



ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DERGİSİ

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

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DERGİSİ

Sahibi

Prof. Dr. Osman Selçuk ALDEMİR

Rektör

Danışma Kurulu Onursal Başkanı

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

Editörler

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

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

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

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



Alan Editörleri

Hemşirelik Bilimleri Alan Editörleri

Doç. Dr. Yıldız Denat-Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Doç. Dr. Hossein Asgarpour-Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Aynur Çetinkaya-Manisa Celal Bayar Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Fadime Kaya-Kafkas Üniversitesi

Ebelik Anabilim Dalı Alan Editörleri

Prof. Dr. Şükran Özkahraman Koç-Süleyman Demirel Üniversitesi

Dr. Deniz Batman-Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Alan Editörleri

Prof. Dr. Gamze Akbulut-Gazi Üniversitesi

Doç. Dr. Özge Küçüker Dönmez-Ege Üniversitesi

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Alan Editörü

Doç. Dr. Zeynep Hazar Kanık-Gazi Üniversitesi

Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı Alan Editörü

Doç. Dr. Tuğba Karaaslan-Izmir Katip Çelebi Üniversitesi

Yabancı Dil Alan Editörü

Doç. Dr. Faruk Kalay-Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Yayın Kurulu

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

Mizanpaj Editörü

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

Yazı İşleri

Arş. Gör. Pelin ATALAN
Arş. Gör. Burcu DENİZ GÜNEŞ
Arş. Gör. Sevinç Zeynep KAVRUK

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi online olarak yayınlanan (e-ISSN:2587-2427), çift kör hakemli bir dergidir. Dergimiz yayın hayatına 2017 yılında başlamış olup yılda üç sayı olarak (Ocak, Mayıs, Eylül) yayın hayatına devam etmektedir. Dergimizde fizyoterapi ve rehabilitasyon, beslenme ve diyetetik, ebelik, hemşirelik ve çocuk gelişimi alanları başta olmak üzere tüm sağlık bilimleri alanında güncel klinik ve deneysel özgün makale, derleme, olgu sunumu türünde çalışmalar ile çok disiplinli alanlara ilişkin çalışmalar yayınlanmaktadır. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisine gönderilen makaleler öncelikle yayın ve etik kurallar açısından kontrol edilmekte ve daha sonra alanında uzman en az iki hakem tarafından değerlendirilmektedir. Derginin 8 araştırma makalesi ve 7 derleme içeren 5. cilt 1. sayısı ekte sunulmuştur.

Editörler

Prof. Dr. Ayden Çoban (Sayı Baş Editörü)

Doç. Dr. Serdal Öğüt

Dr. Öğr. Üyesi Gürkan Günaydın

C5 S1 2021 İÇİNDEKİLER

ARAŞTIRMA MAKALELERİ

1. Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleki Benlik Saygısı ve Etkileyen Faktörler

Professional Self-Esteem Levels of Nursing Students and Influential Factors

1-12

İncihan KAHRAMAN, Hülya FIRAT KILIÇ

2. Hemşirelerin Hasta Teslimi İle İlgili Uygulamaları ve Görüşleri

Nurses' Practice and Opinions About Nursing Handover

13-25

Emel TUĞRUL, Muazzez ŞAHBAZ

3. Kadınlarda Serviks Kanserinin Tanısına İlişkin Tutum ve Düzenli Jinekolojik Muayene İlişkisinin Kesitsel Olarak Değerlendirilmesi

Cross-Sectional Evaluation of Relation Between Women's Attitudes Towards the Diagnosis of Cervical Cancer and Regular Gynecological Examination

26-36

Seyfi DURMAZ, Safiye ÖZVURMAZ, Filiz ADANA, Fatma KURT

4. Planlanmamış Gebeliklerin Doğum Sonrası Erken Dönemdeki Annelik Davranışına Etkisi

Effects of Unplanned Pregnancies on Maternal Behavior in the Early Postpartum Period

37-50

Selda TANER BÜYÜKSARI, Hüsniye ÇALIŞIR

5. Proje Tabanlı Öğretimin Öğrencilerin Öğrenme Tutumları ve Öğretme- Öğrenme Ortamı Algılarına Etkisi

The Impact of Project-Based Teaching on Attitudes Toward Learning and Teaching-Learning Environment Perceptions of Students

51-60

Yıldız DENAT, Emel TUĞRUL

6. Burdur İli Acil Sağlık Hizmetlerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi (2013-2017 Yılları Arası)

Retrospective Evaluation of Emergency Health Services in Burdur Province (Between 2013-2017)

61-71

Ali SERT, Mümin POLAT

7. Acil Servis ve 112’de Çalışan Sağlık Personelinin Yaşadığı Rol Çatışması ve Belirsizliğinin İş Stresine Etkisi

The Effect of Role Conflict and Ambiguity on Work Stress in Health Staff Working in Emergency Service and 112

72-83

Mehmet Halil ÖZTÜRK, Nurdan GEZER

8. Emzirme Sürecinde Olan Annelerin Emzirme Davranışlarını Yönlendiren Tutumlarının İncelenmesi

Investigation of Mothers Attitudes During Breastfeeding Affecting Breastfeeding Behavior

84-92

Nurdan AKÇAY DİDİŞEN, Hatice UZŞEN, Emel BULDUR

DERLEME

1. Gebelik ve Postpartum Dönemde Kadın Ruh Sağlığı: Derleme Çalışması

Women's Mental Health in Pregnancy and Postpartum Period: Review Study

93-100

Dilan YAR, Mualla YILMAZ

2. Gıdalarda Escherichia Coli O157:H7 Yaygınlığının Riskleri ve Kontrolü

Escherichia Coli O157: H7 Prevalence and Control in Foods

101-114

Nalan TURGUT

3. Vulva Kanseri ve Vulvektomi Sonrası Hemşirelik Yaklaşımları

Vulva Cancer and Nursing Approaches After Vulvectomy

115-121

Hatice Gözde KESKİN, Tuğba TAHTA

4. Koşuyu Etkileyen Biyomekaniksel Faktörler

Biomechanical Factors Affecting Running

122-127

Gül Öznur KARABIÇAK

5. İyileştirici Bir Tebessüm: Mizah

A Therapeutic Smile: Humor

128-135

Seher ÇEVİK AKTURA, Gürkan ÖZDEN, Seyhan ITLİK SARITAŞ

6. Vitamin D ve Antikanserojenik Etkileri

Vitamin D and its Anticarcinogenic Effects

136-146

Murat ARI

7. Pediatrik Onkoloji Hastalarında Beslenme

Nutrition in Pediatric Oncology Patients

147-159

Melike DURMAZ, Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ

Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleki Benlik Saygısı ve Etkileyen Faktörler

Professional Self-Esteem Levels of Nursing Students and Influential Factors

İncihan KAHRAMAN¹ A,B,C,D,E,F,G , Hülya FIRAT KILIÇ¹ A,B,D,E,F,G 

¹Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Gazimağusa, KKTC

ÖZ

Amaç: Araştırma, hemşirelik lisans öğrencilerinin mesleki benlik saygısı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte yapılan çalışmanın örneklemini 2016-2017 Öğretim Yılı Güz Yarıyılında Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde bulunan bir vakıf üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Lisans Programında öğrenim gören 169 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada veriler "Tanıtıcı Özellikler Soru Formu" ve "Arıcak Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Veriler SPSS 20 paket programında kodlanarak değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis H testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yapılan çalışmada öğrencilerin Arıcak Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği puan ortalamaları 112,09±22,76 olarak bulunmuştur (min=56,00 max=150,00). Erkek öğrencilerin, kardeş sayısı az olanların, mesleği ilk sıralarda tercih edenlerin, mesleği sevdiği için tercih edenlerin ve okul yaşamından memnun olanların mesleki benlik saygısı daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Bu sonuçlar doğrultusunda, Hemşirelik öğrencilerinin bilinçli bir şekilde tercih yapmaları ve kendi kişiliğine ilgi ve yeteneklerine uygun mesleği tercih etmeleri konusunda desteklenmelerinin faydalı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca mesleki benlik saygısının cinsiyete göre incelendiği kalitatif çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Benlik Saygısı, Mesleki Benlik Saygısı, Hemşirelik Öğrencileri.

ABSTRACT

Objective: The study was conducted with the aim of determining the professional self-esteem levels of undergraduate nursing students and influential factors.

Method: The sample of this descriptive study consisted of 169 students who were enrolled in the Undergraduate Nursing Degree of the Faculty of Health Sciences at a foundation university located in the Turkish Republic of Northern Cyprus in the Fall semester of the academic year of 2016-2017. The data in the study were collected by a "Descriptive Characteristics Questionnaire Form" and the "Arıcak Personal Self-esteem Inventory". The data were evaluated by being coded in the SPSS 20 package program. The data obtained were evaluated with the Mann-Whitney U Test and the Kruskal-Wallis H Test.

Results: In the study that was conducted, the mean score of the students in the Arıcak Personal Self-esteem Inventory was found as 112.09±22.76 (min=56.00 max=150.00). Professional self-esteem levels were found higher among the male students, those with lower numbers of siblings, those who preferred the profession in the first ranks, those who preferred the profession because they liked it and those who were satisfied with their academic life.

Conclusion: In the light of these results, it is believed that it would be beneficial for nursing students to make their choices consciously and be supported to choose a suitable profession to their interests and talents. It is also recommended to conduct qualitative studies where self-esteem is examined based on gender.

Key words: Self-Esteem, Professional Self-Esteem, Nursing Students.

1. GİRİŞ

Meslek, bireylere faydalı mal veya hizmet üretmek ve karşılığında maddi kazanç elde etmek için yapılan, belli bir eğitimle kazanılan bilgi ve beceriye dayalı, sistemli normları toplumca belirlenmiş etkinlikler bütünü olarak tanımlanır (1). Meslek toplumun ihtiyaçları

Sorumlu Yazar: Hülya Fırat KILIÇ

Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Gazimağusa/KKTC
hulyafirat81@gmail.com

Geliş Tarihi: 26.11.2018 – Kabul Tarihi: 11.04.2020

Yazar Katkıları: A) Fikir/Kavram, B) Tasarım, C) Veri Toplama ve/veya İşleme, D) Analiz ve/veya Yorum, E) Literatür Taraması, F) Makale Yazımı, G) Eleştirel İnceleme

sonucunda ortaya çıkan uğraşı alanlarının farklı kademelerden geçmesiyle oluşur ve her meslek bir çalışma alanı oluşturur (2). Ayrıca meslek, bireyin hayatını etkileyen en önemli sorumluluklardan birisidir ve bireylerin görevlerini yerine getirebilmeleri, hayatlarını devam ettirebilmeleri ve kişisel sevinçleri bağlamında önemli bir işleve sahiptir (3). Meslek, bireylerin kişiliğini önemli ölçüde etkiler (4). Kişi seçmiş olduğu mesleğin kendisine ne kadar uyum gösterdiği kişisel özellikleri bakımından değerlendirmelidir.

Meslek, kişinin benlik yapısını ifade etme fırsatlarından biridir. Meslek, bireyin kişiliğini ciddi şekilde etkilediğinden, bireyin benlik yapısı ile uyumlu olmayan meslekler, bir takım problemlere neden olabilir. Özellikle de temel uğraşı alanı insan olan hemşirelik mesleğini, sürdüren ve sürdürmeye aday olan kişilerin, mesleğinde başarılı ve verimli olabilmesi için, kendi mesleğini önemli ve değerli görmesi gerekmektedir (5). Benlik kavramı aynı zamanda bireyin davranışlarının belirleyicisidir. Meslek seçimine benliğin etkisi bulunmaktadır. Birey meslek seçerken, benlik kavramına uygun düşen etkinlikleri içeren mesleklere yönelmektedir (6). Bu nedenle, bireyin benlik yapısının güçlü olabilmesi için benlik yapısına uygun bir meslek sahibi olması gerekmektedir (7). Benlik saygısı, bireylerin stresli olaylarla baş etme becerisini ve bu durumlar karşısında vereceği tepkileri etkileyen psikolojik gücü içermektedir (8).

Hemşirelik insan sağlığı alanında önemli sorumluluklar üstlenen, mesleki profesyonelliğin önemli olduğu bakıma temellenmiş bir meslektir (9-11). Hizmet alan birey için hemşirelik yaşamsal öneme sahiptir. Hemşirelik hizmetleri, hasta, ailesi veya toplumun başka bir üyesi tarafından karşılanamayan hizmetlerdir (12). Hemşireler bakım hizmeti sunarken, mesleki bilgi, beceri ve yeteneklerini kullanırlar. Hemşirelerin sundukları bakım hizmetinin kalitesi sağlık hizmetlerinin yansıması olarak görülmektedir. Hemşireliğin temeli olan bakım davranışlarının öğrencilere hemşirelik eğitimi süresince kazandırılması ve mesleki eğitimin bakım temeli üzerine oluşturulması gerekmektedir (13). Hemşirelikte meslek adaylarının mesleki sorumlulukların farkında olarak ve isteyerek mesleği tercih etmeleri, olumlu mesleki benlik saygısına sahip olmaları mesleğin gelişimi ve statüsünün yükseltilmesi için oldukça önemlidir.

Bireyin kişilik ve mesleki kimlik gelişimi için mesleki benlik saygısı en önemli parametredir (14). Bireyin mesleki sorumluluklarını kabullenmesi ve mesleğe ilişkin kişisel değer yargısı, mesleki benlik saygısı olarak bilinmektedir. Kişinin işindeki ilişkilerinde, kendisinden istenen sorumlulukları yerine getirebilme becerisi, o kişinin mesleki benlik saygısını şekillendirmektedir (3). Hemşirelerin kendi mesleğini önemli, değerli görmesi ve güvenilir hasta bakımının verilmesinde mesleki benlik saygısı önemli bir yere sahiptir. Öğrencilerin seçtikleri mesleğe yönelik tutum ve algılarının onların psikolojik sağlıkları üzerinde belirgin bir etkiye sahip olduğu görülmektedir (6). Uslusoy'un hemşirelerle gerçekleştirdiği çalışma sonucunda, mesleki benlik saygısı yüksek olanların daha fazla meslektaş dayanışması gösterdiği saptanmıştır (5).

Hemşirelik mesleğinin ana uğraşı alanı insan olduğundan, etkin kişilerarası ve iletişim becerileri oldukça öne çıkmakta ve önem kazanmaktadır. Hemşirelerin ve hemşire adayların kendi mesleklerini değerli ve önemli görmesindeki en önemli etken mesleki benlik saygısıdır. Yüksek mesleki benlik saygısı, güvenilir hasta bakımının ön şartıdır (7). Hemşirelik öğrencileri hemşirelik eğitiminin yanı sıra, üniversiteli bir genç olarak deneyimledikleri görüşlerin yanı sıra hemşirelik eğitiminin doğasından kaynaklanan (klinik uygulama vb.) diğer bazı sorunlarla

da karşılaşılır. Bu sorunlar arasında; hastane ortamlarından kaynaklanan yoğun ve stresli alanlarda staja çıkma, hasta ve terminal dönemdeki kişiler ile ilgilenme, öğretim elemanları ve sağlık profesyonelleri ile iletişim sorunları yer almaktadır. Bu süreç içerisinde yaşayacakları bu sorunlar bireyde olumlu ya da olumsuz yeni deneyimlerin, öğrencilerin mesleki benlik saygısında değişimlere neden olabileceği düşünülmektedir (15,16).

Yükseköğrenim kurumları olan üniversiteler, bireyleri gelecekteki mesleğine ve hayata hazırlamaktır. Üniversite düzeyinde hemşirelik eğitimi veren kurumların ana amacı benlik gelişiminin devamını sağlamak ve mesleki benlik saygısı yüksek sağlıklı hemşire adayları yetiştirmektir (17-19). Hemşirelik mesleğinin bu evriminin, doğru hemşire adaylarını, sistematik bir şekilde, sınav ve mülakatlarla seçilip eğitilmesiyle bağlantılı olduğu düşünülmektedir (20,21). Hemşirelerin multidisipliner ekibin etkin bir parçası olarak, artan mesleki kapsam ve standart, sorumluluk, otonomi ve profesyonellik talepleri çerçevesinde çalışabilmeleri için, mesleğine saygı duyan ve mesleğini severek yapan, doğru beceri ve yeteneklere, ayrıca gerekli kişilik özelliklerine sahip hemşireler yetiştirilmesi gerekmektedir. Bunu yapabilmek için de hemşirelerin mesleki benlik saygısına etki eden faktörlerin çalışmalar yapılarak daha yakından incelenmesi gerekmektedir.

Literatürde hemşirelik öğrencilerinin mesleki benlik saygısını farklı değişkenler ile ilişkisini inceleyen çalışma bulgularına rastlanmaktadır (22-27). İran'da hemşirelik öğrencileri ile yapılan iki farklı çalışmada, öğrencilerin mesleki benlik saygısının klinik performans ve mesleki etik ile ilişkili olduğu saptanmıştır (22,23). Mosayebi ve ark. (2017) pediatri hemşireleri ile yaptıkları çalışmada mesleki benlik saygısı ile iş stresi arasında bir ilişki olduğu, mesleki benlik saygısı arttıkça iş stresinin azaldığı görülmüştür (24). Barry ve ark. (2019) klinikte çalışan hemşireler ile yaptıkları çalışmada mesleki benlik saygısı yüksek olanların daha az stres algıladıkları saptanmıştır (25). Sarıkoç ve Kaplan (2017) tarafından yapılan çalışmada hemşirelik öğrencilerinin mesleki benlik saygıları ile akademik branş memnuniyetleri ve sosyal duygusal öğrenme becerileri arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur (26). Sabancıoğulları ve Doğan'ın (2017) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada öğrencilerin mesleki benlik saygısı yüksek düzeyde bulunmuş ve mesleki benlik saygısı ile benlik saygısı arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur (27).

