hayır | 460 | 71.2 |
| Evet | 186 | 28.8 |
| İdrar kaçırmayı deneyimleme zamanı (n=186) | | |
| İlkokulda | 118 | 63.4 |
| Ortaokulda | 32 | 17.2 |
| Üniversitede | 19 | 10.2 |
| Lisede | 17 | 9.2 |
| İdrar kaçırılan durum (n=186) | | |
| İdrara sıkışıp tuvalete giderken | 66 | 35.5 |
| Gece uykuda | 64 | 34.4 |
| Gülerken, hapsirirken | 51 | 27.4 |
| Dururken | 5 | 2.7 |
| İdrar kaçırdığında yapılan şey (n=186) | | |
| Hiçbir şey yapmamış | 112 | 60.2 |
| Aileye anlatma | 64 | 34.4 |
| Arkadaşlara anlatma | 6 | 3.2 |
| Doktora başvurma | 4 | 2.2 |
| Ailede idrar kaçırmayı deneyimleyen birey olma durumu | | |
| Hayır | 436 | 67.5 |
| Evet | 210 | 32.5 |
| Ailede idrar kaçıran birey | | |
| Anne/baba | 99 | 47.1 |
| Büyükanne/büyükbaba | 88 | 41.9 |
| Kardeş | 23 | 11 |

Tablo 3. Öğrencilerin İnkontinans Farkındalık Alt Boyutları ve Benlik Saygısı Toplam Puan Ortalamaları (n=646)

| Ölçekler | Ortalama ± Standart Sapma (min-max) |
|--|-------------------------------------|
| İnkontinans farkındalık alt boyutları | |
| Sağlık sorunu olarak kabulünü engelleyen faktörler | 29.7 ± 5.92 (11-55) |
| Sağlık motivasyonu | 9.14 ± 3.60 (5-25) |
| Üriner inkontinansla baş etme | 16.51 ± 4.91 (6-30) |
| Kısıtlanma | 10.36 ± 3.06 (3-15) |
| İdrar kaçırma korkusu | 11.54 ± 4.12 (4-20) |
| Benlik saygısı | 1.69 ± 1.46 (0-6) |

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin inkontinans farkındalık ölçeği alt boyutlarından sağlık sorunu olarak kabulünü etkileyen faktörler toplam puan ortalaması ile benlik saygısı toplam puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişkinin bulunduğu saptanmıştır ($p < .05$). Öğrencilerin sağlık motivasyonu alt boyut toplam puan ortalaması ile benlik saygısı toplam puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve çok zayıf bir ilişkinin bulunduğu belirlenmiştir ($p < .05$). Öğrencilerin kısıtlanma alt boyut toplam puan ortalaması ile benlik

saygısı toplam puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve zayıf bir ilişkinin bulunduğu belirlenmiştir ($p < .05$), (Tablo 5).

Tablo 4. Öğrencilerin Sosyo-demografik Özellikleri ve İdrar Kaçırma Durumlarına Göre Üriner İnkontinans Farkındalığı Alt Boyutları ve Benlik Saygısı Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| | Sağlık sorunu olarak kabulünü engelleyen faktörler | Sağlık motivasyonu | Üriner inkontinansla başetme | Kısıtlanma | İdrar kaçırma korkusu | Benlik saygısı |
|--|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| Cinsiyet | | | | | | |
| Kadın | 29.89±5.76 | 8.98±3.57 | 16.35±4.91 | 10.46±3.06 | 17.12±4.91 | 2.74±0.80 |
| Erkek | 28.46±6.21 | 9.99±3.69 | 17.42±4.79 | 9.79±3.02 | 17.24±4.88 | 2.88±0.83 |
| İstatistik | Z:-2.287 p:.22 | Z:-2.940 p:.003 | Z:-2.432 p:.015 | Z:-2.244 p:.025 | Z:-0.146 p:.884 | Z:-0.146 p:.601 |
| Bölüm | | | | | | |
| Ebelik | 29.51±6.44 | 8.70±3.48 | 16.20±4.75 | 10.53±2.91 | 16.70±4.84 | 1.66±1.54 |
| Hemşirelik | 29.85±5.79 | 9.33±3.77 | 16.37±4.71 | 10.19±3.06 | 17.13±4.81 | 1.63±1.37 |
| Sosyal Hizmet | 29.27±4.83 | 9.20±3.12 | 17.63±5.75 | 10.69±3.30 | 17.99±5.29 | 1.92±1.63 |
| İstatistik | F:0.484 p:.617 | F:1.890 p:.152 | F:3.065 p:.047 | F:1.420 p:.243 | F:2.193 p:.112 | F:1.488 p:.227 |
| Sınıf | | | | | | |
| 1 | 28.37±5.57 | 9.09±3.35 | 16.57±4.98 | 10.30±3.14 | 17.36±4.63 | 1.78±1.54 |
| 2 | 30.04±4.95 | 9.20±3.33 | 15.42±4.52 | 10.06±2.97 | 16.30±4.95 | 1.67±1.35 |
| 3 | 30.38±5.49 | 8.78±3.58 | 16.76±4.90 | 10.55±2.93 | 17.15±4.98 | 1.62±1.55 |
| 4 | 29.83±7.29 | 9.72±4.18 | 17.21±5.08 | 10.44±3.25 | 17.74±5.03 | 1.67±1.31 |
| İstatistik | F:4.117 p:.007 | F:1.819 p:.142 | F:3.346 p:.019 | F:0.774 p:.509 | F:2.112 p:.097 | F:0.370 p:.774 |
| İdrar kaçırma durumu | | | | | | |
| Evet | 28.18±5.49 | 9.39±3.12 | 15.80±4.59 | 10.61±2.88 | 17.13±4.95 | 1.94±1.58 |
| Hayır | 30.27±5.88 | 9.03±3.77 | 16.80±5.00 | 10.26±3.12 | 17.14±4.89 | 1.58±1.39 |
| İstatistik | t:-4.181 p:.001 | t:1.126 p:.261 | t:-2.364 p:.018 | t:1.322 p:.187 | t:-0.029 p:.977 | t:2.860 p:.004 |
| Ailede idrar kaçırma birey bulunma durumu | | | | | | |
| Evet | 29.89±5.94 | 8.80±3.29 | 15.32±4.55 | 10.72±3.08 | 17.10±4.74 | 1.78±1.56 |
| Hayır | 29.57±5.80 | 9.30±3.74 | 17.08±4.97 | 10.19±3.04 | 17.16±4.99 | 1.64±1.41 |
| İstatistik | t:0.660 p:.509 | t:1.624 p:.105 | t:-4.340 p:.001 | t:2.075 p:.038 | t:-0.134 p:.894 | t:1.212 p:.226 |

Tablo 5. Öğrencilerin İnkontinans Farkındalık Ölçeği Alt Boyutları ile Benlik Saygısı İlişkisi

| Değişken | Benlik saygısı | |
|--|----------------|-------------|
| İnkontinans Farkındalık Ölçeği | r | p |
| Sağlık sorunu olarak kabulünü engelleyen faktörler | -.187 | .001 |
| Sağlık motivasyonu | .138 | .001 |
| Üriner inkontinansla başetme | .066 | .920 |
| Kısıtlanma | .310 | .001 |
| İdrar kaçırma korkusu | .012 | .766 |

Tartışma

Üniversite öğrencilerinde üriner inkontinans prevalansı, farkındalığı ve benlik saygısının incelendiği bu çalışmada, öğrencilerin inkontinans prevalansı %28.8 olarak bulunmuştur. Durukan ve arkadaşlarının (2015) tarafından Mersin'de yaşayan kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınların inkontinans prevalansı %21.3, Lasserre ve arkadaşlarının (2009) Fransız kadınların inkontinans durumları ve yaşam kalitelerini inceleyen bir çalışmalarında kadınların inkontinans prevalansı %26.8 ve Hunskar ve arkadaşlarının (2004) dört Avrupa ülkesinde yaşayan kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların inkontinans prevalansı %23.9 olarak bulunmuştur (24-26). Bu çalışmada bulunan inkontinans prevalansı literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Üniversite öğrencilerinde üriner inkontinans sıklığının yüksek olması dikkat çekici bir sonuçtur.

Bu çalışmada inkontinans deneyimleyen bireylerin yarısından fazlası (%60.2) hiç bir şey yapmamış sağlık profesyonellerine başvurmamışlardır. Svihra ve arkadaşlarının (2012) Orta Avrupa ülkelerinde yaptıkları çalışmalarında inkontinansı deneyimleyen bireylerin yarısı (%50) inkontinans durumunda sağlık arayışı davranışında bulunmamışlardır (27). Demir ve Beji'nin (2015) çalışmasında ise katılımcıların %66.4'ü sağlık profesyoneline başvurmamışlardır (16). Bu çalışmada elde edilen bu sonuç literatürle paralellik göstermektedir. Bu sonucun, bireylerin üriner inkontinansı utanılacak bir durum olarak görmeleri ve sağlık personelinin olumsuz tutumundan çekinmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bununla birlikte üriner inkontinans sıklığının yüksek olması üniversite öğrencilerinin yardıma ihtiyaç duyduklarının göstergesi olabilir.

Bu çalışmada üniversite öğrencilerinin üriner inkontinans farkındalıklarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Luo ve arkadaşlarının (2016) Çin'de hemşirelik öğrencileriyle yaptıkları bir çalışmada inkontinans yaşayan öğrencilerin inkontinans bilgi düzeyleri düşük bulunmuştur (28).

Çalışma kapsamındaki erkek öğrencilerin üriner inkontinans farkındalık ölçeği sağlık motivasyonu ve üriner inkontinansla başatme alt boyutları kadın öğrencilerden daha iyi durumdadır. Coyne ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada erkeklerin kadınlara göre üriner inkontinans yaşadıklarında daha fazla tedavi arayışına girdikleri belirlenmiştir (10). Üriner inkontinans erkek bireyler için bir güç kaybı olarak algılanabilir. Bu durum erkeklik algısına atfedileceğinden, erkek öğrencilerin daha fazla yardım aramasının da nedeni olabilir. Baş etmelerini olumlu yönde etkileyebilir.

Çalışma kapsamındaki üniversite öğrencilerinin üriner inkontinans farkındalık ölçeği sağlık sorunu olarak kabulünü engelleyen faktörler algısı arttıkça benlik saygıları azalmaktadır. Üriner inkontinans deneyimleyen bireyler, bu sorun ile baş etmek için öncelikle bu sorunun tedavisi olan bir sağlık problemi olduğunun farkına varmalıdır. Bu sorunun sağlık sorunu olduğunu algılamasının önünde bulunan engeller ne kadar fazla ise kişi bu sorun ile ilgili yardım almak yerine kendi başatmeye çalışacaktır. Dolayısıyla bu sorun hayatlarında daha fazla olumsuz etki meydana getirerek benlik saygılarında azalmaya neden olabilecektir.

Çalışma kapsamındaki idrar kaçırmayan öğrencilerin kaçıranlara göre benlik saygısı daha düşük bulunmuştur. Çocuklarda yapılan bir çalışmada idrar kaçıran çocuklarda yaşam kalitesi düşük bulunmuşken, benlik saygılarında bir etkilenme görülmemiştir (29). Fouad ve Hafez'in (2017) çalışmasında idrar kaçırmaya süresi ne kadar uzunsa benlik saygılarının da o kadar etkilendiği belirlenmiştir (30). İdrar kaçırmaya sorunu her yaşta bireylerin hayatını ve benlik saygısını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu çalışmadan çıkan sonucun öğrencilerin sosyal olarak aktif oldukları üniversite döneminde üriner inkontinans yaşamalarının benlik saygılarını olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Ailelerinde idrar kaçıran birey bulunan öğrencilerin üriner inkontinansla baş etmeleri daha az, kısıtlanmaları ise daha fazladır. Bu sonuç öğrencilerin, çevrelerinde idrar kaçıran bireyleri ve onların yaşadıklarını görmelerinin, idrar kaçırmaya sorununu normalleştirmelerine neden olduğunu düşündürmektedir. Öğrencilerin çevrelerindeki idrar kaçıran bireyler, idrar kaçırmaya sorunlarına yönelik hiçbir şey yapmıyorlarsa, bunu deneyimleyen öğrencilerin de üriner inkontinans ile baş etmeleri daha yetersiz, kendilerini kısıtlamaları ise daha fazla olacaktır.

Kadın öğrencilerin üriner inkontinans farkındalık ölçeği kısıtlanma alt boyutunda daha yüksek puan aldıkları dolayısıyla idrar kaçırmaya sorunu yaşadıkları zaman kendilerini erkek öğrencilere göre daha fazla kısıtlayacakları belirlenmiştir. Kadınlar idrar kaçırmaya sorunu yaşadıklarında utandıkları için profesyonel yardım almak yerine kendileri baş atmeye çalışmaktadırlar (15,16). Kadınlar idrar kaçırmaya sorununu yaşın ilerlemesi, doğum yapma, menopoza girme gibi nedenlerle bu sorunu normal bir durum olarak görebilmektedirler. Bu nedenle sağlık kuruluşuna başvurmak yerine kendilerini kısıtladıklarında bu sorun ile daha iyi baş edebileceklerini düşünebilmektedirler.

Öğrencilerinin üriner inkontinans farkındalık ölçeği kısıtlanma algıları arttıkça benlik saygıları azalmaktadır. Üriner inkontinans bireylerin yaşamında sosyal, psikolojik etkiler meydana getirerek kısıtlamalar yaşatabilmektedir. Bu durumun, bireylerin daha çok içe kapanmasına ve benlik saygılarının azalmasına neden olduğu düşünülebilir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Üniversite öğrencilerinin üriner inkontinans farkındalıklarının ve benlik saygılarının araştırıldığı bu çalışmada üriner inkontinans yaşayan öğrencilerin benlik saygılarının, üriner inkontinans yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Üniversite öğrencileri ile çalışan halk sağlığı hemşirelerinin, üriner inkontinans farkındalık artırma çalışmaları yapmaları ve üriner inkontinans yaşayan öğrenciler için de profesyonel sağlık yardımı almaları konusunda danışmanlık yapmaları, üniversite öğrencilerinin benlik saygılarında olumsuz değişim meydana gelmeden müdahale edilmesini sağlamış olacaktır. Üniversite öğrencilerinin üriner inkontinans farkındalıklarının araştırıldığı çalışmaların tüm üniversitelerde ve bununla birlikte tüm toplumda yapılması önerilmektedir.

Kısıtlılıklar

Bu çalışma sadece bir üniversitenin Hemşirelik, Ebelik ve Sosyal Hizmet Bölümü'nde öğrenim gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler ile sınırlıdır.

Bilgilendirme

Yazarların katkı oranı beyanı şöyledir: fikir/kavram ÖÖY, DÇE, MK, İAA; tasarım ÖB, YSO, ÖK; denetleme/danışmanlık İAA; veri toplama ve işleme ÖÖY, DÇE, MK; analiz ve yorum ÖÖY, DÇE, MK, İAA; kaynak taraması: ÖÖY, DÇE, MK; makalenin yazımı: ÖÖY, DÇE, MK; eleştirel düşünme: ÖÖY, DÇE, MK, İAA; araştırmanın bütçesi: ÖÖY, DÇE, MK, İAA. Araştırma bir üniversitenin etik kurulundan (Karar No: 2017/226-271) yazılı izin, araştırma kapsamındaki öğrencilerden sözel onam alınarak yapılmıştır. Bu araştırma, kamu, ticari veya kar amacı gütmeyen sektörlerdeki finansman kuruluşlarından

herhangi bir destek almamıştır. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Bu çalışmaya katılan gönüllülere teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J et al. An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodynam* 2010; 29: 4–20.
2. Özkan ZS, Sapmaz E. Reprodüktif çağıdaki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve etkileyen faktörler. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi* 2015; 26(2):101-106.
3. Yaz MP, Kurt S, Demirtaş Ö, Taşyurt A. Urinary incontinence and risk factors. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2015;37(1):30-36.
4. Schreiber Pedersen L, Lose G, Høybye MT, Elsner S, Waldmann A, Rudnicki M. Prevalence of urinary incontinence among women and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2017; 96(8): 939-948.
5. Almousa S, van Loon AB. The prevalence of urinary incontinence in nulliparous adolescent and middle-aged women and the associated risk factors: A systematic review. *Maturitas* 2018; 107: 78-83.
6. Çiftçi Ö, Günay O. Kayseri eğitim ve araştırma hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi* 2011; 33(4):301-308.
7. Yılmaz E, Muslu A, Özcan E. Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2014; 2(2): 1-14.
8. Koçak I, Okyay P, Dundar M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. *Eur Urol* 2005;48: 634–641.
9. Terzi H, Terzi R, Kale A. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler. *Ege Tıp Dergisi* 2013;52(1):15-19.
10. Coyne KS, Kvasz M, Ireland AM, Milsom I, Kopp ZS, Chapple CR. Urinary incontinence and its relationship to mental health and health-related quality of life in men and women in Sweden, the United Kingdom, and the United States. *Eur Urol* 2012;61: 88–95.
11. Peyrat L, Haillot O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. *BJU Int* 2002; 89(1): 61-66.
12. Bardino M, Di Martino M, Ricci E, Parazzini F. Frequency and determinants of urinary incontinence in adolescent and young nulliparous women. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2015; 28(6): 462-470.
13. Visser EH, Bock GH, Kollen BJ, Meijerink M, Berger MY, Dekker JH. Systematic screening for urinary incontinence in older women: Who could benefit from it? *Scand J Prim Health Care* 2012;30(1), 21-28.
14. Öztürk GZ, Toprak D, Basa E. yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 2012; 46(4): 170-6.
15. Strickland R. Reasons for not seeking care for urinary incontinence in older community-dwelling women: a contemporary review. *Urologic Nursing* 2014; 34(2), 63-68, 94.
16. Demir S, BEJİ NK. Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi ve sağlık arama davranışları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2015; 23(1), 23-31.
17. Szymanski KM, Cain MP, Whittam B, Kaefer M, Rink RC, Misseri R. Incontinence affects health-related quality of life in children and adolescents with spina bifida. *J Pediatr Urol* 2018; 14(3): 279-e1.
18. Von Gontard A, Baeyens D, Van Hoecke E, Warzak WJ, Bachmann C. Psychological and psychiatric issues in urinary and fecal incontinence. *Journal Urology* 2011; 185(4):1432–1436.
19. Grzeda MT, Heron J, von Gontard A, Joinson C. Effects of urinary incontinence on psychosocial outcomes in adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2017; 26(6), 649-658.
20. Mota RL. Female urinary incontinence and sexuality. *International Braz J Urol* 2017; 43(1): 20-28.
21. Avci İA, Öz Ö, Eren DÇ. Urinary incontinence prevalans, quality of life and awareness situations of individuals in a muslim community. *International Continence Society 42. Annual Meeting, September, 2017; Italy.*
22. Çuhadaroğlu F. Self-esteem in adolescents [master's thesis]. Ankara, Turkey: Department of Psychiatry, Medicine Faculty, Hacettepe University; 1986.
23. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
24. Durukan H, Tok EC, Tok D ve Aytan H. Mersin ilinde, hedef popülasyonda kadınların kendisi tarafından algılanan inkontinansın görülme sıklığı ve yaş gruplarına göre inkontinans tiplerinin dağılımı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2015;46: 1-5.
25. Lasserre A, Pelat C, Gueroult V, Hanslik T, Chartier-Kastler E, Blanchon T, et al. Urinary incontinence in french women: prevalence, risk factors and impact on quality of life. *Eur Urol* 2009; 6: 177–183.
26. Hunskar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int* 2004;93:324–30.

27. Svihra J, Luptak J, Svihrova V & Mesko D. Gender-specific external barriers to seeking care for urinary incontinence. *Patient Preference Adherence* 2012; 6: 773.
28. Luo Y, Parry M, Huang YJ, Wang XH. Nursing students' knowledge and attitudes toward urinary incontinence: A cross-sectional survey. *Nurse Educ Today* 2016;40:134-139.
29. Natale N, Kuhn S, Siemer S, Stöckle M, Von Gontard A. Quality of life and self-esteem for children with urinary urge incontinence and voiding postponement. *Journal Urology*. 2009; 182(2), 692-698.
30. Fouad R, Hafez S. Elderly urinary incontinence, self esteem and quality of life. *Alexandria Scientific Nursing Journal* 2017; 19(1), 91-108.

Kanser Hastalarında Konstipasyon Sıklığı ve Gelişme Riskinin İncelenmesi

Nazlı ÖZTÜRK *, Burcu ÇELİK KOCABIYIK **, Fatma ARIKAN ***, Hasan ŞENOL COŞKUN ****

Öz

Giriş: Konstipasyon kanser hastalarında sık görülen semptomlardan biri olup, bu semptomun görülmesinde hareket azlığı, yetersiz sıvı alımı, kemoterapi, radyoterapi gibi tedavi yöntemleri ve opioid kullanımı gibi birçok faktör etkili olabilmektedir. Kanser hastalarının konstipasyon gelişme riski açısından yakından izlenmesi bu semptomun erken dönemde tanılanmasına katkı sağlar. **Amaç:** Bu çalışmanın amacı onkoloji kliniğinde yatan kanser hastalarında konstipasyon sıklığı/gelişme riski ve konstipasyon gelişmesini etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesidir. **Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma Ekim 2018-Şubat 2019 tarihleri arasında 18 yaşından büyük, kanser tanısı almış 129 hasta ile yürütülmüştür. Veriler 'Birey Tanılama Formu' ve 'Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği' kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi Ki-kare, Mann-Whitney U testi analizi ile yapılmıştır. **Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 59 ± 1.12 yıl, %34.2 'si kadın, %65.8 'i erkek ve konstipasyon görülme sıklığı %62'dir. Hastaların konstipe olmasında sürekli opioid tedavisi alma, hastaneye yatış nedeni ve metastaz varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Sürekli opioid tedavisi alan ve destek tedavi almak amaçlı hastaneye yatan hastalarda konstipasyon oranı daha yüksekti ($p < .05$). Konstipe olmayan hastaların ise konstipasyon gelişme riskinin orta düzeyde (13.1 ± 4.3) olduğu saptanmıştır. **Sonuç:** Çalışmamızda onkoloji kliniğinde yatan hastaların çoğunluğunun konstipasyon yaşadığı, sürekli opioid tedavisi alma, destek tedavi alma ve metastaz varlığının hastaların konstipasyon yaşamasında etkili olduğu ve konstipe olmayan kanser hastalarının ise orta düzeyde risk altında olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Onkoloji, Konstipasyon, Hemşirelik.

Abstract

Investigation of Constipation Frequency and Development Risk in Cancer Patients

Background: Constipation is one of the common symptoms in cancer patients, and many factors such as lack of mobility, insufficient fluid intake, chemotherapy, radiotherapy and opioid use can be effective in this symptom. Close monitoring of cancer patients in terms of the risk of developing constipation contributes to the early diagnosis of this symptom. **Objectives:** The aim of this study is to determine the frequency / risk of development and some factors affecting the development of constipation in cancer patients hospitalized in the oncology clinic. **Methods:** This descriptive study in October 2018-February 2019, between the age of 18, was conducted with 129 patients who were diagnosed with cancer. The data were collected using 'Individual Identification Form' and 'Constipation Risk Assessment Scale'. The evaluation of the data was done by Chi-square, Mann-Whitney U test. **Results:** The mean age of the patients is 59 ± 1.12 years, 34.2% are women, 65.8% are men and frequency of constipation is 62%. It has been determined that there is a statistically significant difference between the patients being construed and continuous opioid treatment, the reason for hospitalization and the presence of metastasis. Constipation rate was higher in patients who were constantly receiving opioid therapy and hospitalized for supportive treatment ($p < .05$). It was found that the risk of developing constipation was moderate level (13.1 ± 4.3) in patients who were not constipated. **Conclusion:** In our study, it was determined that the majority of patients hospitalized in the oncology clinic experienced constipation, continuous opioid treatment, supportive treatment and the presence of metastasis were effective in patients' constipation and cancer patients who were not constipated were at moderate risk.

Key Words: Oncology, Constipation, Nursing.

Geliş tarihi: 21.08.2019

Kabul tarihi: 02.07.2020

Konstipasyon kanser hastalarında (1,2) ağrı ve anoreksiyadan sonra en sık görülen semptomlardan birisidir ve hastalığın ilerleyen dönemlerinde kanser hastalarının %43-58'inin bu semptomla karşılaştığı bildirilmiştir (1). Opioid analjezik kullanan terminal dönem kanser hastalarında ise konstipasyon görülme sıklığı %60 -%87 arasındadır (3). Kanser hastalarında konstipasyon nedenleri; birincil, ikincil ve iyatrojenik olmak üzere üç grupta sınıflandırılabilir (1,4). Birincil nedenler; hareket azlığı, düşük lifli diyet, yetersiz sıvı alımı ve utanma vb. gibi nedenleri kapsamaktadır. İkincil nedenler ise; bağırsak obstrüksiyonu, hipokalemi ve hiperkalsemi gibi metabolik etkiler ya da aşırı kusma sonucu fazla sıvı kaybını içermektedir (4). İyatrojenik konstipasyon ise tedavide kullanılan farmakolojik ajanların ve tıbbi müdahalelerin birer sonucudur (1-5). Opioidler, kemoterapik ilaçlar, antiemetikler, cerrahi ve radyoterapi konstipasyona neden olan faktörlerdir ve kanser hastaları en sık iyatrojenik nedenlere bağlı olarak konstipasyon deneyimlemektedir (1-5). Konstipasyon iyi yönetilmez ise defekasyon sırasında sert dışkılama ve aşırı zorlanma hastada anksiyete ve sıkıntıya, rektal ve abdominal ağrıya neden olur (4,5). Ayrıca organ prolapsusları, hemoroidler, anal fissür, fekal tıkaç, bağırsak tıkanması, bağırsak delinmesi gibi hastaların iyilik halini etkileyen birçok olumsuz duruma yol açmaktadır (6,7).

Kanser tedavi sürecinde, hastanın iyilik halini olumsuz etkileyen anoreksiya, bulantı, abdominal distansiyon, kusma, üriner retansiyon, konfüzyon, fekal inkontinans, konstipasyon gibi semptomlar; tedavi dozunun azaltılmasına, tedavinin sonlandırılmasına ya da hastaların tedaviyi bırakmalarına sebep olmaktadır (6-8). Bu nedenle konstipasyonun tanımlanmasında evet/hayır yanıtının yetersiz olduğu bildirilmektedir. Ayrıca kanser hastalarında opioid kullanımı, fiziksel aktivite yetersizliği, iştahta azalma ve sıvı alımının yetersizliği gibi hastalık sürecinde görülen sorunlar konstipasyon gelişme riskini artırdığı için kapsamlı değerlendirme önerilmektedir (4,6).

Bu çalışma, İkinci Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresinde Sözel Bildiri olarak sunulmuştur (24-27 Nisan 2019, Burdur, Türkiye) *Arş. Gör., Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya. E-posta: nazliozturk@akdeniz.edu.tr, ozturknaz@outlook.com, ORCID: 0000-0003-2108-0735 **Uzm. Hem., Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya. E-posta: nesil02005@hotmail.com, ORCID: 0000-0003-4166-9408 ***Dr.Öğr.Üyesi, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya. E-posta: farikan@akdeniz.edu.tr, ORCID: 0000-0003-0481-1903 ****Prof. Dr. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Antalya. E-posta: hs.coskun@yahoo.com, ORCID: 0000-0003-2969-7561

Kanser hastalarında konstipasyon semptomunun erken dönemde tanınmasında Dünya Gastroenteroloji Örgütü'nün önerdiği ROMA III tanı kriterlerinin kullanılması, konstipe olmayan hastalarda ise risk değerlendirmesinin yapılması bu semptomun onkoloji hemşireleri tarafından proaktif dönemde ele alınmasına katkı sağlamaktadır (8, 9,10).

Araştırma Soruları

- Onkoloji kliniğinde yatan kanser hastalarında konstipasyon sıklığı nedir?
- Onkoloji kliniğinde yatan kanser hastalarında konstipasyon görülme durumunu etkileyen faktörler nelerdir?
- Onkoloji kliniğinde yatan konstipe olmayan kanser hastaları konstipasyon açısından ne düzeyde risk altındadır?

Amaç

Bu çalışmanın amacı onkoloji kliniğinde yatan kanser hastalarında konstipasyon sıklığı, konstipasyon gelişme riski ve konstipasyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir çalışmadır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma Ekim 2018-Şubat 2019 tarihleri arasında Türkiye'nin güneyindeki bir üniversite hastanesinin Tıbbi Onkoloji I ve II Kliniklerinde yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma evrenini bir üniversite hastanesinin tıbbi onkoloji kliniğinde yatan, 18 yaşından büyük, araştırmaya katılmayı kabul eden ve kanser tanısı almış hastalar oluşturmuştur. Hastaların çalışmaya katılmaya gönülsüz olması ve irritabl bağırsak sendromunun bulunması dışlama kriterleri arasındadır. Veri toplama süreci Ekim 2018-Şubat 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir ve 129 hastaya ulaşılmıştır. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için G-Power istatistik analizi yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü için hesaplama yapıldığında $\alpha = 0.05$ ve 0.80 güç ile Cohen'in etki büyüklüğünün $w = 0.5$ için ulaşılabilecek minimum örneklem sayısı 124 kişi olarak belirlenmiştir (11).