Hemşirelik eğitim süreci mesleki benlik saygısının oluşmasında belirleyicidir. Mesleki kimlik gelişim sürecinde olan hemşirelik lisans öğrencilerinin mesleki gelişim süreci üniversite yaşamı boyunca devam etmektedir. Bu nedenle, yapılan çalışmanın, hemşirelik öğrencilerinin mesleki benlik saygısını ve etkileyen faktörleri anlayabilmemiz açısından önemli bir yere sahip olduğunu düşünmekteyiz. Böylece hemşirelik lisans eğitimi veren kurumların mesleki benlik saygısını yükseltmeye yönelik strateji geliştirmelerinde rehber olacağı öngörülmektedir. Bu araştırmanın bulguları doğrultusunda gelecekteki mezunların mesleklerinde başarılı, verimli, sağlıklı ilişkiler kurabilen, mesleki doyuma ulaşabilen hemşireler olarak meslek yaşamlarını sürdürmelerine yardımcı olabilecek etkenleri ortaya koyarak eğitimleri süresince benlik saygısını yükseltecek girişimlerin planlanması hedeflenmektedir. Hemşirelik öğrencilerinin mesleki benlik saygısını etkileyen faktörler belirlendiğinde, eğitimciler öğrencilerin eksik yönlerini geliştirmeye yönelik çalışmalar yapacak, ihtiyaç duyan gruba destekleyici girişimlerde bulunacaktır. Olumlu mesleki benlik saygısının geliştirilmesi sadece hemşireler için değil, ayrıca hastalar, meslektaşlar ve meslek için de çok önemlidir (28). Böylece ileride mesleki benlik saygısı güçlü hemşireler yetişecek, bu da mesleğin imajına ve gelişmesine

olumlu katkı sağlayacaktır. Mesleki benlik saygısı yüksek olan hemşireler, bakım verdikleri bireylerin sağlıklarını da olumlu yönde geliştireceklerdir.

Hemşirelik öğrencilerinin mesleki benlik saygılarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Hemşirelik öğrencilerinin mesleki benlik saygısı düzeyi nedir?
2. Belirlenen tanıtıcı özelliklere göre hemşirelik öğrencilerinin mesleki benlik saygısı düzeyleri arasında fark var mıdır?

2.GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Çalışma tanımlayıcı araştırma tasarımına uygun olarak yürütülmüştür.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Doğu Akdeniz Üniversitesi (DAÜ) Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü 1. ve 4. sınıf öğrencileri ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini 2016-2017 Eğitim-Öğretim yılı güz döneminde DAÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümünde öğrenim gören 181 hemşirelik lisans öğrencisi oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllülerden oluşmaktadır. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve veri toplama süreci içerisinde derse katılan 169 öğrenci araştırmaya dahil edilmiştir. Öğrencilerden iki kişi araştırmaya katılmak istemediklerini belirtmiştir. Diğer 10 öğrenciye ise derse gelmediğinden ulaşılamamıştır. Toplamda 12 öğrenci araştırmanın örneklemine dahil edilmemiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler “Öğrencilere Ait Tanıtıcı Özellikler Soru Formu” ve “Arıcak Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

Öğrencilere Ait Tanıtıcı Özellikler Soru Formu

Araştırmacı tarafından literatürden (15, 29, 30) yararlanılarak hazırlanmış ve 20 sorudan oluşan bir formdur. Bu form öğrencilerin, yaş, cinsiyet, medeni durum, aile tipi, yaşadığı yer, anne ve baba eğitim durumunu gibi özellikleri inceleyen sorulardan oluşmaktadır.

Arıcak Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği (AMBSÖ)

Mesleki benlik saygı ölçeği, Arıcak tarafından 1999 yılında geliştirilmiş olup, 17 yaş ve üstü bireylerin ilgili mesleğe olan saygı tutumlarını ölçmek amacı ile uygulanan likert tipi bir ölçme aracıdır (31). AMBSÖ 30 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerin 14’ü olumlu (2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 16, 18, 20, 24, 26, 28 ve 30), 16’sı ise olumsuz (1, 3, 4, 6, 8, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 22, 23, 25, 27 ve 29) ifadeleri içermektedir. Olumlu maddeler “Tamamen Katılıyorum” 5 , “Katılmıyorum” 4, “Kararsızım ” 3, “Katılmıyorum” 2, “Kesinlikle Katılmıyorum”1 puan alırken; olumsuz maddelerde “Tamamen Katılıyorum”1, “Katılmıyorum”2 , “Kararsızım” 3, “Katılmıyorum”4, “Kesinlikle Katılmıyorum” 5 puan almaktadır. Olumsuz maddelerde puanlama ters yönde yapılmaktadır. Toplam puan, her maddeye verilen puan toplanarak elde

edilir. Ölçek puanları 30 ile 150 arasında bir değerdir (31). Ölçekten alınan puanların yüksek ya da düşük olması mesleki benlik saygısının yüksek ya da düşük olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.91 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışma için ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.93 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın Uygulanması

Araştırma verileri, belirlenen örneklemin tamamına ulaşabilmek için, hemşirelik bölümü 1. ve 4. sınıf öğrencilerin en çok katılımlarının olduğu temel meslek derslerinde toplanmıştır. Araştırmacı, verilerin toplanmasından önce 1. ve 4. sınıf öğrencilerinin temel meslek derslerini belirleyerek, ilgili dersin öğretim elemanından derse başlamadan önce veri toplamak için izin almıştır. Veriler 5 ve 9 Aralık 2016 tarihlerinde araştırmacı tarafından sınıf ortamında toplanmıştır. Anket formları dağıtılmadan önce araştırmanın amacı, anketin uygulanma süresi ve anket formu hakkında öğrencilere bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere “Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu” dağıtılarak, öğrencilerden yazılı onam alınmıştır. Sonrasında araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere anket formları dağıtılmıştır ve geri toplanmıştır. Anketler 15-20 dk. içinde doldurulmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri SPSS (20.0) for Windows Software Paket Programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Sayısal verilerin normal dağılım gösterip göstermediği One-Sample Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Bu sonuca göre verilerin analizinde non-parametrik teknikler kullanılmıştır. İkili grupların karşılaştırılmasında “Mann Whitney U testi”, üçten fazla grupların karşılaştırılmasında ise “Kruskal Wallis H testi” kullanılmıştır. “Kruskal Wallis H testi” sonuçları anlamlı çıktığında ise hangi gruplar arasında anlamlı farklılık vardır sorusunu test etmek için “Mann Whitney U Testi” kullanılmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için, Üniversitenin Hemşirelik Bölüm Başkanlığından “Kurum İzni”, Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan “Etik Kurul İzni” (Karar no:2016/33-14) ve araştırmaya katılan öğrencilerden gönüllülük esas alınarak “Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu” ile yazılı onam alınmıştır.

3. BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde, %42’si 18-19 yaş aralığında, %65.1’i kadın ve %37.9’unun kardeş sayısı ikidir. Öğrencilerin %64.5’i birinci sınıf öğrencisi olup %59.2’si düz lise mezunu ve %2.2’si bölümü ilk 1-5 tercih arasında tercih etmiştir. Öğrencilerin %58,’i okul yaşamından memnun olup, %52.7’si hemşireliği sevdiği için seçtiklerini belirtmiştir. Hemşirelik mesleği ile ilgili düşüncelerin dağılımına bakıldığında; %36.7’si hemşirelik mesleğini güzel bir meslek olarak tanımlamıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelik Öğrencilerine Ait Tanıtıcı Özellikler ile AMBSÖ Puan Ortalamaları (n=169)

Özellikler	N	Sıra Ort.	İstatistiksel Analiz	
Yaş				
18-19 Yaş Arası	71	85.49	$X^2=0.122$	p=0.941
20-21 Yaş Arası	50	86.25		
22 Yaş ve Üstü	48	82.98		
Cinsiyet				
Erkek	110	92.77	U=2390.0	p=0.005
Kadın	59	70.51		
Kardeş Sayısı				
Kardeş Yok	7	57.93	$X^2=9.98$	p= 0.019
İki Kardeş	64	88.34		
Üç Kardeş	47	98.89		
Dört Kardeş ve Üstü	51	71.73		
Sınıf Düzeyi				
Birinci sınıf	109	83.47	U=3103.0	p=0.583
Dördüncü sınıf	60	87.78		
Yüksek Öğretim Tercih Sırası				
1-5 Arası Tercih	122	89.06	$X^2=6.29$	p= 0.043
6-9 Arası Tercih	24	87.08		
10 Ve Üzeri Tercih	23	61.28		
Okul Yaşamından Memnun Olma Durumu				
Memnunum	98	96.43	U=2358.5	p<0.001
Memnun Değilim	71	69.22		
Hemşireliği seçme nedeni				
Sevdiğim İçin	89	102.47	$X^2=3.77$	p<0.001
İş Garantisi Olduğu İçin	46	66.01		
Ailem İsteği İçin	24	50.85		
Diğer*	10	98.85		
Hemşirelik Mesleği İle İlgili Düşünceler				
Güzel Bir Meslek	62	99.52	$X^2=14.94$	p=0.005
İş Garantisi Olan Bir Meslek	33	63.29		
İnsanlara Yardım Eden Bir Meslek	36	92.17		
Zor Bir Meslek	25	74.74		
Toplum Tarafından Değer Görmeyen Bir Meslek	13	70.73		

*Arkadaş önerisi, maddi gelir cevabı yer almaktadır.

Öğrencilerin AMBSÖ puan ortalamaları $112,09 \pm 22,76$ olarak bulunmuştur (min=56,00 max=150,00) (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelik Öğrencilerinin AMBSÖ Genel Puan Ortalamaları

Ölçek	N	Ort ± SS	Min puan	Max Puan
Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği Genel Puan Ortalamaları	169	112.09 ± 22.76	56	150.00

Araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin yaş ve sınıf düzeyi ile AMBSÖ puan ortalamaları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 2). AMBSÖ puan ortalamalarının öğrencilerin cinsiyetine göre anlamlı farklılık gösterdiği, erkeklerin daha yüksek mesleki benlik saygısına sahip olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 2).

Hemşirelik öğrencilerinin “Kardeş sayısı” ile AMBSÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık görülmüş, iki kardeşi olan öğrencilerin AMBSÖ puanları, dört kardeş ve üstü olan hemşirelik öğrencilerinin AMBSÖ puanlarından daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 2).

Araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin AMBSÖ puanları ile öğrencilerin “yükseköğretim tercih sırası” arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yükseköğretim tercih sırası 1-5 arasında olan hemşirelik öğrencilerinin AMBSÖ puanları, yükseköğretimde tercih sırası 10 ve üzerinde olan gruptaki hemşirelik öğrencilerinin AMBSÖ puanlarından daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 2).

Öğrencilerinin okul yaşamından memnun olma durumu ile AMBSÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Okul yaşamından memnun olan hemşirelik öğrencilerinin AMBSÖ puanları, okul yaşamından memnun olmayan öğrencilerin AMBSÖ puanlarından daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 2).

Öğrencilerin hemşirelik mesleğini seçme nedenleri ile AMBSÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup, hemşireliği sevdiği için tercih eden hemşirelik öğrencilerinin AMBSÖ puanları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 2).

Öğrencilerin AMBSÖ puanları ile “hemşirelik mesleği ile ilgili düşünceleri” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. “Hemşirelik mesleği ile ilgili güzel bir meslektir.” diye düşünen hemşirelik öğrencilerin mesleki benlik saygısı daha yüksek bulunmuştur ($p <0.05$) (Tablo 2).

4. TARTIŞMA

Bu çalışma hemşirelik öğrencilerinin mesleki benlik saygılarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Diğer mesleklerde olduğu gibi, hemşirelerin de mesleklerinde başarılı ve verimli olmalarında, kendi mesleklerini değerli, önemli, anlamlı ve tatmin edici görmeleri açısından mesleki benlik saygısı önemli bir yer tutar. Mesleki benlik saygısının iyi gelişmiş olması, kaliteli ve güvenilir hasta bakımının verilmesinde önemli bir yere sahiptir. Geleceğin hemşire adaylarının özgüvenli, girişken, benlik saygısı yüksek kişiler olarak topluma kazandırılmaları çok önem kazanmaktadır. Mesleki benlik saygısı özellikle mesleğin eğitimini alma ve mesleği icra etme pozisyonunda olan kişiler için önemli bir yere sahiptir. Birey artık kendisini o mesleğin bir mensubu gibi tanımakta ve görmektedir (32). Bu nedenle hemşirelik meslek adaylarının mesleki benlik saygısının ele alınmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada öğrencilerin mesleki benlik saygısının iyi düzeyde olduğu görülmektedir. Acharya Pandey ve Chalise'nin (2015) hemşirelik öğrencileri ile gerçekleştirdiği çalışmada öğrencilerin %78'inin benlik saygısı düşük düzeyde bulunmuştur (33). Türkiye'de hemşireler ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin mesleki benlik saygısı orta düzeyde bulunmuştur (5). Farklı bölümlerde okuyan üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada mesleki benlik saygısını orta ve yüksek düzeyde bulan çalışma sonuçlarına rastlanmaktadır (34,35) Çalışmamızda hemşirelik öğrencilerinin mesleki benlik saygısının yüksek olmasının nedenleri arasında, %52.7 sinin mesleği isteyerek tercih etmesi, % 72.2 sinin

mesleği 1-5. sırada tercih etmesi,%36.7 sinin meslek ile ilgili güzel bir meslek olarak düşünmeleri ve %58'inin okul yaşamından memnun olmalarının etkilediği düşünülmektedir.

Hemşirelik öğrencilerinin mesleki benlik saygılarını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır, cinsiyet bu faktörler arasında yer almaktadır. Yapılan çalışmada erkek öğrencilerin mesleki benlik saygısı daha yüksek bulunmuştur. Literatürde mesleki benlik saygısının cinsiyete göre farklılık göstermediğini belirten çalışmalara (6,34,36,37) rastlanmakla birlikte, kadınların erkeklere göre daha yüksek mesleki benlik saygısına sahip olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (17,30). Yıldırım ve ark. (2010) beden eğitimi öğrencileri ile yaptığı çalışmada erkek öğrencilerin mesleki benlik saygıları daha yüksek bulunmuştur (38). Geçmişte hemşireliğin sadece kadın mesleği olarak görülmesi fakat günümüzde cinsiyet ayrımcılığının kalkması, iş bulma imkânının olması, erkek öğrencilerin bu bölümü bilerek ve isteyerek seçmeleri ve erkeklerin sahip oldukları rol ve baskın karakterin çalışma bulgumuzu etkilediği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada iki kardeşi olan öğrencilerin mesleki benlik saygıları, dört ve üstü kardeşi olan öğrencilerinden daha yüksek bulunmuştur. Literatür çalışmaları incelendiğinde çalışma bulgumuza benzer olarak kardeş sayısı azaldıkça mesleki benlik saygısının da yükseldiği görülmektedir (15,39). Çalışma sonuçları dikkate alındığında, öğrencilerin sahip oldukları kardeş sayısı azaldıkça, anne ve babanın çocukları ile geçirdikleri zamanın kalitesi ve süresi artış göstermektedir. Çocuk kendini rahatça ifade etmekte ve aile içinde söz sahibi olmakta ve değer görmektedir. Bu da öğrencide benlik saygısını artırarak meslek hayatında da benlik saygısının yüksek olmasını sağlamaktadır.

Birey için meslek tercihi hayatındaki en önemli ve kritik kararlardan bir tanesidir. Meslek seçiminden sonra kişi mesleğine yönelik eğitim almakta, bilgi ve beceri kazanmaktadır. Birey kendisine uygun meslek seçimi yaptığı takdirde işinde veya mesleğinde başarılı ve mutlu olabilir (6). Çalışmamızda Yükseköğretim tercih sırası 1-5 arasında olan hemşirelik öğrencilerinin mesleki benlik saygısı daha yüksek bulunmuştur. Çalışma bulgumuza benzer olarak Körükçü ve Oğuz (2011) ile Uslu ve ark. (2014) yaptıkları çalışmalarda yükseköğretim tercih sırası ile AMBSÖ puan ortalamaları arasında fark olduğu bulunmuştur (30,40). Öğrenciler üniversite programlarında tercih yaparken, en çok istenilen bölümü en üst sıraya yazarken, ilgi duymadığı bölümleri ise daha alt sıralara yazmaktadır. Öğrencilerin mesleği 1-5. sırada tercih etmeleri guruplar arasındaki öğrenci sayılarının farklı olması ve mesleği isteyerek seçtiğini, mesleği sevdiğini göstermektedir. Mesleğini kendi isteği ile tercih eden ve seven öğrencilerin mesleki benlik saygısını yüksek olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca öğrencinin mesleğe ilgi duyması, meslek hakkında bilgi sahibi olması da mesleği ilk sıralarda tercih etmesinin nedenleri arasında olabilmektedir.