Veri Toplama Araçları

Birey Tanılama Formu

Birey Tanılama Formu toplanan literatür bilgileri ışığında araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur (1,2,6). Birey Tanılama Formu; sosyodemografik veriler, hastalığa ilişkin veriler olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır ve toplam 12 maddelidir. Birey tanılama formunun sonunda kanser hastalarında konstipasyonu değerlendirmeye yönelik olarak Dünya Gastroenteroloji Örgütü (DGO)'nün önerdiği 5 maddeli ROMA III tanı kriterleri bulunmaktadır. Buna göre hastanın son 12 haftalık dönemde; haftada 3'ten az bağırsak hareketlerinin olması, defekasyonlarının %25'inden fazlasında sert dışkı bulunması, defekasyonlarının %25'inden fazlasında tam boşalamama hissi, defekasyonlarının %25'inden fazlasında aşırı zorlanma ve defekasyonlarının %25'inden fazlasında dijital manipülasyon durumları ROMA III tanı kriterleri arasındadır. Hastaların bunlardan en az ikisinin bulunduğunu rapor etmesi durumunda hastada konstipasyon var olarak kabul edilmiştir (12). ROMA III tanı kriterlerini sağlamayan hastalarda konstipasyon yok olarak kabul edilmiş ve Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile kanser hastasının konstipasyon açısından hangi risk grubunda olduğu değerlendirilmiştir.

Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği

Bu ölçek 2004 yılında Richmond J.P. ve Wright M.E. tarafından geliştirilmiştir (13). Koca, Kutlu, Yılmaz, Çeçen ve Esen tarafından 2009 yılında geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Cronbach $\alpha = 61.9$) (14). Toplam puan ve alt bölüm korelasyonları ($r = .47-.57$) anlamlı bulunmuştur. Ölçek; hastane koşulları, yaşam tarzı, fizyolojik ve psikolojik durum, ilaçlar olmak üzere toplam 4 alt boyuttan oluşmaktadır ve her alt boyutta hastaya sorulan soruların cevaplarına yönelik puanlar yer almaktadır. Hastaların ölçekten alacakları minimum puan 0 maksimum puan 63'tür. Ölçeğin sonunda bu puanlar toplanarak hastanın konstipasyon risk grubu tespit edilmektedir. Ölçekten alınan puan ≤ 10 ise düşük risk grubu, 11-15 arasında ise orta düzey risk grubunda, ≥ 16 ise kanser hastanın konstipasyon için yüksek risk grubunda olduğunu göstermektedir. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğinden alınan puanlar arttıkça hastada konstipasyon gelişme riski de artmaktadır (14). Ülkemizde konstipasyon gelişme riskinin bu ölçekle değerlendirildiği çalışmalar bulunmakla birlikte, kanser hastalarına uygulandığı bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verilerinin girilmesi için, lisanslı SPSS (23.0) istatistik paket programı kullanılmıştır. İncelenecek değişkenler için ortalama, medyan ve standart sapmalar hesaplanmıştır. Kanser hastalarında konstipasyon görülme durumuyla yaş, hastaneye yatış nedeni ve sürekli opioid tedavisi görme durumu arasında fark olup olmadığını değerlendirmek için Ki-kare, Mann-Whitney U testleri yapılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma için Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (26.09.2018, Karar No: 675) ve ilgili hastaneden kurum izni alınmış olup, çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği kullanımı için gerekli izinler alınmıştır. Çalışmaya katılan kanser hastalarına verilerin bu çalışma kapsamında kullanılacağı konusunda bilgi verilmiş olup, araştırma ve yayın etiğine uyulmuştur.

Bulgular

Hastaların yaş ortalamasının 59 ± 1.12 yıl (medyan = 60 yıl), %34.2'sinin kadın, %65.8'inin erkek, %65.9'unun ilköğretim mezunu olduğu, %79.1'inin metastazının bulunduğu, %59.7'sinin sürekli opioid tedavisi aldığı saptanmıştır (Tablo 1). Buna ek olarak hastaların tanı yılı ortalama 2.3 ± 2.7 (Medyan = 1.2 yıl) yıldır. Onkoloji kliniğinde yatan hastaların %39.5'inin daha önceden kemoterapi aldığı belirlendi. Hastaların kliniğe yatış nedeni %78.3 oranında destek tedavisi (ağrı yönetimi, solunum ve beslenme desteği) alma idi. Hastaların %80.6'sının oral beslenebildiği, %14'ünün total parenteral nutrisyon desteği aldığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik, Hastalık ve Tedaviye İlişkin Bazı Özellikleri (*n = 129)

| | n | % |
|---|-----|------|
| Yaş (yıl) (59 ± 1.12) (Ort \pm SS), Ortanca: 60 | | |
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 44 | 34.2 |
| Erkek | 85 | 65.8 |
| Eğitim Durumu | | |
| Okur-yazar değil | 11 | 8.5 |
| İlköğretim | 85 | 65.9 |
| Lise | 24 | 18.6 |
| Üniversite ve üstü | 9 | 7.0 |
| Ekonomik Durum | | |
| İyi | 12 | 9.3 |
| Orta | 104 | 80.6 |
| Kötü | 13 | 10.1 |
| Kanser tanısı alma süresi (yıl) ortalaması = 2.3 ± 2.7 | | |
| Hastaların Daha Önceden Aldıkları Tedaviler | | |
| Kemoterapi | 51 | 39.5 |
| Radyoterapi | 4 | 3.1 |
| Adjuvan | 46 | 35.7 |
| Aldığı tedavi yok | 25 | 19.4 |
| Destek | 2 | 1.6 |
| Cerrahi operasyon | 1 | 0.7 |
| Hastaneye Yatış Nedeni | | |
| Destek tedavi | 101 | 78.3 |
| Kemoterapi | 28 | 21.7 |
| Metastaz | | |
| Var | 102 | 79.1 |
| Yok | 27 | 20.9 |
| Sürekli opioid tedavisi alma durumu | | |
| Evet | 77 | 59.7 |
| Hayır | 52 | 40.3 |
| Hastaların Oral Alım Durumu | | |
| Oral alım var | 104 | 80.6 |
| Oral alım yok | 25 | 19.4 |
| Total Parenteral Nutrisyon tedavisi alma durumu | | |
| Evet | 18 | 14 |
| Hayır | ... | ... |
| Günlük alınan sıvı miktarı (cc) = 1526 ± 706 (**Min = 300cc-***Maks 4000cc) | | |
| Laksatif Kullanma Durumu | | |
| Evet | 50 | 38.8 |
| Hayır | 79 | 61.2 |

*Sayı **Minimum ***Maksimum

Onkoloji kliniğinde yatan konstipe olan ve olmayan hastaların yaş ortalamaları arasında farklılık bulunmamıştır ($p = .87$) (Tablo 2).

Tablo 2. Kanser Hastalarındaki Konstipasyon Durumunun Yaşa Göre Karşılaştırılması

| Yaş | Konstipe Olan Hastalar (n = 80) | | | | Konstipe Olmayan Hastalar (n = 49) | | | | ***p |
|-----|------------------------------------|------|------|-----------------------|------------------------------------|------|------|-----------------------|------|
| | n | *Ort | **SS | Ortanca (Min-Maks) | n | Ort | SS | Ortanca (Min-Maks) | |
| | 80 | 59.4 | 11.8 | 60 (36-83) | 49 | 58.2 | 12.3 | 60 (30-80) | .873 |

*Ortalama **Standart Sapma ***Mann Whithney U Testi

Kanser hastalarında cinsiyet ve opioid olmayan ilaç kullanma durumuna göre konstipasyon durumunda fark bulunmaz iken ($p = .086$, $p = .885$); metastaz varlığı, hastaneye yatış nedeni ve sürekli opioid kullanma durumuna göre konstipe olma durumunun istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ($p = .006$, $p = .006$, $p = .041$) (Tablo 3).

Tablo 3. Kanser Hastalarındaki Konstipasyon Durumunun Bazı Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

| Özellikler | Konstipasyon var (80, %) | | Konstipasyon yok (49, %) | | X ² | p |
|--------------------------|-----------------------------|------|-----------------------------|------|----------------|------|
| | n | % | n | % | | |
| Cinsiyet | | | | | | |
| Kadın | 32 | 40.0 | 12 | 24.4 | 3.253 | .086 |
| Erkek | 48 | 60.0 | 37 | 75.6 | | |
| Metastaz Varlığı | | | | | | |
| Var | 61 | 76.2 | 41 | 83.6 | 7.450 | .006 |
| Yok | 19 | 23.8 | 8 | 16.4 | | |
| Hastaneye Yatış Nedeni | | | | | | |
| Destek tedavi* | 62 | 77.5 | 28 | 57.1 | 5.970 | .015 |
| Kemoterapi | 18 | 22.5 | 21 | 42.9 | | |
| Opioid olmayan analjezik | | | | | | |
| Evet | 30 | 37.5 | 19 | 38.7 | .021 | .885 |
| Hayır | 50 | 62.5 | 30 | 61.3 | | |
| Sürekli opioid tedavisi | | | | | | |
| Evet | 53 | 63.7 | 24 | 48.9 | 4.180 | .041 |
| Hayır | 27 | 36.3 | 25 | 51.1 | | |

*Ağrı yönetimi, beslenme desteği, solunum desteği gibi kanser ve tedavisine bağlı semptomların yönetimi için yapılan tedavi

Tablo 4'e göre bu çalışmaya katılan 129 kanser hastasının %62'sinde konstipasyon olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Kanser hastalarının %56.6'sında haftada 3'ten az bağırsak hareketleri olduğu, %52.7'sinin defekasyonlarının %25'inden fazlasında sert dışkı bulunduğu, %46.5'inde defekasyonlarının %25'inden fazlasında tam boşalamama durumu varlığı saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Kanser Hastalarının Konstipasyon Tanı Kriterleri Bulunma Durumuna Göre Dağılımı

| | Var | | Yok | |
|---|-----|------|-----|------|
| | n | % | n | % |
| 1. Haftada üçten az bağırsak hareketlerinin var olma durumu | 73 | 56.6 | 56 | 43.4 |
| 2. Defekasyonların %25' inden fazlasında sert dışkı bulunma durumu | 68 | 52.7 | 61 | 47.3 |
| 3. Defekasyonların %25' inden fazlasında tam boşalamama durumu | 60 | 46.5 | 69 | 53.5 |
| 4. Defekasyonların %25' inden fazlasında aşırı zorlanma durumu | 43 | 33.3 | 86 | 66.7 |
| 5. Defekasyonların %25' inden fazlasında dijital manüplasyon durumu | 6 | 4.7 | 123 | 95.3 |
| 6. Hastada konstipasyon bulunma durumu | 80 | 62.0 | 49 | 38.0 |

Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği Bulguları

Bu çalışmada konstipe olmayan kanser hastalarının Konstipasyon Risk Ölçeği cinsiyet, hareketlilik, lif alımı, sıvı alımı ve kişisel inançların yer aldığı 1. alt boyuttan aldıkları puan ortalaması 4.69 ± 1.9 'dur. Hastaların hastane tuvaletlerini kullanırken bağırsak boşaltımı için zorlanma durumları ile sürgü kullanırken zorlanma durumlarını içeren 2. alt boyuttan aldıkları ortalama puan 1.42 ± 1.0 olarak saptanmıştır. Hastaların fizyolojik (Metabolik hastalıklar, pelvik durumlar, endokrin hastalıklar vb.) ve psikolojik (psikiyatrik hastalıklar ve öğrenme zorlukları) durumlarını içeren parametrelerin yer aldığı 3. alt boyut puan ortalamaları 1.30 ± 2.0 'dir. Hastaların Konstipasyon Risk Ölçeği 4. alt boyutu (Konstipasyon riskini artıran ilaçlar) puan ortalaması 5.44 ± 3.3 'dir. Konstipe olmayan 49 hastanın Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması ise 13.10 ± 4.3 olarak saptanmıştır (Tablo 5). Tablo 5' de konstipe olmayan kanser hastalarının Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği Risk Gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Buna göre hastaların %51'inin konstipasyon için orta risk grubunda, %26.5'inin düşük risk grubunda ve %22.4'ünün ise yüksek risk grubunda olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5. Konstipe Olmayan Kanser Hastalarının Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları ve Risk Grupları (n = 49)

| Toplam ve Alt Boyutlar | Min-Maks | *Ort ± (SS) |
|--|----------|--------------|
| Alt Boyut 1 | 1-8 | 4.69 ± 1.94 |
| Alt Boyut 2 | 0-4 | 1.42 ± 1.08 |
| Alt Boyut 3 | 0-8 | 1.30 ± 2.01 |
| Alt Boyut 4 | 0-14 | 5.44 ± 3.31 |
| Ölçek Toplam Puanı | 5-23 | 13.10 ± 4.35 |
| Risk Grupları | % | |
| Konstipasyon İçin Düşük Risk Grubu (puan ≤ 10) | 26.5 | |
| Konstipasyon İçin Orta Risk Grubu (11 < puan < 15) | 51 | |
| Konstipasyon İçin Yüksek Risk Grubu (puan ≥ 16) | 22.4 | |
| Toplam | 100 | |

*Ortalama ve Standart Sapma

Tartışma

Konstipasyon kanser hastalarında sık görülen bir sorun olup, ciddi rahatsızlıklara neden olabilen ve hastalar için stres kaynağı olan bir durumdur (3,14). Bu çalışmada hastaların %62'sinde konstipasyon saptanmıştır. Literatürde kanser hastalarının %43-%58'inde konstipasyon görüldüğü bildirilmiştir (1). Bu çalışma sonuçları literatürle benzerlik göstermekte olup kanser hastalarında konstipasyon oranı yüksek bulunmuştur.

Kanser hastalarında opioid ile ilişkili konstipasyon sıklığı %40 ile %80 arasında değişmektedir (15,16). Veiga ve arkadaşları (17) çalışmalarında kanser hastalarının (n = 694) %25.8'inde opioid ile ilişkili konstipasyon olduğunu belirtmişlerdir. İleri evre kanser hastalarında besin ve sıvı alımında bozulma, aktivitede sınırlılık (13) ve konstipasyon riskini artıran (antiemetik, sürekli opioid tedavisi ve kemoterapi vb.) ilaçların kullanımı fazladır (5). Konstipasyonun ileri evre kanser hastalarındaki prevalansı ise opioid kullanımındaki artış ve hastaların performans durumunda bozulma sonucu (%40-90) oldukça yüksektir (18,19). Boland ve Elaine (2017)'nin kanser hastalarında opioidle ilişkili konstipasyon sıklığını değerlendirdikleri çalışmasında ileri evre kanser hastalarında konstipasyon görülme sıklığı %52, opioid tedavi gören ileri evre kanser hastalarında ise %87 olarak belirtilmiştir (20). Abramowitz ve arkadaşlarının (2013), 520 kanserli hastada opioidle ilişkili konstipasyon ve bağırsak disfonksiyonunu değerlendirdikleri çalışmasında kanser hastalarının %61.7'sinin opioidle ilişkili konstipasyon deneyimlediği, laksatif kullanan hastaların %84.7'sinin ise laksatif kullanımına rağmen konstipasyonun devam ettiği belirtilmiştir (21). Bu çalışmada hastaların %59.7'sinin sürekli opioid tedavisi alması, %69.3'ünün kanser ve tedavisine bağlı gelişen semptomlar sonucu destek tedavisi için hastaneye yatması konstipasyon oranının yüksek olmasında etkilidir. Opioidler, bağırsaktaki düz kasların reseptörleri ile birleşip kasların kasılmasını azaltarak peristaltizmin azalmasına neden olur. Buna bağlı olarak kolonik geçiş süresi uzar, bu da giderek artan sıvı ve elektrolit emilimine neden olarak feçesin daha kuru olmasına dolayısıyla defekasyon sırasında tam boşalamamaya ve defekasyonlarda sert dışkı bulunmasına yol açar (17, 18, 22-24). Opioid kullanmaya başlayan hastalarda peristaltizm yaklaşık olarak 5-25 dakika sonra etkilenmeye başlar bu yüzden hastalar konstipasyonu uzun süreli opioid kullanımının bir yan etkisi olarak deneyimlemektedir (16,17).

Bu çalışmada kanser hastalarının yaş, cinsiyet ve opioid olmayan analjezik kullanımının konstipasyon görülme sıklığını etkilemediği belirlenmiştir. Yaş ve cinsiyet faktörlerinin konstipasyon oranları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmamasıyla birlikte konstipasyon görülme sıklığı kadın hastalarda daha fazlayken, konstipasyon yaşayan hastaların yaş ortalaması da daha yüksektir.

Şendir ve arkadaşlarının (10) ortopedi hastalarında ameliyat sonrası konstipasyon riskini değerlendirdiği bir çalışmada hastaların Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması 12.7 ± 4.7 ve Çelik ve arkadaşlarının (25)

abdominal cerrahi operasyon sonrası konstipasyon riskini değerlendirdiği bir çalışmada ise 11.7 ± 7.8 olarak belirlenmiştir (10,25). Bu çalışmada kanser hastalarının konstipasyon açısından orta düzeyde risk (13.10 ± 4.3) altında olduğu belirlenmiştir. Bunun nedeninin kanser hastalarının alt boyut 1(hareketlilik, lif ve sıvı alımı vb.) ve alt boyut 5(konstipasyon riskini artıran ilaç kullanımı)'teki puan ortalamalarının daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Lavan ve arkadaşlarının (2019), onkoloji hastalarında ilaç tedavilerinin yan etkilerini araştırdıkları çalışmasında 350 kanser hastasının %20'sinde bulantı ve kusma, %20'sinde ise konstipasyon görüldüğü belirlenmiştir. (26). Aynı çalışmada kanser hastalarının en çok yan etki yaşamalarına neden olan ilaçlar arasında %53.3 (sistemik antikanser tedavileri), %17.3 (opioidler) yer almaktadır (26). Dzierzanowski ve Ciałkowska-Rysz'in (2015) palyatif bakım alan hastalarda konstipasyon için davranışsal risk faktörlerini değerlendirdikleri çalışmasında yetersiz sıvı ve besin alımının bağırsak hareketi sıklıklarını azalttığı ve konstipasyon gelişme riskini arttırdığı belirlenmiştir (27).

Konstipasyon kanser hastası için zamanında tanımlanması ve yol açtığı yan etkilerin önlenmesi/en aza indirilmesi gereken önemli bir sorun olmakla birlikte konstipasyonun tanımlanmasında evet/hayır yanıtının yetersiz olduğu bildirilmiştir (28,29). Bu çalışmada konstipasyon değerlendirilmesinde önerilen yöntemlerden biri olan ROMA III tanı kriterleri kullanılmış ve konstipe olmayan kanser hastalarında ise risk değerlendirmesi konstipasyon risk değerlendirme ölçeği ile değerlendirilmiştir. Buna göre onkoloji kliniğinde yatan kanser hastalarında konstipasyon oranlarının yüksek, konstipasyon gelişme riskinin ise orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Konstipasyon semptomunun erken tanılmasında hastalarda son defekasyon tarihi, defekasyon sırasında zorlanma, sert dışkılama, dijital manüplasyon yapma gibi durumların sorgulanması gereklidir (12).

Kısıtlılıklar

Araştırmada örneklem grubunun farklı tıbbi tanılara sahip kanser hastalarından oluşan heterojen bir dağılıma sahip olması ve verilerin tek seferde toplanması konstipasyonu etkileyen faktörlerin izlem sürecinde değerlendirilememesi araştırmanın sınırlı yönlerini oluşturmaktadır.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Bu çalışmada konstipasyon semptomu ROMA III tanı kriterlerine göre değerlendirilerek semptomun objektif parametrelerle ölçümünün sağlanmasının önemine dikkat çekilmiştir ve literatüre bu konuda veri sağlanmıştır. Buna ek olarak kanser hastalarının kanser ve semptomları için destek tedavi amacıyla yatışı yapılan, metastazı olan ve opioid kullanan hastalarda konstipasyon/gelişme riskinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar onkoloji hemşirelerinin konstipasyonu/gelişme riskini erken dönemde tanımlamanın ve girişimler planlamanın önemini ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Onkoloji kliniğinde yatan hastalarda konstipasyon değerlendirmesinin evet/hayır şeklinde sorulması yerine ROMA III tanı kriterlerine göre hastaların değerlendirilmesi,
- Hastanın besin ve sıvı alımının diyetisyenle işbirliği içinde çalışarak desteklenmesi, immobil hastalara yatak içi egzersiz yaptırılması,
- Kanser hastasında ağrı yönetimi iyi yapılarak opioid ile ilişkili konstipasyonun yakından izlenmesi ve konuyla ilgili daha fazla sayıda çalışma yapılması önerilmektedir.

Bilgilendirme

Araştırma tasarımı ve fikir aşamasında NÖ, FA ve HŞÇ, verilerin toplanmasında BÇK ve NÖ, verilerin değerlendirilmesi ve raporlanmasında NÖ, FA'nın katkıları bulunmaktadır. Çalışma için Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (26.09.2018, Karar No: 675) ve ilgili hastaneden kurum izni alınmış olup, çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Bu çalışma herhangi bir fon tarafından desteklenmemiştir. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Yazarlar çalışmanın yürütülmesinde destek olan kanser hastalarına teşekkür etmektedir.

Kaynaklar

1. Wickham RJ. Managing constipation in adults with cancer. *J Adv Pract Oncol* 2017;8(2):149-61.
2. Gonzales LK, Delmastro MA, Boyd DM, Sterling ML, Aube PA, Le RN, et al. Adjusting bowel regimens when prescribing opioids in women receiving palliative care in the acute care setting. *Am J Hosp Palliat Care* 2016;33(7):663-8.
3. McIlfatrick S, Muldrew DHL, Beck E, Carduff E, Clarke M, Finucane A, et al. Examining constipation assessment and management of patients with advanced cancer receiving specialist palliative care: a multi-site retrospective case note review of clinical practice. *BMC Palliat Care* 2019;18(1):57.
4. Sayın Kasar K, Yıldırım Y. Konstipasyon. İçinde: Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2017: 533-548.
5. Lam WC, Zhong L, Liu Y, Shi N, Ng B, Ziea E et al. Hong Kong Chinese medicine clinical practice guideline for cancer palliative care: pain, constipation, and insomnia. *Evid Based Complement Alternat Med* 2019; 1-14.
6. Zhe H. The assesment and management of constipation among patients with advanced cancer in a palliative care ward in china: a best practice implementation project. *JBHI Database of System Rev Implement Rep* 2016;14(5):295-309.
7. Bengi G, Yalçın M, Akpınar H. Kronik konstipasyona güncel yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji* 2014;18(1):72-88.
8. Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. *Klinik çalışma. Ağrı Dergisi* 2015; 27(2):104-10.

9. Karadakovan A. Yaşlı Sağlığı ve Bakım. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014: 279-95.
10. Sendir M, Büyükyılmaz F, Asti T, Gürpınar S. Postoperative constipation risk assessment in Turkish orthopedic patients. *Gastroenterol Nurs* 2012; 35(2):106-13.
11. Cochran WG. Sampling techniques. New York: John Wiley & Sons; 1977: 1-448. ISBN: 978-0-471-16240-7.
12. Lindberg G, Hamid SS, Malfertheiner P, Thomsen OO, Fernandez LB, Garisch J et al. World Gastroenterology Organisation global guideline: constipation—a global perspective. *J Clin Gastroenterol* 2011;45(6):483-487.
13. Richmond JP, Wright ME. Review of the literature on constipation to enable development of a constipation risk assessment scale. *Clin Eff Nurs* 2004;9(1-2):37-48.
14. Kutlu Koca A, Yılmaz E, Çeçen D, Eser E. The reliability and validity of the turkish version of the constipation risk assessment scale. *Gastroenterol Nurs* 2010;34(3):200-8.
15. Haggmann C, Cramer A, Kestenbaum A, Durazo C, Downey A, Russel M et al. Evidence-based palliative care approaches to non-pain physical symptom management in cancer patients. *Semin Oncol Nurs* 2018;34(3):227-40.
16. Arthur J, Hui D. Safe opioid use: management of opioid-related adverse effects and aberrant behaviors. *Hematol Oncol Clin North Am* 2018;32(3):387-403.
17. Veiga DR, Mendonça L, Sampaio R, Lopes JC, Azevedo LF. Incidence and health related quality of life of opioid-induced constipation in chronic noncancer pain patients: a prospective multicentre cohort study. *Pain Res Treat* 2018; 2018:5704627.
18. Larkin PJ, Cherny NI, La Carpia D, Guglielmo M, Ostgathe C, Scotte F et al. ESMO Guidelines Committee. Diagnosis, assessment and management of constipation in advanced cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2018; 29(4):111-25.
19. Dzierżanowski T, Ciałkowska-Rysz A. The occurrence and risk factors of constipation in inpatient palliative care unit patients vs. nursing home residents. *Prz Gastroenterol* 2018; 13(4): 299-304.
20. Boland JW, Elaine G. Pharmacological therapies for opioid induced constipation in adults with cancer. *Bmj* 2017; 358: j3313.
21. Abramowitz L, Beziaud N, Labreze L, Giardina V, Causse C, Chuberre B et al. Prevalence and impact of constipation and bowel dysfunction induced by strong opioids: a cross-sectional survey of 520 patients with cancer pain: Dyonisos study. *J Med Econ* 2013; 16.12: 1423-1433.
22. Younes WO, Tawalbeh LI. Bowel management: constipation among patients with cancer. *J Palliat Care Med* 2017;(7)4.
23. Locasale RJ, Datto CJ, Margolis MK, Tack J, Coyne KS. The impact of opioid-induced constipation among chronic pain patients with sufficient laxative use. *Int J Clin Pract* 2015; 69.12: 1448-1456.
24. Wang PM, Hsu CW, Liu CT, Lai TY, Tzeng FL, Huang CF. Effect of acupuncture on constipation in patients with advanced cancer. *Support Care Cancer* 2019; 1-6.
25. Celik S, Atar NY, Ozturk N, Mendes G, Kuytak F, Bakar E et al. Constipation risk in patients undergoing abdominal surgery. *Iran Red Crescent Med J* 2015;17(6).
26. Lavan AH, O'Mahony D, Buckley M, O'Mahony D, Gallagher P. Adverse drug reactions in an oncological population: prevalence, predictability, and preventability. *Oncologist* 2019; 24(9): e968.
27. Dzierżanowski T, Ciałkowska-Rysz A. Behavioral risk factors of constipation in palliative care patients. *Supportive Care Cancer* 2015; 1787-1793.
28. Wickham RJ. Assessment of constipation in patients with cancer. *J Adv Pract Oncol* 2016;7(4):457-62.
29. İlaslan E, Özer Z, Kol E. Kolorektal kanserlerde palyatif bakım hemşireliği. *JAREN/ Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi* 2017;3(1):43-8.

Kemoterapi ve Radyoterapi Alan Hastalarda Oral Mukozit: Bir Gözden Geçirme

Seher ÇAKMAK*, Nesrin NURAL**

Öz

Oral mukozit, kemoterapi ve/veya radyoterapiyi takiben oral mukoza bütünlüğünün bozulmasıyla ortaya çıkmaktadır. Özellikle baş-boyun bölgesine uygulanan radyoterapi, antimetabolit ve alkilyeyici kemoterapi ajanları oral mukozit sıklığında ve şiddetinde artışa neden olmaktadır. Oral mukozit gelişen hastalarda ağız/boğazda ağrı, enfeksiyon ve kanama gibi ciddi komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır. Ayrıca günlük yaşam aktivitelerinde bozulma, sıvı, besin ve analjezi desteği, hastanede yatış süresinin uzaması ve tedavi maliyetinde artış gibi klinik ve ekonomik sonuçları olabilmektedir. Oral mukozitin önlenmesi/tedavisinde farmakolojik ve farmakolojik olmayan birçok ajan kullanılmaktadır. Bu derlemede oral mukozitin tanımı, epidemiyolojisi, gelişme mekanizması, etiyojisi/risk faktörleri, klinik/ekonomik sonuçları, değerlendirilmesi, önlenmesi/tedavisi ve hemşirenin rolü tartışılacaktır.

Anahtar Sözcükler: Hematopoetik Kök Hücre Nakli, Kemoterapi, Oral Mukozit, Radyoterapi.

Abstract

Oral Mucositis in Patients Undergoing Chemotherapy and Radiotherapy: A Review

Oral mucositis is caused by disruption of oral mucosal integrity following chemotherapy and / or radiotherapy. Especially head and neck radiotherapy, antimetabolite and alkylating chemotherapy agents cause an increase the frequency and severity of oral mucositis. In patients with oral mucositis emerges serious complications such as pain in the mouth / throat, infection and bleeding. It may also have clinical and economic consequences such as deterioration in daily living activities, fluid, nutrient and analgesia support, prolonged hospital stay and increased treatment cost. Many pharmacological and non-pharmacological agents are used in the prevention / treatment of oral mucositis. In this review, the definition, epidemiology, developmental mechanism, etiology / risk factors, clinical / economic outcomes, evaluation, prevention/treatment of oral mucositis and the role of nurse will be discussed.

Key Words: Hematopoietic Stem Cell Transplant, Chemotherapy, Oral Mucositis, Radiotherapy.

Geliş tarihi: 17.10.2019

Kabul tarihi: 23.05.2020

Oral mukozit (OM), kanser tedavisinin yaygın bir toksisitesidir. Bu komplikasyon kemoterapi (KT), radyoterapi (RT) ve hematopoetik kök hücre naklinin (HKHN) bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (1, 2). Klinik bulgular hafif ağrı ve eritemden ağırlı şiddetli ülserasyonlara kadar değişmektedir. Oral mukozitin gelişiminde rol oynayan birçok faktör bulunmaktadır. Şiddetli OM yeme, yutma ve konuşma güçlüklerine neden olarak hastanın günlük işlevlerini ve yaşam kalitesini bozmaktadır (3, 4). Bu derlemede OM'nin tanımı, epidemiyolojisi, gelişme mekanizması, etiyojisi/risk faktörleri, klinik/ekonomik sonuçları, değerlendirilmesi, önlenmesi/tedavisi ve hemşirenin rolü tartışılacaktır.

Gelişme

Oral Mukozitin Tanımı

Oral mukozit, KT ve/veya RT'nin bir sonucu olarak oral mukozada meydana gelen ülseratif ve inflamatuvar değişiklikler ile karakterizedir (1, 5).

Oral Mukozitin Epidemiyolojisi

OM, kanser tedavisinin yaygın ve zayıflatıcı toksisitelerinden biridir. Yüksek doz kemoterapi (YDKT) alan hastalarda OM insidansı standart doz KT alan hastalara göre daha yüksektir. Standart doz KT alan hastaların %12-51'inde (6-8), HKHN için YDKT alan hastaların %58-99'unda (2, 9, 10) OM geliştiği bildirilmektedir. Ağız, orofarenks ve nazofarenks kanserleri için baş-boyun bölgesinden RT alan hastaların ise %80-100'ünde (1, 11) ortaya çıkmaktadır.

Oral Mukozitin Gelişme Mekanizması

Oral mukozit, KT alan hastalarda sıklıkla yumuşak damak, yanak ve dudakların hareketli keratinsiz mukozası, dilin ventral yüzeyi ve ağız tabanı, daha az sıklıkta diş eti, dilin dorsal yüzeyi ve sert damakta gelişmektedir (12, 13). Radyoterapi alan hastalarda ise ışın verilen bölgeye göre değişmektedir (1). Kemoterapiye bağlı OM ilaç infüzyonundan yaklaşık 3-5 gün sonra başlamakta, 7-14. günlerde şiddeti artmakta ve 5-10 gün içinde iyileşmektedir (14). Radyoterapiye bağlı OM, RT'nin başlangıcından itibaren 2 hafta içinde veya sonrasında gelişmekte ve sekiz haftaya kadar devam etmektedir (15). YDKT alan ve HKHN yapılan hastalarda da OM, nakilin 1-14. günlerinde ortaya çıkmakta ve 2-40 gün sürmektedir (16).

Kemoterapi ve/veya RT doğrudan ve dolaylı yollardan hücre hasarına neden olmaktadır. OM oluşumunda beş aşamalı karmaşık biyolojik olaylar zinciri gerçekleşmektedir. Bunlar (1, 17):

Başlatma: KT ve/veya RT, epitel, vasküler endotel, fibroblastlar ve doku makrofajlarından reaktif oksijen türlerinin (ROT) üretimine yol açmaktadır. ROT'lar DNA, lipidler, konnektif doku ve diğer biyomoleküllere zarar vermektedir. KT seramid sentezini, RT'de nükleer faktör-kappa B'yi (NF-κB) uyarmaktadır.

Birincil hasar yanıtı: Birincil hasara yanıt olarak DNA hasarı ve ROT'lar; (1) fibronektin parçalanmasına, (2) gen ekspresyonunu uyaran NF-κB aktivasyonuna ve proinflamatuvar sitokinlerin salınımına (TNF-α, interlökin (IL) -1β ve IL-6) ve (3) sfingomyelinaz ve seramid sentezinden dolayı seramid yoluna neden olmaktadır. Serbest kalan sitokinler epitel, endotel ve bağ dokusunda doku hasarına ve apoptozise yol açmaktadır. Mukozada inceleme ve eritemli alanlar gelişmektedir.

* Araş. Gör., Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Trabzon, E-mail: sehercakmak@ktu.edu.tr, seher.seher61@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4684-8333>. ** Prof. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Trabzon, E-mail: nural@ktu.edu.tr, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2100-7386>.

Sinyal İletimi ve Amplifikasyon: Birincil hasar yanıtı sırasında üretilen proteinlerin çoğu, pozitif geri besleme döngüleri yoluyla ek yaralanmayı uyarmaktadır. Pro-inflamatuvar sitokin TNF- α , NF- κ B, sfingomiyelinaz ve TNF reseptör ailesini aktive etmektedir. Bu geri besleme döngüleri, başlangıçtaki biyolojik sinyalleri artırarak ve güçlendirerek ilk yaralanmanın tepkisini büyütür. Bu geri besleme döngüleri sadece doku hasarını arttırmakla kalmaz, aynı zamanda KT veya RT verildikten sonraki günler boyunca sinyaller vermeye devam ederek hasarı uzatmaktadır.

Ülserasyon: Bu aşama, mukozal bütünlüğün bozulduğu aşamadır. Epitel kaybı, bazal membranda bozulmaya, ülser psödomembran oluşumuna ve inflamatuvar eksüdaya yol açmaktadır. Ülserasyon aşaması çok ağrılıdır, çünkü lamina propriadaki sinir uçlarını örten koruyucu bariyer kaybolmuştur. Ortaya çıkan mikrokoagülasyon ve nötrojenik durum, ikincil enfeksiyon üretimi ile beraber Gram-negatif bakteri ve maya kolonizasyonunu kolaylaştırır. Bakteriyel ekzotoksinler, daha fazla IL-1 β , TNF- α ve nitrik oksit salınımı ile mononükleer patlamayı indükleyerek inflamatuvar reaksiyonu şiddetlendirmektedir.

İyileşme: Siklooksijenaz-2 (COX-2) aktivasyonu yeni anjiyogenezisi desteklemektedir. Epitel hücreleri çoğalmakta ve ülseratif yarayı kapatmak için göç etmektedir. Submukoza hücreleri yenilenmektedir. Eski dokuya tam olarak benzemeyen yeni doku oluşmaktadır.

Oral Mukozitin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Kişisel ve tedavi özelliklerine bağlı olarak OM görülme sıklığı ve şiddeti değişmektedir. Oral mukozit gelişmesine ve şiddetine katkıda bulunan kişisel özellikler; daha genç ya da ileri yaşta olmak, kadın cinsiyet, ağız sağlığı hijyeninin kötü olması, akut ya da kronik periodontal hastalıklar, enfeksiyonlar, yetersiz beslenme durumu, beden kitle indeksinin düşük olması, ağız kuruluğu, tükürük bezi salgılama işlev bozukluğu, kemik iliğinin baskılanması, ciddi nötrojeni, komorbid durumlar, sigara içme, alkol kullanımı ve geçirilmiş OM'dir (3, 8, 18, 19). Tedaviye bağlı özellikler ise tedavinin türü, dozu ve verilme yolu ile ilgilidir. Tedavide alküleyici (busulfan, melfalan, siklofosamid), antimetabolit (metotreksat, 5-fluorourasil [5-FU]), timidin sentetaz inhibitörleri (metotreksat), topoizomera II inhibitörleri (etoposid, irinotekan), primidin analogları (sitozin arabinozid [ARA-C]), pürin analogları (6-mercaptopürin ve 6 tioguanin) ya da antrasiklin (idarubisin, doksorubisin, daunorubisin) KT ajanlarının kullanılması, baş-boyun bölgesinden RT uygulanması ve KT'nin RT ile birlikte uygulanması OM gelişimi için yüksek riskli durumlardır (19-21). Sitotoksik ajanların bolus ve sürekli infüzyon şeklinde uygulanması ile mukozit gelişme riski artmaktadır (22). HKHN planlanan hastalara uygulanan hazırlık rejiminin tipi ve yoğunluğu, hazırlık rejiminin tüm beden ışınlanması (TBI) ile kombinasyonu ve allojenik HKHN (aHKHN) yapılan hastalarda uygulanan graft versus host hastalığı (GVHH) profilaksisi OM sıklığı ve şiddetini önemli derecede arttırmaktadır (2, 9, 16, 19).

Oral Mukozitin Klinik ve Ekonomik Sonuçları

Oral mukozitte ilk klinik bulgu, oral mukozada veya dil üzerinde oluşan eritemli alanlardır (23). Oral mukozitin şiddeti ilerledikçe eritemli alanların büyüklüğünde artma, yaygın beyaz kabuklu alanlar, ağrılı ülserasyonlar ve kanama odakları gelişmektedir (24).

Oral mukozitin klinik ve ekonomik sonuçları genellikle mukozitin ileri evrelerinde görülmektedir. Ciddi mukozit, hastaların ağız boşluğunda ve/veya boğazlarında şiddetli ağrı yaşamalarına ve dolayısıyla opioid analjezik kullanımına neden olmaktadır (3, 9). Ağrı, hastaların çiğneme, yutma ve konuşma yeteneklerini bozarak yetersiz sıvı/besin alımına, malnütrisyona ve iletişim sorunlarına yol açmaktadır (3, 8). Yeterince beslenemeyen hastalarda kilo kaybı, dehidratasyon, mukozada ülserasyon, sıvı-elektrolit dengesizliği gelişebilmekte ve total parenteral beslenme (TPB) başlanabilmektedir (18, 25). Sonuçta, hastaların hastanede yatış süreleri uzamakta, tedavi maliyetleri artmakta ve yaşam kaliteleri bozulmaktadır (9, 26). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında; OM'si olmayan hastaların ortalama hastanede yatış maliyeti KT siklusu başına 3893 dolar iken OM'li hastalar için ortalama hastanede yatış maliyetinin KT siklusu başına 6277 dolar olduğu belirtilmektedir (27).

Oral kanama ve enfeksiyon OM'nin diğer önemli komplikasyonlarıdır. Ülserleşmiş oral mukozada mikroorganizmalar için giriş kapısı oluşturarak bakteriyel/fungal/viral enfeksiyon gelişme riskini arttırmaktadır. Enfeksiyonlar, yalnızca oral mukozada sınırlı kalabileceği gibi, sistemik enfeksiyon ve septisemi de gelişebilmektedir (28). Kanser tedavisinin yan etkisi olan trombositopeni hastaları oral kanama ve ülserasyonlara daha duyarlı hale getirmektedir. Diş çürüğü, periodontal hastalık, uygun olmayan protezler ve buna benzer diğer problemler, kanser tedavisine başlamadan önce çözümlenmelidir (29).

Şiddetli OM'ye bağlı olarak gelişen semptomlar, TPB ihtiyacı, febril nötrojeni, tekrarlayan enfeksiyonlar ve analjezik gereksinimi hastanede yatış süresinin uzamasına, sekonder komplikasyonların gelişmesine, ek tedavi maliyetine, günlük yaşam aktivitelerinin bozulmasına ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (9, 27, 30). Ayrıca hastalar iče kapanma, uykusuzluk, huzursuzluk, anksiyete, depresyon ve sosyal izolasyon gibi psikososyal sorunlar da yaşamaktadır (3, 30, 31).

Oral Mukozitin Değerlendirilmesi

Oral mukozitin şiddetini belirlemede çok sayıda ölçek kullanılmaktadır. Bu ölçeklerden Dünya Sağlık Örgütü Oral Toksikite Skalası (WHO OTS - World Health Organization Oral Toxicity Scale) klinik uygulamada sıklıkla tercih edilen kullanımı kolay bir ölçektir. DSÖ'ye göre OM anatomik, semptomatik ve fonksiyonel yönlerden evre 0 ile 4 arasında derecelendirilmektedir. Diğer ölçeklerden bazıları; Ağız Değerlendirme Rehberi (OAG - Oral Assessment Guide), Ulusal Kanser Enstitüsü Yan Etkiler için Genel Terminoloji Kriterleri (NCI-CTC - National Cancer Institute - Common Terminology Criteria for Adverse Event), Kanser Hemşireliği Araştırma Batı Konsorsiyumu (WCCNR - Western Consortium for Cancer Nursing Research) Stomatit Evreleme Sistemi, Radyasyon Tedavisi Onkoloji Grubu (RTOG - Radiation Therapy Oncology Group) Evreleme Sistemi ve Oral Mukozit Değerlendirme Skalasıdır (OMAS - Oral Mucositis Assessment Scale) (Tablo 1). (2, 32-35)

Tablo 1. Oral Mukozit Puanlama Ölçekleri

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|-------------|------------------------------------|---|--|--|---|
| Dünya Sağlık Örgütü Oral Toksikite Skalası (World Health Organization Oral Toxicity Scale) | Normal | Hassasiyet ± eritem | Eritem, ülserler Hasta katı gıdalar alabilir | Ülserler, yaygın eritem Hasta katı gıdaları alamaz | Mukozit çok yaygın Şiddetli ağrı ve kanama var Oral beslenme mümkün değildir | - |
| Ağız Değerlendirme Rehberi (Oral Assesment Guide-OAG) | | | | | | |
| Ses | - | Normal | Normalden daha boğuk veya çatlak | Konuşma sırasında zorlanıyor | - | - |
| Yutkunma | - | Normal | Yutkunma sırasında hafif ağrı | Yutkunamıyor | - | - |
| Dudaklar | - | Pürüzsüz, pembe ve nemli | Kuru veya çatlamış | Dudaklarda yara veya kanama var | - | - |
| Dil | - | Pembe ve nemli, papilla mevcut | Kızarık veya kızarıklık olmadan dilin üstü kirli sarı bir tabakayla kaplanmış | Çatlamış | - | - |
| Tükürük | - | Sulu | Koyu veya yapışkan | Yok | - | - |
| Oral mukoza | - | Pembe ve nemli | Kırmızı veya beyaz bir tabaka ile kaplanmış, ağız yarası yok | Ağız yarası var ± kanama | - | - |
| Diş etleri | - | Pembe ve normal | Ödemli ± kızarıklık | Kanama var (spontan ya da basınç uygulaması ile) | - | - |
| Dişler/protez | - | Temiz, ölü doku yok | - | Diş ve dişeti arasındaki sınırdaki protezin yerleştiği alanda plak ya da ölü doku mevcut | - | - |
| Total Oral Mukoza Puanı (OMP) | 8-14 – O219 | Oral müköz membranda bozulma riski | 14-24 – T045 | Oral müköz membranda bozulma | | |
| Kanser Hemşireliği Araştırma Batı Konsorsiyumu (WCCNR-Western Consortium for Cancer Nursing Research) Stomatit Evreleme Sistemi | | | | | | |
| Lezyon | Yok | 1-4 | >4 | Ağız yüzeyinin >%50 lezyonlarda birleşme | - | - |
| Renk | Pembe | Hafif kırmızı | Orta derecede kırmızı | Çok kırmızı | - | - |
| Kanama | Yok | - | Yemek veya ağız bakımı esnasında | Kendiliğinden | - | - |
| Radyasyon Tedavisi Onkoloji Grubu (RTOG - Radiation Therapy Oncology Group) | Normal | Eritem | <1.5 cm yamalı lezyon, birbiri ile birleşik değil | <1.5 cm küçük yamalı lezyon, birbiri ile birleşik | Derin ülserler ± kanama | - |
| Tablo 1 Devamı. Oral Mukozit Puanlama Ölçekleri | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ulusal Kanser Enstitüsü Yan Etkiler için Genel Terminoloji Kriterleri (NCI-CTC-National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Event) | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|------------|---|---|---|---|---------------------------|
| Kemoterapiye bağlı stomatit / farenjit (oral / farengeal mukozit) | Yok | Ağrısız ülserler, eritem ya da lezyon olmaksızın hafif ağrı | Ağrılı eritem, ödem ya da ülserler, fakat oral beslenme mümkündür | Ağrılı eritem, ödem ya da ülserler, intravenöz hidrasyon gereklidir | Şiddetli ülserasyon, parenteral ya da enteral beslenme desteği ya da profilaktik entübasyon gereklidir | Toksisite ile ilgili ölüm |
| HKHN (stomatit / farenjit, oral / farengeal mukozit) | Yok | Ağrısız ülserler, eritem ya da lezyon olmaksızın hafif ağrı | Ağrılı eritem, ödem ya da ülserler, fakat oral beslenme mümkündür | Ağrılı eritem, ödem veya yutmayı önleyen veya hidrasyon veya parenteral (veya enteral) beslenme desteği gerektiren ülserler | Profilaktik entübasyon gerektiren veya belgelenmiş aspirasyon pnömonisi ile sonuçlanan ciddi ülserasyon | Toksisite ile ilgili ölüm |
| Radyoterapi kaynaklı mukozit | Yok | Mukozada eritem | Yamalı, psödomembranöz reaksiyon (en büyük boyutta ve bitişik olmayan genellikle <1.5 cm yamalar) | Psödomembranöz reaksiyon (en büyük boyutta genellikle >1.5 cm bitişik yamalar) | Ülserasyon ve ara sıra kanama ufak travma veya aşınma ile uyarılmaz | Toksisite ile ilgili ölüm |
| Oral Mukozit Değerlendirme Skalası (OMAS - Oral Mucositis Assessment Scale) | | | | | | |
| Üst dudak | | | | | | |
| Alt dudak | | | | | | |
| Sağ yanak | | | | | | |
| Sol yanak | Eritem yok | Eritem şiddetli değil | Eritem şiddetli | - | | |
| Sağ ventral ve lateral dil | Lezyon yok | Lezyon <1 cm ² | Lezyon 1-3 cm ² | Lezyon > 3 cm ² | | |
| Sol ventral ve lateral dil | | | | | | |
| Ağız tabanı | | | | | | |
| Yumuşak damak | | | | | | |
| Sert damak | | | | | | |

Oral Mukozitin Önlenmesi ve Tedavisi

Kanser tedavisine başlamadan önce ağız boşluğu muayenesinin yapılarak normal ve anormal durumların belirlenmesi önemlidir (28).

Oral mukozitin önlenmesi ve tedavisinde kanıta dayalı klinik uygulama rehberleri bulunmaktadır. Bunlardan biri, Çok Uluslu Kanser Destek Bakım Birliği/Uluslararası Oral Onkoloji Birliği [MASCC/ISOO (The Mucositis Study Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology)] tarafından geliştirilmiştir (36). Kanser tedavisi alan hastalarda OM'yi önlemede temel ağız bakımının önemini vurgulayan MASCC/ISOO, OM için temel ağız bakımı stratejileri hakkında üç set klinik uygulama rehberi yayınlamıştır. 2004 ve 2007'de yayınlanan ilk iki rehberde, kanser tedavisinin neden olduğu OM'yi azaltmak için ağız bakımı protokollerinin kullanılması önerilmiştir. 2007 MASCC/ISOO kılavuzunda, mevcut kanıtlara dayanarak kanser tedavisinden önce diş hekimi değerlendirmesi, klinik muayene için onaylanmış araçların kullanımı, hastanın kendi kendine raporu, ağız bakımına disiplinlerarası bir yaklaşım, düzenli ve sistematik ağız bakım rejiminin uygulanması onaylanmıştır. Ağız bakım rejimi, yumuşak bir diş fırçası ile diş fırçalamayı, düzenli diş fırçasını değiştirmeyi, diş ipi kullanımını, yumuşak çözeltiler ile gargarayayı ve nemlendiricilerin kullanımını içermektedir. (36). Son olarak 2019 yılında MASCC / ISOO kılavuzu güncellenmiştir. Son güncelleme ile kılavuza OM'nin önlenmesine katkıda bulunabilecek hasta eğitimi eklenmiştir (37). Diğer rehber ise, Amerikan Onkoloji Hemşireliği Derneği [ONS (Oncology Nursing Society)] tarafından geliştirilmiştir. Bu rehber de, MASCC/ISOO'ya benzer şekilde 2019 yılında güncellenmiştir. Rehberde, uygulama için önerilen ve etkili olması muhtemel tedaviler yer almaktadır (38).

Oral mukozitin önlenmesi/tedavisinde kullanılan farmakolojik ve farmakolojik olmayan ürünler şunlardır:

Farmakolojik Ürünler

Benzidamin hidroklorid: Lokal analjezik, anestetik, antioksidan ve antiinflamatuvar etkileri bulunan steroid olmayan bir ilaçtır (39). Yapılan çalışmalarda, baş-boyun bölgesinden RT alan hastalara uygulanan benzidamin hidrokloridinin OM'nin başlama zamanı, sıklığı, şiddeti ya da süresinde azalma sağladığı saptanmıştır (40-42). MASCC/ISOO kanıta dayalı klinik uygulama rehberinde de, KT olmadan orta doz RT alan (50 Gy'ye kadar) baş ve boyun kanserli hastalarda OM'yi önlemek için benzidamin gargara kullanımı önerilmektedir (kanıt düzeyi I) (43).

Klorheksidin: Antimikrobiyal özelliği bulunmaktadır (44). Yapılan çalışmalarda, OM'nin şiddetini önlemede ya da azaltmada önemli bir etkisinin olmadığı belirtilmektedir (45, 46). Tat algısında değişme, dil ve dişlerde lekelenme gibi yan etkileri bulunmaktadır (46). MASCC/ISOO kanıta dayalı klinik uygulama rehberinde, baş-boyun RT'si (kanıt düzeyi III) uygulanan hastalarda OM'yi önlemek için klorheksidin kullanımını önerilmektedir (37).

Sukralfat: Oral ve gastrointestinal sistem ülserlerinin tedavisinde kullanılmaktadır (45). Ala ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada, sukralfatın 5-Fu kaynaklı OM'nin sıklığı ve şiddetinde azalma sağladığı saptanmıştır (47). MASCC/ISOO kanıta dayalı klinik uygulama rehberinde de, RT ile tedavi edilen baş-boyun kanseri hastalarında OM ile ilişkili ağrının önlenmesi için kombine topikal ve sistemik sukralfat kullanımı (kanıt düzeyi II), RT ile tedavi edilen baş-boyun kanseri hastalarında OM ile ilişkili ağrının tedavisi için topikal sukralfat kullanımı (kanıt düzeyi III) ve KT ile tedavi edilen solid kanseri olan hastalarda OM ile ilişkili ağrının tedavisi için kombine topikal ve sistemik sukralfat kullanımı önerilmemektedir (kanıt düzeyi II) (48).

Palifermin (Rekombinant İnsan Keratinosit Büyüme Faktörü): Çeşitli dokularda epitel hücrelerinin büyümesini uyarmaktadır (49). Adil ve arkadaşlarının (2019) HKHN sonrası paliferminin OM ve aGvHH üzerindeki etkinliğini değerlendirmek için yaptıkları metaanaliz çalışmada, güncel vaka kontrol çalışmalarının metaanalizinde palifermin tedavisinin OM'nin insidansını ve ciddiyetini önemli ölçüde azalttığı, ancak randomize kontrollü çalışmalarda OM derecelerinde anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır (50).

Kalsiyum fosfat elektrolit çözeltisi: FDA tarafından onaylanmış bir ilaçtır (51). Farklı kanser tedavileri alan hastalar ile yapılan çalışmalarda kalsiyum fosfat elektrolit çözeltisinin OM'nin insidansını, şiddetini ve süresini azaltmada etkili olmadığı gösterilmiştir (52-54).

Çinko sülfat: Homeostazın sürdürülmesinde, yara iyileşmesinde ve bağışıklık sistemini güçlendirmede etkilidir (55). Rambod ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2018), çinko sülfatın KT alan lösemi hastalarında OM'nin insidansını ve şiddetini azalttığı saptanmıştır (56). Metaanaliz çalışmada ise, oral çinko sülfatın kanser hastalarında KT'nin indüklediği OM'nin insidansını ve şiddetini önleme veya azaltmada herhangi bir klinik faydası olamayacağı sonucuna varılmıştır (57).

Glutamin: Glutamin vücutta bol miktarda bulunan çok yönlü bir aminoasittir (58). On beş çalışmanın dahil edildiği sistematik derlemede, KT ve/veya RT alan hastalarda oral glutaminin mukozit süresini, şiddetini ve başlangıç zamanını azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (59). Pathak ve arkadaşlarının (2019) orofarenks ve larenks karsinomlu hastalarda kemoradyoterapiye (KRT) bağlı OM ve disfajinin tedavisinde oral glutaminin rolünü ve etkinliğini belirlemek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, glutaminin OM ve disfajinin insidansını ve ciddiyetini önemli ölçüde azalttığı ve başlamasını geciktirdiği bildirilmektedir (60). Diğer çalışmada ise, glutaminin şiddetli mukozitin önlenmesinde yararlı olabileceği fakat kanıtların zayıf olduğu belirtilmektedir (61). MASCC/ISOO kanıta dayalı klinik uygulama rehberinde de, KT ile birlikte RT alan baş ve boyun kanseri hastalarında OM'nin önlenmesi için oral glutamin kullanımını önerilmektedir (kanıt düzeyi II) (55).

Düşük doz lazer tedavisi: Profilaktik düşük doz lazer tedavisi, şiddetli mukoziti ve ağrıyı azaltmaktadır (62, 63). Silva ve arkadaşlarının (2015) YDKT alan ve HKHN uygulanan hastalar ile yaptığı çalışmada, düşük doz lazer tedavisi uygulanan hastaların %72.8'inde derece 0-1, %27.2'sinde derece 2 OM geliştiği ve hastaların hiçbirinde derece 3 veya 4 OM gelişmediği saptanmıştır (64). MASCC / ISOO kanıta dayalı klinik uygulama rehberinde de, TBI olan veya olmayan, YDKT ile şartlandırılmış HKHN yapılan yetişkin hastalarda (kanıt düzeyi I), KT almaksızın baş-boyun bölgesine RT uygulanan yetişkin

hastalarda (kanıt düzeyi II) ve baş-boyun kanseri için RT ve KT alan yetişkin hastalarda (kanıt düzeyi I) OM'nin önlenmesi için düşük seviyeli lazer tedavisi kullanılarak ağız içi fotobiyomodülasyon tedavisinin kullanımı önerilmektedir (65).

Farmakolojik Olmayan Ürünler

Kriyoterapi (Oral soğutma): Özellikle bolus KT uygulaması sırasında ağız içerisine buz parçacıklarının yerleştirilmesi ile uygulanan ucuz ve kolay bir profilaktik tedavi yöntemidir. Kriyoterapi lokal vazokonstriksiyon ile oral mukozaya olan kan akımını azaltmaktadır. Böylece mukozadaki epitelyal ve bazal hücrelerin metabolik fonksiyonları en aza inerek OM gelişimi önlenmektedir (66). Yapılan sistematik inceleme ve metaanaliz çalışmada, oral kriyoterapinin YDKT alan hastalarda OM insidansını ve şiddetini anlamlı derecede azalttığı belirlenmiştir (67). MASCC / ISOO kanıta dayalı klinik uygulama rehberinde de, yüksek doz melfalan hazırlama rejimleri ile otolog HKHN yapılan hastalar (kanıt düzeyi II) ve bolus 5-Fu KT alan hastalar için OM'nin önlenmesinde oral kriyoterapi kullanımı önerilmektedir (kanıt düzeyi II) (68).

Bal: Antibakteriyel, antimikrobiyal ve analjezik özellikleri bulunmaktadır (69). Dokuz çalışmanın dahil edildiği baş boyun kanserli hastalarda RT sırasında OM tedavisinde kullanılan balın etkinliğinin incelendiği bir metaanaliz çalışmasında, tedavinin ilk 3 haftasında orta ila şiddetli mukozit görülme sıklığı ve ortalama mukozit derecesi bal grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Aynı çalışmada, mukozit başlangıcı bal grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha geç olmuştur (70). Yedi randomize kontrollü çalışmanın dahil edildiği bir metaanaliz çalışmasında, beş çalışmada balın RT/KT kaynaklı mukozit tedavisi üzerindeki profilaktik etkisinin olduğu gösterilmiştir (71). Yapılan bir sistematik analizde; balın RT ve KT ile ilişkili OM'nin şiddetinde azalma sağladığı saptanmıştır (72). Kemoterapi ile ilişkili OM'si olan hastalarda topikal steroid, bal ve bal ile birlikte kahvenin tedavi edici etkilerini karşılaştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada; bal ve kahve karışımının lezyonların şiddetini azaltmada daha etkili olduğu gösterilmiştir (73). Khanjani ve arkadaşlarının (2019), KT alan 53 akut miyeloid lösemi (AML) hastası ile yaptıkları çalışmada ise, ballı gargaranın mukozit ve kilo kaybının şiddetini önlemede ve azaltmada etkili olduğu belirtilmektedir (74).