Yapılan çalışmada okul yaşamından memnun olan öğrencilerin mesleki benlik saygısı daha yüksek bulunmuştur. İnce ve Khorshid (2015) hemşirelik öğrencileri ile yapmış oldukları çalışmada öğrencilerin %70.4 ünün bölümden memnun olduğu görülmüştür (29). Karadağ ve ark. (2008) çalışmalarında öğrencilerin okul yaşantısından memnun olmadığını saptamıştır (41). Mesleki benlik saygısı yüksek olan öğrencilerin okul yaşamından memnun olmaları çalışmamız için beklenen bir sonuçtur. Ayrıca okulda düzenlenen sosyal aktivitelerin, yurtların kampüs içerisinde yer almasının ve kampüs içerisinde rahatça ulaşabilecekleri sosyal aktivite merkezlerinin olmasının öğrencilerin okul yaşamından memnuniyetlerini ve dolayısıyla mesleki benlik saygılarını da olumlu yönde etkilediğini düşündürmektedir.

Mesleki benlik saygısı, kişinin kendine güven duyarak yaptığı işten doyum almasını ve hayattan zevk almasını sağlar (42). Çalışmamızda mesleği sevdiği için tercih eden öğrencilerin daha yüksek mesleki benlik saygısına sahip olduğu görülmüştür. Literatürde çalışma bulgumuza benzer sonuçlarla karşılaşılmaktadır (5,7,17). Çalışmamızda öğrencilerin %52.7'sinin mesleği sevdiği için tercih etmiş olmasının çalışma sonucunu etkilediği düşünülmektedir. Bireyin başarılı olabilmesi, mesleğini sevmesi ile yakından ilgilidir. Kişi mesleğini severek seçtiğinde, genellikle tercih öncesinde o meslekle ilgili araştırma yapmakta ve mesleğin kendisi için uygun bir meslek olup olmadığını düşünmeye fırsat bulmaktadır. Bu nedenle bireyin mesleğini severek seçmesi ya da kendi isteği olmadan ailenin isteği ya da iş garantisi gibi diğer nedenlerle seçmesi, bireylerin meslek algıları üzerinde etkilidir.

Çalışmamızda hemşirelik mesleğinin güzel bir meslek olduğunu düşünenlerin mesleki benlik saygıları yüksek bulunmuştur. Özpancar ve ark. (2008) çalışmasında öğrencilerin %88.8'i hemşirelik mesleğini hastanın tedavi ve bakım sürecinde önemli rol oynayan bir meslek olarak ifade etmişlerdir (43). Bizim çalışmamızda öğrencilerin %36.7'si meslekle ilgili "Güzel bir meslektir" ifadesini kullanmıştır. Öğrencilerin ilk meslek dersi olarak aldıkları hemşireliğe giriş dersinde, hemşireliğin tarihsel süreci içinde ilk çağlardan itibaren hemşireliğin kutsal bir meslek olarak görülmesi, kadının aile içerisindeki rolüne bağlı olarak ve toplumda hemşirelik mesleğinin güzel bir meslek olarak tanınması öğrencilerde bu görüşün oluşmasının nedeni olabilir. Öğrencilerin hastaya yönelik yaptıkları bakım sonucunda hasta ve yakınları tarafından takdir görmesi, hemşirelik mesleğinin bakıma temellendirilmiş olması, hastalar tarafından beyaz melek olarak nitelendirilmesi öğrencilerde bu algının oluşmasının nedeni olarak düşünülmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğrencileri ile sınırlandırılmıştır. Bu nedenle sonuçlar yalnızca bu öğrenci grubuna genellenebilir.

5. SONUÇ

Çalışma hemşirelik öğrencilerinin mesleki benlik saygısını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda erkeklerin, kardeş sayısı az olanların, hemşireliği ilk sırada tercih edenlerin, mesleği sevdiği için tercih edenlerin ve hemşireliğin güzel bir meslek olduğunu düşünenlerin mesleki benlik saygıları yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda yükseköğretim tercih sırasının mesleki benlik saygısına olan olumlu etkisi göz önünde bulundurularak, hemşirelik öğrencilerinin bilinçli bir şekilde tercih yapmaları ve kendi kişiliğine ilgi ve yeteneklerine uygun mesleği tercih etmeleri konusunda desteklenmelerinin faydalı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca mesleki benlik saygısının cinsiyete göre incelendiği kalitatif çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için, Üniversitenin Hemşirelik Bölüm Başkanlığı'ndan "Kurum İzni", Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan "Etik Kurul İzni" (Karar no:2016/33-14) ve araştırmaya katılan öğrencilerden gönüllülük esas alınarak "Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu" ile yazılı onam alınmıştır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

1. Kuzgun, Y., Seçme, Ö., & için Üniversiteler, Y. S. A. (2006). Meslek Rehberliği ve Danışmanlığına Giriş. Nobel Yayın Dağıtım. 3. Baskı. Ankara.
2. Tan, M., Yuncu, S., Şentürk, Ö., Yıldız, Ö., & Yıldız, Ö. (2007). Üniversite Öğrencilerinin Hemşireliğe Bakış Açıkları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 22-29.
3. Dilmaç, B., & Halil, E. K. Ş. İ. (2012). Öğretmenlerin sahip oldukları değerlerin ve özgeci davranışlarının mesleki benlik saygısı açısından incelenmesi. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 10(23), 65-82.
4. Bilgin, Z. ve Oçakçı, A.F. (2011). Ebelik öğrencilerinde mesleki güdüleme, *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(3),40-46.
5. Uslusoy, E.Ç., Paslı, G. ve Kurt, D. (2016). Hemşirelerde mesleki benlik saygısı ve meslektaş dayanışması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 29-35.
6. Çivilidağ, A., Yanar, A., Kızılırmak, B. ve Denizli, T. (2018). Mesleki benlik saygısı, sürekli kaygı ve yaşam doyumu düzeylerinin incelenmesi. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 2(3), 45-60.
7. Şener, K.D., Karaca, A., Açıkğöz, F., ve Süzer, F. (2011). Hemşirelik eğitimi mesleki benlik saygısını değiştirir mi? *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Enstitüsü Dergisi*, 1(3), 12-16.
8. Galanakis, M. J., Palaiologou, A., Patsi, G., Velegraki, I. M., & Darviri, C. (2016). A literature review on the connection between stress and self-esteem. *Psychology*, 7(5), 687-694.
9. Kılıç, H.F., Cevheroğlu, S. ve Görgülü, S. (2017). Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Bakım Bağımlılığı Düzeylerinin Belirlenmesi. *DEUHFED*, 10(1), 22-28
10. TEMEL, M., BİLGİÇ, Ş., & ÇELİKKALP, Ü. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinin Meslek Seçiminde Etkili Faktörler. *Journal of Higher Education & Science/Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 12(3).
11. Bölükbaş, N. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimi ve etkileyen faktörler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 1(1), 10-17
12. Görüş, S., Kılıç, Z., Ceyhan, Ö. ve Şentürk, A. (2014). Hemşirelerin Profesyonel Değerleri ve Etkileyen Faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(3), 137-142.
13. Türk, G., Adana, F., Erol, F. Çevik, R.A. ve Taşkiran, N. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinin Meslek Seçme Nedenleri ile Bakım Davranışları Algısı.
14. Güllengün, T. Ü. R. K., ADANA, F., Funda, E. R. O. L., Akyıl, R. Ç., & Taşkiran, N. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçme nedenleri ile bakım davranışları algısı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 1-10., 7(3), 1-10.

14. Dimitriadou, A.P., Koukourikos, K. and Pizirtzidou E. (2014). The concept of self-esteem in nursing education and its impact on professional behaviour. *International Journal of Caring Sciences*, 7(1), 6-11.
15. Dincer, F. ve Öztunç, G. (2009). Hemşirelik ve Ebelik öğrencilerinin benlik saygısı ve atılganlık düzeyleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 22- 33.
16. Bulduk, S., & Ardıç, E. (2015). Hemşirelik öğrencilerinde öz-duyarlılığın incelenmesi. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 1(2), 60-65.
17. Kılıç, H.F. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin eğitim stresi ve mesleki benlik saygısı arasındaki ilişki. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5(1), 49-59.
18. Mankan, T., Polat, H. ve Cengiz Z. (2016). Hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik stres düzeyleri ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1): 10-15.
19. Altıok, H.Ö. ve Üstün, B. (2013). Hemşirelik öğrencilerinin stres kaynakları. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 13(2), 747-766.
20. Cadman, C. and Brewer, J. (2001). Emotional intelligence: a vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management*, 9(6), 321-324.
21. Gilchrist, K. L., & Rector, C. (2007). Can you keep them? Strategies to attract and retain nursing students from diverse populations: Best practices in nursing education. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(3), 277-285.
22. Poorgholami, F., Ramezanli, S., Jahromi, M.K. and Jahromi, Z.B. (2016). Nursing students' clinical performance and professional self-concept. *Bangladesh Journal of Medical Science*, 15(1), 57-61.
23. Parandavar, N., Rahmanian, A., & Jahromi, Z. B. (2016). A study of the relationship between nurses' professional self-concept and professional ethics in hospitals affiliated to Jahrom University of Medical Sciences, Iran. *Global journal of health science*, 8(4), 82.
24. Mosayebi, M., Rassouli, M., & Nasiri, M. (2018). Correlation of Occupational Stress with Professional Self-concept in Pediatric Nurses. *Journal of Health Promotion Management*, 6(6), 23-29.
25. Barry, A., Parvan, K., Tabrizi, F.J., Sarbakhsh, P. and Safa, B. (2019). Is Professional Self-concept Associated With Stress Among Nursing Students in Clinical Setting: A Descriptive Correlational Research. *Crescent Journal of Medical and Biological Sciences*. 6(2), 191-195.
26. Sarıkoç, G. ve Kaplan, M. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin sosyal duygusal öğrenme becerileri, mesleki benlik saygısı ve akademik branş memnuniyetleri arasındaki ilişki. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 25(3), 201-208.
27. Sabancıoğulları, S. ve Doğan S. (2017). Professional Self-Concept in Nurses and Related Factors: A Sample from Turkey. *International Journal of Caring Sciences*. 10(3), 1676-84.
28. Johnson, M., Cowin, LS., Wilson, I. and Young, H. (2012). Professional identity and nursing: contemporary theoretical developments and future research challenges. *International Nursing Review*, 59(4), 562-569.
29. İnce, S. and Khorshid, L. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(3), 163-171.
30. Uslu, S. (2015). Sosyal bilimler öğretmen adaylarının mesleki benlik saygılarının demografik değişkenler açısından incelenmesi, *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 23,141-160.

31. Arıca O.T. Grupla psikolojik danışma yoluyla benlik ve mesleki benlik saygısının geliştirilmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1999, İstanbul.
32. Baloğlu, N., Karadağ, E., Çalışkan, N. ve Korkmaz, T. (2006). İlköğretim öğretmenlerin mesleki benlik saygısı ve iş doyumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 7(2), 345-358.
33. Acharya Pandey R. and Chalise, H.N. (2015). Self-Esteem and academic stress among nursing students. *Kathmandu University Medical Journal*, 13(4), 298-302.
34. Dursun, Ö., Cuhadar, C. and Tanyeri, T. (2014). Bilişim teknolojileri öğretmen adaylarının mesleki benlik saygıları. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 35, 131-142.
35. Sayılı, G., Kesicioğlu, T., ve Kırıktaş, H. (2015), Eğitim Düzeyinin Benlik Saygısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *Eğitim Ve Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 2146-9199.
36. Başçifçi, F., Özen, S. ve Doyduk, A. (2010). Selçuk Üniversitesi Teknik Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Benlik Ve mesleki Benlik saygılarının İncelenmesi. *e- Journal Of New World Sciences Academy*, 5(4), 266.
37. Kutlu, M., ve Soğukpınar, E. (2015). Rehber Öğretmenlerin Benlik Saygısı Ve Mesleki Benlik Saygısı Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *e-Uluslararası Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 84-101.
38. Yıldırım, M., Kırmoğlu, H. ve Temiz, A.(2010). Beden eğitimi ve spor öğretmenlerinin mesleki benlik saygısı düzeylerinin incelenmesi (Hatay İl Örneği). *Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimi Dergisi*, 12(1), 29-35.
39. Torun, S., Arslan, S., Nazik, E., Akbaş, M. ve Öner, Y.S. (2012). Hemşirelik öğrencilerinin benlik saygısı ve boyun eğici davranışlarının incelenmesi, *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 34, 399- 404.
40. Körükçü, Ö. ve Oğuz, V. (2011). Okul Öncesi Öğretmen Adaylarının Mesleki Benlik Saygıları. *Kurumsal Eğitim Bilim Dergisi*, 4(2), 77-85.
41. Karadağ, G., Güner, İ., Cuhadar, D. ve Uçar, Ö. (2008), Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu hemşirelik öğrencileri benlik saygısı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(7), 30-42.
42. Demir V., Gürsoy, F. ve Ada Ş. (2011). Okulöncesi öğretmen adaylarının mesleki benlik saygılarının incelenmesi. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1), 597-614.
43. Özpancar, N., Aydın, N. ve Akansel, N. (2008). Hemşirelik 1.sınıf öğrencilerinin hemşirelik mesleği ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi. *Uludağ Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3), 9-17.

Hemşirelerin Hasta Teslimi İle İlgili Uygulamaları ve Görüşleri

Nurses' Practice and Opinions About Nursing Handover

Emel TUĞRUL¹ A,B,C,D,E,F,G , Muazzez ŞAHBAZ¹ A,B,C,D 

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

ÖZ

Amaç: Hasta teslimi hasta güvenliği çerçevesinde önemli bir yeri olan hemşirelik işlevlerinden biridir. Hasta teslimlerinin yanlış yapılandırılması advers (istenmeyen) olayların sıklığını artırmakta ve bakım kalitesini azaltmaktadır. Bu çalışma, hemşirelerin hasta teslimi ile ilgili uygulama ve görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Analitik- kesitsel tipte olan araştırma, Aydın il merkezinde, Temmuz 2016 - Mart 2017 tarihleri arasında yataklı tedavi hizmeti veren dört hastanede hasta teslimi uygulanan kliniklerde çalışan 347 hemşire ile yapıldı. Çalışma verileri, hemşirelerin demografik ve mesleki bilgilerini, hasta teslimi ile ilgili uygulama ve görüşlerine yönelik soru formu ile toplandı. Araştırmanın verileri; sayı, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri ile yapıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının 31.0±9.01 olduğu, %48.1'inin lisans mezunu olup, %61.1'inin 0-12 yıldır görev yaptığı belirlendi. Hemşirelerin %97.1'i hasta teslimlerinin yapılması gerektiğini, %47.8'i hasta tesliminin yatak başında sözel, %41.8'i yatak başında yazılı olması gerektiğini düşündüklerini ve %80.4'ü hasta teslimi sırasında hasta yakınlarının odada bulunmasından rahatsız olduklarını bildirdi. Hemşirelerin %64'ü hasta teslimlerini yatak başında sözel olarak yapıldığını, %79.3'ü günde iki kez hasta teslimi yapıldığını ve ortalama 27-34 dakika sürdüğünü, %66.9'u hasta teslimi için herhangi bir form kullanmadıklarını bildirdi. Hemşirelerin %69.5'i hasta teslimini engelleyen en önemli faktörün iş yoğunluğu olduğunu, %33.7'si hemşireler arasındaki iletişim eksikliğinin bu süreci etkilediğini ve %80.4'ü teslim sırasında hasta yakınlarının ortamda bulunmasından rahatsız olduklarını bildirdi. Hemşireler hasta tesliminde aktarılması gereken bilgilerin hastanın mevcut durumunun ve günlük olarak takip edilmesi gereken bulguları olduğunu düşünmektedir.

Sonuç: Araştırma sonucunda; hemşirelerin hasta tesliminin yapılması gerektiğini ve yatak başında yapılan hasta tesliminin en etkili hasta teslim biçimi olduğunu düşündükleri belirlenmiştir. Hasta teslimlerinin süresinin ve teslim biçimlerinin kliniklere göre farklılık gösterdiği ve hasta tesliminin kaydedildiği yapılandırılmış bir form olmadığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta güvenliği, Hasta teslimi, Hemşire.

ABSTRACT

Objective: Nursing handover is one of the nursing functions that has an important role in patient safety. Misconfiguration of nursing handover increases the frequency of adverse events and reduces the quality of care. This study was carried out to determine nurses' practices and opinions about nursing handover.

Methods: This analytical-cross-sectional study was conducted with 347 nurses working in clinics where nursing handover was performed in four hospitals providing inpatient treatment services between July 2016 and March 2017 in Aydın city center. The study data were collected with a questionnaire regarding the demographic and professional information of nurses, their applications and opinions about patient delivery. The data of the research; number, percentage, arithmetic mean and standard deviation values were made.

Results: The mean age of the nurses participating in the study was 31.0 ± 9.01, 48.1% were university graduates and 61.1% had been working as nurses for 0-12 years. 97.1% of the nurses reported that nursing handover should be made, 47.8% thought that nursing handover should be verbal at the bedside, 41.8% thought that should be written at the bedside and 80.4% of the nurses reported that they were uncomfortable with patient's relatives in the room during nursing handover. 64% of the nurses reported that nursing handover were made verbally at the bedside, 79.3% of the patients were delivered twice a day, and it took 27-34 minutes on average, and 66.9% did not use any form for nursing handover. 69.5% of the nurses reported that the most important factor preventing the nursing handover was the work intensity, 33.7% of them stated that the lack of communication

Sorumlu Yazar: Emel TUĞRUL

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye
emelturul@hotmail.com

Geliş Tarihi: 09.04.2020 – Kabul Tarihi: 03.09.2020

*Bu araştırma 26-28 Ekim 2018 tarihleri arasında Aydın'da düzenlenen Uluslararası Tarım Çevre ve Sağlık Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Yazar Katkıları: A) Fikir/Kavram, B) Tasarım, C) Veri Toplama ve/veya İşleme, D) Analiz ve/veya Yorum, E) Literatür Taraması, F) Makale Yazımı, G) Eleştirel İnceleme

between the nurses affected this process and 80.4% of the patients were disturbed by the presence of their relatives during the nursing handover. Nurses think that the information that should be conveyed in nursing handover is the current status of the patient and the findings that should be followed daily.