Propolis: Antienflamatuvar, antibakteriyel, antifungal, antioksidan, antiviral ve antikanserojenik etkiler göstermektedir (75-78). Baş ve boyun kanseri olan hastalar ile yapılan bir pilot çalışmada, propolisin su bazlı ekstraktının, RT kaynaklı mukoziti etkili bir şekilde önlediği ve iyileştirdiği saptanmıştır (79). Piredda ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada da, propolisin adjuvan KT alan meme kanserli hastalarda OM'yi önlemede güvenli, iyi tolere edilebilir ve etkili bir ürün olduğu bulunmuştur (80).

E vitamini: Antioksidan özelliği bulunmaktadır. Chaitanya ve arkadaşlarının (2017) metaanaliz çalışmasında, E vitamininin topikal uygulamasının sistemik uygulamaya göre OM üzerine daha iyi sonuç verdiği bildirilmektedir (81).

Selenyum: Antioksidan ve antienflamatuvar özellikleri olan temel bir eser elementtir (82). Ameri ve arkadaşlarının (2016) baş boyun kanserli hastalarda RT'ye bağlı OM'nin hafifletilmesinde oral selenyumun etkinliğini değerlendirdikleri plasebo kontrollü bir pilot çalışmada, oral selenyumun RT'ye bağlı OM'nin önlenmesinde etkili olduğu ve iyi tolere edildiği saptanmıştır (83).

Aloe Vera: Antioksidan, antienflamatuvar, antiartritlik, antikanser ve antidiyabetik özellikleri bulunmaktadır (84). Bazı çalışmalarda, Aloe veranın radyasyona bağlı ülserlerin ve mukozitin önlenmesi ve tedavisi üzerindeki olumlu etkileri gösterilmiştir (85).

Karadut: Antienflamatuvar, antioksidatif ve analjezik etkileri bulunmaktadır (86, 87). Demir Doğan ve arkadaşlarının (2017), RT alan baş ve boyun kanserli hastalarda karadut pekmezinin OM'nin önlenmesindeki etkinliğini değerlendirmek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, karadut pekmezi grubunda OM insidansı ve şiddetinin daha düşük olduğu saptanmıştır (88). Harman ve arkadaşlarının (2019) HKHN yapılan hastalarda klorheksidin glukonat ve benzdamin hidroklorür, kalsiyum-fosfat çözeltisi ve karadut şurubunun OM üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, karadut şurubunun OM'nin önlenmesinde ve tedavisinde faydalı olduğu gösterilmiştir (89).

Oral Mukozitin Önlenmesi ve Tedavisinde Hemşirenin Rolü

Kanser hastalarının normal yaşam süreçleri ve öncelikleri değişmektedir. Hastalık ve tedavinin getirdiği zorluklar, hastaların önleyici ağız bakımına verdikleri önem ve ilginin azalmasına ve temel ağız bakımlarını ertelemeye neden olmaktadır. Bu ihmal, kanser tedavisi sırasında ve daha sonraki yaşamlarında ağız boşluğu problemleri potansiyeline katkıda bulunmaktadır (90).

Ağız mukozasının değerlendirilmesi ve bakımı, KT/RT alan hastalara bakım veren hemşirelerin önemli klinik müdahaleleri arasında yer almaktadır. Ağız boşluğunun geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı ile sistematik olarak incelenmesi, hemşirelik müdahalelerine rehberlik etmede önemli bilgiler sağlamaktadır (91). Yaygın olarak kullanılan OM değerlendirme ölçeği Dünya Sağlık Örgütü Oral Toksikite Skalası (DSÖOTS) ağız içindeki tüm yapıları anatomik, semptomatik ve fonksiyonel olarak değerlendirmektedir (7). Ağız içi muayenesi ve bakımı, tanıdan itibaren başlayan, tedavi süreci ve yaşamın sonuna kadar devam eden kanser bakımına entegre bir yaklaşımdır. Hastanın tedavi öncesi, tedavi süreci ve taburculuktan sonra tüm yaşamı süresince ağız içindeki tüm değişiklikler (enflemasyon, renk değişikliği, ülser, kanama vb.) izlenmeli, değerlendirilmeli ve bakımı sürdürülmelidir. Özellikle tedavi öncesi, hasta ve tedaviyle ilişkili risk faktörleri dikkate alınarak hemşirelik değerlendirmesinin yapılması, hastanın olağan ağız bakımı uygulamaları ve ağız bakımı yapabilme yeteneğinin belirlenmesi ilk müdahaleyi oluşturmaktadır. Oral değerlendirme, rutin devam eden bir süreçtir ve elde edilen veriler, oral mukozadaki değişiklikleri analiz etme, tedaviyi değerlendirme ve kanıta dayalı müdahalelerin uygulanması ile birlikte kişiselleştirilmiş bir bakım planı geliştirmeye olanak tanımaktadır (92, 93). Oral mukozit gelişen hastalarda değerlendirme sıklığı arttırılmalı, her şiftdaki hemşire en az bir kez hastanın ağız içi değerlendirmesini yapmalı, OM'ye bağlı gelişen yüksek ateş, iştahsızlık, bulantı, kilo kaybı vb. gibi diğer semptomları da izlemeli, doktor istemine göre yara kültürü almalı ve kanıta dayalı bakım sunmalıdır. Bununla birlikte, hastalara belirli aralıklarla "ağzınızla ilgili herhangi bir sorunuz var mı?" veya "ağzınızda herhangi bir değişiklik fark ettiniz mi?" gibi sorular sorulması, oral mukozalarını muayene etme ve günlük izleme tekniklerinin öğretilmesi, OM belirtileri ve komplikasyonlarının izlenmesi, ağız hijyenini sürdürme, uygun solüsyonlar ile

gargara yapma, dudakları nemlendirme, uygun beslenme, kserostomi kontrolü ve mukozayı tahriş edici maddelerin ve yiyeceklerin alınmaması konularında desteklenmesi ve eğitim verilmesi hastada farkındalık oluşturarak kendi bakımına katılımını arttıracaktır (37). Ağız boşluğundaki değişiklikleri tespit etmek için yapılan değerlendirmeler ve hasta bildirimleri erken bireysel müdahale olanağı sağlamakla birlikte özellikle septisemi, ağrı, kanama, malnütrisyon gibi ikincil sorunların gelişmesini önleyecektir (94).

Sonuç

Sonuç olarak; OM, KT veya RT alan hastalarda gelişen önemli bir komplikasyonudur. Özellikle baş-boyun RT'si veya YDKT alan hastalarda OM sıklığı ve şiddeti artmaktadır. OM'nin klinik sonuçları, yaşam kalitesinin azalmasına ve tedavi maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır. Kanıta dayalı klinik uygulama rehberlerinde OM'nin önlenmesinde benzidamin gargara, düşük seviyeli lazer tedavisi, oral kriyoterapi ve oral glutaminin kullanımı önerilmektedir. Bu tedavilerin kullanımı ile OM'nin insidansı veya şiddeti anlamlı derecede azalmasına rağmen yeni çalışmalar ile desteklenmelidir.

Oral mukozitin önlenmesi veya tedavisinde, onkoloji hemşiresinin ağız boşluğunu değerlendirebilme, toksisite süreci, mukozit evreleri ve beklenen değişiklikleri bilme ve anlama becerisi ve kanıta dayalı uygulama bilgisi, önerilen standart bakımın temelini oluşturmaktadır. Hemşireler, OM'yi geçerliliği kanıtlanmış ölçeklerle değerlendirmeli, OM'nin önlenmesine yönelik geliştirilen kanıta dayalı rehberleri takip ederek uygulamalarını güncellemelidir.

Bilgilendirme

Yazarların katkı oranı eşittir. Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Maria OM, Eliopoulos N, Muanza T. Radiation-induced oral mucositis. *Front Oncol* 2017;7:89.
2. Chaudhry HM, Bruce AJ, Wolf RC, Litzow MR, Hogan WJ, Patnaik MS, et al. The incidence and severity of oral mucositis among allogeneic hematopoietic stem cell transplantation patients: a systematic review. *Biol Blood Marrow Transplant* 2016;22(4):605-616.
3. Kamińska M, Juskiewicz M, Tymicka R, Bronikowska A, Kolak A. Procedure in the prevention and nurturing of inflammatory changes of oral mucositis among patients treated for oncological conditions. *Medical Studies/Studia Medyczne*. 2016;32(2):145-149.
4. Barkokebas A, Silva IHM, De Andrade SC, Carvalho AAT, Gueiros LAM, Paiva SM, et al. Impact of oral mucositis on oral-health-related quality of life of patients diagnosed with cancer. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. 2015;44(9):746-751.
5. Schub E, Gilberto C. Stomatitis (Oral mucositis), Cancer treatment-induced. *Cinahl Information Systems* 2017.
6. Wilberg P, Hjermstad MJ, Ottesen S, Herlofson BB. Chemotherapy-associated oral sequelae in patients with cancers outside the head and neck region. *J Pain Symptom Manage* 2014;48(6):1060-1069.
7. Çakmak S, Nural N. Incidence of and risk factors for development of oral mucositis in outpatients undergoing cancer chemotherapy. *Int J Nurs Pract* 2019;25(1):e12710.
8. Mercadante S, Aielli F, Adile C, Ferrera P, Valle A, Fusco F, et al. Prevalence of oral mucositis, dry mouth, and dysphagia in advanced cancer patients. *Support Care Cancer* 2015;23(11):3249-3255.
9. Staudenmaier T, Cenzer I, Crispin A, Ostermann H, Berger K. Burden of oral mucositis in stem cell transplant patients—the patients' perspective. *Support Care Cancer* 2018;26(5):1577-1584.
10. Jo KS, Kim NC. Incidence and factors influencing oral mucositis in patients with hematopoietic stem cell transplantation. *J Korean Acad Nurs* 2014;44(5):542-551.
11. Luitel A, Rimal J, Maharjan IK, Regmee P. Assessment of oral mucositis among patients undergoing radiotherapy for head and neck cancer. *Kathmandu Univ Med J* 2019;65(1):63-67.
12. Bilodeau EA, Lalla RV. Recurrent oral ulceration: Etiology, classification, management, and diagnostic algorithm. *Periodontology* 2019;80(1):49-60.
13. Leite Cavalcanti A, José de Macêdo D, Suely Barros Dantas F, dos Santos Menezes K, Filipe Bezerra Silva D, Alves de Melo Junior W, et al. Evaluation of oral mucositis occurrence in oncologic patients under antineoplastic therapy submitted to the low-level laser adjuvant therapy. *J. Clin. Med* 2018;7(5):90.
14. Al-Ansari S, Zecha JAEM, Barasch A, de Lange J, Rozema FR, Raber-Durlacher JE. Oral mucositis induced by anticancer therapies. *Curr Oral Health Rep* 2015;2(4):202-211.
15. Moslemi D, Nokhandani AM, Otaghsaraei MT, Moghadamnia Y, Kazemi S, Moghadamnia AA. Management of chemo/radiation-induced oral mucositis in patients with head and neck cancer: A review of the current literature. *Radiother Oncol*. 2016;120(1):13-20.
16. Shouval R, Kouniavsky L, Fein J, Danylesko I, Apel A, Shem-Tov N, et al. Determinants for oral mucositis in allogeneic hematopoietic stem cell transplantation: prospective evaluation and risk analysis. *Blood*. 2017;130(Supplement 1):3239.
17. Sonis ST. Pathobiology of oral mucositis: Novel insights and opportunities. *J. Support. Oncol*. 2007;5(9 Suppl 4), 3-11.
18. Sakellari I, Angelopoulou M, Tsopra O, Dervenoulas I, Tsirigotis P, Spyridonidis A, et al. A prospective study of incidence, clinical and quality of life consequences of oral mucositis post palifermin prophylaxis in patients undergoing high-dose chemotherapy and autologous hematopoietic cell transplantation. *Ann Hematol* 2015;94(10):1733-1740.
19. Valeh M, Kargar M, Mansouri A, Kamranzadeh H, Gholami K, Heidari K, et al. Factors affecting the incidence and severity of oral mucositis following hematopoietic stem cell transplantation. *Int J Hematol Oncol Stem Cell Res*. 2018;12(2):142-152.

20. Saedi HS, Gerami H, Soltanipour S, Habibi AF, Mirhosseini M, Montazeri S, et al. Frequency of chemoradiotherapy-induced mucositis and related risk factors in patients with the head-and-neck cancers: A survey in the North of Iran. *J. Dent. Res* 2019;16(5):354-359.
21. Gussgard AM, Jokstad A, Wood R, Hope AJ, Tenenbaum H. Symptoms reported by head and neck cancer patients during radiotherapy and association with mucosal ulceration site and size: an observational study. *Plos One*. 2015;10(6):e0129001.
22. Curra M, Soares Junior LAV, Martins MD, Santos PSDS. Chemotherapy protocols and incidence of oral mucositis. An integrative review. *Einstein (São Paulo)*. 2018;16(1):1-9.
23. Shumsky A, Bilan E, Sanz E, Petrovskiy F. Oncoxin nutritional supplement in the management of chemotherapy- and/or radiotherapy-associated oral mucositis. *Mol Clin Oncol*. 2019;10(4):463-468.
24. Epstein JB, Saunders DP. Managing oral mucositis in cancer therapy. [online]. 1 Temmuz 2015. <http://www.oralhealthgroup.com/features/managing-oral-mucositis-cancer-therapy>. 17 Eylül 2019.
25. Eduardo FdP, Bezinelli LM, Gobbi MF, Pereira AZ, Vogel C, Hamerschlag N, et al. Impact of oral and gastrointestinal mucositis on body weight alterations during hematopoietic stem cell transplantation. *Nutr Cancer* 2018;70(2):241-248.
26. Pereira NF, Silva PVRD, Fukuoka CY, Michel-Crosato E, Gonçalves AS, Alves FA, et al. Measurement of oral health quality of life among patients who underwent haematopoietic stem-cell transplantation. *Braz. Oral Res*. 2018;32:e78.
27. Kuo CC, Wang RH, Wang HH, Li CH. Meta-analysis of randomized controlled trials of the efficacy of propolis mouthwash in cancer therapy-induced oral mucositis. *Support Care Cancer* 2018; 26(12):4001-4009.
28. Elad S, Raber-Durlacher JE, Brennan MT, Saunders DP, Mank AP, Zadik Y, et al. Basic oral care for hematology–oncology patients and hematopoietic stem cell transplantation recipients: a position paper from the joint task force of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO) and the European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT). *Support Care Cancer* 2015;23(1):223-236.
29. Gomes AOF, Silva Junior A, Noce CW, Ferreira M, Maiolino A, Torres SR. The frequency of oral conditions detected in hematology inpatients. *Hematol Transfus Cell Ther* 2018;40(3):240-244.
30. Franco P, Martini S, Di Muzio J, Cavallin C, Arcadipane F, Rampino M, et al. Prospective assessment of oral mucositis and its impact on quality of life and patient-reported outcomes during radiotherapy for head and neck cancer. *Medical Oncology*. 2017;34(5):81.
31. Jehn P, Stier R, Tavassol F, Dittmann J, Zimmerer R, Gellrich NC, et al. Physical and psychological impairments associated with mucositis after oral cancer treatment and their impact on quality of life. *Oncol Res Treat* 2019;42(6):342-348.
32. Olson K, Davies B, Degner L, Neufeld K, Plummer H, Thurston N, et al. Assessing stomatitis: refinement of the Western Consortium for Cancer Nursing Research (WCCNR) stomatitis staging system. *Can Oncol Nurs J*. 1998;8(3):160-165.
33. Baysal E, Sarı D. Hematopoetik kök hücre naklinde oral mukozitin önlemesi, bakımı ve tedavisinde güncel yaklaşımlar: Literatür incelemesi. *J. Hum. Sci*. 2016;13(3), 5721-5739.
34. Tavakoli Ardakani M, Ghassemi S, Mehdizadeh M, Mojab F, Salamzadeh J, Ghassemi S, et al. Evaluating the effect of *Matricaria recutita* and *Mentha piperita* herbal mouthwash on management of oral mucositis in patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation: A randomized, double blind, placebo controlled clinical trial. *Complement Ther Med* 2016;29:29-34.
35. Sonis ST, Eilers JP, Epstein JB, LeVeque FG, Liggett Jr WH, Mulagha MT, et al. Validation of a new scoring system for the assessment of clinical trial research of oral mucositis induced by radiation or chemotherapy. *Cancer* 1999;85(10):2103-2113.
36. MASCC/ISOO Mucositis Clinical Practice Guidelines [online]. <https://www.mascc.org/mucositis-guidelines>. 22.10.2019.
37. Hong CHL, Gueiros LA, Fulton JS, Cheng KKF, Kandwal A, Galiti D, et al. Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients and clinical practice guidelines. *Support Care Cancer* 2019;27(10):3949-3967.
38. Mucositis [online]. <https://www.ons.org/pep/mucositis>. 27.02.2020.
39. Çıtlak K, Kapucu S. Kemoterapi alan hastalarda görülen oral mukozitin önlemesi ve tedavisinde güncel yaklaşımlar: Kanıta dayalı uygulamalar. *HUHEMFAD-JOHUFON* 2015;2(1):70-77.
40. Chitapanarux I, Tungkasamit T, Petsuksiri J, Kannarunimit D, Katanyoo K, Chakkabat C, et al. Randomized control trial of benzydamine HCl versus sodium bicarbonate for prophylaxis of concurrent chemoradiation-induced oral mucositis. *Support Care Cancer* 2018;26(3):879-886.
41. Rastogi M, Khurana R, Revannasiddaiah S, Jaiswal I, Nanda SS, Gupta P, et al. Role of benzydamine hydrochloride in the prevention of oral mucositis in head and neck cancer patients treated with radiotherapy (>50 Gy) with or without chemotherapy. *Support Care Cancer*. 2017;25(5):1439-1443.
42. Sheibani KM, Mafi AR, Moghaddam S, Taslimi F, Amiran A, Ameri A. Efficacy of benzydamine oral rinse in prevention and management of radiation-induced oral mucositis: A double-blind placebo-controlled randomized clinical trial. *Asia-Pac J Clin Onco*. 2015;11(1):22-27.
43. Ariyawardana A, Cheng KKF, Kandwal A, Tilly V, Al-Azri AR, Galiti D, et al. Systematic review of anti-inflammatory agents for the management of oral mucositis in cancer patients and clinical practice guidelines. *Support Care Cancer* 2019;27(10):3985-3995.
44. Chaveli-López B, Bagán-Sebastián JV. Treatment of oral mucositis due to chemotherapy. *J Clin Exp Dent* 2016;8(2):e201-e209.

45. Soyly Özler G, Okuyucu Ş, Akoğlu E. The efficacy of sucralfate and chlorhexidine as an oral rinse in patients with recurrent aphthous stomatitis. *Adv Med* 2014; doi:10.1155/2014/986203.
46. Cardona A, Balouch A, Abdul MM, Sedghizadeh PP, Enciso R. Efficacy of chlorhexidine for the prevention and treatment of oral mucositis in cancer patients: a systematic review with meta-analyses. *J Oral Pathol Med* 2017;46(9):680-688.
47. Ala S, Saeedi M, Janbabai G, Ganji R, Azhdari E, Shiva A. Efficacy of sucralfate mouth wash in prevention of 5-fluorouracil induced oral mucositis: a prospective, randomized, double-blind, controlled trial. *Nutr Cancer* 2016;68(3):456-463.
48. Saunders DP, Rouleau T, Cheng K, Yarom N, Kandwal A, Joy J, et al. Systematic review of antimicrobials, mucosal coating agents, anesthetics, and analgesics for the management of oral mucositis in cancer patients and clinical practice guidelines. *Support Care Cancer* 2020; 21 (11): 3191-3207.
49. Mozaffari HR, Payandeh M, Ramezani M, Sadeghi M, Mahmoudiahmadabadi M, Sharifi R. Efficacy of palifermin on oral mucositis and acute GVHD after hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) in hematology malignancy patients: a meta-analysis of trials. *Wspolczesna Onkol* 2017;21(4):299-305.
50. Adil M, Sriram S, Azharuddin M, Ghosh P, Sharma M. PCN4 Effect of palifermin on oral mucositis and acute GVHD after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation in patients with hematologic malignancy: a meta-analysis. *Value Health* 2019;22:56.
51. Treister N, Nieder M, Baggott C, Olson E, Chen L, Dang H, et al. Caphosol for prevention of oral mucositis in pediatric myeloablative haematopoietic cell transplantation. *Br J Cancer* 2016;116:121.
52. Murdock JL, Reeves DJ. Chemotherapy-induced oral mucositis management: A retrospective analysis of MuGard, Caphosol, and standard supportive care measures. *J Oncol Pharm Pract*. 2019;26(3):521-528.
53. Svanberg A, Öhrn K, Birgegård G. Caphosol® mouthwash gives no additional protection against oral mucositis compared to cryotherapy alone in stem cell transplantation. A pilot study. *Eur J Oncol Nurs*. 2015;19(1):50-53.
54. Wong KH, Kuciejewska A, Sharabiani MTA, Ng-Cheng-Hin B, Hoy S, Hurley T, et al. A randomised controlled trial of Caphosol mouthwash in management of radiation-induced mucositis in head and neck cancer. *Radiother Oncol*. 2017;122(2):207-211.
55. Yarom N, Hovan A, Bossi P, Ariyawardana A, Jensen SB, Gobbo M, et al. Systematic review of natural and miscellaneous agents for the management of oral mucositis in cancer patients and clinical practice guidelines—part 1: vitamins, minerals, and nutritional supplements. *Support Care Cancer*. 2019;27(10):3997-4010.
56. Rambod M, Pasyar N, Ramzi M. The effect of zinc sulfate on prevention, incidence, and severity of mucositis in leukemia patients undergoing chemotherapy. *Eur J Oncol Nurs*. 2018;33:14-21.
57. Tian X, Liu X-L, Pi Y-P, Chen H, Chen W-Q. Oral zinc sulfate for prevention and treatment of chemotherapy-induced oral mucositis: a meta-analysis of five randomized controlled trials. *Front Oncol* 2018;8:484.
58. Cruzat V, Macedo Rogero M, Noel Keane K, Curi R, Newsholme P. Glutamine: Metabolism and immune function, supplementation and clinical translation. *Nutrients*. 2018;10(11):1564.
59. Sayles C, Hickerson SC, Bhat RR, Hall J, Garey KW, Trivedi MV. Oral glutamine in preventing treatment-related mucositis in adult patients with cancer: a systematic review. *Nutr Clin Pract* 2016;31(2):171-179.
60. Pathak S, Soni TP, Sharma LM, Patni N, Gupta AK. A randomized controlled trial to evaluate the role and efficacy of oral glutamine in the treatment of chemo-radiotherapy-induced oral mucositis and dysphagia in patients with oropharynx and larynx carcinoma. *Cureus*. 2019; 11 (6): e4855.
61. Manzi ND, Silveira R, dos Reis PED. Prophylaxis for mucositis induced by ambulatory chemotherapy: systematic review. *J Adv Nurs* 2016;72(4):735-746.
62. Oberoi S, Zamperlini-Netto G, Beyene J, Treister NS, Sung L. Effect of prophylactic low level laser therapy on oral mucositis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS one*. 2014;9(9):e107418.
63. Ferreira B, da Motta Silveira FM, de Orange FA. Low-level laser therapy prevents severe oral mucositis in patients submitted to hematopoietic stem cell transplantation: a randomized clinical trial. *Support Care Cancer*. 2016;24(3):1035-1042.
64. Silva GBL, Sacono NT, Othon-Leite AF, Mendonça EF, Arantes AM, Bariani C, et al. Effect of low-level laser therapy on inflammatory mediator release during chemotherapy-induced oral mucositis: a randomized preliminary study. *Lasers Med Sci* 2015;30(1):117-126.
65. Zadik Y, Arany PR, Fregnani ER, Bossi P, Antunes HS, Bensadoun R-J, et al. Systematic review of photobiomodulation for the management of oral mucositis in cancer patients and clinical practice guidelines. *Support Care Cancer*. 2019;27(10):3969-3983.
66. Gholizadeh N, Sheykhbahaei N, Sadrzadeh-Afshar M-S. New treatment approaches of oral mucositis: a review of literature. *Adv Hum Biol* 2016;6(2):66.
67. Park S-H, Han SH. Effect of oral cryotherapy for reducing oral mucositis in hematopoietic stem cell transplantation: a systematic review and meta-analysis. *Korean J. Adult Nurs*. 2018;30(4):362-375.
68. Correa MEP, Cheng KKF, Chiang K, Kandwal A, Loprinzi CL, Mori T, et al. Systematic review of oral cryotherapy for the management of oral mucositis in cancer patients and clinical practice guidelines. *Support Care Cancer*. 2019;28 (5): 2449-2456.
69. Samdariya S, Lewis S, Kauser H, Ahmed I, Kumar D. A randomized controlled trial evaluating the role of honey in reducing pain due to radiation induced mucositis in head and neck cancer patients. *Indian J Palliat* 2015;21(3):268-273.

70. Cho HK, Jeong YM, Lee HS, Lee YJ, Hwang SH. Effects of honey on oral mucositis in patients with head and neck Cancer: A meta-analysis. *The Laryngoscope*. 2015;125(9):2085-2092.
71. Xu JL, Xia R, Sun ZH, Sun L, Min X, Liu C, et al. Effects of honey use on the management of radio/chemotherapy-induced mucositis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2016;45(12):1618-1625.
72. Nagi R, Patil DJ, Rakesh N, Jain S, Sahu S. Natural agents in the management of oral mucositis in cancer patients-systematic review. *J Oral Biol Craniofac Res* 2018;8(3):245-254.
73. Raessi MA, Raessi N, Panahi Y, Gharaie H, Davoudi SM, Saadat A, et al. "Coffee plus Honey" versus "topical steroid" in the treatment of chemotherapy-induced oral mucositis: a randomised controlled trial. *BMC Complement Altern Med* 2014;14(1):293.
74. Khanjani Pour-Fard-Pachekenari A, Rahmani A, Ghahramanian A, Asghari Jafarabadi M, Onyeka TC, Davoodi A. The effect of an oral care protocol and honey mouthwash on mucositis in acute myeloid leukemia patients undergoing chemotherapy: a single-blind clinical trial. *Clin Oral Investig* 2019;23(4):1811-1821.
75. Przybyłek I, Karpinski TM. Antibacterial properties of propolis. *Molecules*. 2019;24(11):2047.
76. Ferreira JM, Fernandes-Silva CC, Salatino A, Negri G, Message D. New propolis type from north-east Brazil: chemical composition, antioxidant activity and botanical origin. *J Sci Food Agric*. 2017;97(11):3552-3558.
77. Kasiotis KM, Anastasiadou P, Papadopoulos A, Machera K. Revisiting Greek Propolis: Chromatographic Analysis and Antioxidant Activity Study. *Plos One*. 2017;12(1):e0170077.
78. Anjum S, Ullah A, Khan K, Attaullah M, Khan H, Ali H, et al. Composition and functional properties of propolis (bee glue): A review. *Saudi J Biol Sci* 2018;26(7):1695-1703.
79. Bolouri AJ, Pakfetrat A, Tonkaboni A, Aledavood SA, Najafi MF, Delavarian Z, et al. Preventing and therapeutic effect of propolis in radiotherapy induced mucositis of head and neck cancers: a triple-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Iran J Cancer Prev* 2015;8(5):e4019.
80. Piredda M, Facchinetti G, Biagioli V, Giannarelli D, Armento G, Tonini G, et al. Propolis in the prevention of oral mucositis in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy: A pilot randomised controlled trial. *Eur J Cancer* 2017;26(6):1-8.
81. Chaitanya NC, Muthukrishnan A, Babu DBG, Kumari CS, Lakshmi MA, Palat G, et al. Role of vitamin E and vitamin A in oral mucositis induced by cancer chemo/radiotherapy- a meta-analysis. *J Clin Diagn Res* 2017;11(5):4.
82. Khurana A, Tekula S, Saifi MA, Venkatesh P, Godugu C. Therapeutic applications of selenium nanoparticles. *Biomedicine & Pharmacotherapy*. 2019;111:802-812.
83. Ameri A, Abbasinazari M, Fazeli A, Sarafzadeh F, Mahboubi A. The effect of oral selenium on radiotherapy induced mucositis in patients with head and neck cancer: a pilot double-blind study. *JKMU* 2016;23(1):12-20.
84. Radha MH, Laxmipriya NP. Evaluation of biological properties and clinical effectiveness of Aloe vera: A systematic review. *J Tradit Complement Med* 2015;5(1):21-26.
85. Aghamohamamdi A, Hosseinimehr SJ. Natural products for management of oral mucositis induced by radiotherapy and chemotherapy. *Integr Cancer Ther* 2016;15(1):60-68.
86. Chen H, Pu J, Liu D, Yu W, Shao Y, Yang G, et al. Anti-inflammatory and antinociceptive properties of flavonoids from the fruits of black mulberry (*Morus nigra* L.). *Plos One*. 2016;11(4):e0153080.
87. Li Y, Bao T, Chen W. Comparison of the protective effect of black and white mulberry against ethyl carbamate-induced cytotoxicity and oxidative damage. *Food Chem* 2018;243:65-73.
88. Demir Doğan M, Can G, Meral R. Effectiveness of black mulberry molasses in prevention of radiotherapy-induced oral mucositis: a randomized controlled study in head and neck cancer patients. *J Altern Complement Med*. 2017;23(12):971-979.
89. Harman M, Ovayolu N, Ovayolu O. The effect of three different solutions on preventing oral mucositis in cancer patients undergoing stem cell transplantation: a non-randomized controlled trial: A Turkish study-non-randomised trial. *J Pak Med Assoc*. 2019;69(6):811-816.
90. Leppla L, De Geest S, Fierz K, Deschler-Baier B, Koller A. An oral care self-management support protocol (OrCaSS) to reduce oral mucositis in hospitalized patients with acute myeloid leukemia and allogeneic hematopoietic stem cell transplantation: a randomized controlled pilot study. *Support Care Cancer*. 2016;24(2), 773-782.
91. Carvalho CG, Medeiros-Filho JB, Ferreira MC. Guide for health professionals addressing oral care for individuals in oncological treatment based on scientific evidence. *Support Care Cancer*. 2018;26(8):2651-2661.
92. Lopes LD, Rodrigues AB, Brasil DRM, Moreira MMC, Amaral JG, Oliveira PPD. Prevention and treatment of mucositis at an oncology outpatient clinic: a collective construction. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2016;25(1).
93. Avci S, Sari HY. Effect of an evidence-based nursing intervention on the diagnosis of oral mucositis in the pediatric stem cell transplant unit. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2019;6(3), 292-299.
94. Kanagalingam J, Wahid MIA, Lin J-C, Cupino NA, Liu E, Kang J-H, et al. Patient and oncologist perceptions regarding symptoms and impact on quality-of-life of oral mucositis in cancer treatment: results from the Awareness Drives Oral Mucositis Perception (ADOPT) study. *Support Care Cancer*. 2018;26(7):2191-2200.

Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Diyabet Yönetimi ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Sevecen ÇELİK İNCE *, Neslihan PARTLAK GÜNÜŞEN **

Öz

Diabetes mellitus dirençli hiperglisemi ile karakterize kompleks metabolik bir bozukluktur. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde diyabet görülme oranı sağlıklı popülasyona göre daha yüksektir. Genetik ve yaşam biçimini içeren birçok faktöre bağlı olarak geliştiği bilinen tip 2 diyabetin, ikinci kuşak antipsikotik ilaçların kilo artışı, glikoz metabolizma bozuklukları gibi yan etkisi nedeniyle kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde görülme riski artmaktadır. Diyabet yönetiminde sağlıklı yaşam biçimini teşvik etme, tarama ve izleme tedavinin önemli parçasıdır. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde diyabet oranlarındaki bu artış ve hastaların her iki hastalığı yönetmelerinde yaşadığı zorluklar sağlık bakımında yeni yaklaşımları gerektirmektedir. Bu derlemenin amacı kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde diyabet sıklığının, yönetiminin nasıl olduğuna ve psikiyatri hemşirelerinin rollerine ışık tutmaktır.

Anahtar kelimeler: Diabetes Mellitus, Psikiyatri Hemşireliği, Ruhsal Hastalık.

Abstract

Diabetes Management in Individuals with Severe Mental Illness and the Role of the Psychiatric Nurse

Diabetes Mellitus is a complex metabolic disorder characterized by resistant hyperglycemia. The prevalence of diabetes in individuals with severe mental illness is higher than in the healthy population. Diabetes Mellitus is known to develop due to several factors including genetics and lifestyle. In addition, the risk of diabetes is increased due to the side effects of second generation antipsychotic drugs, such as weight gain, glucose metabolism disorders, used by individuals with severe mental illness. Promoting a healthy lifestyle in diabetes management, screening and monitoring patients is an important part of the treatment. This increase in the rates of diabetes in individuals with severe mental illness and the difficulties that patients have in managing both illness require new approaches in health care. The purpose of this review is to shed light on the prevalence and the management of diabetes in individuals with severe mental illness and on the roles of psychiatric nurses.

Key Words: Diabetes Mellitus, Psychiatric Nursing, Mental Illness.

Geliş tarihi: 26.11.2019 **Kabul tarihi: 23.05.2020**

Tip 2 diyabet insülin salınımı, insülin etkisi ya da protein, karbonhidrat ve yağ metabolizmasında dengesizlik sonucu kanda hiperglisemi ile kendini gösteren, her yaştaki bireyde görülebilen, yaşam boyu devam edebilen, kompleks, kronik, fiziksel bir hastalıktır (1,2). Dünya Sağlık Örgütü, diyabeti, kronik hastalıklar içinde önemli bir yerde görmekte ve yeni bin yılın en önemli sağlık sorunları arasında kabul etmektedir (3). Küresel boyutta 347 milyon insanın diyabet tanısına sahip olduğu, 2013 yılında 5.1 milyon kişinin diyabet nedeniyle öldüğü ve yaklaşık 2030 yılında diyabetten ölümlerin iki katına çıkacağı belirtilmiştir (4). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ise ülkemizde 15 yaş ve üzeri nüfusun %6.7'sinin diyabet tanısı aldığı belirtilmiştir (5). Diyabet hastalığı sonucu meydana gelen hiperglisemi önlenemediğinde akut (ketoasidoz, laktik asidoz vb) ve kronik (retinopati, nefropati, nöropati, kardiyovasküler hastalıklar vb) komplikasyonlar ortaya çıkabilmekte, miyokart enfarktüsü, amputasyon hatta mortalite meydana gelebilmektedir (1,6,7). Diyabetin obezite, fiziksel aktivite yetersizliği, ileri yaş, sağlıksız ve yetersiz beslenme, ailede diyabet öyküsü olması gibi birkaç önemli risk faktörü olduğu belirtilmektedir (2,4). Bu nedenle diyabet bakımının amacı kan glikoz seviyesini normal sınırlar içinde tutarak, olası komplikasyonları önlemektir. Bu bağlamda diyabet bakımının beş unsuru; hastada diyabete yönelik beslenmenin sağlanması, fiziksel aktivitenin artırılması, hastanın kendi kan glikoz düzeyini izlemesi, hastanın diyabet öz bakımı ile ilgili eğitilmesi ve ilaç tedavisinin düzenli devam ettirilmesidir (7).

Bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk, şizofreni gibi kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde ruhsal hastalıklarının yanı sıra yaşam kalitesini azaltabilen diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, solunum sistemi hastalıkları, bazı kanser türleri gibi önemli fiziksel sağlık sorunları görülebilmekte ve genel nüfusa oranla yaşam beklentisi 8-32 yıla kadar azalmaktadır (8-10). Ayrıca kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde genel nüfusa oranla akut metabolik komplikasyon, bozulmuş glikoz toleransı, insülin direnci ve tip 2 diyabet gelişme olasılığının daha yüksek (9,11) ve diyabet nedeniyle mortalite olasılığının altı kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (8,12). Vinogradova ve arkadaşlarının (2010), diyabet tanısına ek olarak şizofreni, bipolar bozukluk gibi kronik ruhsal hastalık tanısı olan bireyler ile yalnızca diyabet tanısı olan bireylerde sağ kalım oranlarını inceledikleri çalışmanın sonucunda, ruhsal hastalık ve diyabeti olanların yalnızca diyabeti olan hastalara göre mortalite oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (13).

Bu derlemenin amacı kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde diyabet sıklığının, diyabet yönetiminin nasıl olduğuna ve psikiyatri hemşirelerinin rollerine ışık tutmaktır.

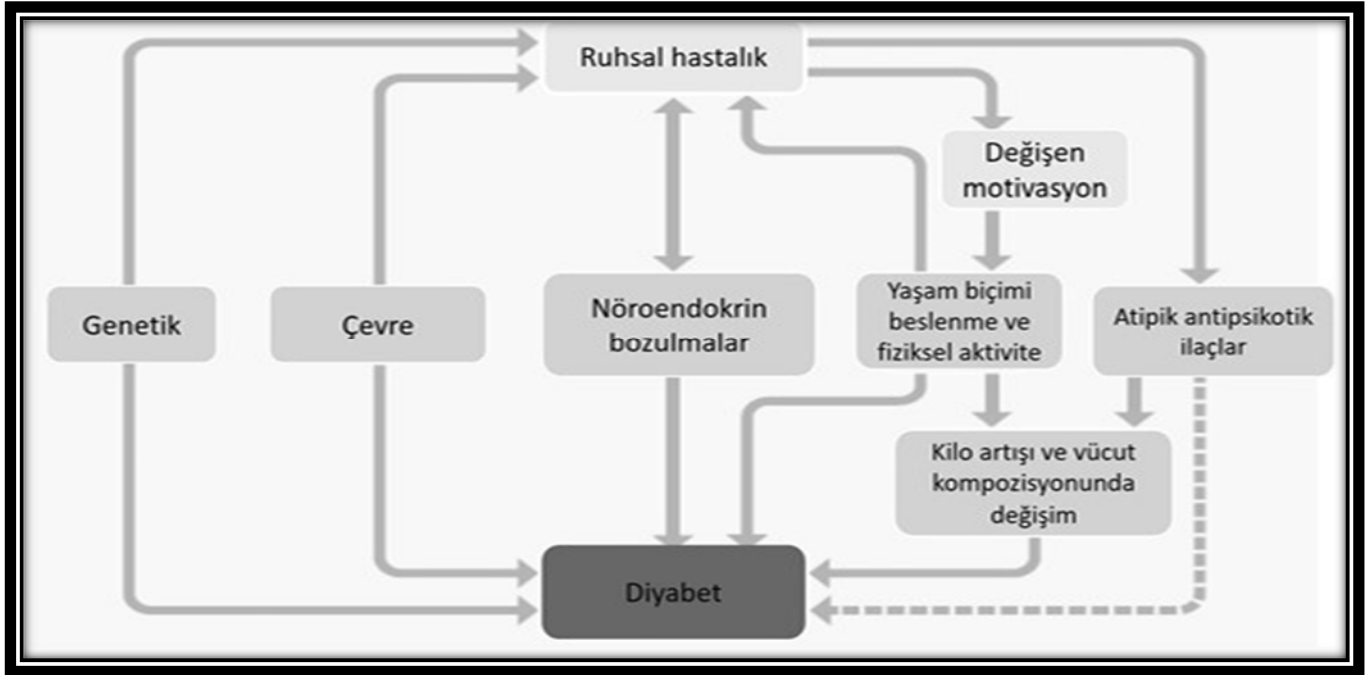
Gelişme

Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Tip 2 Diyabet Sıklığı ve Nedenleri

Genel nüfusta tip 2 diyabet vakalarının yaklaşık %25'i teşhis edilemezken, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde tip 2 diyabet vakalarının %70'inin teşhis edilmediği bildirilmektedir (12). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin yaklaşık %10-15'i tip 2 diyabete sahiptir (12,14). Ülkemizde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde diyabet oranlarını belirleyen çalışmalara ulaşılamamıştır. Uluslararası literatürde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde tip 2 diyabet görülme sıklığını belirlemek için

*Dr. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Zonguldak. E-posta: sevecencelik@hotmail.com, sevecencelik@beun.edu.tr, ORCID: 0000-0003-3113-4565, ** Doç. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir. ORCID: 0000-0002-1666-291X.

yapılan çalışma sonuçları değişiklik göstermekle birlikte bu oranın bu bireylerde %10-25 arasında değişiklik gösterdiği tahmin edilmektedir (12). Subashini ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında diyabet görülme sıklığının şizofreni tanılı bireylerde (%15.3) şizofreni tanısı olmayan bireylere göre (%7.3) daha yüksek olduğu belirtilmiştir (15). Genel olarak bakıldığında; bipolar bozuklukta diyabet yaygınlığı genel nüfusa oranla iki kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (16).



Şekil 1. Diyabet ve Kronik Ruhsal Hastalık Arasındaki İlişkinin Temelini Oluşturan Mekanizmalar (12)

Diyabet ve kronik ruhsal hastalık arasındaki ilişkinin temelini oluşturan mekanizmalar çok faktörlüdür (Şekil 1). Bunlar, genetik, yaşam tarzı (zayıf beslenme, fiziksel hareketsizlik ve sigara içme), biyolojik (depresyon gibi) ve tedavi ile ilişkili faktörleri içermektedir (12). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde fazla kalorili beslenme, az lifli beslenme, fiziksel aktivite eksikliği ve sigara tüketimi gibi sağlıksız yaşam alışkanlıkları yüksektir (17,18). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşadıkları psikiyatrik semptomlar (depresif duygudurum, halüsinasyon ve sanrılar) fiziksel aktivite yapma motivasyonlarını olumsuz etkilemekte (17), sağlıksız yaşam biçimi bu bireylerin kilo artışıyla desteklenmekte ve diyabet gelişme riskini arttırmaktadır (9,11). Ayrıca bu bireylerin kullandıkları özellikle ikinci kuşak antipsikotik ilaçlar iştah artışına, sedasyona, kan lipid düzeyinde artışa ve glikoz metabolizmasında bozulmaya neden olmaktadır (10,19). Yapılan bir derlemede psikoz hastalarında antipsikotik kullanılmaya başlandıktan sonra antipsikotiklerin, kilo alımı ve insülin duyarlılığı ile sekresyonunu doğrudan etkileyerek diyabet riskini artırdığı saptanmıştır (20). Kronik ruhsal hastalıklarda kullanılan diğer ilaç grupları olan antidepresan ve duygudurum düzenleyici ilaçlar ile diyabet arasındaki ilişki hakkında literatürde farklı sonuçlar olmasına karşın, bu ilaçların uzun süre kullanımına bağlı diyabet gelişme riskinin arttığı belirtilmektedir (21,22) Yoon ve arkadaşlarının (2013), antidepresan kullanımı ile diyabet riskini değerlendirdikleri meta analiz çalışmasının sonucunda antidepresanların (özellikle serotonin geri alım inhibitörleri) kilo artışı yan etkisi ile diyabet riskini arttırdıkları saptanmıştır (23). Yapılan bir başka sistematik derlemede antidepresanların kullanımının glikoz disregülasyonunu arttırdığı ve özellikle duygudurum düzenleyici ilaçlardan valproik asitin insülin direnci gelişimine neden olması ile diyabet gelişme riskini arttırdığı saptanmıştır (22).

Amerikan Diyabet Derneği, antipsikotik ilaçlarla tedavi edilen hastalar için yıllık diyabet taraması yapılmasını önermektedir (24). Bu artan klinik ihtiyaca rağmen, kronik ruhsal hastalığı olan bireyler, diyabet ve kardiyovasküler risk faktörleri açısından daha az taranmakta, kardiyovasküler riskleri önleyici hizmetler bu bireylere daha az sunulmakta ve bu bireylerin diyabet eğitimi alma olasılığı daha düşük olmaktadır (12). Kronik ruhsal hastalığı olan ve olmayan diyabetli hastalara sunulan diyabet bakımının kalitesini belirlemek için yapılan bir çalışmada kronik ruhsal hastalığın yanı sıra diyabetli olan bireylerin sağlık bakımı sunanlardan diyabetle ilgili, kan glikoz seviyesini izleme ile ilgili daha az eğitim aldıkları saptanmıştır (11). Yetersiz sağlık hizmetinin nedeni hasta ve hastalıktan kaynaklı, tedavi ve sağlık çalışanlarından kaynaklı olabilen çok boyutlu engeller ile açıklanmaktadır (25). Hasta ve hastalık kaynaklı engeller; hastada ortaya çıkan bilişsel bozulma nedeniyle diyabet belirtileri gibi fiziksel sorunları fark edememe, şüphencilik gibi psikiyatrik semptomlar nedeniyle yeterli fiziksel sağlık bakımı aramama ve sağlık bakım önerilerine uymada zorlanma, sağlıksız yaşam biçimi alışkanlıklarına sahip olma gibi engellerdir (25). Tedaviyle ilgili engeller, özellikle psikotrop ilaçların fiziksel sağlık üzerindeki yan etkileridir. Sağlık çalışanlarına ilişkin engeller ise, hastalarla yeterli iletişim kurmama, fiziksel hastalıktan çok psikiyatrik hastalığa odaklanma, psikiyatri alanındaki sağlık bakımı sunanların fiziksel sağlık bakımı sunmaya ilişkin bilgi eksikliği olması ve fiziksel yakınmaları psikosomatik yakınma olarak görme vb. sayılabilmektedir (26,27).

Kronik ruhsal hastalığı ve tip 2 diyabeti olan bireyler hem psikiyatrik hastalık yükü ile başa çıkmaya çalışırken hem de psikiyatrik semptomlara ek olarak diyabet semptomları ile baş etmek zorunda kalmaktadırlar (25). Diyabet tanısına sahip olan bireyler kendi diyabete özgü beslenme, fiziksel aktivite yapma, kendi kan şekerini izleme, diyabet tedavisine uyma, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* <http://www.deuhyoedergi.org>

diyabet kontrollerine düzenli gitme, ayak bakımı yapma gibi diyabet öz bakım aktivitelerini yapmak ve takip etmek durumundadırlar (25). Diyabeti olan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bu öz bakım aktivitelerini yapması ve bu konuda desteklenmesi oldukça önemli olup psikiyatri hemşirelerine önemli bir rol düşmektedir.

Son yıllarda uluslararası literatürde bu bireylerin diyabet öz bakımlarının nasıl olduğuna dair sorular gündeme gelmiş olup, konuya ilişkin bazı çalışmaların yapıldığı göze çarpmaktadır (17,25). Yapılan çalışmalarda kronik ruhsal hastalığa ek olarak diyabeti olan bireylerin diyabet öz bakım aktivitelerini yerine getirmekle ilgili bazı engeller yaşadıkları belirlenmiştir. Mulligan ve arkadaşları (2017) kronik ruhsal hastalığa ek olarak tip 2 diyabeti olan 14 birey ile diyabeti yönetmedeki engellerini belirlemek için kalitatif bir çalışma yapmışlardır. Çalışmalarının sonucunda hastaların duyu durumlarının düşük olması, bilişsel yıkımları nedeniyle hatırlamakta zorluk yaşamaları, diyabet komplikasyonlarına yönelik bilgi eksikliklerinin olması ve psikotik semptomları yaşamalarının diyabeti yönetmede engel oluşturduğu saptanmıştır (28). İnce ve arkadaşlarının (2017) yaptığı nitel çalışma kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin psikiyatrik semptomlar (halüsinasyon ve sanrılar), psikotrop ilaç yan etkileri, diyabet ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmama, sağlık ekibinin ve aile üyelerinin olumsuz tutumları nedeniyle diyabete yönelik özbakımlarının engellendiği belirlenmiştir (25). Hem şizofreni hem de tip 2 diyabet tanılı bireylerde yapılan başka bir çalışmada ise şizofreni hastalarının beslenme, fiziksel aktivite ve kan şekeri ölçümü açısından öz bakım skorlarının önemli derecede düşük olduğu bulunmuştur (17). Çalışma sonuçları kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin diyabet yönetiminde sorunlar olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda kronik ruhsal hastalığı olan bireyler ile çalışan psikiyatri hemşirelerine bütüncül bakım çerçevesinde önemli sorumluluklar düşmektedir.

Kronik Ruhsal Hastalığı olan Bireylerde Diyabet Yönetiminde Psikiyatri Hemşirelerinin Sorumlulukları

Kronik ruhsal hastalığı ve diyabet tanısı olan bireylere yönelik verilecek sağlık bakımı psikiyatri hemşiresi, psikiyatri hekimi, diyabet hemşiresi, endokrin hekimi, diyetisyeni ve diğer sağlık görevlilerini içeren multidisipliner ekip işbirliğini gerektirmektedir (14,17,29,30). Bu bireyler, diyabet gibi fiziksel sağlık sorunlarını tanımlamada, izlemede ve yönetebilmede psikiyatri hemşirelerinin desteğine ihtiyaç duyabilmektedirler (31). Psikiyatri hemşireleri bütüncül bakım kapsamında kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde yaygın olarak görülen tip 2 diyabet gibi komorbid fiziksel hastalıklara ilişkin bakım verilmesinde kilit noktadadır (31,32). Bununla birlikte kronik ruhsal hastalığı olan bireylere fiziksel sağlık bakımı sunmada psikiyatri hemşirelerinin sunduğu bakımda eksiklikler olduğu saptanmıştır (26). Psikiyatri hemşirelerinin kronik ruhsal hastalığı olan bireylere fiziksel sağlık bakımı vermeleriyle ilgili yapılan kalitatif bir çalışma sonucunda hemşireler, psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumlarını algılayamadıklarını ve fiziksel sağlıklarına öncelik vermediklerini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada psikiyatri hemşireleri fiziksel sağlık bakımı sunma konusundaki sorumluluk ve rollerinden emin olmadıklarını belirtmişlerdir (26).

Kronik ruhsal hastalığa ek olarak diyabeti olan bireylere sağlıklı yaşam biçiminin kazandırılması, motive edilmesi (29,30) ve diyabet öz bakımlarını yapmaya cesaretlendirilmeleri bakımın önemli bir parçasıdır (30). Diyabet öz bakım davranışlarını yerine getirmek bireylerin kendi sorumluluğunda olsa da bu bireylere diyabet öz bakım davranışlarını kazandırmak, motive etmek, bu konuda eğitim ve danışmanlık yapmak hemşirenin sorumluluğundadır (30).

Kronik ruhsal hastalığa ek olarak diyabeti olan bireylere hemşireler tarafından verilen bakım önem kazanmaktadır. Psikiyatri hemşireleri bu hastaların diyabetlerini daha etkili yönetebilecekleri eğitici, danışman rollerini kullanarak girişimler planlamalı, hastaları bu konuda desteklemeli ve motive etmelidir. Multidisipliner ekibin bir parçası olan psikiyatri hemşirelerinin kronik ruhsal hastalığa ek olarak diyabet riski ya da diyabeti olan bireyler için uygulayabilecekleri hemşirelik girişimleri şunları içermektedir (14,26,33);

- Hastadan detaylı bir tıbbi öykü alınmalıdır. Öyküde, önceki kardiyovasküler hastalık ve diyabet öyküsü, ailede kardiyovasküler hastalık ve diyabet öyküsü, sigara içme durumu saptanmalıdır. Diyabet riski açısından bel çevresi ve beden kitle indeksi ölçümü, açlık kan şekeri takibi, kan basıncı (iki kere ölçülmüş ve ortalaması alınmış) ve hekim istemine göre her 3-6 ayda bir HbA1c ölçümü yapılmalıdır.
- Psikiyatri alanında çalışanlar hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri, tip 2 diyabet riskini değerlendirme ve yönetmede endokrinologlar ve alanında yetkin olan diyabet hemşireleri ile iş birliği içerisinde çalışmalı, gerektiğinde hastaları diyabet hemşiresine yönlendirmeli, özellikle atipik antipsikotik kullanan kronik ruhsal hastalığı olan bireylere tip 2 diyabet riski açısından aralıklı olarak taramalar yapılmalıdır.
- Özellikle önemli olan, pre-diyabet durumunu tanımlamaktır, böylece antipsikotik ilacın başlamasını izleyen süreçte diyabet riski izlenebilmektedir.
- Riskli hastalar yıllık kontrollerde kardiyovasküler risk faktörlerini, erken komplikasyon belirtilerini teşhis etmek, idrar albumin atılımı, serum kreatinin ölçümü, göz muayenesi ve ayak muayenesi yapılmak üzere hekime yönlendirilmelidir.
- Kardiyovasküler hastalık, diyabet ve buna bağlı ölüm riskindeki artışa etkisinin kanıtlanması nedeniyle hastalara aktif bir yaşam tarzının önerilmesi, sedanter yaşamın azaltılması, sağlıklı ve diyabete özgü beslenmenin teşvik edilmesi önemlidir. Bu nedenle sağlıklı yaşam biçimi girişimlerine ve tarama programlarına psikiyatri kliniklerinde öncelik verilmelidir.
- Sigara ve/veya alkol kullanan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sigara ve/veya alkolü bırakmasına yönelik girişimler planlanmalı, hastalar bu konuda bilgilendirilmelidir.
- Diyabet tanısı alan ve özellikle insülin tedavisi gerektiren hastalar için ayak bakımı, kendi kan şekerini izleme, beslenme, fiziksel aktivite ve kontrollere gitmeyi içeren diyabet öz bakım eğitimi verilmelidir. Hastaların ayak bakımını ne sıklıkla ve nasıl yapacağı, kendi parmağından nasıl kan şekeri ölçümü yapacağı, kan şekeri değerini nasıl yorumlayacağı gibi konular eğitim oturumlarında hasta ile birlikte uygulamalı olarak anlatılarak hastanın kendi kendine bu bakımları yapabileceği becerisi artırılmalıdır. Egzersiz ve beslenmeye yönelik hastaya uygun yöntemler hasta ile birlikte planlanmalıdır. Hastalar ağır egzersizlere yerine günlük en az 30 dk. tempolu yürüyüş yapma gibi daha uygulanabilir egzersizlere yönlendirilebilir.
- Kronik ruhsal hastalığa ek olarak diyabeti olan bireylerin diyabet yönetiminde yaşadığı zorluklar ve engellere yönelik hastalara ve ailelerine destek olunmalı ve diyabet yönetiminde motivasyonlarını arttıracak girişimler planlanmalıdır. Bu

doğrultuda psikiyatri hizmeti veren birimlerde hastalarla haftalık bireysel motivasyonel görüşme gibi tekniklerle ya da grup eğitimleri ile hastalar diyabet yönetimi konusunda eğitilebilir ve motive edilebilirler.

- Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin diyabet öz bakımını yapmalarını engelleyen halüsinasyon ve sanrı gibi psikiyatrik belirtiler ve sedasyon gibi psikiyatrik ilaç yan etkileri ile baş etmelerine yardımcı olunmalıdır. Bu semptomlar yönünden hastalar izlenmeli, kontrollere gelmesi desteklenmeli, hasta ve ailesine bu konuda bilgi verilmelidir.
- Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin klinik dışı yaşamlarında diyabet özbakım uyumlarını arttırmak, hastaların bu konuda motivasyonlarını sürdürmelerini sağlamak amacıyla tele-hemşirelik, web üzerinden eğitim, kısa mesajlar gibi yöntemler ile takip ve izlemleri yapılabilir.

Sonuç

Sonuç olarak şizofreni, bipolar bozukluk ve şizoaffektif bozukluk gibi kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde diyabet görülme oranı yüksektir. Bu durum daha çok değiştirilebilir yaşam biçimi girişimleri ile düzeltilebilmektedir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireyler ile çalışan psikiyatri hemşirelerine diyabet riskini belirleme, diyabet yönetimine destek olma ve hastayı bu konuda teşvik etmede önemli rol düşmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve diyabet öz bakımını geliştirme, bu hasta grubundaki sonuçları iyileştirmek için önemlidir. Psikiyatri alanında çalışan profesyoneller bu hastalarda görülen fiziksel sorunların özen ve dikkatle taranmasını, tedavi edilmesini ve izlenmesini sağlamalıdır. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığının ele alınmasında bütüncül bir yaklaşım benimsenmelidir. Psikiyatri alanında çalışan hemşireler kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin diyabet öz bakımını arttıracak kanıta dayalı girişimler planlamalı ve uygulamalıdır.

Bilgilendirme

Bu derlemeye yazarların katkı oranı beyanı şu şekildedir: fikir ve kavram SÇİ, NG; tasarım SÇİ; denetleme NG; literatür tarama SÇİ, NG; literatür verilerinin analizi ve yorumlaması SÇİ, NG; makalenin yazımı SÇİ; eleştirel düşünme NG. Derleme yazımı ile ilgili herhangi bir kurum ya da kuruluşun destek alınmamıştır.