Conclusion: As a result of the research; It was determined that nurses think that nursing handover should be and the most effective nursing handover is bedside handover It was determined that the duration and forms of nursing handover differ according to clinics and there is no structured form in which nursing handover is recorded.

Key words: Nursing, Nursing handover, Patient safety.

1. GİRİŞ

Hasta teslimi, hastanın durumuna özgü özellikli bilgilerinin, bir sağlık profesyonelinden diğerine tam, doğru ve interaktif şekilde, standart bir iletişim tekniği kullanılarak devredildiği profesyonel bir iletişim süreci olarak tanımlanmaktadır (1). Hasta teslimi, sağlık alanında birçok sağlık profesyoneli tarafından kullanılmaktadır. Modern sağlık bakım sistemi çerçevesinde bu süreç, hasta bakımında özellikle hemşirelere önemli sorumluluklar yüklemektedir. Hasta teslimi kaliteli bakımın sağlanması, hemşirelik bakımının dökümanite edilmesi ve hasta bilgilerinin hemşireler arasında doğru aktarılması konusunda önemli bir araçtır (2). Hemşireler arasındaki hasta teslimleri, hasta bilgilerinin ulaşılabilir olması, kaybolmaması, unutulmaması ve advers olayların azaltılmasında önemli bir yere sahiptir. Bunların yanında hasta teslimi, güvenli ve kaliteli bakımı desteklemede, bakımın sürekliliğini sağlamada ve hasta güvenliğinin artmasında büyük öneme sahiptir (3,4).

Hasta teslim sürecinde; hasta bilgilerinin doğru, açık ve sistemli şekilde aktarılması sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim ile mümkündür. Advers olayların, hataların ve neredeyse hataların çoğunun hasta teslimi sırasındaki iletişim eksikliğinden kaynaklandığı bildirilmiştir (5). Hasta teslim sürecinde iletişimdeki herhangi bir aksaklık, hastanın tanı /tedavi ve hastanede kalış süresinin uzamasına, hasta memnuniyetinin azalmasına ve maliyetin artmasına neden olmaktadır (4). Bu nedenle hasta teslim süreci, sağlık bakımı veren sağlık ekibinin tüm üyeleri ve hemşireler arasında aktif ve doğru iletişimi gerektirir. Hasta tesliminin uygulanma biçimi sağlık kurumlarında ve kliniklerde farklılıklar gösterebilmektedir. Hemşireler arasında hasta teslimi; nöbet değişimlerinde, kısa bir süre için personelin görev yerinden ayrıldığı durumlarda, hastanın transfer edildiği durumlarda, konsültasyon sürecinde, ameliyat öncesi ve sonrasında yapılmalıdır (6). Hasta tesliminin içeriği kliniklerin özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Hasta tesliminin içeriğinde; hastanın durumu, tanımlayıcı verileri, mevcut sorunları, son tıbbi öyküsü, tedavileri ve alerjileri, laboratuvar verileri, beklenen sonuçlar, bakım planı ve herhangi bir psikolojik kaygı varlığını içeren bilgiler yer almalı, bu bilgiler açık, anlaşılır ve sistematik olmalıdır (4). Özellikle acil servisler ve yoğun bakım ünitelerinde bu içeriğe ek olarak kliniklerin durumuna göre farklı parametreler de eklenebilir (7).

Genel olarak hasta teslim biçimleri; sözel, yazılı, yatak başında, hemşire odasında ve hemşire deskinde yapılan hasta teslimleri olarak sınıflandırılabilir. Hasta teslim biçimlerinin her biri kliniklerin kendi koşulları dikkate alınarak uygulanmaktadır. Hasta teslim biçimine karar verirken, zaman faktörü, kliniğin fiziksel koşulları, hemşire ve hasta sayısı, vardiya saatleri gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca beklenen hasta sonuçları ve kurumun beklentileri de teslim biçiminin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır (8). Hasta teslim sürecinde, teslimin verilmiş şekli ve yeri teslimin istenilen standartlarda olması ve bakımın kalitesi açısından önemlidir. Hasta güvenliği açısından ve teslimin etkinliğini artırmak için

hasta tesliminin yatak başında yapılması önerilmektedir. Yatak başı teslim, hastayı görselleştirerek önceliklerin belirlenmesini, hastanın bakıma ve teslim sürecine aktif olarak katılmasını sağlamaktadır. Böylece hastalar kendilerini teslim sürecinin bir parçası olarak hissetmekte ve bu durum hastaların bakıma katılımlarını desteklemektedir (9,10).

Hasta tesliminde bilgilerin yazılı olarak aktarılması önem taşımaktadır. Pothier ve arkadaşları çalışmalarında (2005), sadece sözel olarak yapılan hasta teslimlerinde birçok bilginin kaybolduğunu, unutulduğunu ve bazı bilgilerin önemsenmediğini ortaya koymuştur (11). Bu nedenle, son yıllarda birçok sağlık kurumunda hasta teslimi ile ilgili formlar kullanılmaya başlanmıştır. Bu formlar kliniklerdeki gereksinimlere göre ve hasta sınıflandırılmasına göre değişebilmektedir. Hasta tesliminde formların kullanılması, aktarılan bilgilerin kalıcı olmasını sağlamakla birlikte hemşireler için yasal bir doküman özelliği taşımaktadır. Ayrıca bu formlar, hastanın sağlık durumundaki değişikliklerin gözden kaçmasını engellemekte ve hemşirelik bakım sürecini etkili hale getirmektedir (12,13).

Hemşirelik bakımının kalitesinin artırılmasında, bakımın sürekliliğinin sağlanmasında ve hasta güvenliği açısından hasta teslimi önemli bir yere sahiptir. Ülkemizde sağlık kuruluşlarında hasta tesliminin yapıldığı bilinmesine rağmen bu konu ile ilgili yapılan çalışmaların yetersiz olduğu görülmüştür. Özellikle hasta teslim biçimleri hasta tesliminin içeriği ve hemşirelerin uygulamaları ile ilgili yapılan çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle bu çalışma hemşirelerin hasta teslimi ile ilgili uygulamalarını ve düşüncelerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Amaç

Çalışmada, hemşirelerin hasta teslimi ile ilgili uygulamalarının ve düşüncelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Analitik-kesitsel bir çalışma olarak tasarlanan araştırma, Temmuz 2016 ile Mart 2017 tarihleri arasında Aydın merkezde bulunan üç devlet hastanesi ve bir üniversite hastanesinde olmak üzere toplam dört hastanede yürütülmüştür.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini dört hastanede yataklı tedavi veren ve hasta tesliminin uygulandığı kliniklerde çalışan 1180 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme, olasılıksız örnekleme yöntemi ile %95 güven aralığında 290 olarak belirlenmiştir (14). Olası kayıplar göz önüne alınarak çalışmaya 347 hemşire dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu kullanılmıştır (2,8,15). Soru formu hemşirelerin demografik ve mesleki özelliklerini belirlemeye yönelik yedi, hasta teslimi ile ilgili uygulamalarına yönelik sekiz ve hasta teslimi ile ilgili düşüncelerine yönelik dokuz olmak üzere toplam 24 sorudan oluşmuştur.

Soru formunda; “Hasta tesliminin hasta başında olması sizi rahatsız eder mi?, ” ve “Hasta teslimleri sırasında hasta yakınlarının odada bulunması sizi rahatsız eder mi?” sorularına

evet cevabını veren hemşirelere rahatsız etme nedenleri açık uçlu soru olarak sorulmuş ve hemşirelerin açık uçlu sorulara vermiş olduğu cevaplar gruplandırılarak analiz edilmiştir.

Araştırmanın Ön Uygulaması

Çalışmada kullanılan veri toplama formunun anlaşılır olup olmadığını belirlemek için 10 hemşire ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında hemşirelerin hasta teslimi ile ilgili düşünceleri bölümüne “Hasta teslimleri sırasında hasta yakınlarının odada bulunması sizi rahatsız eder mi?” ve “Rahatsız etme nedenleri nelerdir?” soruları eklenmiştir. Ön uygulamada yer alan hemşireler çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacılar tarafından hemşirelerin gündüz çalışma saatleri olan 08.00 ile 16.00 saatleri arasında yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama öncesinde hemşirelere araştırmanın amacı açıklanmış ve gerekli bilgilendirme yapılmıştır. Veri toplama formunun uygulanması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analizi bilgisayar ortamında ve SPSS istatistik paket programında (Version 22, Chicago IL, USA) gerçekleştirilmiştir. Sayısal değişkenlerde normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk testi ile araştırılmış ve araştırma verilerinin normal dağılıma uygun olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın verileri; sayı, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri ile özetlenmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için; Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan (25.12.2015 tarihli, 14083461/050.04-468 sayılı), Aydın Kamu Hastaneleri Birliği’nden, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden gerekli izinler alınmış ayrıca araştırma kapsamına alınan hemşirelere uygulamaya ilişkin bilgi verilerek sözlü onamları alınmıştır.

3. BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri incelendiğinde; hemşirelerin; %49.6’sı 18-30 yaş grubunda olup, yaş ortalamaları 31.0 ± 9.01 (minimum=18; maksimum=55)’dir. Hemşirelerin %92.5’i kadın, %48.1’i lisans mezunu, %61.1’inin çalışma süresi 0-12 yıl ve %51’i üniversite hastanesinde ve %47.3’ü yoğun bakımlarda çalışmaktadır. Ayrıca kurumlardaki yatak sayısı ortalaması 16.90 ± 10.50 ve hemşirelerin bakım verdikleri hasta sayısı ortalaması ise 7.31 ± 5.81 olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

Hemşirelerin hasta teslimi ile ilgili uygulamalarının dağılımları incelendiğinde; hemşirelerin %64’ü çalıştıkları kliniklerde hasta teslimlerinin yatak başında sözel olarak yapıldığını; %79.3’ü hasta tesliminin günde iki kez yapıldığını ve %48.7’si hasta teslimlerinin 27-43 dakika arasında sürdüğünü bildirmişlerdir. Hasta teslimlerinin ortalama süresinin ise 30.56 ± 12.56 dakika olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin hasta teslimlerini kayıt altına alma durumlarına bakıldığında %78.3’ü teslimleri kayıt altına aldığını, %59.8’i hasta teslimi

sırasında hastaların bilgilerini kayıt altına almak için boş bir kağıt kullandıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %81'i vardiya değişimlerinde nöbete gelen ve nöbetten çıkan hemşirelerin hepsinin tüm hastaların teslimine katıldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 2).

Tablo 1. Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Özellikleri

Özellikler	Gruplar	n	%
Yaş	18-30	172	49.6
	31-43	138	39.7
	44-55	37	10.7
Cinsiyet	Kadın	321	92.5
	Erkek	26	7.5
Mezun Olduğu Okul	Sağlık Meslek Lisesi	73	21.0
	Ön Lisans	92	26.5
	Lisans	167	48.1
	Lisans Üstü	15	4.4
Çalışma Süresi (yıl)	0-12	212	61.1
	13-25	112	32.3
	26-37	23	6.6
Çalıştığı Hastane	Devlet Hastanesi	85	24.5
	Üniversite Hastanesi	177	51.0
	Atatürk Devlet Hastanesi	35	10.1
	Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	50	14.4
Çalıştığı Klinik	Yoğun Bakım	164	47.3
	Cerrahi Klinikler	97	27.9
	Dâhili Klinikler	86	24.8
Kliniklerdeki yatak sayısı			
Ort=16.90±10.50			
Bakım verilen hasta sayısı			
Ort=7.31±5.81			
TOPLAM		347	100.0

Ort= Ortalama değer

Hemşirelerin hasta teslimi ile ilgili düşüncelerinin dağılımları incelendiğinde; hemşirelerin %97.1'i hasta tesliminin yapılması gerektiğini, %48.7'si hasta tesliminin yatak başında sözel, %48.1'i yatak başında yazılı olmasını, %93.1'i hasta tesliminin yatak başında olmasından rahatsızlık duymadıklarını, %80.4'ü ise hasta teslimi sırasında hasta yakınlarının odada bulunmasından rahatsız olduklarını ve tümü hasta tesliminde bir form kullanılması gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo 3). Hemşireler hasta teslim formunda, hastanın kimlik bilgilerinin, tıbbi tanısının, alerji bilgilerinin, yaşam bulgularının, kullandığı ilaçların, intravenöz kateter durumunun, aldığı intravenöz sıvıların, aldığı-çıkardığı sıvı dengesi bilgilerinin, düşme risk puanının, yatak yarası risk puanının olması gerektiğini düşünmektedir. Hemşireler ayrıca, hasta ile ilgili bazı bilgilerin farklı formlarda yer aldığını ve bu nedenle ayrıca hasta teslim formunda olmasının gereksiz olduğunu düşündüklerini bildirmişlerdir.

Hasta tesliminin yatak başında sözel olması gerektiğini bildiren hemşireler; yatak başı hasta teslimi yapıldığında, hastalar ile iletişime geçerek bilgi alabileceklerini, bakımın sürekliliğini sağlayacağını, hastanın bütüncül değerlendirilebileceğini, hastanın daha iyi tanınmasını sağlayacağını ve daha iyi gözlem yapılabileceğini belirtmişlerdir. Hasta tesliminin yatak başında yazılı olarak yapılması gerektiğini düşünen hemşireler; bilgilerin kalıcı olacağını, yasal bir kanıt olarak kullanılacağını, bilgilerin eksiksiz verilmesini sağlayacağını, aktarılan bilgilerin unutulmasını engelleyeceğini, hasta ile ilgili ayrıntılı bilgilerin atlanmayacağını, daha

Tablo 2. Hemşirelerin hasta teslimi ile ilgili uygulamaları

Uygulamalar	n	%
Hasta Teslim Biçimleri		
Yatak Başında Sözel	222	64.0
Yatak Başında Yazılı	73	21.0
Hemşire Odasında Sözel	31	8.9
Hemşire Odasında Yazılı	16	4.6
Yatak Başında Sözel, Hemşire Odasında Yazılı	5	1.5
Hasta Teslimi Sıklığı		
Günde 1	19	5.4
Günde 2	275	79.3
Günde 3	44	12.7
Günde 4 ve fazla	9	2.6
Hasta Teslim Süresi/dakika		
10-26 dk.	107	30.8
27-43 dk.	169	48.7
44-60 dk.	71	20.5
Hasta Teslimi kayıt durumu		
Ediliyor	272	78.3
Edilmiyor	75	21.7
Kayıt İşlemi (n=272)		
Kayıt İçin Standart Form	26	9.7
Hemşire Gözlem Formu	79	29.1
Boş Not Kâğıdı	162	59.8
Hasta Listesi	5	1.4
Hasta Teslimine Katılma Biçimi		
Tüm Hemşireler Bütün Hastaların Teslimine Katılır.	281	81.0
Her Hemşire Sadece Bakım Verdiği/Vereceği Hastaların Teslimine Katılır.	66	19.0
Toplam	347	100

Tablo 3. Hemşirelerin Hasta Teslimi İle İlgili Düşünceleri

Görüşler	n	%
Hasta Teslimi yapılmalı mı?		
Evet	337	97.1
Hayır	10	2.9
Hasta Teslim Biçimleri Nasıl Olmalı?		
Yatak Başında Sözel	169	48.7
Yatak Başında Yazılı	145	41.8
Hemşire Odasında Sözel	17	4.9
Hemşire Odasında Yazılı	7	2.0
Yatak Başında Sözel, Hemşire Odasında Yazılı	9	2.6
Hasta tesliminin yatak başında olması sizi rahatsız eder mi?		
Evet	14	6.9
Hayır	323	93.1
Hasta teslimi sırasında hasta yakınlarının odada bulunması sizi rahatsız eder mi?		
Evet	279	80.4
Hayır	68	19.6
Hasta Teslim Formu kullanılmalı mı?		
Evet	347	100
Hayır	-	-
Toplam	347	100

güvenilir olacağını ve olabilecek hataları azaltacağını düşündüklerini bildirmişlerdir. Hasta tesliminin yatak başında yapılmasından rahatsızlık duyan ve hemşire odasında yapılması gerektiğini düşünen hemşireler bunun nedeni olarak, hastaların aktarılan bilgileri yanlış anlayabileceğini, kargaşa olduğunu ve teslimlerin çok uzun sürdüğünü, hastaların tedavi ve bakım ile ilgili bilgileri duymalarının gereksiz olduğunu ve aktarılan bazı bilgilerden hastaların rahatsız olabileceğini düşündüklerini bildirmişlerdir.

Hemşirelerin %80.4'ü hasta teslimi sırasında hasta yakınlarının ortamda bulunmasından rahatsızlık duyduklarını bildirmişlerdir. Rahatsızlık duymalarının nedenleri olarak; hasta teslimi sırasında sürekli müdahale edildiğini, ortamda gürültü olduğunu, hastaların mahremiyetini etkilediğini, teslim sırasındaki hasta yakınlarının konuşmaları yanlış anladıklarını ve sürekli ve gereksiz soru sorduklarını, dikkat dağınıklığına neden olduklarını, duydukları nedeniyle hasta yakınlarının endişelendiğini, teslimin sürekli kesintiye uğradığını ve hasta tesliminin süresini uzattığını düşündüklerini belirtmişlerdir.