Bu derleme araştırma ve bilimsel yayın etiğine uyularak yazılmıştır. Araştırmacılar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

30. Türkiye Diyabet Vakfı. Diyabet tanı ve tedavi rehberi 2017. 2017; 14–15.
31. Coşansu G. Diyabet: Küresel bir salgın hastalık. *Okmeydanı Tıp Derg.* 2015;31(ek sayı):1–6.
32. World Health Organization. World diabetes day. [online]. 2013;2(4): 123-124. URL: <http://who.int/health-topics/diabetes>. 10 Ekim 2013.
33. International Diabetes Federation. Diabetes atlas [online]. 2013;12-40. URL: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/19-atlas-6th-edition.html>. 27 Mayıs 2013.
34. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Türkiye [online]. 2015; 111-112. URL: <http://www.tuik.gov.tr>. 12 Haziran 2015.
35. Wykes TL, Lee AA, Bourassa K, Kitchen KA, McKibbin CL. Diabetes knowledge among adults with serious mental illness and comorbid diabetes mellitus. *Arch Psychiatr Nurs.* 2017;31(2):190–6.
36. İstek N, Karakurt P. Global bir sağlık sorunu: tip 2 diyabet ve öz-bakım yönetimi. *JAREN.* 2018;4(3):179–82.
37. Vaez K, Diegel-Vacek L, Ryan C, Martyn-Nemeth P. Evaluating diabetes care for patients with serious mental illness using the chronic care model. *Heal Serv Res Manag Epidemiol.* 2017;4:1-7.
38. Vancampfort D, Correlli CU, Gallin B, Probst M, De Hert M, Ward PB, et al. Diabetes mellitus in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and large scale meta-analysis. *World Psychiatry.* 2016;15(2):166–74.
39. Liu NH, Daumit GL, Dua T, Aquila R, Charlson F, Cuijpers P, et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry.* 2017;16:30–40.
40. Kurdyak P, Vigod S, Duchon R, Jacob B, Stukel T, Kiran T. Diabetes quality of care and outcomes: Comparison of individuals with and without schizophrenia. *Gen Hosp Psychiatry.* 2017;46:7–13.
41. Holt RIG. Diabetes in psychiatric disease. *Med (United Kingdom).* 2015;43(1):51–3.
42. Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J, Whyte S, Penny C. Effects of severe mental illness on survival of people with diabetes. *Br J Psychiatry.* 2010;197(4):272–7.
43. Stubbs B, Vancampfort D, De Hert M, Mitchell AJ. The prevalence and predictors of type two diabetes mellitus in people with schizophrenia: a systematic review and comparative meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2015;132(2):144–57.
44. Subashini R, Deepa M, Padmavati R, Thara R, Mohan V. Prevalence of diabetes, obesity, and metabolic syndrome in subjects with and without schizophrenia (CURES-104). *J Postgrad Med.* 2011;57(4): 272–277.
45. Leopold K, Reif A, Haack S, Bauer M, Bury D, Löffler A, et al. Type 2 diabetes and pre-diabetic abnormalities in patients with bipolar disorders. *J Affect Disord.* 2016;189:240–245.
46. Chen S, Chien Y, Kang C, Jeng C, Chang W. Comparing self-efficacy and self-care behaviours between outpatients with comorbid schizophrenia and type 2 diabetes and outpatients with only type 2 diabetes. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2014;21(5):414–422.
47. Scott D, Happell B. The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. *Issues Ment Health Nurs.* 2011;32(9):589–97.

48. Tek C, Kucukgoncu S, Guloksuz S, Woods SW, Srihari VH, Annamalai A. Antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis patients: a meta-analysis of differential effects of antipsychotic medications. *Early Interv Psychiatry*. 2016;10(3):193–202.
49. Holt RIG. Association between antipsychotic medication use and diabetes. *Curr Diab Rep*. 2019;19(10).
50. Yılmaz S, Şahin G, Buzlu S. Psikofarmakolojik Tedaviler ve Fiziksel Sağlık. İçinde Bilgin H, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Fiziksel Sağlık. 1.Basım. Türkiye Klinikleri, Ankara; 2019:19–29.
51. Correll CU, Detraux J, Lepeleire J De, De Hert M. Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World Psychiatry*. 2015;14:119–136.
52. Yoon JM, Cho E, Lee H, Park SM. Antidepressant use and diabetes mellitus risk: a meta-analysis. *Korean J Fam Med*. 2013;34(4):228–240.
53. Mangurian C, Newcomer JW, Vittinghoff E, Creasman JM, Knapp P, Fuentes-Afflick E, et al. Diabetes screening among underserved adults with severe mental illness who take antipsychotic medications. *JAMA Intern Med*. 2015;175(12):1977–1979.
54. Ince SÇ, Günüşen NP, Özerdem A, Özişik S. Diabetes self-care views of individuals with severe mental illness and comorbid type 2 diabetes and of those only with type 2 diabetes. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017;31(4): 386–393.
55. Çelik Ince S, Partlak Günüşen N, Serçe Ö. The opinions of Turkish mental health nurses on physical health care for individuals with mental illness: A qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2018;25(4):245–57.
56. De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*. 2011;10(2):138–51.
57. Mulligan K, McBain H, Lamontagne-Godwin F, Chapman J, Haddad M, Jones J, et al. Barriers and enablers of type 2 diabetes self-management in people with severe mental illness. *Heal Expect*. 2017;20(5):1020–30.
58. Hultsjö SM, Hjelms K. Organizing care for persons with psychotic disorders and risk of or existing diabetes mellitus type 2. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012;19(10):891–902.
59. Meetoo DD. Dangerous liaisons: the relationship between schizophrenia and diabetes. *J Diabetes Nurs*. 2013;17(3):104–111.
60. Kayar Erginer D, Partlak Günüşen N. Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumu: ihmal edilen bir alan. *DEUHFED*. 2013;6(3):159–64.
61. Bradshaw T, Pedley R. Evolving role of mental health nurses in the physical health care of people with serious mental health illness. *Int J Ment Health Nurs*. 2012;21(3):266–73.
62. WHO Guidelines. Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders [online]. 2018:1–94 URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275718/9789241550383-eng.pdf>. 07 Kasım 2018.

Ailenin Güçlendirilmesi ve Pediatri Hemşireliğinde Uygulanması

Pelin KARATAŞ*, Hüsnüye ÇALIŞIR**, Seher SARIKAYA KARABUDAK***

Öz

Derleme tipinde olan bu makalenin amacı aile ve hemşirelik bakımı açısından oldukça önemli olan ailenin güçlendirilmesinin önemini, aileye, çocuğa ve sağlık çalışanlarına olan yararlarını açıklamak, uygulama adımları ve pediatri hemşireliğinde uygulanmasına ilişkin somut öneriler sunmaktır. Ailenin stresli dönemlerinde içsel ve dışsal güçlerini ortaya çıkarmayı sağlayan ailenin güçlendirilmesi hem ailelere hem de hemşirelere olumlu katkıda bulunur. Hemşireler bakımlarında hastanın ve ailenin güçlü yanlarına odaklandıklarında güçlendirme temelli bakımı başlatmış olurlar. Ailenin güçlendirilmesini önemseyen ve bu amaçla aktif rol alan pediatri hemşireleri çocuk ve ailenin gelecek için umutlarını sürdürmelerine, gereksinimlerini karşılamaya, aile işlevselliğinin devamlılığına, kaynaklara ve bilgiye ulaşmalarına yardımcı olur. Ayrıca bu yaklaşımı kullanan hemşireler, kendi benliklerini daha kolay bulur, meslekten ve yaşamdan daha fazla doyum alır, hasta ve ailesi hakkında daha kapsamlı veri toplar ve etkin bakım verir. Bu nedenle pediatri hemşirelerinin, bakım uygulamalarında ailenin güçlendirilmesi yaklaşımını benimsemeleri, ailenin güçlenmesini ölçmek için değerlendirme aracı geliştirmeleri ve bu konudaki bilgi ve deneyimlerini arttırmaları önerilir.

Anahtar Sözcükler: Aile, Çocuk, Ebeveyn, Güçlendirilme, Pediatri, Hemşire.

Abstract

Family Empowerment and Use In Pediatric Nursing

The aim of this review is to explain the importance of empowerment the family which is very important in terms of family and nursing care, the benefits to the family, the child and the health care workers, and to provide concrete suggestions for implementation steps and application in pediatric nursing. Empowering the family, which enables the elimination of internal and external forces during stressful periods of the family, contributes positively to both families and nurses. When nurses focus on the strengths of the patient and family in their care, they start empowerment-based care. Pediatric nurses, who take care of the empowerment of the family and play an active role for this purpose, help the child and the family to maintain their hopes for the future, to meet their needs, to maintain family functionality, to access resources and information. In addition, nurses using this approach find their own self more easily, get more satisfaction from the profession and life, collect more comprehensive data about the patient and family, and provide effective care. For this reason, it is recommended that pediatric nurses adopt the family empowerment approach in care practices, develop an assessment tool to measure family empowerment, and increase their knowledge and experience in this area.

Key Words: Family, Child, Parent, Empowerment, Pediatric, Nurse.

Geliş tarihi: 24.05.2019

Kabul tarihi: 03.06.2020

Bu derlemenin amacı aile ve hemşirelik bakımı açısından oldukça önemli olan ailenin güçlendirilmesinin önemini, aileye, çocuğa ve sağlık çalışanlarına olan yararlarını açıklamak, uygulama adımları ve pediatri hemşireliğinde uygulanmasına ilişkin somut öneriler sunmaktır. Toplumun en küçük yapı taşı olan aile, çocuğun fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak gelişmesini sağlar (1,2). Toplumda huzur ve refahın sağlanması için sağlıklı ve güçlü aileler oluşturulmaya çalışılmalıdır (2,3). Boşanma, kayıp, göç, afet, çocuğun hasta olması, hastanede yatma ya da aile üyelerinden birinin ölümcül hastalık tanısı alması ailede strese neden olabilir (4). Bu tür stresli durumlarda ve sonrasında aile devamlılığının sağlanması, birlik duygusunun pekiştirilmesi ve yeni çözümler üretebilmeleri için aile üyelerinin desteklenmesi gerekir. Ailenin güçlendirilmesi (AG), aileleri stresli dönemlerinde destekleyen ve koruyan ilişki/süreç dizisi olarak tanımlanır (5). Ailenin gücünü ortaya çıkarmayı amaçlayan AG yaklaşımı, fiziksel/duygusal acının azalması için aile bireylerini destekler, farklı baş etme yöntemleri bulmalarına yardımcı olur ve aile işlevinin devamlılığına katkı sağlar (4-6). Hemşireler, stresli zamanlarda aile üyelerinin gereksinimlerini karşılamalı, baş etmelerine, umutlarını sürdürmelerine, bilgiye ve kaynaklara ulaşmalarına yardımcı olmalı ve aile işlevselliğini desteklemelidir (5-7).

Çocuğu Hastanede Yatan Ailenin Güçlendirilmesi

Hastalık ve hastanede yatma çocuk ve ailesi için stres yaratan bir deneyimdir (8,9). Bu durumla karşılaşan aile bireyleri fizyolojik, psikolojik ve sosyal olarak etkilenebilirler (1). Çocukları hastaneye yatan ebeveynler, çocuğun hasta olması, ona ne olacağını bilememe, farklı bir ortamda bulunma, kişisel ihtiyaçlarını karşılayamama, bakım verici rolünü sürdürememe, hastanedeki rollerini tam olarak anlayamama ve ekonomik zorluklar yaşama gibi birçok nedenden dolayı anksiyete yaşayabilirler. Aynı zamanda hastanede olma çocuğun anksiyetesini artırırken, aile bütünlüğünün ya da işlevselliğinin bozulmasına neden olabilir. Ailenin anksiyetesinden hasta çocuk da etkilenecek iyileşme süreci gecikebilir (1). Pediatri hemşirelerinin ailenin güçlendirilmesi yaklaşımını tanımaları, yararlarının farkında olmaları ve bakımlarında kullanarak aileleri desteklemeleri, çocuk ve ailenin iyilik halini sürdürmelerine katkı sağlayabilir.

Pediatri hemşiresinin bakım verdiği çocuk ve ailenin gücünü anlayabilmesi için ayrıntılı veri toplaması gerekir. Geliri ve eğitim düzeyi düşük, stresi yüksek, iletişim sorunu yaşayan, aile bağları zayıf, sosyal desteği yetersiz olan, sağlık hizmetlerinden ve sosyal yardım kuruluşlarından az yararlanan ailelerin daha fazla güçlendirilmeye gereksinimleri vardır (10,11). Pediatri hemşirelerinin risk grubundaki aileleri tespit etmesi ve güçsüzlük yaşadıkları durumlarda güç kazanmaları için desteklemesi önemlidir.

*Araş. Gör. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. Efeler/Aydın. e-posta: Pelin.karatas@adu.edu.tr Orcid No: 0000-0001-9170-115X, ** Prof. Dr. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. Efeler/Aydın. Orcid No: 0000-0001-5440-5431, *** Dr. Öğretim Üyesi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. Efeler/Aydın. Orcid No: 0000-0002-9039-5637

Güçlendirilme, kişinin çevresindeki durumları yönetebilmeleri için gerekli olan içsel gücün ortaya çıkarılması sürecidir (12). AG sürecinde ebeveynin, diğer aile üyelerinin ya da çocuğun bir konuya yönelik sistematik bir şekilde yeterlilik kazanması sağlanır. Ailenin güçlendirilmesi kavram olarak pediatri hemşirelerinin rolleri arasında açıkça yer almamaktadır fakat pediatri hemşireleri ailenin güçlendirilmesini eğitim ve danışmanlık rolleri kapsamında sürdürmektedirler (1). Ülkemizde ailenin güçlendirilmesine ilişkin özel program bulunmamaktadır fakat pediatri hemşiresinin sistematik olarak planladığı bütün eğitim ve danışmanlık faaliyetleri bu kapsamda yer almaktadır. Hemşireler, aileyi güçlendirmek için bireysel/grup güçlendirme destek programlarını oluşturarak işe başlayabilirler ve bu tür ailelerle karşılaştıklarında bu programları uygulamaya koyabilirler (12, 13, 15-17, 19). Ailenin güçlendirilmesi sağlıklı, önlem alınmazsa sağlığı bozulabilecek ya da hasta çocukların ebeveynlerine uygulanabilir. Yapılan çalışmalarda ailenin güçlendirilmesinin sonucunda ebeveynlerin depresyon ve stres düzeyinin azaldığı, aile işlevinin, öz-yeterliğinin, otonomisinin, problem çözme becerilerinin ve aile üyelerinin birbirlerine olan desteğinin arttığı gösterilmiştir (12, 13, 16, 19). Ayrıca ebeveynlerin çocuklarına daha nitelikli bilgi verdikleri, bakımı yönetme becerilerinin arttığı ve çocukların hastaneye yatış sayılarının azaldığı ekte belirlenmiştir (17- 19). Ailenin güçlendirilmesine ilişkin yapılan çalışmalar Tablo-1 de verilmiştir.

Tablo 1. Ailenin Güçlendirilmesi Programları ile ilgili Yapılan Çalışmalar

| Araştırmacı (yıl) | Araştırmanın amacı | Araştırma tipi; örneklem; sonuç değişkeni | Sonuç |
|--|--|--|--|
| Coutinho, Kopel, Williams, Dansereau, & Koinis-Mitchell, (2016) (18) | Ebeveynlerin güçlendirilmesi ile çocukta astım belirtisi, süresi ve acil servise başvurma sıklığı arasındaki ilişkiyi incelemek. | Tanımlayıcı çalışma; 130 ebeveyn çifti; Çocuğun astım semptomları ile aile güçlendirme ölçek puanı. | Ebeveyni daha güçlü olan çocuklar astım nedeni ile daha az hastaneye başvurmuştur. |
| Yeh, Ma, Huang, Hsueh, & Chiang, (2016) (13) | Astımlı çocuğu olan ailelere uygulanan güçlendirme programının aile işlevlerine ve astımlı çocukların solunum fonksiyonuna olan etkisini incelemek. | Randomize Kontrollü Çalışma (RKÇ); 34 ebeveyn çifti; Ebeveyn stres ölçek puanı, aile güçlendirme ölçek puanı ve çocukların solunum fonksiyon testi sonucu. | Güçlendirme programı uygulanan ailelerin standart bakım alanlara göre ebeveynlerin stresi azalmış, aile işlevleri ve çocukların solunum fonksiyonu artmıştır. |
| Liu et al., (2010) (12) | Prematüre bebeği olan ve güçlendirme programı uygulanan ebeveynlerin taburculuk sonrası öz-yeterlik, algılanan stres ve depresyon durumlarını incelemek. | RKÇ; Çalışma grubu, 35 ebeveyn çifti ve kontrol grubu, 35 ebeveyn çifti; Ebeveynlerin öz-yeterlik, algılanan stres ve depresyon ölçek puanları. | Program sonunda ebeveynlerin depresyon ve algılanan stres düzeyi azalmış, öz-yeterliği artmıştır. |
| Wakimizu, Yamaguchi, & Fujioka, (2017) (14) | Gelişimsel yetersizliği olan çocukların ailelerinin yaşam koşullarını değerlendirmek, ailenin güçlendirilmesi ve ebeveynlerin yaşam kalitesi ile ilişkili faktörleri araştırmak. | Kesitsel çalışma; 93 ebeveyn; Aile güçlendirme ve yaşam kalitesi ölçek puanı. | Gelişimsel yetersizliği olan çocukların ebeveynlerinin aile güçlendirmesi ve yaşam kalitesi puan ortalamaları düşük düzeydedir. |
| Wakimizu ve ark. (2018) (10) | Motor ve zihinsel engelli çocuğa bakım veren ailelerin güçlenmesini etkileyen faktörleri belirlemek. | Kesitsel çalışma; 1362 bakım verici; Aile güçlendirme ölçek puanı. | Bakım vericinin yaşının ve öğrenim durumunun artması, çevresel desteğinin yeterli olması, ev ziyareti sistemini yeterli kullanması, kurum desteği alması, gelir düzeyinin yüksek ve aile bağının güçlü olması, aile güçlendirme puanını olumlu yönde etkilemiştir. |
| Han, Yang, & Hong, (2018) (11) | Özel gereksinimi olan çocukların ailelerinin gücünü belirlemek. | Kesitsel çalışma; 240 ebeveyn; Aile gereksinimi, ebeveyn stresi, ebeveyn öz etkililik, ebeveyn iletişim süreçleri ve aile güçlendirme ölçek puanı. | Gereksinimi fazla olan, ebeveynlik stresi yüksek olan ve iletişim zorluğu yaşanan ailelerin daha fazla güçlendirilmeye ihtiyacı olduğu belirlenmiştir. |
| Wacharasin, Phaktoop, & | Talasemili çocukların ailelerine uygulanan aile | Kalitatif çalışma; 25 aile. | Programa katılan ebeveynler çocuklarına daha iyi bilgi verdiklerini ve bakımı |

| | | | |
|---|---|--|---|
| Sananreangset al.(2015) (17) | güçlendirme programının etkinliğini değerlendirmek. | | yönetme becerilerinin arttığını belirtmişlerdir. Ayrıca aile olarak daha sağlıklı ve güçlü karar verdiklerini, aile üyelerinin birbirlerine desteğinin arttığını, ailenin işleyişi, yönetimi ve aile içi ilişkiler hakkında bilgi paylaşımının arttığını bildirmişlerdir. |
| Herbert, Gagnon, O'Loughlin, & Rennick, (2011) (15) | Ebeveynlerin ev ortamında sigara içmesini önlemek için uygulanan güçlendirme programının etkinliğini değerlendirmek. | RKÇ; 30 aile; Ebeveyn güçlendirme ve nikotin bağımlılığı ölçek puanı ile evde sigara içme özellikleri. | Bu programın ev ortamında sigara içilmesini önlemeye yönelik etkisinin olmadığı saptanmıştır. Ancak müdahale grubunda kontrol grubuna göre ev ortamında sigara içilmesi azalmıştır. |
| Fadda, Galimberti, Carraro, & Schulz, (2016) (16) | Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak aşısını düşük oranda yaptıran bölgedeki ebeveynlere güçlendirme programı uygulayarak aşıya yönelik karar vermelerini değerlendirmek. | Kalitatif çalışma; 30 ebeveyn. | Aile güçlendirme programı, ebeveynlerin otonomilerini destekleyerek karar verme sürecine aktif katılımlarını sağlamak için uygulanabilir. |
| Dönmez, (2018) (19) | Kistik Fibrozis (KF)'li çocukların ebeveynlerine uygulanan ailenin güçlenmesine dayalı hemşirelik girişimlerinin, ebeveynlerin hastalığa ilişkin bilgi düzeylerine, problem çözme ve stresle baş etme becerilerine ve KF'li çocukların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerine etkilerini incelemek. | RKÇ; 24 deney ve 24 kontrol grubu; Ebeveynlere ilişkin hastalık bilgi değerlendirme, problem çözme envanteri, stresle baş çıkma tarzları ve KF'li çocuklarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçek puanı. | Ailenin güçlenmesine dayalı hemşirelik girişimleri uygulanan ebeveynlerin diğerlerine göre hastalığa ilişkin bilgi düzeyi artmış, problem çözme becerileri ve çocukların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi artmıştır. |

Sağlık Bakımında Ailenin Güçlendirilmesinin Yararları

AG, ailenin sağlık bakımında karşılaştığı sorunlara çözüm bulmaları için karar verme sürecinde onları destekler, iç ve dış güç kaynaklarına yönelik farkındalık kazandırır, aile bütünlüğünün ve işlevselliğinin korunmasına yardımcı olur (20). Pediatri hemşiresi, aile hakkında veri toplarken mutlaka ailenin iç ve dış güç kaynaklarını öğrenmelidir. Ailenin iç güç kaynakları arasında aile bağları, aile içi ilişkileri, ekonomik durumları ve baş etme yöntemleri vardır. Ailenin dış güç kaynakları arasında ise sosyal çevreleri ve onlarla olan ilişkileri bulunur (5). Hemşire bu konularla ilgili veri toplamaya başladığında güçlendirme hareketini de başlatmış olur (21). Bu bağlamda ailenin güçlenmesinin sağlık bakım sürecindeki yararları;

- Ailenin hastanede yatan çocuğun bakımında aktif rol almasını sağlar,
- Çocuğun otonomisini ve kararlara katılımını destekler,
- Ailenin stresini azaltır ve etkili baş etmesini sağlar,
- Aile stresinin azalmasıyla çocuğun iyilik hissi artar,
- Ailenin mantıklı ve duruma özgü karar verebilmesini destekler,
- Ailenin sağlık personeli ile uyum içerisinde çalışmasını sağlar ve onları rakip olarak görmesini önler,
- Ailenin hastane dışındaki sorumluluklarını yerine getirmesini destekler (4,22,23).

Yapılan çalışmalarda, ebeveynlerin bilgi sahibi olmadığı durumlarda yeterlilik kazanmaları için bilgi verilmesinin olumlu sonuçlar sağladığı belirlenmiştir (24,25). AG'nin olumlu etkilerinin ortaya çıkabilmesi için pediatri hemşirelerinin bu yaklaşımın bileşenlerini bilmesi ve uygulamalarında kullanması gerekir.

Ailenin Güçlendirilmesi Yaklaşımının Bileşenleri

AG'nin bileşenleri insancıl, çocuk ve aile odaklı bir sağlık sistemi yaratmayı amaçlar. AG'nin dört temel bileşeni vardır;

Aile merkezli bakım: Hastayı ve aileyi bakımın merkezine yerleştirir.

Güçlendirme: Kişileri hedeflerine ulaşmaları ve yeni hayat amacı edinmeleri için destekler.

Sağlığı geliştirme: Hastayı ve ailesini kendi bakımlarına katılması için cesaretlendirir ve sorumluluk almalarını sağlar.

İşbirliği: Hasta ve ailesi ile bakım vericiler arasında işbirliğine dayalı bir ilişki sağlar (5,22).

Bu bileşenler birbirinden farklı gibi görünse de uygulamada birçok ortak noktası vardır. Bunlar;

- Sağlık personeli ile çocuk ve aile arasındaki gücü dengelemek,
- Sağlık personelinin çocuğa ve ailesine odaklanmasını sağlamak,
- Sağlık ve sağlık bakımı kararının çocuk ve ailesi tarafından verilmesini desteklemek,
- Çocuk ve ailenin haklarına saygı duymak,
- Her ailenin güçlü yönlerinin olduğunu bilmek ve bunu ortaya çıkarmak,

- Ailenin baş etmesini desteklemek,
- Hastalıktan sağlığa geçişi kolaylaştırmak,
- Sağlık bakımında hastalığa odaklanmak yerine güçlendirmeye odaklanmak.

Ailenin Güçlendirilmesinin Hemşireler Tarafından Uygulanması

Hemşirelik bakımında ailenin güçlendirilmesi yaklaşımını kullanabilmek için gereken **ilk adım**, hemşire ile hasta/aile ilişkisinin saygı ve güvene dayalı olmasıdır (5,22). Hemşireler, aileyi dinler (26), karşılıklı olarak görüşlerini tartışır (26,27) ve onlara profesyonel önerilerini sunarlar (3). Bu adımda ebeveynlerle, hemşireden ne bekledikleri, ne yapmalarını istedikleri ve kendilerinin bakımda ne kadar yer almak istediği mutlaka konuşulmalıdır. Bu konuşma aile ve hemşire arasındaki güven ilişkisinin oluşmasına ve sınırların belirlenmesine yardımcı olur. Bu sayede hemşire ve ebeveyn arasındaki rol karmaşası giderilir, kafa karışıklığı önlenir ve çift yönlü memnuniyet sağlanır. **İkinci adım**, aileyle bağ kurmaktır. Bu adımda hemşire aile ile fiziksel ve duygusal olarak yakın olmalıdır. Hemşire sadece sorun varlığında ailenin yanında olduğunda zaman, aile kendini açacak kadar hemşireyi yakın hissetmeyebilir. Sorunlar dışında da aile ile bağ kuran ve onları destekleyen hemşireler aileye duygusal olarak daha yakın olabilir. Böylece ailenin hemşireye olan güveni artar. Hemşireyi sadece çocuğa bakım veren sağlık personeli konumundan çıkarır ve aile hemşirenin varlığını tam anlamıyla hissedebilir. Hemşire aileyle kurduğu bu özel bağ sayesinde aile bireylerinin kendilerini ifade etmesini kolaylaştırır ve hatta farkında olmadıkları güçsüz yönlerini keşfetmelerini sağlayabilir (21,28). Kurulan bağın sonucunda aile güçsüz yönlerini fark eden aile bireyleri hemşireden yardım isteyebilir. Böylece hemşire ailenin güçsüz olduğu alanları tanımlar, baş etme yöntemlerini değerlendirir ve güçlü yönlerinin ortaya çıkmasına yardımcı olur (5,7,21,22). Hemşire tarafından ailenin önceliğinin belirlenmesi ve bunlara yönelik bakımın planlanması ise **üçüncü adımı** oluşturur (5,29).

Hemşireler hasta bakımında yetersizliğe/eksikliğe (eksiklik temelli bakım) odaklanmak yerine çocuğun ve ailenin güçlü yönlerini ortaya çıkaran bakım sağladıklarında güçlendirme temelli bakımı başlatmış olurlar. Eksiklik temelli bakım ile güçlendirme temelli bakımın ayırt edici özellikleri Tablo-2’de verilmiştir (5).

Tablo 2. Eksiklik Temelli Bakım ile Güçlendirme Temelli Bakım Arasındaki Farklar

| Ayırt Edici Özellikler | Eksiklik Temelli Bakım | Güçlendirme Temelli Bakım |
|---------------------------------|---|---|
| Amaç | Hastaya sadece hastalık tanısına göre standart bakım verir. Hastanın, tedavi kararlarını koşulsuz kabul etmesini ister. | Hemşire bireyin sahip olduğu yeteneğe odaklanır. Bireyi damgalamaz. Güvene dayalı ilişki kurar ve onu destekler. |
| İçerik | Hemşire için sadece hastalık önemlidir ve hastalığın tedavisine odaklanır. Hastanın yaşadığı olası bir sorun varlığıyla ilgilenmez. | Hemşire, var olan sorunla birlikte kişinin sağlık ve hastalık durumunu, duygularını, endişelerini, deneyimlerini, aile içi ilişkilerini, sosyal, kültürel ve ekonomik durumunu dikkate alır. |
| Kavramlar | Olumsuz kavramlar yer alır (hastalık, işlev bozukluğu, yetersizlik ve eksiklik gibi). Hastaya sürekli olumsuz mesaj verilir. | Olumlu kavramlar yer alır (güç, enerji, değişim ve fırsatlar gibi). Hastayı destekleyen mesajlar verilir. |
| İlişki | Geleneksel ve paternalist yaklaşım vardır. Hasta ve ailesinin pasif rolde olması istenir. | Sağlık ekibi, hasta ve aile birlikte çalışır. Beraber karar alırlar, plan oluştururlar ve birlikte çözüm bulmaya çalışırlar. |
| Birincil Veri Kaynakları | Hemşireler, laboratuvar testleri, biyopsiler, röntgen filmleri gibi objektif verilere odaklanırlar. Hasta ve ailesinin düşünceleri, deneyimleri ve duyguları önemli değildir. | Bireyin ve ailenin düşünceleri, deneyimleri, duyguları gibi öznel veriler ile objektif veriler beraber kullanılır. |
| Bakımın Planlanması | Hemşire, bakımını tanıya yönelik uygular. Aynı tanıya sahip çocuklar için aynı bakımı planlar. Hemşirelerin bağımsız rolü sınırlıdır. | Hemşire, bakımını çocuk ve ailesine özgü planlar. Onların güçlü yönlerini ortaya çıkarmaya çalışır. Çocuk ve ailesinin her sorunu için ayrı girişimler uygular. |
| Çıktılar | Bakım verenler hastalığın tedavisine odaklanırlar. | Çocuk ve ailenin iyi olma, yaşam kalitesi, gücü, güçlenmesi değerlendirilir. Çocuk ve ailesini güdülemeye çalışır. Çocuk ve ailesinin enerjisini, farkındalıklarını ve umutlarını arttırmaya çalışır. Sağlık personeli ve ailenin doyumu artar. |

Hemşireler, akut veya kronik hastalık nedeniyle kriz yaşayan ailelerin, krizi yönetmelerine ve baş etmelerine yardımcı olmayı amaçlar (3).