Hemşireler hasta teslimini engelleyen durumların; çalışma saatlerinde iş yoğunluğunun fazla olması (%69.5), gürültü (%60.5), hasta ile ilgili bilgi eksikliği (%60.5), hemşirelik dışı görevlerin olması (%43.2), bakım verilen hasta sayısının fazla olması (%39.2), hemşireler arasındaki iletişim problemleri (%33.7), hasta tesliminde zamanın kısıtlı olması (%24.8) ve bilgilerin yanlış aktarılması (%15.0) olduğunu bildirmişlerdir. Hemşireler hasta tesliminde yaşanan diğer problemler arasında; hekim vizitlerinin hasta teslimini bölmesi, evraklarda eksiklik olması, vardiya değişimlerinde hemşirelerin mesaiye geç kalması ve hasta teslimlerinin bir an önce bitirilmek istenmesi yüzünden bilgilerin yüzeysel olarak aktarılması gibi problemlerin yaşandığını bildirmişlerdir (Tablo 4).

Tablo 4. Hasta Teslimini Engelleyen Durumlar

Engelleyen Durumlar *	n	%
İş Yoğunluğu	241	69.5
Gürültü	210	60.5
Hasta İle İlgili Bilgi Eksikliği	210	60.5
Hemşirelik Dışındaki Görevler	150	43.2
Hasta Sayısının Fazla Olması	136	39.2
Hemşireler arasındaki iletişim problemleri	116	33.7
Zamanın Kısıtlı Olması	86	24.8
Bilgilerin yanlış aktarılması	52	15.0
Diğer Problemler	51	14.8

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

4. TARTIŞMA

Hemşirelerin gün içindeki temel işlevlerinden biri olan hasta teslimleri hemşirelik bakım kalitesinin yükseltilmesinde ve hasta güvenliğinde önemli bir yere sahiptir. Etkili bir hasta teslimi hemşireler arasında iletişimin sürdürülmesini ve hasta bilgilerinin hemşireler arasında doğru aktarılmasını sağlayan aktif bir süreçtir. Hasta tesliminin hasta güvenliği çerçevesinde değerlendirilmesi gerektiği, hemşireler arası etkili iletişimin artırılmasının önemi ve hasta bilgilerinin doğru aktarılmasının advers olayları azaltabileceği vurgulanmaktadır (16). Tüm bunlara ek olarak hasta teslimi, bakımın sürekliliğinin sağlanmasında, tekrarların azalması ve hasta memnuniyetinin artmasında etkili olup ayrıca işe yeni başlayan personelin ve öğrenci hemşirelerin eğitimi için de fırsat sunmaktadır (17). Çalışmamıza katılan hemşirelerin %97.1'i hasta tesliminin yapılması gerektiğini düşünürken tümünün hasta teslimini yaptığı

belirlenmiştir. Bu sonuç; çalışmaya alınan hemşirelerin bazılarının hasta teslimine gerek olmadığını düşündüklerini belirtmelerine rağmen, tüm hemşireler tarafından hasta tesliminin yapıyor olması kurumların bu konuya verdiği önemi göstermektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğunun hasta teslimini yatak başında sözlü (%64) ya da yazılı (%21) olarak gerçekleştirdikleri saptanmış, aynı şekilde hemşirelerin büyük çoğunluğunun hasta tesliminin yatak başında yazılı (%48.7) ya da sözlü (%41.8) olarak yapılması gerektiğini düşündüklerini belirtmişlerdir. Bunun nedeni olarak hasta tesliminin yatak başında yapılmasının; hastayı gözleme fırsatı sağlaması, hastalardan direk bilgi alınabilmesi, bakımın sürekliliğinin sağlanması, hastanın bütüncül değerlendirilmesi, hastanın daha iyi tanınması ve daha iyi gözlem yapılabilmesi açısından diğer teslim türlerine (hemşire deski, hemşire odası, ses kaydı) göre daha etkin olduğunu bildirmişlerdir. Literatürde de yatak başı hasta teslimi ile hastanın daha iyi gözlemlendiği ve hastanın durumu ile ilgili bilgilerin daha doğru aktarıldığı belirlenmiştir (18). Hasta teslimi hastayı görselleştirerek önceliklerin belirlenmesini, hastanın bakıma ve teslim sürecine aktif olarak katılmasını, hastanın kendini önemli hissetmesini (19) sağlamanın yanında hasta ve hemşire arasındaki iletişimin gelişmesine fırsat vermektedir (10,20). Yatak başı hasta teslim şeklinin; bakımın sürekliliğini sağlaması, hastanın durumunu daha iyi açıklaması, hastaların ve hasta yakınlarının kendilerini daha güvende hissetmesi (17), hastayla ilişkili önemli durum ya da sorunları hatırlatması, bakım planının daha iyi yapılandırılmasını sağlaması (21) gibi birçok olumlu yönü bulunmaktadır. Çalışmamıza katılan hemşirelerin hasta tesliminin neden yatak başında yapılması gerektiği ile düşünceleri literatür bilgisi ile benzerlik göstermektedir.

Hasta tesliminin yatak başında yapılmaması gerektiğini düşünen hemşireler bunun nedeni olarak, yatak başı hasta tesliminin çok fazla zaman aldığını ve vardiya sonrası hemşirelerin uzun bir süre daha klinikte kalmasının gerektiğini bildirmişlerdir. Bunun yanında hastalar açısından bakıldığında ise, hastaların aktarılan bilgileri yanlış anlayabileceği, hastaların tedavi ve bakım ile ilgili bilgileri duymalarının gereksiz endişeye neden olabileceği ve kendileri ile ilgili bazı bilgileri yakınları ya da hasta odasındaki diğer hastaların duymalarından rahatsızlık duyabileceklerini ifade etmişlerdir. Wakefield (2012) çalışmasında; hasta teslimi yatak başında yapıldığında hemşirelerin daha fazla zaman harcadığı, teslim süresi uzadıkça kesintilerin arttığı ve klinikteki diğer işlerin aksadığını bildirmişlerdir (22). Yapılan benzer bir çalışmada da hastalar, hasta teslimi sırasında kendileri hakkındaki bilgilerin hasta yakınları ve odada bulunan diğer hastalar tarafından duyulmasını istemediklerini ve bu durumdan rahatsız olduklarını belirtmişlerdir (23). O'Connell ve Penney (2001) çalışmalarında, hemşirelerin yatak başı teslim konusunda hastaların gizlilik ve mahremiyetinin ihlal edilebileceği endişesi taşıdıklarını özellikle çok yataklı odalarda duyarlı ve hassas paylaşımlar yapılmasının gerektiğini ve dikkatsiz konuşmaların hastaların güvenine zarar verebileceğini ifade etmişlerdir (24). Lupieri ve arkadaşlarının (2015) hemşirelerin yatak başı hasta teslimi ile ilgili düşüncelerini belirledikleri çalışmalarında; katılımcıların çoğu yatak başı teslimin pozitif ve daha etkili olduğunu düşünseler bile, teslim sırasında hastaların teslim içeriğini dinlerken hemşirelerin dikkatini toplayamadığını, hastaların bazı sorularına yanıt veremediklerini, hasta ile ilgili düşüncelerini hastalara söylemediklerini, hastalar ile ilgili kötü bir gelişme olduğunda yatak başında konuşmalarının hastaların daha fazla üzülmesine neden olduğunu belirlemişlerdir (9). Çalışmamıza katılan hemşirelerin hasta tesliminin yatak başında

yapılmaması gerektiği ile ilgili düşünceleri yapılan çalışmalarla ve literatür bilgisi ile benzerlik göstermektedir.

Literatürde hasta teslim biçimlerinden hangisinin en etkin teslim biçimi olduğuna dair bir kanıt bulunmamasına rağmen, hemşireler arasında yatak başında yapılan hem yazılı hem sözlü teslimin daha çok tercih edildiği (11), hemşire deskinde/odasında ya da kayıtlı yapılan sözel teslimlerin ise, hasta bilgilerinin yanlış/eksik aktarılması ve unutulması gibi problemlere yol açtığı için tercih edilmediği bildirilmektedir (25).

Çalışmamıza katılan hemşirelerin %64'ü hasta teslimini sözlü olarak yaptıklarını belirtmişlerdir. Hasta teslim biçimi ile ilgili düşünceleri incelendiğinde, %48.7'sinin hasta tesliminin sözlü, %41.8'inin ise yazılı olarak yapılması gerektiğini düşündükleri belirlenmiştir. Hasta tesliminin yazılı yapılmasının gerekliliğini düşünen hemşireler yazılı yapılan hasta tesliminde hasta ile ilgili veri kaybı olmayacağını, bilgilerin kalıcı olacağını ve kanıt niteliği taşıyacağını belirtmişlerdir. Hasta tesliminin sözlü olarak yapılmasını düşünen hemşireler ise hasta tesliminin yazılı olarak yapılmasının zaman kaybına neden olduğunu, bu nedenle sözlü teslimi tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Pothier ve arkadaşları (2005), sözel teslim, kayıtlardan yapılan teslim ve yatak başı teslim türlerini karşılaştırdıkları çalışmalarında sadece sözel yolla yapılan teslimlerin genellikle gereksiz bilgileri de içerebileceğinden ve hastaya ait bilgilerin tamamının akılda tutulması güç olacağından veri kaybı olma olasılığının diğer teslim çeşitlerine göre daha fazla olduğunu saptamışlardır (11). Pothier ve arkadaşlarının çalışma sonuçları ile çalışmamızda elde edilen sonuçlar benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda hasta tesliminin sözlü olarak yapılması gerektiğini düşünen hemşire sayısının, hasta teslimini sözlü olarak uygulayan hemşire sayısından daha az olması düşündürücü bir sonuçtur. Hastane protokolleri, hemşirelik dışı görevler, zaman azlığı, iş yükünün fazla olması gibi nedenlerden dolayı hemşirelerin yazılı teslimin gerekliliğine inanmalarına rağmen sözlü teslimi tercih ettikleri düşünülebilir. Ülkemizde 2011 yılında Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan hastane hizmet kalite standartlarında da hasta tesliminin önce hemşire deskinde daha sonra yatak başında yazılı/sözlü yapılması gerektiği belirtilmiştir (26).

Çalışmamızda hasta teslimlerinin %48.7'sinin 27-43 dakika sürdüğü, en kısa hasta tesliminin 10 dakika ve en uzun hasta tesliminin ise 60 dakika sürdüğü belirlenmiştir. Hasta tesliminin süresi, hasta sayısına ve hastaların durumuna göre farklılık gösterebilir. Literatürde hasta tesliminin ortalama 15-30 dakika sürdüğü bildirilmektedir (27). Alvarado ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmada, acil durumlarda teslim süresinin hasta başına en çok altı dakika, en az bir-iki dakika sürdüğünü bildirmişlerdir (28). Mosher ve Bontomasi (1996) ise komplike hastaların bir teslimin ortalama 45-50 dakikada tamamlandığını bildirmişlerdir (29). Yoğun bakım ünitelerinde yapılan başka bir çalışmada ise hemşirelerin %73.7'si hasta teslimlerinin 30 dakikadan az, %26.3'ü ise 31-60 dakika sürdüğünü bildirmişlerdir (30). Uzun süren hasta teslimlerinin çoğunun komplike hastaların bulunduğu yoğun bakım ünitelerinde olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonucumuz konu ile ilgili yapılan diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğu hasta tesliminde kurum tarafından belirlenmiş standart bir form kullanmadıklarını genellikle teslim sırasındaki bilgileri klinikte kullandıkları diğer formlara, kendilerinin oluşturdukları çizelgelere ya da boş bir kâğıda kaydettiklerini bildirmişlerdir. Sert ve arkadaşlarının (2019) yoğun bakım hemşireleri ile yaptıkları çalışmada,

hemşirelerin %65'inin standart hasta teslim formu oluşturulması gerektiğini düşündüklerini bildirmişlerdir (30). Yapılan çalışmalar hasta teslimi için harcanan zamanın azalması ve aktarılan bilgilerin tam ve eksiksiz olması için standart kayıt formlarının kullanılmasını ve bu kayıtların elektronik kayıt sistemine aktarılmasının gerektiğini vurgulamaktadır (31-33). Hasta tesliminde bilgilerin doğru, eksiksiz, unutulmadan, iletişim problemi olmadan aktarılması ve zaman kaybının en aza indirilmesi için hastanelerde standart bir hasta teslim formu oluşturulmalıdır. Oluşturulan bu formlar hizmet içi eğitimlerle hemşirelere anlatılarak hasta tesliminde standart bir dil oluşturulabilir.

Hemşireler hasta teslim formunda hasta bilgilerinin; tıbbi tanısı, alerji bilgileri, yaşam bulguları, aldığı çıkardığı sıvı izleminin, intravenöz kateter durumunun, intravenöz sıvılarının, düşme risk puanının, basınç ülseri risk puanı gibi bilgilerin olması gerektiğini bildirmişlerdir. Toeima ve Morris'e (2013) göre hasta teslim formu, hastanın durumu ve verilerinin tanımlanması, tıbbi öyküsü, mevcut sorunları, ilaçları, alerjileri, laboratuvar verileri, bakım planını etkileyecek herhangi bir psikososyal kaygı varlığı gibi bilgileri içermelidir (4). Matic, Davidson ve Salamanson (2011) ise; takip edilmesi gereken drenler, göğüs tüpü, oksijen satürasyonu ve santral venöz basınç takibi gibi parametrelerin de hasta tesliminde aktarılan bilgiler arasında olması gerektiğini belirtmişlerdir (13). Welsh ve arkadaşları (2010) yaptıkları çalışmada, hasta teslim formlarının tedavi ve yaşam bulgularını, laboratuvar sonuçlarını, hastanın oryantasyonu, mobilizasyon durumunu içeren her birime özgü olarak geliştirilmiş formlar olması gerektiğini bildirmişlerdir (34). Çalışmamızda yapılan çalışmalarla ve literatür bilgileri ile benzerlik göstermesine rağmen, çalışmamızda hasta teslim formunda hasta ile ilgili bulunması gereken bilgiler genellikle hastanın fizyolojik durumu, takip ve tedavileri, yaşam bulguları gibi bilgileri içerirken hastanın psikososyal ve kültürel boyutu ile ilgili bilgilere değinilmemiştir. Buradan yola çıkarak hasta teslimi için hazırlanan standart formlarda hastanın psikososyal ve kültürel özelliklerinin de yer alması gerektiği önerilebilir.

Çalışmamızda, hemşirelerin %81'i vardiya değişiminde yapılan hasta teslimlerine, servis sorumlu hemşiresinin, hastaya bakım veren ve nöbeti devir alan hemşirelerin katıldığını bildirmişlerdir. Avustralya hasta bakım kalitesi ve güvenliği komisyonu (2009) yayınladığı klinik hasta teslimi rehberinde teslim katılması gereken kişileri; servis sorumlu hemşiresi, hastaya bakım veren hemşire ve nöbeti devir alan hemşire ve vardiya sorumlusu hemşire olarak belirtmiştir (35). Çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğunun bu rehberde uygun olarak teslim katıldıkları görülmektedir.

Hemşirelerin %33.7'si hemşireler arasındaki iletişim problemlerinin hasta tesliminde önemli sorunlara neden olduğunu bildirmişlerdir. Hasta teslimi sırasındaki iletişimsizlik; tıbbi hatalara, hizmetin aksamasına, gereksiz bilgi aktarımlarına, hasta izlem sistemlerinin daha fazla kullanılmasına ve hasta memnuniyetsizliğine yol açabilir (3,28,33). Çalışma sonucumuza göre hemşireler arasında iletişim problemlerinin yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum hasta tesliminin etkin ve güvenilir bir şekilde yapılmasını engelleyebilir. Bu nedenle hemşireler arasındaki iletişim problemlerinin nedenleri araştırılmalı ve bu problemlerin giderilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Bunun yanında hasta tesliminde iletişim eksikliklerini gidermeye yönelik etkin iletişim tekniklerini içeren sistematik bir yaklaşım ya da model kullanılabilir.

Hemşirelerin hasta tesliminde karşılaştıkları sorunlar arasında; iş yoğunluğunun fazla olması, ortamdaki gürültü, hasta ile ilgili bilgi eksiklikleri, hemşirelerden farklı görevlerin

beklenmesi, bakım verilen hasta sayısının fazlalığı ve hasta tesliminde zamanın kısıtlı olması gibi sorunlar yer almaktadır. Hemşireler hasta tesliminde hekim vizitlerinin hasta teslimini bölmesi, evraklarda eksiklik olması, vardiya değişimlerinde hemşirelerin mesaiye geç kalması ve hasta teslimlerinin bir an önce bitirilmek istenmesi yüzünden bilgilerin yüzeysel olarak aktarılması gibi problemlerin yaşandığını da bildirmişlerdir. Toeima ve Morris (2013), hemşirelerin zaman kısıtlılığı ve iş yükünün fazla olmasına bağlı olarak hasta tesliminde bilgilerin kısa sürede aktarılmaya çalışılmasının, bilgilerin kaybolması, unutulması ve iletilememesi gibi problemlere yol açtığını bildirmişlerdir (4). Manser ve Foster (2011), hasta teslimi sırasında hastane ortamındaki kalabalıktan ve kullanılan cihazlardan kaynaklanan gürültünün hasta teslimlerinin kalitesini etkilediğini saptamışlardır (20). Davies ve Priestly çalışmalarında (2006); hasta teslimlerinde gereksiz ve ilgisiz bilgilerin yer alması, bilgilerin hızlı aktarılmaya çalışılması, teslim sırasında belirsiz ifadelerin kullanılması ve hafızaya dayalı güvenilir olmayan bilgilerin verilmesi gibi problemlerin yaşandığını belirlemişlerdir (25). Yapmış olduğumuz çalışmada hasta teslimini engelleyen durumların yapılan diğer çalışmalarda saptanan durumlarla benzer olduğu söylenebilir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, hemşirelerin çoğunluğunun hasta teslimini yatak başında sözlü olarak yaptıkları, hasta tesliminin yapılması gerektiğini ve en etkili hasta teslim biçiminin yatak başında yazılı/sözlü yapılan hasta tesliminin olduğunu düşündükleri belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğu hasta tesliminin yatak başında olmasından rahatsızlık duymazken hasta teslimi sırasında hasta yakınlarının olmasından rahatsızlık duyduklarını belirtmişlerdir.

Hemşirelerin tümü hasta tesliminin kaydedilmesinin önemli olduğunu ve kayıt için bir form kullanılması gerektiğini bildirmelerine rağmen büyük çoğunluğu teslim sırasında bilgileri boş bir kâğıda not ettiklerini hasta teslimi için standart formlarının olmadığını bildirmişlerdir. Hastane ortamında hasta teslimini etkin bir şekilde yapılmasını engelleyen durumlar arasında fiziki ortamdan kaynaklanan problemlerin yanı sıra, hemşirelerin iş yoğunluğu, iletişim sorunları, zaman kısıtlılığı gibi faktörlerin de yer aldığı görülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, ülkemizde kalite ve hasta güvenliği çerçevesinde, hasta teslimi ile ilgili standartların belirlenmesi, kliniklere özgü hasta teslim biçimlerinin geliştirilmesi, hemşirelere bu konuda eğitim verilmesi ve hasta tesliminde kullanılacak standart formların geliştirilmesi, hasta teslimi yapılan diğer birimlerde (acil servis, ambulans hizmetleri vb.) benzer çalışmaların yapılması ve konu ile ilgili gözlemsel çalışmaların yapılması önerilebilir.

Sınırlılıklar

Çalışmanın hastanelerin sadece yataklı tedavi hizmeti veren kliniklerinde yapılması, verilerin araştırmacılar tarafından 08.00-16.00 saatleri arasında toplanması nedeniyle sürekli gece vardiyasında çalışan hemşirelere ulaşılamaması çalışmanın sınırlılıkları olarak verilebilir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için; Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (25.12.2015 tarihli,

14083461/050.04-468 sayılı), Aydın Kamu Hastaneleri Birliği'nden, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden gerekli izinler alınmış ayrıca araştırma kapsamına alınan hemşirelere uygulamaya ilişkin bilgi verilerek sözlü onamları alınmıştır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

1. Piekarski, F., Kaufmann, J., Laschat, M., Böhmer, A., & Engelhardt, T. (2015). Quality of handover in a pediatric postanesthesia care unit. *Pediatric Anesthesia*, 25(7), 746-752.
2. Nursing handover for adult patients guidelines. NHS Wales Informatics Service 2008. <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/> (Erişim tarihi: 15.10.2019).
3. McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., Johnson, J., & Gehrke, T. (2011). Patients' perspectives of bedside nursing handover. *Collegian*, 18, 19-26.
4. Toeima, E., & Morris, E. (2013). Improving patients' handover. *Obstet Gynaecol Reprod Med*, 23(7), 221-23.
5. Jagsi, R., Kitch, B.T., Weinstein, D.F., Campbell, E.G., Hutter, M., & Weissman, J.S. (2005). Residents report on adverse events and their causes. *Arch Intern Med*, 165(22), 2607-13.
6. Smeulers, M, Telling, IC., & Lucas, C. (2012). Effectiveness of Different Nursing Handover Styles For Ensuring Continuity Of Information In Hospitalised Patients (Protocol). *The Cochrane Library*, 7, 1-12.
7. Randell, R., Wilson, S., & Woodward, P. (2011). The importance of the verbal shift handover report: a multi-site case study. *Int J Med Inform.*, 80 (11), 803-12.
8. Lockwood, C. (2016). What is the best nursing handover style to ensure continuity of information for hospital patients? *Int J Nurs Stud.*, 58, 97-99.
9. Lupieri, G., Creati, C., & Palese, A. (2016). Cardio-thoracic surgical patients' experience on bedside nursing handovers: Findings from a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs.*, 35, 28-37.
10. Rifai, A., Afandi, A.T., & Hasanah, A. (2019). Bedside Nursing Handover: Patient's Perspective. *Nurseline Journal*, 4(2), 123-130.
11. Pothier, D., Monteiro, P., Mooktiar, M., & Shaw, A. (2005). Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. *Br J Nurs.*, 14 (20), 1090-3.
12. Halterman, R.S., Gaber, M., Janjua, M.S.T., Hogan, G.T., & Cartwright, S.M.I. (2019). Use of a checklist for the Postanesthesia Care Unit Patient Handoff. *J Perianesth Nurs*, 34(4), 834-41.
13. Matic, J., Davidson, PM., & Salamonson, Y. (2011). Review: bringing patient safety to the forefront through structured computerisation during clinical handover. *J Clin Nurs.*, 20 (1-2), 184-189.
14. Karasar, N. (2005). *Bilimsel araştırma yöntemi: kavramlar, ilkeler, teknikler*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
15. Johnson, M., Sanchez, P., & Zheng, C. (2015). The impact of an integrated nursing handover system on nurses' satisfaction and work practices. *J Clin Nurs.*, 25, 257-68.

16. Joint commission report. (2020). Sentinel Event Alert 58:Inadequate hand-off communication. <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety>. Erişim tarihi: 15.02.2020.
17. Jeffs, L., Cardoso, R., Beswick, S., Acott, A., Simpson, E., Campbell, H., Lo, J., & Ferris, E. (2013). Enablers and barriers to implementing bedside reporting: insights from nurses. *Nurs Leadersh*, 26, 39–52.
18. Sherman, J., Sand-Jecklin, K., & Johnson, J. (2013). Investigating bedside nursing report: a synthesis of the literature. *Medsurg Nurs.*, 22(5), 308-12, 318.
19. Lu, S., Kerr, D., & McKinlay, L. (2014). Bedside nursing handover: patients' opinions. *Int J Nurs Pract.*, 20, 451–459.
20. Manser, T., & Foster, S. (2011). Effective Handover Communication: An Overview of Research and Improvement. Efforts. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 25, 181–191.
21. Maxson, P.M., Derby, K.M., & Wroblewski, D.M. (2012). Bedside nurse-to-nurse handoff promotes patient safety. *Medsurg Nurs.*, 21(3), 140-4.
22. Wakefield, D.S., Ragan, R., Brandt, J., & Tregnago, M. (2012). Making the transition to nursing bedside shift reports. *Jt Comm J Qual Patient Saf.*, 38(6), 243-53.
23. Radtke, K., (2013). Improving patient satisfaction with nursing communication using bedside shift report. *Clin Nurse Spec.*, 27(1), 19-25.
24. O'Connell B, & Penney W. (2001). Challenging the handover ritual: recommendations for research and practice. *Collegian*, 8(3):14-8.
25. Davies, S. & Priestley MJ. (2006). A reflective evaluation of patient handover practices. *Nurs Stand.*, 20(21), 49-52.
26. Sağlık Bakanlığı Performans. Hastane hizmet kalite standartları 2011. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2631,hkskitappdf.pdf?0> (Erişim Tarihi: 04.04.2020).
27. Tuğrul, E., & Khorshid, L., (2015). Hemşirelerin önemli işlevlerinden biri: hasta teslimi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(1), 95- 107.
28. Alvarado, K., Lee, R., Christoffersen, E., Fram, N., Boblin, S., Poole, N., & et al. (2006). Transfer of accountability: transforming shift handover to enhance patient safety. *Healthcare Quarterly*, 9, 75-9.
29. Mosher, C. & Bontomasi, R. (1996). How to improve your shift report. *The American Journal of Nursing*, 96(8), 32-4.
30. Sert, H., İlhan P., & Okçu, P. (2019). Erişkin yoğun bakımda çalışan hemşirlerin yatak başı hasta teslimlerinin incelenmesi: standardize edilmiş bir form gerekli mi? Hemşire görüşleri. *Yoğun bakım hemşireliği dergisi*, 23(3), 160-167.
31. Collins, S.A., Stein, D.M., Vawdrey, D.K., Stetson, P.D., & Bakken, S. (2011). Content overlap in nurse and physician handoff artifacts and the potential role of electronic health records: a systematic review. *Journal of Biomedical Informatics*, 44(4), 704-12.
32. Heidarizadeh, K., Rassouli, M., Manoochehri, H., Tafreshi, M.Z., & Ghorbanpour, R.K.(2017). Effect of electronic report writing on the quality of nursing report recording. *Electron Physician*, 9(10), 5439-5445.
33. Johnson, M., Jefferies, D., & Nicholls, D.(2012). Developing a minimum data set for electronic nursing handover. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3- 4), 331-43.
34. Welsh, C.A., Flanagan, M.E., & Ebright, P. (2010). Barriers and facilitators to nursing handoffs: recommendations for redesign. *Nursing Outlook*, 58(3), 148-54.
35. ACSQHC, Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Ossie Guide to Clinical Handover 2009. <http://www.safetyandquality.gov.au/our-work/clinical-communications/clinicalhandover>. Erişim Tarihi: 10.11.2019.

Kadınlarda Serviks Kanserinin Tanısına İlişkin Tutum ve Düzenli Jinekolojik Muayene İlişkisinin Kesitsel Olarak Değerlendirilmesi

Cross-Sectional Evaluation of Relation Between Women's Attitudes Towards the Diagnosis of Cervical Cancer and Regular Gynecological Examination

Seyfi DURMAZ¹ A,B,C,D,E,F,G , Safiye ÖZVURMAZ² A,B,C,D,E,G , Filiz ADANA² A,B,C,E,G ,

Fatma KURT³ B,C,E,G 

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

³Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Efeler Çeştepe Aile Sağlığı Merkezi, Aydın, Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu çalışma kadınların serviks kanserinin tanısına ilişkin tutumlarını ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini Aydın İli Çeştepe Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 18 yaş üzeri 2049 kadın, örneklemini ise okuryazar, 18 yaş ve üstü 314 kadın oluşturmuştur. Veriler, kişisel bilgi formu ve Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği ile toplanmıştır. Araştırma verileri, temel istatistiksel testlerin yanı sıra Student T ve lineer regresyon testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Kadınların %26.8'si düzenli jinekolojik muayene olduğunu, %46.5'i pap smear yaptırdığı, %3.5'i ailede serviks kanseri olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 34.9(±10.8)'dur. Serviks Kanserinin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçek toplam puanı 72.24'tir (±8.36). Ölçeğin Algılanan Duyarlılık Boyut puan ortalaması, çekirdek tipi ailede yaşayanlarda geniş ailede yaşayanlara göre 1.62 (%95 GA:0.27-2.97) puan, ailede serviks kanseri olmayanlarda olanlara göre 2.47 (%95 GA:0.27-4.67) puan, düzenli jinekolojik muayene olmayanlarda olanlara göre 2.17 (%95 GA: 1.21-3.13) puan fazla bulunmuştur. Pap smear deneyimi yaşamamış olanlarda yaşamış olanlara göre Algılanan Engel Boyut puanı 0.58 (%95 GA: 0.00-1.16) puan fazla, Algılanan Yarar Boyut puanı ise 0.69 (%95 GA:0.07-1.30) puan fazla bulunmuştur.

Sonuç: Kadınların serviks kanserinin erken tanısına ilişkin tutum puanları ortalama düzeydedir. Kadınlara serviks kanseri tanı yöntemleri, risk faktörleri hakkında sağlık eğitimlerinin verilmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi için desteklenmesi ve serviks kanseri hakkında farkındalığın artması sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Erken tanı, Kadınlar, Serviks kanseri, Tutum, Jinekolojik muayene.

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to determine women's attitudes and related factors to the diagnosis of cervical cancer.

Methods: The population of this cross-sectional study consisted of 2049 women over the age of 18, enrolled in the Aydın Province Çeştepe Family Health Center. The sample consisted of 314 women aged 18 and over. The data were collected by Personal Information Form and Attitude Scale for Early Diagnosis of Cervical Cancer. Besides basic statistical tests, it was evaluated with student T and linear regression test.

Results: 26.8% of women reported regular gynecological examination, 46.5% had papsmear, 3.5% reported having servix cancer in the family. The average age of the participants is 34.9 (±10.8). The total score of the Attitude Scale Toward for Early Diagnosis of Cervical Cancer is 72.24 (±8.36). The Perceived Sensitivity Dimension score of the scale is 1.62 (95% CI: 0.27-2.97) points in the nuclear family compared to those living in the extended family, 2.47 (95% CI: 0.27-4.67) score compared to those in the family without cervical cancer, 2.17 (95% CI: 1.21-3.13) points were higher in those without regular gynecological examination. The Perceived Obstacle Dimension score was 0.58 (95% CI: 0.00-1.16) points higher than those

Sorumlu Yazar: Safiye ÖZVURMAZ

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

Geliş Tarihi: 27.04.2020 – Kabul Tarihi: 21.09.2020

Yazar Katkıları: A) Fikir/Kavram, B) Tasarım, C) Veri Toplama ve/veya İşleme, D) Analiz ve/veya Yorum, E) Literatür Taraması, F) Makale Yazımı, G) Eleştirel İnceleme

who did not have Papsmear experience, the size of the Perceived Benefits score of 0.69 (95% CI: 0:07 to 1:30) were more points.

Conclusion: The attitude scores of women regarding the early diagnosis of cervical cancer are average. It can be provided to women to provide health education about cervical cancer diagnosis methods and risk factors, to support healthy lifestyle behavior development to increase awareness about cervical cancer.

Key words: Early diagnosis, Women, Cervical cancer, Attitude, Gynecological examination.

1. GİRİŞ

Kanser, günümüzde toplumlarda ve her sosyo-ekonomik düzeyde görülen önemli bir hastalık olup, dünyadaki ikinci sıradaki ölüm nedenidir ve 2018'deki ölümlerin 9.6 milyonundan sorumludur. Tüm dünyada altı ölümden yaklaşık biri kanserden kaynaklanmaktadır (1).

Serviks kanseri kadınların yaşamında en önemli sağlık sorunlarından biridir (2). Serviks kanseri genel kanser ölümleri açısından üçüncü sıradadır. Çoğunlukla orta ve ileri yaş kadınlarda görülmesine rağmen herhangi bir yaşta da ortaya çıkabilmektedir (3). En yaygın kanser türlerinden olan serviks kanseri iyileşme potansiyeli olan, erken saptanabilen, önlenabilir kanserler arasındadır. Erken dönemde teşhis edilip tedavi edildiğinde iyileşme oranı yüksektir; ayrıca tam iyileşme sağlanabilmektedir (3,4). Bu nedenle serviks kanserine bağlı ölümlerin azaltılması tarama yöntemlerinin uygulanıp takiplerine bağlıdır (3).

Serviks kanserinden korunma mümkündür. Ancak hem dünyada hem de ülkemizde farkındalık çalışmalarına ve daha yaygın tarama programlarına ihtiyaç vardır. Serviks kanserinin görülme sıklığını belirlemek, toplumsal duyarlılığı artırmak, serviks kanseri ile ilişkili riskleri saptamak, korunma ve tedavide uygun stratejiler geliştirmek günden güne daha önemli hale gelmektedir (5). Yapılan çalışmalar bildirmektedir ki; çok eşlilik, cinsel aktivitenin erken başlangıcı, genital hijyenin kötü olması, oral kontraseptif kullanma, beslenme yetersizliği, bağışıklık sisteminin zayıf olması, sigara kullanımı, anormal pap smear test sonucu, erkeğin çok eşli olması, pap smear yaptırma oranında azlık ve ekonomik durum yetersizliği en önemli risk faktörleri arasındadır (3,4,6). Human Papilloma Virüsü (HPV) gibi kansere neden olan enfeksiyonlar, düşük ve orta gelirli ülkelerde kanser vakalarının %25'inden sorumludur (1). Hastalık bulguları genellikle menstrüasyon dönemlerindeki düzensizlikler, menopoz sonrasında devam eden lekelenme veya kanamalar, cinsel ilişki sırasında ya da sonrasında kanama ve ağrı, yorgunluk, kilo kaybı, iştahsızlık şeklinde kendini gösterir (3).

Serviks kanserine yönelik tarama programları, serviks kanserinin azalmasındaki önemli etkisine rağmen hala kadınlar serviks kanseri nedeniyle ölmektedir (7). Bu nedenle serviks kanserinin tanısına ilişkin tutumlarını, bu tutumları etkileyen faktörleri bilmek önemlidir. Bu çalışma, kadınların serviks kanserinin tanısına ilişkin tutumlarını ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma kesitsel tipte bir çalışmadır. Aydın ili Efeler Merkez, Çeştepe Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM), 15 Ağustos 2018– 15 Şubat 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Aydın İli Çeştepe Aile Sağlığı Merkezine (ASM) kayıtlı 18 yaş üzeri 2049 kadın oluşturmuştur. Örneklem, G-power programı ile 0.80 güç 0.05 güven aralığı, df:10, 0.25 (orta) etki boyu ile hesaplanmış ve 269 kadına ulaşılması hedeflenmiştir. ASM koşullarında çalışmaya davet edilen 314 gönüllü kadına çalışma saatleri içerisinde anket uygulanmıştır. Çalışmaya 18 ve üstü yaş olan, çalışmaya katılmayı kabul eden, okuryazar olan (öz bildirim ölçeği kullanılması nedeni ile) kadınlar alınmıştır.