Pediyatri hemşirelerinin AG kapsamında uygulayabileceği girişimler aşağıda sıralanmıştır:

- Pediyatri hemşireleri aile özelliklerini tanımalıdır. Aile üyelerinin birbirleri/ başkaları ile olan iletişim şekilleri, boş zamanı değerlendirme biçimleri, birlikte geçirdikleri zamanlar, ebeveynlik stilleri/stratejileri, ev içi rutinleri ve kriz durumunda gösterdikleri tepkiler sorgulanmalıdır (5).

- Pediatri hemşireleri, ailelerin gücünü ortaya çıkarmak için aile ile birlikte iç ve dış kaynaklarını tartışmalı ve onlara rehberlik etmelidir (30).
- Pediatri hemşireleri, aile ile her konuyu tartışabilmelidir (1).
- Ebeveynler, çocuklarını en iyi tanıyan ve onlar için en iyisini isteyen kişilerdir (1). Ebeveynler, çocukları hasta olduğunda veya hastaneye yattığı zamanlarda rol karmaşası yaşayabilirler. Bu durum ebeveynlerin anksiyetelerini artırır ve çocukları için doğru karar vermelerini zorlaştırabilir. Pediatri hemşireleri ebeveynlerde anksiyete yaratan durumları onlarla tartışabilmelidirler (1,31).
- Pediatri hemşirelerinin, bakım ve tedavinin her aşamasında ebeveynin ve çocuğun onayını alması gerekir. Böylece hem çocuğun hem de ebeveynin gücü desteklenir (30).
- Pediatri hemşirelerinin ailelere bu yaklaşımı anlatması, ailelerin sağlık bakımında sadece çocuğun değil kendilerinin de önemli olduğunu hissetmelerini sağlar (5).

Güçlendirme temelli hemşirelik yaklaşımını kullanmak, hasta ve ailesinin olduğu kadar pediatri hemşirelerinin de güçlenmesine katkı sağlar.

Ailenin Güçlendirilmesinin Hemşirelere Katkısı

Uygulamalarında bu yaklaşımı kullanan hemşireler, bakımlarında sadece hastalığa odaklanmayıp bakımın merkezine çocuk ve aileyi alırlar (32,33). AG, sayesinde hemşirelerin, hasta ve ailesiyle aralarında güven ve saygıya dayalı ilişki oluşur; hemşireler, onların duygularını, düşüncelerini, hayallerini, gelecek hedeflerini tartışabilirler ve onları farklı çözüm yolları geliştirmeleri için cesaretlendirirler (3,26,34). Bu durum hemşirelerin, hastaları ile özel bir bağ kurmasını, mesleğinden keyif almasını ve yaşamdan doyum almasını sağlar (5). AG yaklaşımı hemşirelerin, hasta ve ailesi hakkında daha kapsamlı veri toplamasını sağlar (5,7,22). Bu sayede hemşirelerin uygulama ve etki alanları genişler (5,34).

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

AG, hemşirelik bakımında hasta ve ailesinin güçlü yönlerini ortaya çıkarır ve güçsüz yönlerini güçlendirmeyi sağlar. Hasta çocuk ve ailesinin emosyonel durumları birbirinden etkilenmektedir. Bu bağlamda aile üyelerinin güçlenmesi, çocuğun iyileşme sürecine olumlu katkı sağlayabilir. Çocuk ve ailelerin ise kendilerini bakımda güçlü hissetmelerine, otonomilerinin artmasına, yetersiz oldukları konuda bilgi sahibi olmalarına, bakım memnuniyetinin artmasına, aile bağının devam ettirilmesine ve yeni baş etme yöntemleri geliştirmelerine yardımcı olur. AG'yi bakımlarında kullanmak, pediatri hemşirelerinin hasta ve ailesiyle iletişimini güçlendirir ve hemşirenin mesleki ve/veya yaşam doyumlarını artırabilir. Pediatri hemşirelerinin, ailenin güçlü ve güçsüz yönlerini belirlemesi, güçlü yönlerini ortaya çıkarması ve güçsüzlük yaşadıkları durumlarda güç kazanmalarını desteklemesi önerilir. Pediatri hemşirelerinin, ailenin güçlü ve güçsüz yönlerini belirlemesi, güçlü yönlerini ortaya çıkarması ve güçsüzlük yaşadıkları durumlarda güç kazanmalarını desteklemesi önerilir.

Bilgilendirme

Yazarların Katkı Beyanı: Fikir/Kavram: PK, HÇ, SSK, Tasarım: PK, HÇ, SSK, Denetleme/Danışmanlık: PK, HÇ, SSK, Kaynak Taraması: PK, HÇ, Makalenin Yazımı: PK, HÇ, SSK, Eleştirel Düşünme PK, HÇ, SSK şeklindedir. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Ayrıca sorumlu olduğumuz araştırmada herhangi bir firma ile çıkar ilişkisi de bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC. The Child Who Is Hospitalized. In Wong's Essentials of Pediatric Nursing-E-Book, 10th ed:864-83. Canada, Elsevier Health Sciences, 2016.
2. Jones TL, Prinz RJ. Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. Clin Psychol Rev. 2005;25(3):341-63.
3. Roberts SK, Crawford PA. Literature to help children cope with family stressors. Young Children. 2008;16:12-7.
4. Kieckhefer GM, Trahms CM, Churchill SS, Kratz L, Uding N, Villareale N. A randomized clinical trial of the building on family strengths program: an education program for parents of children with chronic health conditions. Matern Child Health J. 2014;18(3):563-74.
5. Gottlieb LN. Strengths-based nursing care: Health and healing for person and family. 1st ed. New York, Springer Publishing Company, 2013.
6. Defrain J, Jones JE, Skogrand L, Defrain N. (2003). Surviving and transcending a traumatic childhood: An exploratory study. Marriage & Family Review. 2003;35(1-2):117-146.
7. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). The nursing best practice guideline: Supporting and Strengthening Families Through Expected and Unexpected Life Events. 2006. Available from: www.rnao.org Accessed:10.11.2018
8. Francischinelli AGB, Almeida FDA, Fernandes DMSO. Routine use of therapeutic play in the care of hospitalized children: nurses' perceptions. Acta Paulista de Enfermagem. 2012;25(1):18-23.
9. Li WH, Chung JOK, Ho KY, Kwok BMC. Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. BMC Pediatr. 2016;16(1):36.
10. Wakimizu R, Fujioka H, Nishigaki K, Matsuzawa A. Family empowerment and associated factors in Japanese families raising a child with severe motor and intellectual disabilities. Int J Nurs Sci. 2018;5(4):370-376.

11. Han KS, Yang Y, Hong YS. A structural model of family empowerment for families of children with special needs. *J Clin Nurs*. 2018;27(5-6):e833-44.
12. Liu CH, Chao YH, Huang CM, Wei FC, Chien LY. (2010). Effectiveness of applying empowerment strategies when establishing a support group for parents of preterm infants. *J Clin Nurs*. 2010;19(11-12):1729-37.
13. Yeh HY, Ma WF, Huang JL, Hsueh KC, Chiang LC. Evaluating the effectiveness of a family empowerment program on family function and pulmonary function of children with asthma: a randomized control trial. [Int J Nurs Stud](#). 2016;60:133-144.
14. Wakimizu R, Yamaguchi K, Fujioka H. Family empowerment and quality of life of parents raising children with developmental disabilities in 78 Japanese families. *Int J Nurs Sci*. 2017;4(1):38-45.
15. Herbert RJ, Gagnon AJ, O'Loughlin JL, Rennick JE. Testing an empowerment intervention to help parents make homes smoke-free: a randomized controlled trial. *J Community Health*. 2011;36(4):650-7.
16. Fadda M, Galimberti E, Carraro V, Schulz PJ. What are parents' perspectives on psychological empowerment in the MMR vaccination decision? A focus group study. *BMJ Open*. 2016;6(4):e010773.
17. Wacharasin C, Phaktoop M, Sananreangsak S. Examining the usefulness of a Family Empowerment Program guided by the Illness Beliefs Model for families caring for a child with thalassemia. *J Fam Nurs*. 2015;21(2):295-321.
18. Coutinho MT, Kopel SJ, Williams B, Dansereau K, Koinis-Mitchell D. Urban caregiver empowerment: Caregiver nativity, child-asthma symptoms, and emergency-department use. *Fam Syst Health*. 2016;34(3):229-39.
19. Dönmez H. (2018). Kistik Fibrozisli Çocukların Ebeveynlerine Uygulanan Aile Güçlendirmeye Dayalı Hemşirelik Girişimlerinin, Ebeveynlerin Stresle Baş etme, Problem Çözme Ve Çocukların Yaşam
20. Kalitesi Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma. Doktora Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi.
21. Brown SL. Family structure transitions and adolescent well-being. *Demography*. 2006;43(3):447-61.
22. Sittner BJ, Hudson DB, Defrain J. Using the concept of family strengths to enhance nursing care. [MCN Am J Matern Child Nurs](#). 2007;32(6):353-7.
23. Feeley N, Gottlieb LN. Nursing approaches for working with family strengths and resources. *JFN*. 2000;6(1):9-24.
24. Walsh F. Traumatic loss and major disasters: Strengthening family and community resilience. [Fam Process](#). 2007;46(2):207-27.
25. Dias RB, Boery RNSDO, Vilela ABA. Knowledge of nurses and incentive strategies for family participation in breastfeeding. *Ciencia & saude coletiva*. 2016;21(8):2527-36.
26. Duffy LV, Vessey JA. A Randomized Controlled Trial Testing the Efficacy of the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) Program for Parents of Children with Epilepsy and Other Chronic Neurological Conditions. [J Neurosci Nurs](#). 2016;48(3):166-174.
27. Biag AD. Development and psychometric analysis of a strengths perspective-based instrument on clinical instruction in nursing. *J Nurs Educ Pract*. (2014);5(2):52-7.
28. Coyle JP. Resilient families help make resilient children. *Journal of Family Strengths*. 2011;11(1):1-16.
29. Melnyk BM, Crean HF, Feinstein NF, Fairbanks E, Alpert-Gillis LJ. Testing the theoretical framework of the COPE program for mothers of critically ill children: an integrative model of young children's post-hospital adjustment behaviors. *J Pediatr Psychol*. 2006;32(4):463-74.
30. Coleman CL. Empowered by nurses. *Pediatr Nurs*. 2016;42(4):193.
31. Trivette C, Dunst C. Community-based parent support programs. *Encyclopedia on Early Childhood Development* (online). Montreal, Quebec, Centre of Excellence for Early Childhood Development, 2005.
32. Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau, KA, Simmons JM, Neff JM. Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. *Matern Child Health J*, 2012;16(2):297-305.
33. Adams JA, Anderson RA, Docherty SL, Tulsy JA, Steinhauser KE, Bailey DE Jr. Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying. *Heart & Lung*. 2014;43(5):406-15.
34. Attard J, Baldacchino DR, Camilleri L. Nurses' and midwives' acquisition of competency in spiritual care: A focus on education. *Nurse Educ Today*. 2014;34(12):1460-6.
35. Mokgothu MC, Du Plessis E, Koen MP. The strengths of families in supporting mentally-ill family members. *Curationis*. 2015;38(1):1-8.

Riskli Gebelerde Yaşanan Anksiyete, Prenatal Bağlanma ve Hemşirenin Rolü

Nazlı BALTACI*, Mürüvvet BAŞER**

Öz

Riskli gebelik, anne ve fetüsün morbidite ve mortalite riskini artırmaktadır. Gebeliği riskli olan kadınlar kendisi ve bebeğiyle ilgili sağlık sorunları, belirsizlik, hastane yatışı, aileden ayrılma gibi birçok nedenle anksiyete ve stres yaşamaktadır. Riskli bir durumda gebeliğin güvenliği tehlikeye gireceğinden gebe, fetüsle iletişim kurmaya korkmakta ve bağlanma olumsuz etkilenebilmektedir. Gebelikte yüksek anksiyete ve zayıf prenatal bağlanma gebe ve fetüsün sağlığını olumsuz etkilemektedir. Gebelik sürecinde sosyal destek, müzik/ninni dinleme ya da söyleme, yoga, meditasyon gibi bazı uygulamaların hem kaygıyı azalttığı hem de prenatal bağlanmayı artırdığı bildirilmiştir. Hemşirenin doğum öncesi dönemde gebenin riskli durumları ile başa çıkabilmesine, fetüs ile sağlıklı bir şekilde bağlanmasına ve ruhsal sağlığının korunmasına yönelik olarak eğitimci, rol model, danışman ve kaynak kişi gibi birçok rolü vardır. Hemşirelerin gebelikte anksiyetenin ve yetersiz maternal bağlanmanın gebe ve fetüse olası zararlı etkilerini göz önünde bulundurarak riskli gebelerin anksiyete ve bağlanma düzeyini belirlemesi ve takip etmesi, anksiyeteyi azaltmak ve prenatal bağlanmayı artırmak için kanıta dayalı uygulamalardan yararlanması gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Maternal Bağlanma, Stres, Doğum Öncesi Bakım, Maternal-Fetal İlişkiler.

Abstract

Anxiety, Prenatal Attachment and Nurses' Role in Risky Pregnancies

High-risk pregnancy increases the morbidity and mortality of the mother and the fetus. Pregnant women under high risks suffer anxiety and stress related to many reasons such as health problems concerning her and the baby, uncertainty, hospitalization and leaving the family. As the pregnancy will be at risk in a high-risk condition, the mother may be anxious in contacting the fetus and the connection can be effected negatively. In pregnancy, high anxiety and weak prenatal attachment, affects the pregnant and fetus' health negatively. It has been reported that some practices such as social support, listening or singing music/lullaby, yoga and meditation both reduce anxiety and increase prenatal attachment during pregnancy. In the prenatal period, the nurse has many roles such as educator, role model, consultant and resource person in order to cope with the risky conditions of the pregnant woman, to connect with the fetus in a healthy way and to protect her mental health. Nurses have to determine and follow the anxiety and attachment levels of the pregnant, to benefit from evidence based practices to reduce anxiety and increase prenatal attachment by considering the possible harms of anxiety and insufficient maternal attachment on the pregnant and the fetus.

Key Words: Maternal Bonding, Stress, Prenatal Care, Maternal-Fetal Relations.

Geliş tarihi: 14.05.2019 **Kabul tarihi: 17.06.2020**

Riskli gebelik annenin, fetüsün ya da yenidoğanın yaşamını ve sağlığını tehdit eden fizyolojik ve psikososyal bir durumdur (1, 2). Riskli gebeler; gebelikte riske yol açan durumlar ve hastanede yatışın tipik bir sonucu olarak sıklıkla stres ve anksiyete (kaygı) yaşamaktadır (3-5). Bu gebelerde fetüsün sağlığı hakkında belirsizlik, yaşamını sürdürmede kontrol kaybı, doğumla ilgili korkular ve gebeliğin planlı/istenilen bir gebelik olmamasının anksiyete ve strese yol açtığı bildirilmiştir. Riskli durumun getirdiği evlilikte ilişki ve ekonomik sorunlar, yetersiz sosyal destek, ev ve aileden uzaklaşma ise diğer anksiyete kaynaklarıdır (3, 4).

Gebelikte yüksek anksiyete ve stres düzeyi, anne ve fetüsün sağlığını olumsuz etkilemektedir (6, 7). Yapılan çalışmalarda gebelikte anksiyete ve stresin; doğumun ilk evresinde uzama, doğumda analjezi kullanımı, preterm doğum, abortus, zayıf prenatal bağlanma, düşük doğum ağırlığı, zayıf fetal nörolojik, bilişsel ve davranışsal gelişim gibi birçok sorunla ilişkili olduğu saptanmıştır (8-10).

Riskli gebelerde anne bebek bağlanması da olumsuz etkilenebilmektedir (1, 10). Çünkü gebelikte tehlike belirtilerinin ortaya çıkması ile gebe fetüsün sağlığından endişe edip ölebileceğini düşünürse, fetüs ile ilişki kurmaya korkabilir ve bağlanma oluşmayabilir (1). Zayıf prenatal bağlanma fetüsten rahatsızlık duyma ve fetal istismara neden olabilmektedir (10, 11). Gebelik sürecinde gebe ile fetüs arasındaki duygusal ilişki olan bağlanma, doğum sonrası anne-bebek ilişkisini de etkilemektedir (5, 11).

Hemşire, gebelik süresince kadınlara yakın iletişim kuran ve destek veren bir sağlık profesyoneli (2, 5, 12). Hemşire gebenin kaygı ve bağlanma durumunu değerlendirip kaygılı ve bağlanma düzeyi düşük gebelerde kanıta dayalı uygulamaları kullanarak destekleyici bir rol üstlenebilir (2, 12). Bununla birlikte hemşire riskli gebeleri anksiyete ve stresle baş etmesinde egzersiz, yoga, akupunktur, masaj, sosyal destek, maneviyatı güçlendirme, müzik dinlemesi, ninni söylemesi gibi yöntemleri kullanmaları konusunda destekleyebilir (4, 13). Gebelikte bağlanmayı güçlendirmek için ise doğum öncesi bakım konusunda eğitim yapmak, bağlanma konusunda bilgilendirmek, bebeğin hareketlerini saymak, bebekle konuşmak, ona dokunmak ve günlük yazmak gibi uygulamaları öğretebilir (8, 11).

Bu makalede, riskli gebelerde anksiyete, prenatal bağlanma, anksiyeteyle baş etme yöntemleri ve bağlanmayı geliştiren uygulamalar, anksiyetenin prenatal bağlanmayla ilişkisi ve bu konuda hemşirenin rolünün açıklanması, hemşirelerin konuya yönelik farkındalıklarının artırılması amaçlanmaktadır.

*Dr. Öğr. Üyesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 55139 Samsun, tel: 0 362 312 19 19, Fax: +90 362 457 69 26, <https://orcid.org/0000-0001-8582-6300> e-mail: baltacinazli@gmail.com **Prof. Dr. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 38039 Kayseri, <https://orcid.org/0000-0003-4565-2275> e-mail: mbaser@erciyes.edu.tr

Gelişme

Riskli Gebelik ve Anksiyete Süreci

Riskli gebelik, anne ve fetüsün morbidite ve mortalite riskinin arttığı gebeliktir. Riskli gebelikler, "gebelikten önce kronik bir hastalığı olan gebeler" ve "gebeliğin yol açtığı ve aniden ortaya çıkan komplikasyonu olan gebeler" olarak iki gruba ayrılır (1, 2, 12).

Riskli gebelik komplikasyonları dünyada tüm gebeliklerin yaklaşık %6-8'ini oluşturmaktadır (14). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2017 yılında 295.000 (her gün yaklaşık 810) kadının gebelik ve doğumla ilgili önlenebilir veya tedavi edilebilir nedenlerden dolayı öldüğü bildirilmiştir (15). Ülkemizde en son 2005 yılında yapılan "Ulusal Anne Ölümleri Araştırması" na göre gebeliğe bağlı ölümler yüz bin canlı doğumda 38; anne ölüm oranı ise yüz bin canlı doğumda 28.5 olarak belirlenmiştir (16).

Riskli gebelerin tıbbi tedavi ve bakım için hastaneye yatırılması gerekmektedir (2, 14). Hastaneye yatan riskli gebeler; gebelik, riskli gebeliğe yol açan sağlık sorunları ve aktivite azalması nedeniyle fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşamaktadır. Bu gebeler özellikle bebeğinin hayatta kalması, gelişimi ve sağlıklı bir doğum yapabilme konusunda kaygılanmaktadır (3). Riskli gebelik nedeniyle hastaneye yatılmasıyla oluşan sosyal ve fiziksel ortam değişikliği, kendisinin ve bebeğinin sağlık durumunda sapma, maladaptasyon, uygulanan tedavi, test ve girişimler, başkalarına bağımlı olma, aileden ayrılma, mahremiyetin azalması ve belirsizlik stres ve anksiyeteye yol açmaktadır. Gebelerin bedeni ve yaşamı üzerindeki güç ve kontrol kaybı, evdeki çocukların bakımını eşinin üstlenmesi ve çaresizlik hastanede yatarken en sık yaşanan stres kaynaklarıdır. Gebeler bu süreçte evinin düzenini sürdürmek için gereken destekten mahrum ise kaygısı artabilmektedir (1, 2). Görüldüğü üzere gebeliğin kendisi multifaktöriyel bir süreç iken gebelik riskli olduğunda bu zorlu süreçte katkı veren birçok kaygı kaynağı da ortaya çıkmaktadır. Yapılan bir çalışmada riskli gebelerin stres ve kaygı düzeyi, riskli olmayan gebelere göre daha yüksek bulunmuştur (17).

Anksiyete durumunda gebede nöroendokrin mekanizmalar harekete geçmekte, hipotalamus hipofiz bezi ve sempatik sinir sistemini uyararak çeşitli hormonların salgılanmasını sağlamaktadır (12). Hipotalamustan kortikotropin releasing hormon (CRH) salınımı artmakta, CRH hipofizden adrenokortikotropin hormon (ACTH) salınımını uyarmakta ve ACTH da böbreküstü bezinden epinefrin, nörepinefrin ve kortizol salınımını artırmaktadır. Bu stres hormonları, plasenta aracılığıyla fetüse geçmekte, plasentayı besleyen damarlar daralmakta ve böylece uterusu giden kan akımı azalmaktadır (7, 12). Yapılan bazı çalışmalarda gebelikte bu stres hormonlarının hipertansif hastalık riski, epizyotomi oranı ve uterusun arter direncinde artış, antenatal kanama, plasental anormallikler, spontan abortus, operatif doğumlar, erken ve zor doğum eylemi, doğum eyleminin süresinde uzama, erken membran rüptürü, enfeksiyon, depresyon gibi maternal durumlar ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu durumun bebekte gelişimsel problemler, malprezentasyon, intrauterin gelişme geriliği, düşük doğum ağırlığı, prematüre doğum, fetal kalp atım hızında ve fetal aktivitede değişiklik, mekonyum aspirasyonu, fetal ölüm ve düşük APGAR skoru gibi fetal komplikasyonlar ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (7, 12, 18). Literatürde anksiyete ve stres yaşayan gebelerin epidural anestezi ihtiyaçları olduğu, doğumdan korktuğu ve sezaryen doğum yaptığı ve yetersiz antenatal bakım aldığı da belirtilmektedir (7). Anksiyete ve stresin doğum öncesi, sırası ve sonrası sağlık durumunu, bu süreçlerde var olan fizyolojik sorunlar kadar etkilediği görülmektedir. Anksiyetenin gebelik boyunca düşük düzeyde tutulması, gebe ve fetüsün sağlığı açısından önemlidir. Bu süreçte kadının riskli gebeliğin getirdiği kriz durumlarıyla başetmeye çalışırken bütüncül ve destekleyici bir hemşirelik bakımına ihtiyacı vardır.

Riskli Gebelerde Bağlanma ve Anksiyetenin Prenatal Bağlanma ile İlişkisi

Bağlanma ilk kez John Bowlby tarafından "iki kişi arasındaki güçlü bir bağ" (11); maternal-fetal bağlanma, diğer bir ifade ile çalışmada ele alındığı üzere prenatal maternal bağlanma ise Cranley (19) tarafından "gebelerin doğmamış çocukları ile davranışları yoluyla bağlanarak yakın bir ilişki kurması" olarak ifade edilmiştir. Gebelik sürecinde gebe ile fetüs arasındaki bağlanma, bebekte kurulan ilk ilişkidir (11). Prenatal bağlanmanın, doğum sonu dönemde anne-bebek bağlanmasında ve ilerleyen süreçte anne-çocuk ilişkisinde belirleyici olduğu, çocuğun gelecekteki duygusal, bilişsel ve fiziksel gelişiminde önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir (11, 20). Gebelik sürecinde bağlanma, bebeğin hareketleri ilk hissedildiğinde (18. gebelik haftası civarında) başlar, gebelik ilerledikçe gebelerin fetüsü bir kişilikle donatıp ayrı bir birey olarak onunla etkileşime girmesiyle giderek güçlenir (1, 5, 11). Çoğu kadının ultrasonda bebeğinin hareketlerini gördüğünde veya hissettiğinde bebeğiyle güçlü içsel bir bağ kurabildiği belirtilmiştir (11). Fakat riskli bir gebelikte anksiyete başta olmak üzere bu bağın olumsuz etkilenmesine neden olabilecek bazı faktörler bulunmaktadır.

Gebelikte yaşanan fiziksel sorunlar ile psikolojik sorunlar arasında anlamlı ve güçlü bir bağ vardır. Riskli gebelik içerisinde birçok çatışmayı barındırmakta, gebe ile fetüsün bağlantıları ve ilişkileri bu süreçten etkilenmektedir (13). Literatürde riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeyinin, riskli olmayanlara göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (21, 22). Eswi ve Khalil (23) ise yüksek riskli gebelerin bağlanma düzeyinin düşük riskli gebelere göre daha düşük olduğunu saptamıştır. Şanlı ve ark (13)'ün yüksek riskli gebeler ile yaptığı nitel çalışmada gebelerin endişe hissetmesinin yanı sıra bebeğini aldırma düşüncesini de belirlemiştir. Riskli durumlara neden olan hastalık/durum ve hastaneye yatışın getirdiği anksiyete ve stresin bağlanmayı olumsuz etkilediğine dikkat çekilmiştir (5, 8, 10, 21, 24). Abasi ve ark. (8) çalışmasında ise gebeliğini duyduğunda sevinç ve mutluluk duyan gebelerde prenatal bağlanmanın, üzüntü/endişe/korku hisseden gebelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum gebelikte riskin anksiyete ile birlikte gebe ile fetüs bağılılığını azalttığını, gebeliği olumlu karşılamasının ise prenatal dönemde bağlanmayı artırdığını göstermektedir.

Gebelikte riskli bir durumun gelişmesi; kadının gebeliğe uyum sağlamasını zorlaştırır, gebelikle birlikte başlayan annelik rolü kazanma sürecini olumsuz etkiler, suçluluk duygusu yaşayarak annelik rollerinde kargaşaya yol açar ve stresörlerin ortaya çıkmasına neden olabilir (1, 3, 12). Örneğin preterm eylemin, annelik rolü için gereken psikolojik hazırlığı

kesintiye uğrattığı belirtilmiştir (3). Eğer gebelikte kanama ya da diğer olumsuz fiziksel belirtiler ortaya çıkarsa, gebeliğin güvenliği tehlikeye gireceğinden gebe bebeği için yapacağı hazırlıklara son verebilir. Gebe fetüsün öleceğinden korkarsa bağlanma oluşmayabilir. Çünkü bu durumda gebe fetüsle ilişki kurmaya korkmaktadır (1). Erken membran rüptürü nedeniyle hastanede yatan gebelerin ise annelik heyecanı, kendisinin ve bebeğinin sağlık durumuyla ilgili korkuyu, hastane yatışı ve yatak istirahatının neden olduğu sorunları birlikte yaşayarak aileleri ile birlikte yoğun strese girdikleri ve anneliğe geçiş süreçlerinin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (3). Yapılan bazı çalışmalarda erken doğum yapan annelerin bebeklerini görüp onlara dokunana kadar kendilerini anne olarak hissetmedikleri ve bu annelerin bebeğe bağlanmayla ilişkili olan maternal rol yeterliliğinin miadında doğum yapan annelere göre daha düşük olduğu saptanmıştır (25, 26). Ayrıca önceki gebeliklerin kayıpla sonuçlanması, mevcut gebeliğin kabullenilmesini zorlaştırabilir (1). Yapılan bazı çalışmalarda daha önce perinatal kaybı olan kadınların sonraki gebeliklerinde kaygılarının arttığı, bebeğini kaybetme korkusu yaşadığı ve doğum öncesi bebeğe bağlanmasının daha düşük olduğu belirlenmiştir (24, 27). Fetüste gelişim bozukluğu ya da herhangi bir hastalık saptanan gebelerin ise bebeğine bağlanmasının zor olabileceğinden bahsedilmektedir (11). Görüldüğü üzere mevcut ya da önceki gebeliklere ilişkin sorunlar ve olumsuz deneyimler kaygı etkeni olabilmekte, annelik rolü kazanımını ve gebelikte bağlanmayı olumsuz etkileyebilmektedir.