Veri Toplama Form ve Araçları

Araştırmanın Verileri

Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu ve Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği (SKETTÖ) ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu:

Kadınların sosyo-demografik özellikleri, düzenli jinekolojik muayene yaptırma ve ailede servikal kanser tanısı alma durumunu değerlendiren 6 soruluk veri toplama formudur. Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda (8,9) ve uzman görüşü (iki halk sağlığı uzmanı, iki uzman hemşire, iki birinci basamak hekim) alınarak oluşturulan formlar, katılımcılara gözlem altında uygulanmıştır.

Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği (SKETTÖ):

Özmen ve Özsoy (2009) tarafından geliştirilen ölçeğin, Sağlık İnanç Modeli'nin dört alt boyutunu araştırmak amacıyla yapılandırılmış olup dört alt boyutu vardır (10). Algılanan duyarlılık alt boyutu dokuz maddeden, algılanan ciddiyet alt boyutu sekiz maddeden, algılanan engel alt boyutu yedi maddeden, algılanan yarar alt boyutu ise altı maddeden oluşmaktadır. Ölçek ve alt boyutları için Cronbach alfa katsayısı 0.89-0.70 arasındadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması bireylerin serviks kanseri erken tanısına ilişkin olumlu tutumlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada tüm ölçek için verilerin bu Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Ölçüm Değer Yeterliliği 0.678 iken boyutlar için sırayla 0.580 ve 0.598, 0.593, 0.484 bulunmuştur. Cronbach alfa değerleri ölçek için 0.633 (min:0.571. Max:0.629) bulunmuştur.

Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Veriler kadınların ASM ortamında, yaklaşık 10-15 dakikada toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS istatistik paket programında (Version 23, Chicago IL, USA) değerlendirilmiştir. Normal dağılımın belirlenmesinde Gauss Eğrisi, Minimum ve Maksimum Değerler, Kolmogorov Simirnov testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenler temel istatistiksel testlerin yanı sıra student T ve lineer regresyon testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılımın sağlanamaması durumunda Mann Whitney U, Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Etik Açıklamalar

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul izni alınmıştır (Sayı: 50107718-050.99). Araştırmaya katılan bireylerden yazılı onam ve kurum izinleri alınmıştır.

3. BULGULAR

Çalışmada 314 bireye ulaşılmıştır. Kadınların %26.8'i düzenli jinekolojik muayene olduğunu, %46.5'i pap smear yaptırdığını, %3.5'i ailede serviks kanseri olduğunu belirtmiştir (Tablo 1). Katılımcıların yaş ortalaması 34.9 ± 10.8 ve medyanı 33 (18-68)'tür ve kadınların %64.6'sı 40 yaş altındadır. Kadınların %80.3'ü evli, %89.2'si çekirdek aile üyesi ve %7.0'sinin geliri giderinden fazladır.

Tablo 1. Katılımcıların Özellikleri

Özellikler		N	%
Yaş grubu	0-39	203	64,6
	40 ve üzeri	111	35,4
	Toplam	314	100
Medeni durum	Bekâr	54	17,2
	Boşanmış, dul	8	2,6
	Evli	252	80,3
Aile Tipi	Toplam	314	100
	Çekirdek aile	280	89,2
	Geniş Aile	31	9,9
Gelir-Gider durumu	Yalnız	3	1,0
	Toplam	314	100
	Gelir giderden az	117	37,3
Düzenli jinekolojik muayene	Gelir gidere denk	175	55,7
	Gelir giderden fazla	22	7,0
	Toplam	314	100
Şimdiye kadar pap smear yaptırma	Hayır	230	73,2
	Evet	84	26,8
	Toplam	314	100
Ailede serviks kanseri	Hayır	168	53,5
	Evet	146	46,5
	Toplam	314	100
	Hayır	303	96,5
	Evet	11	3,5
	Toplam	314	100

Serviks Kanserinin Erken Tanısına İlişkin tutum ölçek total ortalama puanı 72.24 ± 8.36 'tır. Ölçeğin alt boyutlarından olan "algılanan duyarlılık" ortalaması 24.04 ± 3.81 ; "algılanan ciddiyet" ortalaması 20.26 ± 4.11 ; "algılanan engel" ortalaması 14.46 ± 2.61 ; "algılanan yarar" ortalaması 13.49 ± 2.60 bulunmuştur (Tablo 2).

Çoklu değişkenler ile yapılmış analizler göstermiştir ki, ölçeğin algılanan duyarlılık boyut puanı, çekirdek tipi ailede yaşayanlarda geniş ailede yaşayanlara göre 1.62 (%95 GA:0.27-2.97) puan, ailede serviks kanseri olmayanlarda olanlara göre 2.47 (%95 GA:0.27-4.67) puan, düzenli jinekolojik muayene olmayanlarda olanlara göre 2.17 (%95 GA: 1.21-3.13) puan fazla bulunmuştur. Ancak tekli değişken analizlerinde bulunan yaş ve medeni durum ile algılanan duyarlılık alt boyut ilişkisi anlamını yitirmiştir. Ölçeğin algılanan ciddiyet puanı, çekirdek tipi ailede yaşayanlarda geniş ailede yaşayanlara göre 1.93 (%95 GA: 0.43-3.44) puan

fazla saptanmıştır. Pap smear yaptırmamış olanlarda yaşamış olanlara göre algılanan engel boyut puanı 0.58 (%95 GA: 0.00-1.16) puan fazla, algılanan yarar boyut puanı ise 0.69 (%95 GA:0.07-1.30) puan fazla bulunmuştur. Tekli değişken analizleri ile saptanmış olan yaş ilişkisi ise anlamını yitirmiştir (Tablo 3).

Tablo 2. Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği ve Alt Ölçek Puanları (N=314)

	Ortalama	Median	Minimum- Maksimum
Ölçek Total*	85,28±9,86	86	48-117
Algılanan duyarlılık (Boyut 1)	24,04 ±3,81	24	13-36
Algılanan ciddiyet (Boyut 2)	20,26±4,11	20	8-31
Algılanan engel (Boyut 3)*	14,46±2,61	14	7-22
Algılanan yarar (Boyut 4)	13,49±2,60	14	6-23

* 311 katılımcının değerleridir.

Tablo 3. Hemşirelerin Hasta Teslimi İle İlgili Düşünceleri

Özellikler	n	Ortalama	p	B	%95 Güven Aralığı		
BOYUT 1: Algılanan duyarlılık							
Yaş	≥40	111	23,45±4,18	0,044	0,30	-0,59	1,19
	<40	203	24,35±3,55				
Medeni durum	Evli	252	23,78±3,79	0,017	0,64	-0,45	1,72
	Evli değil	62	25,06±3,71				
Aile tipi	Çekirdek aile	280	24,19±3,77	0,029	1,62*	0,27	2,97
	Geniş Aile	31	22,61±4,02				
Ailede serviks kanseri	Hayır	303	24,14±3,72	0,011	2,47*	0,27	4,67
	Evet	11	21,18±5,12				
Düzenli jinekolojik muayene	Hayır	230	24,67±3,52	0,000	2,17*	1,21	3,13
	Evet	84	22,31±4,04				
BOYUT 2: Algılanan ciddiyet							
Aile tipi	Çekirdek aile	280	20,45±4,08	0,012	1,93*	0,43	3,44
	Geniş Aile	31	18,52±3,67				
Pap Smear deneyimi	Yok	166	14,73±2,77	0,049	0,58*	0,00	1,16
	Var	145	14,15±2,38				
Yaş	<40	203	13,76±2,42	0,015	0,49	-0,15	1,13
	≥40	111	13,01±2,86				
Pap Smear deneyimi	Yok	168	13,89±2,63	0,003	0,69*	0,07	1,30
	Var	146	13,03±2,50				

4. TARTIŞMA

Serviks kanseri, önemli bir halk sağlığı sorunu olup, pap smear testi ucuz ve kolay uygulanabilir en etkin tarama yöntemidir. Amerikan Kanser Birliği'nin önerisine göre pap smear testi ilk cinsel ilişkiden itibaren üç yıl içerisinde ve her yıl yaptırılmalıdır (11). Dünya Sağlık Örgütü, 2015 yılı verilerinde 8.8 milyon kişinin ölüm nedeninin kanser olduğunu; her altı ölümden birinin kanser ve kansere bağlı komplikasyonlardan dolayı gerçekleştiğini bildirmektedir (12). Bu çalışma, kırsal bölgede yaşayan kadınların serviks kanserinin tanısına

ilişkin tutumlarını ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla kırsal bir bölgede yaşayan 314 kadın ile kesitsel olarak yapılmıştır. Kadınların %26.8'i düzenli jinekolojik muayene, %46.5'i pap smear testi yaptırdığını, %3.5'inde ailede serviks kanseri olduğunu bildirmiştir. Serviks kanserinin, yaygın olarak 35 ile 50 yaş arasındaki genç kadınları etkilediği ve tanı konduğunda yaş ortalamasının 48.7 olduğu belirtilmektedir (13). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun yapmış olduğu çalışmaya göre serviks kanserine yakalananların çoğunluğu ileri evrede teşhis edilmektedir (14). Bu çalışmada kadınların yaş ortalaması 34.9'dur ve %64.6'sı 40 yaş altındadır. Serviks kanserine ilişkin yapılmış çalışmalarda yaş ortalamaları 43.36 ± 7.47 ile 33.95 ± 9.02 arasında değişmektedir (15,17). Bu sonuçlara göre, çalışmaya alınan kadınların yaş ortalaması serviks kanseri için riskli yaş grubunda olup; serviks kanseri açısından bilgi, tutum ve davranışları erken tanı ve tedavi açısından önemlidir. Sağlık çalışanlarının serviks kanseri riskini artıran faktörler konusunda kadınların bilinçlendirilmesi ve önlemlerin alınması, sağlığın korunması sürecinde bu yaş grubundaki kadınlara sağlığı koruyucu ve geliştirici uygulamaların öğretilmesi ve desteklenmesi oldukça önemlidir.

Çalışmamızda kadınların %80.3'ü evli, %89.2'si çekirdek aile üyesi ve %7.0'sinin geliri giderinden fazladır. Çalışmamızda ölçeğin algılanan ciddiyet puanı, çekirdek tipi ailede yaşayanlarda 1.93 puan fazla saptanmıştır. Ancak medeni durum ve gelir durumuna ilişkin farklılık saptanmamıştır. Serviks kanserine ilişkin yapılmış çalışmalarda bireylerin %84.0 ile %97.4 arasında evli olduğu saptanmıştır (17,18). Kırsal bölgede yaşamak, sosyodemografik özellikleri etkileyen önemli faktörlerden biridir. Yapılan araştırmalar, pap smear testi yaptırma oranlarında farklılıklar göstermektedir. Ranabhat ve arkadaşları (2014) tarafından yürütülen kadınların servikal pap smear uygulamalarına yönelik çalışmada kadınların %32.5'inin kentlerde yaşadığı ve kentlerde yaşayanların %22.8'inin, kırsalda yaşayanların %13.7'sinin pap smear testini yaptırdıkları, yoksul kadınların daha düşük düzeyde pap smear testi yaptırdıkları bildirilmiştir (16) (19,21). Yapılan araştırmalar, gelir durumunun erken tanı ve tedavi amacıyla kullanılan pap smear testini yaptırma ve serviks kanseri hakkındaki bilgi düzeyini etkilediği ve aralarında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğunu göstermektedir (24-26). Breilkopf ve arkadaşları (2005) çalışmalarında da gelir düzeyi düşük kadınların pap smear yaptırma oranları %16.7, yüksek kadınların %50 olduğunu belirtmiştir (22). Ayrıca sosyal güvencesi olan kadınlarda pap smear testini yaptırma oranının daha yüksek olduğunu gösteren çalışma da mevcuttur (23). Sağlık çalışanlarının, kadınlara düzenli olarak taramalar ve jinekolojik muayeneleri hakkında sağlık eğitimi planlanması ve uygulanması, konuyla ilgili bilgi düzeyleri ve farkındalık geliştirmeleri konusunda etkili olabilir.

Çalışmamızda kadınların yaşı ile serviks kanserine yönelik tutumları arasında bir fark bulunmamıştır. Kalyoncu ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında kadınların yaşları ve eğitim düzeyleri arttıkça ve sosyal güvenceleri varsa pap smear yaptırma oranlarının artmış olduğu, kadınların %75'inin pap smear testini duydukları ve pap smear testini duyduğunu belirten kadınların %96'sının daha önce pap smear testi yaptırdığı belirtilmiştir (20). Gümüş ve Çam (2011), çalışmalarına katılan kadınlarının yaklaşık yarısının pap smear testini bildiğini ancak düzenli olarak yaptırmadıklarını bildirmişlerdir (2).

Bu çalışmada Serviks Kanserinin Erken Tanısına İlişkin tutum ölçek toplam ortalama puanı 72.24 ± 8.36 'dır. Ölçeğin alt boyutlarından olan "algılanan duyarlılık" puan ortalaması orta düzeyde (24.04 ± 3.81), "algılanan ciddiyet" puan ortalaması (20.26 ± 4.11), "algılanan engel" puan ortalaması (14.46 ± 2.61), "algılanan yarar" ortalaması (13.49 ± 2.60) düşük düzeyde

bulunmuştur. Sağlıklı davranışları benimsemedeki güçlü algılardan biri “algılanan duyarlılık” tır. Algılanan duyarlılığın artması ile riski azaltıcı davranışı gösterme olasılığı da artmaktadır (27). Duyarlılık alt boyutu algısının artması ile sağlık davranışının olumlu yönde etkilendiği ve bireyin aldığı sağlık eğitimin duyarlılık algısını artırdığı söylenebilir.

Sağlık inanç modeline göre, pap smear testinin yararlılığına dair olumluluk algısı artıkça, duyarlılık ve ciddiyet algıları da artmakta olup, algılanan duyarlılığın artması ile risk azaltıcı davranış gösterme olasılığı da artmaktadır (6,28,29).

Çoklu değişkenler ile yapılmış analizler göstermiştir ki; ölçeğin algılanan duyarlılık alt boyut puanı, çekirdek ailede yaşayanlarda geniş ailede yaşayanlara göre, ailede serviks kanseri olmayanlarda olanlara göre, düzenli jinekolojik muayene olmayanlarda olanlara göre fazla bulunmuştur.

Ciddiyet algısı kişinin, hastalığa yakalanmanın yaratacağı durum, hastalığın tedavisi olmaması, ölüme, sakatlığa, ağrıya yol açması gibi tıbbi/klinik sonuçları hakkındaki değerlendirmesini, ayrıca hastalığın sosyal yaşam üzerine olası etkileri hakkında hissettiği duyguları ifade etmektedir. Bu bağlamda serviks kanseri özelinde düşünüldüğünde; bir kadının hastalığı ciddi olarak algılaması hastalığa yakalanması halinde ciddi tıbbi, sosyal ve ekonomik kayıpların olacağını bildiğini ve pap smear testi yaptırmaya olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (32). Bu çalışmada ciddiyet algısı düşük düzeyde bulunmuştur; dolayısıyla kadınların serviks kanseri ile ilgili farkındalıklarının geliştirilmesi ve ilgili konuyla ilgili olumlu davranış değişikliğinin sağlanması gereklidir. “Algılanan engel” davranış değişikliğinde sağlıkla ilgili harekete geçmenin negatif yönüdür. Bir başka deyişle algılanan engel sağlığa ilişkin koruyucu davranışı engelleyen ya da zorlaştıran etmenlerle ilgili algıdır (27,31). Bu çalışmada, Pap smear deneyimi yaşamamış olanlarda yaşamış olanlara göre algılanan engel boyut puanı 0.58 (%95 GA: 0.00-1.16) puan fazla bulunmuştur. Algılanan engelin bireylerin serviks kanserine yönelik koruyucu davranışlarını olumsuz etkilediği görülmektedir. Algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar, ancak algılanan engellerin etkisini azaltırsa, davranış gerçekleştirilir. Pap smear testini yaptırmayla ilgili algılanan engeller arasında; algılanan sağlık düzeyinin düşüklüğü, yetersiz motivasyon, hizmetlerin ulaşımındaki yetersizlikler, sağlık çalışanına karşı olumsuz tutum, sağlık çalışanının cinsiyeti, pap smear testi yaptırmaktan korkma, kanser ve erken tanı ile ilgili bilgi eksikliği sayılabilir (33,34). McFarland (2003), çalışmasında kadınların pap smear yaptırmaya yönelik olarak engelleri bireysel ve sisteme yönelik engeller olarak tanımlamıştır (35,36).