Literatürde bu bilgilerden farklı olarak riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeyinin riskli olmayan gebelere göre daha yüksek olduğu (28) ve gebelik sürecinde anksiyete düzeyi arttıkça prenatal bağlanmanın arttığı belirtilmiştir (29). Bu durum gebelikte yaşanan anksiyete ve stresin bir nedeninin de ebeveynliğe geçiş ve ebeveynlik rolüne uyumda yaşanan zorlanmalar olduğu, bu yüzden ebeveynlik rolüne hazırlanan anne adayında bağlanma arttıkça prenatal stres düzeyinin de arttığı ile açıklanmıştır. Ayrıca riskli gebelerin bebeği kaybetme korkusu sağlıklı gebelere göre daha fazla olduğundan, fetüse daha fazla bağlandıkları ifade edilmiştir (28, 29). Bazı çalışmalarda ise gebeliğin riskli durumu ve gebelikte anksiyete ile anne-bebek bağlılığı arasında ilişki bulunmamıştır (24, 30). Literatürde gebelikte yaşanan anksiyete ve prenatal bağlanma arasında fikir birliği yoktur. Bu konuda farklı özellikte olan gebeler ile yapılacak olan nitel çalışmalara ve geniş örneklem büyüklüğüne sahip nicel araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Psikosozyal sağlıkta iyilik hali annelik rolünün de sağlıklı olmasını ve sağlıklı maternal bağlanmayı sağlamaktadır (29). Gebelikte ruhsal sağlık ve güçlü bir anne-bebek bağlanması ile sağlıklı uyku, beslenme ve egzersiz alışkanlığı, emniyet kemeri kullanma, sigara, alkol ve madde kullanımından kaçınma, antenatal bakım alma ve bakıma katılma, gebelik, doğum ve bebek bakımı hakkında bilgilenmeye çalışma, perinatal sağlık ve depresyondan korunma, olumlu neonatal sonuçlar, bebeğine ilgi ve sevgi gösterme, bilişsel, duyuşsal ve davranışsal olarak annelik rolüne uyum arasında ilişki olduğu saptanmıştır (5, 10, 11). Zayıf prenatal bağlanma ise maternal anksiyete ve depresyon, duygu durum bozukluğu, fetüsten rahatsızlık duyma, fetal istismar ve fetüste gelişme geriliğine neden olabilmektedir (10, 11). Gebelikte anksiyete ve prenatal bağlanma konusundaki farklı araştırma sonuçlarına ek olarak bazı çalışmalarda belirtildiği üzere gebelikte anksiyetenin artışı bağlanmayı olumsuz etkilerken, prenatal bağlanmanın zayıf oluşunun da anksiyeteye zemin hazırlayabilmesi, bu kavramların birbiriyle zıt yönlü bir ilişkiye sahip olabildiğini göstermektedir. Sonuç olarak gebelikte anksiyete ve bağlanma sorunlarının kadının ruh sağlığını olumsuz etkileyerek anne, fetüs ve yenidoğan sağlığı dolayısıyla aile ve toplum sağlığı üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Gebelikte Anksiyete ile Başetme Yöntemleri ve Prenatal Bağlanmayı Geliştiren Uygulamalar

Gebelik psikolojik, fizyolojik ve duygusal değişimlerin yaşandığı bir dönem olduğundan dolayı kadınlar bu değişimlere uyum sağlamada ve riskli durumlar ile başetmede güçlük çekebilmektedir (1, 12). Bu biyopsikosozyal olarak karmaşık kriz döneminde anksiyete ve bağlanma sorunları yaşayabilecek kadınları destekleyecek olan bazı uygulamalar bulunmaktadır. Bunlardan biri maternal bağlanmanın artması için gebelik anksiyetesi ile başetmede sosyal desteğin sağlanmasıdır. Gebelikte sosyal destek iyi olduğunda, anksiyetenin maternal-fetal bağlanma üzerine etkisinin azaldığı bildirilmiştir (31). Gebenin eşi, ailesi ve arkadaşlarından aldığı sosyal desteğin, riskli durumlara uyumunu kolaylaştırabileceği vurgulanmıştır (13, 32). Yapılan çalışmalarda özellikle ailesel ve sosyal desteği artırmak için gebelerin bireysel iletişim kanallarının güçlü tutulması, prenatal ziyaretlere aile katılımının sağlanması, ailenin eğitilmesi, hastane ve ev ziyaretlerinin artırılması ve boş zaman aktivitelerinin artırılmasının fayda sağlayacağı belirtilmiştir (13, 29). Literatürde müzik/ninni dinleme ya da söyleme girişimlerinin (6, 33, 34), yoga ve meditasyonun gebelikte kaygıyı azaltma ve bağlanmayı artırmada etkili olduğu bildirilmiştir (35).

Gevşeme ve solunum egzersizleri, düşünme, akupunktur, masaj, fiziksel egzersiz, biyolojik geri bildirim ve maneviyatı güçlendirme riskli gebelikte meydana gelen anksiyete ve stresle baş etmede etkili olan diğer yöntemlerdir (4, 13). Gebelikte bağlanmanın gelişmesi açısından ise kadının gebeliğini ve bebeğini kabul etmesi, karnına dokunmasıyla bebeğini tinsel olarak hissetmesi ve okşaması, onunla iletişimi, bebeği hakkında olumlu duyguları, düşünceleri ve bilgilenme isteği, nasıl bir anne olacağını, bebeğinin gelecekteki durumunu ve nasıl görüneceğini düşünmesi teşvik edici bir rol oynayabilir (8, 11). Ayrıca zayıf bağlanma riski olan, bebeğine karşı duyarsız ve ilgisiz davranan, bağlanma hakkında fikri olmayan gebelere verilen eğitim ve motive edici girişimlerden fayda sağlanabilmektedir (11).

Riskli Gebelerde Anksiyetenin Azaltılması ve Prenatal Bağlanmanın Artırılmasında Hemşirenin Rolü

Gebeliğe ilişkin olağan duygusal tepkinin yanı sıra gebe ya da fetüste önemli klinik sorunların bulunması, gebenin psikolojik durumunu ve dolayısıyla prenatal dönemde fetüse bağlanmasını olumsuz etkileyebilmektedir (1, 4, 10). Hemşirenin gebe ve ailesinin gebelik sürecine sağlıklı bir şekilde uyum göstermesine, riskli durumlar ile başa çıkabilmesine ve ruhsal sağlığının korunmasına yönelik olarak eğitici, rol model, danışman ve kaynak kişi gibi birçok rolü vardır (2, 12). Hemşireler bu rolleri yerine getirirken hemşirelik süreci yol gösterici olmaktadır.

Gebelere her trimesterde en az bir kez psikososyal tarama yapılması Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Birliği tarafından önerildiği halde gebelik izlemlerinde genellikle gebeliğin biyolojik ve fizyolojik değişimlerine odaklanılmakta ve ruhsal yönü önemli bir sorun gözlenmedikçe göz ardı edilmektedir. Oysa fiziksel değerlendirmenin yanı sıra anksiyete ve bağlanmayı da içeren psikososyal değerlendirmenin yapılması bütüncül yaklaşım açısından gereklidir (5).

Riskli gebelerde anksiyetenin azaltılmasında hemşirenin rolü

Hemşire, kadının gebelik sürecinde duygu, düşünce ve endişelerini bildirmesinde, pozitif baş etme stratejilerini kullanmasında, aile ilişkilerinin düzenlenmesinde ve sosyal destek sistemlerinden etkili olarak faydalanmasında fırsatlar sunabilecek ve gereken ortamı hazırlayabilecek en uygun konumda olan sağlık ekibi üyesidir (5, 13).

Hemşire anksiyetesi olan gebeye yaklaşımda öncelikle bireyin anksiyete belirtilerini gözlemeli, iyi bir dinleyici olmalı, gebe ve ailesiyle empatik, anlayışlı ve güven verici bir ilişki kurmalıdır. Anksiyetenin kaynağını araştırmalı ve etkileyen faktörlere ilişkin veri toplamalıdır (12). Hemşireler gebe ile ilk karşılaşmalarında, poliklinikten kliniğe, birinci basamakta gebelik izlemlerinden ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına kadar kadın doğuma ilişkin tüm sağlık bakım alanlarında Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan "Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği" gibi ölçüm araçlarını kullanarak gebelerin anksiyete düzeyini belirleyebilir ve izleyebilirler (36).

Hemşire riskli gebenin anksiyetesini azaltabilmesi ve yeni durumuna bütüncül olarak uyum sağlayabilmesi için bakım ve eğitim gereksinimlerini karşılama, gebe ve ailesine duygusal destek sağlama ve danışmanlık yapma noktasında hemşirelik sürecini kullanmalıdır. Gebelik, gebenin ve fetüsün sağlığı hakkında korkular ve hastane yatışı ile ilişkili olarak riskli gebeler için ele alınabilecek NANDA-I hemşirelik tanılarından biri "Anksiyete" dir (3, 37). Bu tanı ile bağlantılı gebelik sürecine uygun hemşirelik girişimleri sınıflamasında yer alan girişimler ve bunlar içinden spesifik olarak "Anksiyetenin Azaltılması" na yönelik aktiviteler Tablo 1' de yer almaktadır (37). Hemşire bu tanıya yönelik hemşirelik sürecini uyguladığında anksiyeteyi azaltarak ortaya çıkabilecek daha büyük duygusal sorunlara karşı önlem alabilecek ve prenatal bağlanmanın gelişmesine katkı sağlayabilecektir.

Tablo 1. Gebelikte "Anksiyete" Hemşirelik Tanısına Yönelik Girişimler ve Anksiyetenin Azaltılmasına Yönelik Aktiviteler

| Anksiyete | |
|---|---|
| Tanım: Otonomik bir tepkinin eşliğinde rahatsızlık ve korku şeklinde tedirginlik ve huzursuzluk duyguları; tehlike beklentisi nedniyle bir endişe duygusu/tasalanma; Bu yaklaşan tehlikeyi haber veren ve bireyi tehdit ile başa çıkmak için gerekli önlemleri alması için bir uyarı sinyalıdır. | |
| Problemin çözümü için önerilen girişimler: Anksiyetenin azaltılması Başetmeyi güçlendirme Gevşeme terapisi Güvenliğin güçlendirilmesi Muayeneye yardım Ön rehberlik sağlama Sakinleştirme tekniği Var olma/yanında bulunma Ek olarak seçilebilecek girişimler: Çevre yönetimi Danışmanlık Davranış yönetimi: Kendine zarar verme Destek grubu Dikkati başka yöne çekme | Emosyonel destek Doğuma hazırlık Egzersiz geliştirme Enerji yönetimi Krizle müdahale Meditasyonun kolaylaştırılması Müzik terapisi Öfke kontrolüne yardım Öğretim: bireysel Öğretim: işlem/tedavi Öğretim: tanımlanmış ilaç tedavisi Rehberli hayal etme Sanat terapisi Vital bulguları izleme Yüksek riskli gebelikte bakım |
| Anksiyetenin Azaltılması | |
| Tanım: Kaynağı tanımlanmayan, beklenen bir tehlikeye ilişkin endişe, korku, kaygı, tedirginlik gibi durumların en aza indirilmesi | |
| Aktiviteler: -Sakin, güven verici bir yaklaşım kullanınız. -Hastadan beklenen davranış açık olarak ifade ediniz. -Tüm işlemleri, işlemler sırasında neler hissedebileceğini (örn; batma, ağrı vb.) açıklayınız. -Stresli bir durum, hastanın bakış açısından anlamaya çalışınız. -Tanı, tedavi ve prognoza ilişkin gerçekçi bilgi sağlayınız. -Korkuyu azaltmak ve güveni geliştirmek için hastanın yanında kalınız. -Aileyi hastanın yanında kalması için uygun şekilde cesaretlendiriniz. -Güvenliği sembolize eden objeleri sağlayınız. -Uygun şekilde sırt/boyun masajı yapınız. -Rekabet içermeyen aktivitelere uygun şekilde teşvik ediniz. -Tedavi malzemelerini görüş alanının dışında tutunuz. | -Güven sağlayan bir atmosfer yaratınız. -Duyguları, algılamaları ve korkuları sözcüklerle ifade etmesi için cesaretlendiriniz. -Anksiyete düzeyindeki değişimlerin farkında olunuz. -Gerilimi azaltmaya yönelik eğlence aktiviteleri sağlayınız. -Anksiyete yaratabilecek durumları tanıması için hastaya yardım ediniz. -Uyaranları hastanın gereksinimi doğrultusunda uygun şekilde kontrol ediniz. -Uygun savunma mekanizmalarının kullanımını destekleyiniz. -Beklenen/yaklaşan bir olayı (örn. tanısal işlem vb.) gerçekçi bir şekilde tanımlaması için hastaya yardım ediniz. -Hastanın karar verme yeterliliğini tanımlayınız. -Gevşeme tekniklerinin kullanımı hakkında hastaya öğretim yapınız. |

| | |
|--|---|
| -Dikkat ve ilgiyle dinleyiniz -Davranışları uygun şekilde pekiştiriniz. | -Anksiyetenin sözel ve sözel olmayan belirtilerini değerlendiriniz. |
|--|---|

Kaynak: Bulecher ve arkadaşlar, 2017.

Riskli gebelerin prenatal bağlanma sürecinde hemşirenin rolü

Hemşireler doğum öncesi bağlanma sürecinde bilinçli hemşirelik uygulamaları ile sevgi oluşumunun başlatılması ve sürdürülmesinde anahtar kişilerdir (38). Gebelikte yetersiz bağlanma riski taşıyan ve bağlanma bozukluğu olan gebeleri tespit etmek ve kadını anneliğe hazırlamak için uygun hemşirelik girişimlerinde bulunmak önemlidir. Böylece ileride oluşabilecek çocuk ihmali ve istismarları önenebilecektir (22, 38). Riskli gebelerde gebe ve fetüs arasında güvenli bir bağlanmanın oluşması risk altında olduğundan gebelerin bağlanma düzeylerinin belirlenmesi ve düzenli şekilde izlenmesi gerekmektedir (24). Erken gebelik haftalarında fetal hareketlerin olmaması nedeniyle gebenin bebeğini tanıması ve kabul etmesi güç olduğu için bağlanmanın gebeliğin 2. trimestrından sonra değerlendirilmesinin daha uygun olduğu belirtilmiştir (11). Bu süreçte hemşireler birinci basamak sağlık kuruluşlarında ya da polikliniklerde gebelerin ikinci izlemlerinden itibaren ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında kadın doğuma ilişkin tüm sağlık bakım alanlarında Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan "Prenatal Bağlanma Envanteri (39), Anne Doğum Öncesi Bağlanma Ölçeği (40), Prenatal Bağlanma Ölçeği (41)" gibi ölçüm araçlarını kullanarak gebelerin bağlanma düzeyini belirleyebilir ve izleyebilirler.

Hemşirelerin, gebelerin bebeklerine olan yaklaşımını doğru şekilde değerlendirebilmesi için gebe ile fetüs arasındaki etkileşim sürecini bilmesi gerekir (11). Hemşireler bu süreçte kadınların prenatal bağlanma açısından öncelikle gebeliği benimseme ve bebeği ayrı bir birey olarak kabul etme durumlarını değerlendirmelidir (38). Gebenin kaygılarını dinleme, bebeği ve kendisiyle ilgili sorularını cevaplandırma ve annelik davranışını destekleme yoluyla da gebenin bebeği ile ilgili önyargıları yenmesine, bebeği ve kendisi hakkında olumlu düşünmesine yardım edebilir (11, 38). Gebe ve fetüs arasındaki fiziksel ve duygusal bağı geliştirmek için işitsel, görsel ve uygulamalı eğitimler planlayabilir (11). Bu anlamda gebelere bebekleri ile konuşmaları, günlük tutmaları ve bebeğine bir şeyler yazmaları, karnına dokunarak bebeklerini hissetmeleri, okşamaları ve hayal etmeleri, fetüsün hareketlerini saymaları ve kaydetmeleri, sevdiği müzik/ninnileri dinlemeleri ya da söylemeleri gibi bahsedilen kanıt dayalı uygulamalardan yararlanmaları tavsiye edilebilir (8, 11, 34, 38). Bu uygulamalar gebe ile fetüsün etkileşimini artırarak doğum öncesi bağlanmanın gelişmesini sağlayabilir. Diğer taraftan riskli gebeler bebeklerini kaybetme riskine sahip olduklarından dolayı bu gebelerde bağlanmanın artırılması, sonraki süreçte yaşayabileceği kayıp durumunda endişe verici görünebilmektedir. Fakat gebelerin bu süreçte yaşadığı fiziksel ve psikolojik sorunlar ile baş edebilmesinde bebeklerine yakınlaşması, sevgi duyması ve bebekleriyle etkileşim halinde olması önemli bir kolaylaştırıcıdır ve gereklidir. Bebeğin kaybedilebileceği düşüncesiyle bu gebelerde bağlanmanın göz ardı edilmesinin, değerlendirilmemesinin ya da bağlanma düzeyi düşük olan bu kadınlara bağlanmayı artıracak girişimlerde bulunulmamasının etik açıdan da uygunluğunun tartışılması gerektiği düşünülmektedir.

Hemşireler bağlanmanın multifaktöriyel bir süreç olduğunu göz önünde bulundurarak aile ile bebek arasındaki etkileşimi artırmaya yönelik aileyi de desteklemelidir (11). Kadının sosyal destek sistemlerini harekete geçirirken danışmanlık rollerini kullanarak gebelere bizzat kendileri de sosyal destek sağlayabilirler (32, 38).

Tablo 2. Gebelikte “Bağlanmada Bozulma Riski” Hemşirelik Tanısına Yönelik Girişimler ve Bağlanmayı Geliştirmeye Yönelik Aktiviteler

| Bağlanmada Bozulma Riski | |
|--|---|
| Tanım: Bebek ile bir ebeveyn/önemli diğer kişi (bakım verici) arasındaki destekleyici, koruyucu karşılıklı ilişkinin gelişimini güçlendiren dinamik etkileşim sürecinde bir bozulma riski | |
| Problemin çözümü için önerilen girişimler: Anksiyetenin azaltılması Bağlanmayı geliştirme Başetmeyi güçlendirme Benlik saygısını güçlendirme Destek sistemlerini güçlendirme Doğuma hazırlık Öz-farkındalığı güçlendirme Öz-sorumluluğu kolaylaştırma | Risk tanılama: Çocuk bekleyen aile Rol güçlendirme Sosyalizasyonu güçlendirme Ek olarak seçilebilecek girişimler: Aile güçlerinin harekete geçirilmesi Aile süreçlerinin sürdürülmesi Aile terapisi Ailenin (bakıma) katılımını geliştirme Ailenin desteklenmesi |
| Bağlanmayı Geliştirme | |
| Tanım: Bebek ve ebeveyn arasında duygusal ve kalıcı bir ilişkinin kurulmasına yardımcı olunması | |
| Aktiviteler: -Hastayla doğum öncesi dönemde kültüre göre bağlılığın nasıl ifade edildiği üzerine konuşunuz. -Hastanın gebeliğe tepkisini tartışınız. -Bağlanmada bozulmaya neden olabilecek ya da etkileyen davranışları belirleyiniz. -Hastayı gebelik süreci, bebek ve kendi ile ilgili duygu ve düşünceleri ifade etmesi için cesaretlendiriniz. -Hastanın henüz doğmamış çocuğu ile ilgili kafasından yarattığı imajı belirleyiniz. -Hastayla fetal kalp atışlarını duyma deneyimi üzerine konuşunuz. | -Hastayla fetal hareketleri konuşunuz. -Bağlanmayı olumsuz etkileyen faktörleri azaltınız/ortadan kaldırınız (yorgunluk, uykusuzluk, rahatsızlık, vb.), -Hastanın kendi annesi ile ilgili duygu ve tutumlarını inceleyiniz ve iyi bir anne rol modeli bulmasına yardım ediniz. -Doğum öncesi sınıflara katılması için teşvik ediniz. -Hastanın destek sistemlerini tanımlayınız ve kuvvetlendiriniz -Hastanın eşini doğum sürecinde nasıl yardımcı |

| | |
|--|--|
| -Hastayla ultrason görüntüsünü görme deneyimi üzerine konuşunuz. | olabileceği konusunda bilgilendiriniz. |
|--|--|

Kaynak: Bulecher ve arkadaşlar, 2017.

Perinatoloji alanında çalışan hemşirelerin bu konuda en önemli sorumluluğu, riskli gebelerin anne olma sürecini olumlu bir deneyime dönüştürmektir. Hemşire tüm bunları gerçekleştirirken bakımda hemşirelik sürecine yönelik uygulamaları da esas almalıdır. Riskli gebelerin annelik deneyiminde ele alınabilecek olası NANDA-I hemşirelik tanılarında biri "Bağlanmada Bozulma Riski" dir (3, 37). Bu tanıya ilişkin doğum öncesi döneme ilişkin hemşirelik girişimleri sınıflamasında yer alan girişimler ve bunlar içinden spesifik olarak "Bağlanmayı Geliştirme" ye yönelik aktiviteler Tablo 2' de yer almaktadır (37).

Sonuç

Riskli gebeler içinde bulunduğu olumsuz ya da belirsiz durumlar nedeniyle kaygı yaşayabilir ve kaygılı gebelerde prenatal bağlanma olumsuz etkilenebilir. Bu gebelere yapılacak olan girişimlerde ve bu konuda yapılacak olan çalışmalarda kaygıyı azaltmak ve bağlanmayı artırmak amacı birlikte ele alınabilir.

Hemşirelerin anksiyetenin ve yetersiz bağlanmanın gebe ve fetüse olası zararlı etkilerini göz önünde bulundurarak riskli gebelerin anksiyete ve bağlanma düzeyini belirlemesi, takip etmesi, anksiyeteyi azaltması ve prenatal bağlanmayı artırması için kanıta dayalı uygulamalardan yararlanması gerekmektedir. Hemşireler riskli gebelere bu konuda yapacak olduğu girişimlerle anksiyetenin azalması, bağlanmanın oluşması ve gelişmesi açısından kolaylaştırıcı bir rol üstlenebilir, gebeye sorunlarla pozitif baş etme davranışları kazandırabilir.

Riskli gebelere hizmet veren hemşirelerin eğitim programlarında özellikle bu konuya yer verilerek desteklenmesi, hemşirelik bakımının kalitesini artıracaktır. Hemşireler riskli gebe ve ailesini prenatal izlemlerin önemi ve sıklığı konusunda da bilgilendirmeli, nitelikli ve etkin bakım için her izlemden psikososyal değerlendirme yapmalıdır. Gebelerin anksiyete, yetersiz bağlanma ya da zayıf bağlanma riski durumunu erken dönemde saptamalı ve iyileştirmek üzere harekete geçmelidir.

Bilgilendirme

Bu makalede araştırma konusunun belirlenmesinde her iki yazar eşit görev almıştır. Makalenin literatür taranmasına NB, yazılmasına NB ve MB, düzenlenmesine NB katkı sağlamıştır. Araştırmacılar arasında herhangi bir kişi ya da kurum ile çıkar çatışması bulunmamaktadır ve araştırmada herhangi bir fon desteği alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Gilbert SE, Harmon SJ. Yüksek riskli gebelik ve doğum el kitabı. 2. Basım. Taşkın L. Ankara Palme Yayıncılık; 2002: 35, 118-131.
2. Çoban A. Riskli gebelikler. İçinde Şirin A, Kavlak O, Kadın Sağlığı. 2. Basım. İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri; 2016: 324-346.
3. Deliktaş A, Körükcü Ö, Kukulu K. Farklı gruplarda annelik deneyimi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2015; 5(4): 274-283.
4. Ölçer Z, Oskay Ü. Yüksek riskli gebelerin yaşadığı stresörler ve stresle baş etme yöntemleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2015; 12(2): 85-92.
5. Bekmezci H, Özkan H. Gebelikte psikososyal sağlık bakım, prenatal bağlanma ve ebe-hemşirenin sorumlulukları. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi 2016; 8: 50-60.
6. Corbijn van Willenswaard K, Lynn F, McNeill J, McQueen K, Dennis CL, Lobel M et al. Music interventions to reduce stress and anxiety in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry 2017; 17 (1): 271.
7. Atasever İ, Çelik AS. Prenatal stresin ana-çocuk sağlığı üzerine etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2018; 21(1): 60-68.
9. Ding XX., Wu YL, Xu SJ, Zhu RP, Jia XM, Zhang SF et al. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. J Affect Disord 2014; 159(20), 103-110.
8. Abasi E, Tahmasebi H, Zafari M, NTG. Assessment on effective factors of maternal fetal attachment in pregnant women. Life Science Journal 2012; 9: 68-75.
10. Pisoni C, Garofoli F, Tzialla C, Orcesi S, Spinillo A, Politi P et al. Risk and protective factors in maternal-fetal attachment development. Early Hum Dev 2014; 90(suppl 2): 45-46.
11. Lang C. Bağlanma-Doğum Öncesi ve Sonrası Dönemde Bağlanmanın Güçlendirilmesi. 1. Basım. N Üzel, S Özbacı. Ankara Modern Tıp Kitabevi; 2018: 1-2, 15-17, 29-30, 55-58.
12. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 13. Basım. Ankara Özyurt yayıncılık; 2016: 14-15, 153-155, 253, 265-273.
13. Şanlı Y, Dinçer Y, Oskay Ü, Bulduk S. Yüksek riskli gebelik yaşayan kadınlarda ortaya çıkan stresörler ve baş etme yöntemleri: Niteliksel bir çalışma. STED 2018; 27(5): 333-342.
14. Queenan JT, Spong CY, Lockwood CJ. Overview of high-risk pregnancy. In Queenan JT, Spong CY, Lockwood CJ, Queenan's Management of High-Risk Pregnancy. 6 th Edition. UK John Wiley and Sons Ltd; 2012: 1.
15. World Health Organization, Maternal Mortality, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> (Erişim tarihi: 15.12.2019).
16. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. ICON-İNSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara, 2006.

17. Gümüřdař M, Apay S, Özorhan E. Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarının karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2014; 1(2): 32-42.
18. Talley L. Stress management in pregnancy. Int J Childbirth Educ 2013; 28(1): 43-45.
19. Cranley MS. Development of a tool for the Measurement of Maternal Attachment During Pregnancy. Nurs Res 1981; 30(5): 281-284.
20. Bilgin Z, Alpar řE. Kadınların maternal bağlanma algısı ve anneliğe ilişkin görüşleri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2018; 5(1): 6-15.
21. Yılmaz SD, Beji KN. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Genel Tıp Dergisi 2010; 20(3): 99-108.
22. Akarsu HR, Oskay Ü. Yüksek riskli gebelerin tehlike belirtileri hakkında bilgi ve prenatal bağlanma düzeylerinin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017; 33(2):16-26.
23. Eswi A, Khalil A. Prenatal attachment and fetal health locus of control among low risk and high risk pregnant women. World Appl Sci J 2012; 18(4): 462-471.
24. Bakır N, Ölçer Z, Oskay Ü. Yüksek riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeyi ve etkileyen faktörler. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi 2014; 1(1): 25-37.
25. Zabielski MT. Recognition of maternal identity in preterm and full-term mothers. Matern Child Nurs J 1994; 22(1): 2-36.
26. Mu PF. Maternal role transition experiences of women hospitalized with PROM: A phenomenological study. Int J Nurs Stud 2004; 41(8): 825-832.
27. Mehran P, Simbar M, Shams J, Ramezani-Tehrani F, Nasiri N. History of perinatal loss and maternal-fetal attachment behaviors. Women and Birth 2013; 26: 185-189.
28. Özorhan EY, Apay SE, Düzyurt M. Riskli olan ve olmayan gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin karşılaştırılması. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi 2015; 3(1): 1-15.
29. Tunçel NT, Süt HK. Gebelikte yaşanan anksiyete, depresyon ve prenatal distress düzeyinin doğum öncesi bebeğe bağlanmaya etkisi. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2019; 16(1): 9-17.
30. Üstünsöz A, Güvenç G, Akyüz A, Oflaz F. Comparison of maternal and paternal-fetal attachment in turkish couples. Midwifery 2010; 26: 1-9.
31. Hopkins J, Miller JL, Butler K, Gibson L, Hedrick L, Boyle DA. The relation between social support, anxiety and distress symptoms and maternal fetal attachment. J Reprod Infant Psychol 2018;36(4):381-392.
32. Aksoy YE, Yılmaz SD, Aslantekin F. Riskli gebeliklerde prenatal bağlanma ve sosyal destek. Türkiye Klinikleri J Health Sci 2016; 1(3):163-169.
33. Carolan M, Barry M, Gamble M, Turner K, Mascareñas O. The limerick lullaby project: an intervention to relieve prenatal stress. Midwifery 2012; 28: 173-180.
34. Persicoa G, Antolinib L, Vergania P, Costantini W, Nardi MT, Bellotti L. Maternal singing of lullabies during pregnancy and after birth: Effects on mother-infant bonding and on newborns' behaviour. Concurrent Cohort Study. Women and Birth 2017; 30(4): e214-e220.
35. Akarsu RH, Tuncay B, Alsaç SY. Anne-bebek bağlanmasında kanıta dayalı uygulamalar. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017; 6(4): 275-279.
36. Julian LJ. Measures of anxiety. Arthritis Care Res 2011; 63 (s11): s467-s472.
37. Bulecher GM, Buther HK, Dochterman JM, Wagner C. Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC). Altıncı Basım. Firdevs Erdemir, Sultan Kav, Arzu Akman Yılmaz. İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri; 2017: 96, 135, 275.
38. Yılmaz SD. Prenatal anne - bebek bağlanması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2013; 10(3): 28-33.
39. Yılmaz SD, Beji NK. Prenatal Bağlanma Envanteri'nin Türkçe'ye uyarlanması: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 2013; 16(2): 103-109.
40. Gölbaşı Z, Uçar T, Tuđut N. Validity and reliability of the Turkish version of the Maternal Antenatal Attachment Scale. Japan Journal of Nursing Science 2015; 12: 154-161.
41. Türkmen-Çevik F, Kurnaz FB. Prenatal Bağlanma Ölçeği: Güvenilirlik ve geçerlik çalışması. H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2019; 6(2): 112-138.