“Algılanan Yarar”da birey koruyucu bir sağlık davranışı göstermesinin kendisine yararı olacağını düşünmektedir. Bu yarar, hastalığa yakalanma olasılığının azalacağına ilişkin beklentidir (27). Latin Amerika’da yapılan bir çalışmada yoksul kadınların pap smear yaptırmaya yönelik algılanan yararları arasında pap smear testi sonucunun negatif çıkmasının kendilerini rahatlatacağı duygusu olarak belirlenmiştir (37). Pap smear deneyimi yaşamamış olanlarda yaşamış olanlara göre algılanan yarar boyut puanı fazla bulunmuştur. Jirojwong ve arkadaşları (2001), algılanan yarar düzeyi yüksek kadınların pap smear yaptırmaya oranlarının 1.3 kat fazla olduğunu belirtmişlerdir (30). Yayımlanmış çalışmalarda, düşük engel algısının taramalara katılımı azaltmada ve yüksek yarar algısının taramalara katılımı artırmada etkili olduğu görülmektedir (38,39). Bir davranışın gerçekleşmesinde, bireylerin bu davranışla ilgili yarar göreceği beklentisi önemlidir. Çalışmamızda pap smear testi yaptıran kadınların

algılanan yarar alt boyutu puanlarının yüksek olmasının nedeni olarak bu testin kendilerini koruyacağına ilişkin inançları olarak düşünülmüştür.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Serviks Kanserinin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçek toplam puanı 72.24 ± 8.36 olup; ölçeğin algılanan duyarlılık boyut puanı, çekirdek tipi ailede yaşayanlarda, ailede serviks kanseri olmayanlarda, düzenli jinekolojik muayene olmayanlarda, algılanan engel boyut puanı ve algılanan yarar boyut puanı pap smear deneyimi yaşamamış olanlarda fazla bulunmuştur.

Kadınlara serviks kanseri tanı yöntemleri, risk faktörleri hakkında sağlık eğitimlerinin verilmesi, sağlıklarını korumaya ve geliştirmeye yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi için desteklenmesi ve serviks kanseri hakkında farkındalığın artması sağlanabilir. Serviks kanseri tarama programlarının ve sunulan sağlık hizmetinin etkili olabilmesi, katılımın artırılması için uygun bir şekilde sunulması sağlanabilir; kampanyalarla birlikte, grup eğitimleri, eğitim kitapçıları dağıtılabilir.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın evreni Aydın İlinde bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kadın sayısı ile sınırlıdır. Çalışmada elde edilen veriler kullanılan ölçüm araçları ile sınırlıdır.

Araştırmanın Etik Yönü

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul izni alınmıştır (Sayı: 50107718-050.99). Araştırmaya katılan bireylerden yazılı onam ve kurum izinleri alınmıştır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Cancer. (2018). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> (Erişim Tarihi: 8 Ağustos 2019).
2. Gümüş, A. B., Çam, O. (2011). Serviks kanseri için erken tanı tutumları ile benlik saygısı, beden algısı ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiler. *Nobel Medicus*, 7(3), 46-52
3. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.(2018), Rahim Ağzı (Serviks) Kanseri https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/il_Faaliyetleri/Kilis/Kilis_serviks_ca_2018/basin_notu.pdf. (Erişim Tarihi: 10 Ağustos 2019).
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2017), 08 Mart 2019. Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/362-kanser-dairesi-baskanligi-kanser-turleri-serviks-kanseri.html>(Erişim Tarihi: 5 Ağustos 2019).
5. Kanbur, A., Çapık, C. (2011). Servikal kanserden korunma, erken tanı-tarama yöntemleri ve ebe/hemşirenin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18(1), 61-72

6. Bal, M. D.(2014). Kadınların pap smear testi yaptırma durumlarının sağlık inanç modeli ölçeği ile değerlendirilmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 4(3), 133-138.
7. Sivri, A., Ekmez, D., Göksedef, M., Hasanova, B. P., Aşık, M., Çetin, A. (2015). Polikliniğe başvuran kadınlarda smear farkındalığı ve yaptırma sıklığı. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*. 4, 127-130
8. Ifediora,C.O. (2019). Re-thinking breast and cervical cancer preventive campaigns in developing countries: the case for interventions at high schools.BMC Public Healty, 19, 503
9. Uluocak,T., & Bekar,M. (2012). Kadın sağlık çalışanlarının servikal kansere ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi.*Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*. 2, 50-57.
10. Özmen, D., & Özsoy, S. (2009). Sağlık inanç modeli yaklaşımı ile servikal kanserin erken tanısına yönelik tutum ölçeği geliştirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 25(1), 51-69.
11. American Cancer Society. (2010). Cervical cancer:prevention and early detection. <http://www.cancer.org/Cancer/CervicalCancer/MoreInformation/CervicalCancerPreventionandEarlyDetection/cervicalcancer-prevention-and-early-detection-find-pre-cancerchanges>. (Erişim Tarihi: 18 Eylül 2019).
12. World Health Organization.,. Cancer. (2018). <https://www.who.int/cancer/en/> (Erişim Tarihi: 25 Eylül 2019).
13. Arbyn, M., Anttila, A., Jordan, J., Ronco, G., Schenck, U., Segnan, N., et al. (2010) European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. second edition-summary document. *Annals of Oncology*. 21(3), 448-58.
14. T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. *Türkiye Kanseri İstatistikleri 2016*. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Trkiye_Kanser_statistikleri_2016.pdf (Erişim Tarihi: 8 Ağustos 2019)
15. Öztürk, Y. (2017). Pap smear testi yaptırmamış kadınların bu teste yönelik farkındalıklarının ve testi yaptırmama nedenlerinin değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi. Eskişehir.
16. Ranabhat, S., Tiwari, M., Dhungana,, G., Shrestha, R.(2014). Association of knowledge, attitude and demographic variables with cervical pap smear practice in Nepal, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention(Electronic Journal)* ,15(20)8905–8910. http://journal.waocp.org/article_30015_5e62f74df6bd45f1d0b555cf688bc813.pdf (Erişim Tarihi: 8 Ağustos 2019).
17. Reis, N., Bebis, H., Kose, S., Sis, A., Engin, R., Yavan, T. (2012).Türk kadınlarında rahim ağzı kanseri ve taramasına ilişkin bilgi, davranış ve inançlar (Knowledge, behavior and beliefs related to cervical cancer and screening among Turkish women).*Asian Pacific Journal of Cancer Prevention,(Electronic Journal)*,13(4),1463–1470. http://journal.waocp.org/article_26354_20574ee5f859afcc428c7257cf5aa5c7.pdf (Erişim Tarihi: 8 Ağustos 2019).
18. Örenli, G. (2015). İlk Öğretim ikinci kademede öğrenim gören kız öğrencilerin annelerinin rahim ağzı kanseri ve Hpv aşısı konusunda bilgi tutum davranışları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. T.C. Bülent Ecevit Üniversitesi. Zonguldak.
19. Ideström, M., Milsom, I., Ellström, A. A. (2002). Knowledge and attitudes about the pap smear screening program: a population based study of women aged 20-59 years. *Acta Obstetr Gynecol Scand*, 81(10), 962- 967.

20. Kalyoncu, C., Işıklı, B., Özalp, S., Küçük, N. (2003). Osmangazi Üniversitesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuranların pap smear hakkında bilgi, tutum ve davranışları. *Sağlık ve Toplum*, 13, 60-66.
21. McFarland, D. M. (1999). Cervical cancer and pap smear screening in Botswana: knowledge and perceptions. Doctoral thesis, Boston College, Graduate School of Nursing. Massachusetts, United States. 50(3), 167-75
22. Breitkopf, R.C., Pearson, H. C., Breitkopf, D. M. (2005). Poor knowledge regarding the pap test among low-income women undergoing routine screening. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37(2), 78-84
23. Akyüz, A., Güvenç, G., Yavan, T., Çetintürk, A., Kök, G. (2006). Kadınların pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 48, 25-29.
24. Datta, G.D., Graham A.C., Kawachi I., Subramanian S.V., Palmer J.R., Rosenberg L. (2006). Individual-, neighborhood-, and state-level socioeconomic predictors of cervical carcinoma screening among U.-S. black women: a multilevel analysis. *American Cancer Society*, 106(3), 664-69
25. Öztürk, Y. (2017). Pap smear testi yaptırmamış kadınların bu teste yönelik farkındalıklarının ve testi yaptırmama nedenlerinin değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
26. Hanisch, R., Gustat, M. E., Hagensee, A., Baena, J. E., Salazar, M. V. Castro, A. M. et al. (2007). Knowledge of pap screening and human papillomavirus among women attending clinics in Medellín, Colombia. *International Journal Of Gynecological Cancer*, 12, 1020-1026
27. Glanz, K., Rimer, B. K., Viswanath, K. (Eds.). (2008). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. San Francisco. (4th ed.). Jossey-Bass.
28. Ibekwe, C.M., Hoque ,M.E., Ntuli-Ngcobo, B. (2010). Perceived benefits of cervical cancer screening among women attending Mahalapye District Hospital, Botswana. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 11(4), 1021-1027.
29. Winkler, J., Bingham, A., Coffey, P., Handwerker, W.P. (2008). Women's participation in a cervical cancer screening program in Northern Peru. *Hlth Educa Res.*, 23(1), 10-24
30. Jirojwong, S., Maclellan, R., Manderson, L. (2001). Health beliefs and pap smears among Thai Women in Brisbane, Australia. *Asia-Pacific Journal of Public Health.*, 13(1), 19-23
31. American Cancer Society (ACS) [Online]. The American Cancer Society guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. <http://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/moreinformation/cervicalcancerpreventionandearlydetection/cervical-cancer-prevention-and-early-detection-cervical-cancer-screening> guidelines, (Erişim Tarihi: 8 Ağustos 2019).
32. Saslow, D., Runowicz, C.D., Solomon, D., Moscicki, A.B., Smith, R.A., Eyre H.J., et al. (2002). American cancer society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. *CA Cancer J Clin.*, 52, 342-62.
33. Juon, H., Seung-Lee, C., Klassen, A.C. (2003). Predictors of regular pap smear among Korean-American women. *Preventive Medicine*, 37, 585-592.
34. Wong, L. P., Wong, Y. L., Low, W. Y., Khoo, E. M., Shuib, R. (2009). Knowledge and awareness of cervical cancer and screening among Malaysian women who have never had a pap smear: a qualitative study. *Singapore Medical Journal*, 50(1), 49-53

35. McFarland, D. M. (2003). Cervical cancer and pap smear screening in Botswana: knowledge and perceptions. *International Nursing Review*, 50, 167-175.
36. Boyer, L.E., Williams, M., Callister, L.C., Marshall, E.S. (2001). Hispanic women's perceptions regarding cervical cancer screening. *JOGNN*, 30(2), 240-245.
37. Agurto, I., Bishop, A., Sanchez, G., Betancourt, Z., Robles, S. (2004). Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Preventive Medicine*, 39(1), 91-98.
38. Menon, Uç, Szalacha, L.A., Prabhughate, A. (2012). Breast and cervical cancer screening among South Asian immigrants in the United States. *Cancer Nursing*, 35(4), 278-87.39.
39. Lee, E.E., Fogg, L., Menon, U. (2008). Knowledge and beliefs related to cervical cancer and screening among Korean American women. *Western Journal of Nursing Research*, 30(8), 960-974.

Planlanmamış Gebeliklerin Doğum Sonrası Erken Dönemdeki Annelik Davranışına Etkisi

Effects of Unplanned Pregnancies on Maternal Behavior in the Early Postpartum Period

Selda TANER BÜYÜKSARI^{1,A,B,C,D,E,F,G}, Hüsniye ÇALIŞIR^{2,A,B,D,F,G}

¹ Salihli Devlet Hastanesi, Salihli/Manisa, Türkiye

² Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

ÖZ

Amaç: Planlanmamış gebelikler, kadınlar, çocukları ve aileleri için istenmeyen ekonomik, psikolojik ve sosyal sonuçlar doğurabilir. Bu çalışma, planlamadan gebe kalmanın doğum sonrası erken dönemdeki ilk annelik davranışına etkisini ve etkileyen diğer faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Bu vaka kontrol çalışması Kasım 2012 ile Haziran 2013 arasında doğum yapan 348 kadın ile yapıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar olasılıksız örnekleme yöntemine göre seçildi. Örneklem grubunu, planlamadan gebe kalan (vaka grubu) 174 kadın, planlayarak gebe kalan (kontrol grubu) 174 kadın olmak üzere toplam 348 kadın oluşturdu. Veriler, Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği (DSEDÖ) kullanılarak doğum sonrası ilk 10 dakikada gözlem ve bir anket formu kullanarak ilk 24 saat içinde yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı.

Bulgular: Bu çalışmada planlamadan gebe kalan kadınlar ve planlayarak gebe kalan kadınların DSEDÖ puan ortalamaları sırasıyla, 2.01 ± 1.24 ve 5.18 ± 0.79 olarak bulundu. Planlamadan gebe kalan kadınların doğum sonrası erken dönemdeki annelik davranış puanları, planlayarak gebe kalan kadınların doğum sonrası erken dönemdeki annelik davranış puanlarından daha düşük bulundu ($p < 0.05$). Çalışmada kadınların planlamadan gebe kalması, canlı doğum sayısının fazla olması, gelirin giderden az olması ve doğum öncesi bebek bakımı ile ilgili bilgi almamış olması, DSEDÖ puanlarını olumsuz etkileyen faktörler olarak bulundu ($p < 0.05$).

Sonuç: Planlanmayan gebeliklerin doğum sonrası erken dönemdeki annelik davranışlarına olumsuz etkisinin olduğu bulunmuştur. Ebe ve hemşireler tarafından kadınların doğum sonrası erken dönemdeki annelik davranışı ile ilişkili risk faktörlerinin bilinmesi, annelerin gereksinimlerinin belirlenmesi ve ebeveynliğe uyumlarının desteklenmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Annelik davranışı, Doğum sonrası erken dönem, Ebelik, Hemşirelik, Planlanmamış gebelik.

ABSTRACT

Objective: Unplanned pregnancies can have adverse psychological, social, and economic consequences for women, their children and families. The purpose of this study was to determine the effects of unplanned pregnancies on maternal behavior in the early postpartum period.

Methods: This case-control study was performed on 348 women giving birth between November 2012 and June 2013. The women were selected through non-probability sampling among those accepting to participate in the study. The sample group consisted of a total of 348 women, including 174 women who conceived from the planning (case group) and 174 women who conceived by planning (control group). Data were collected with the Postpartum Parenting Behavior Scale (PPBS) through observations within the first ten minutes of births and a questionnaire form at face to face interviews within 24 hours of births.

Results: The women with unplanned pregnancy and those with planned pregnancy got the mean scores of 2.01 ± 1.24 and 5.18 ± 0.79 for the PPBS, respectively. The women with unplanned pregnancy received lower scores for maternal behavior in the

Sorumlu Yazar: Hüsniye ÇALIŞIR

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye
calisirh@hotmail.com

*Bu çalışma Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde, 2014 yılında yapılan yüksek lisans tezinden üretilmiş ve 10-12 Eylül 2015 tarihinde Erzurum'da düzenlenen 15. Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde poster bildiri olarak yayımlanmıştır
Geliş Tarihi: 23.03.2020 – Kabul Tarihi: 19.05.2020

Yazar Katkıları: A) Fikir/Kavram, B) Tasarım, C) Veri Toplama ve/veya İşleme, D) Analiz ve/veya Yorum, E) Literatür Taraması, F) Makale Yazımı, G) Eleştirel İnceleme

early postpartum period ($p<0.05$). In the study, it was found that unplanned pregnancy, higher number of live births, lower-income than expense, and obtaining information about baby care in the prenatal period, were the factors that negatively affect maternal behavior scores ($p<0.05$).

Conclusion: Unplanned pregnancies may affect the postpartum maternal behavior negatively. Midwives and nurses must be aware of risk factors related to postpartum maternal behavior so that mothers' needs can be identified and their adaptation to motherhood can be supported.

Key words: Early postpartum period, Maternal behavior, Midwifery, Nursing, Unplanned pregnancy.

1. GİRİŞ

Planlanmamış gebelikler hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya çapında, 2010-2014 yılları arasında gelişmekte olan ve gelişmiş bölgelerdeki istenmeyen gebelik oranları arasındaki fark dikkat çekicidir: 2010–2014 döneminde, gelişmiş bölgelerde 15–44 yaş arası 1.000 kadının 45'i istemeden gebe kalırken, gelişmekte olan bölgelerde aynı yaş grubunda her 1000 kadından 65'i istemeden gebe kalmıştır (1). Dünya'da 2012 yılında gerçekleşen 213 milyon gebeliğin %40'ı - yaklaşık 85 milyonu - istenmeyen gebeliktir. Bunların %50'si kürtajla, %13'ü düşükle sonuçlanmış ve %38'i planlanmamış doğum olarak gerçekleşmiştir (2). Farklı yıllarda yapılan çalışmalarda planlanmamış gebelik sıklığı İngiltere'de %16.2 (3), Etiyopya'da %29.9 (4) olarak bulunmuştur. Planlanmamış gebeliklerin oranı diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de az değildir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 sonuçlarına göre Türkiye'de son beş yıl içindeki doğumların %74'ü istenen zamanda gerçekleşirken, %11.2'sinin daha sonra olması tercih edilmiş ve %12.5'i de hiç istenmemiştir. Sonuç olarak bu doğumların yaklaşık %24'ü planlanmamış gebelik (gebe kalmayı istememe veya daha sonra isteme) sonucu gerçekleşmiştir (5). Beş yıl sonra yapılan 2018 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması'nda da benzer sonuçlar elde edilmiş; gerçekleşen doğumların ve devam eden gebeliklerin %75'inin isteyerek gerçekleştiği, %11'inin daha sonra olmasının tercih edildiği ve %15'inin de istenmediği saptanmıştır (6). Türkiye'de yapılan farklı bölgesel çalışmalarda ise planlanmamış gebelik oranları %27.1 (7) ve %23.2 (8) olarak bulunmuştur.

Planlanmamış gebelik, istenen zamandan önce gerçekleşen ya da daha sonra olması tercih edilen veya hiç istenmeyen gebelik şeklinde tanımlanır. Planlanmamış gebelikler, gebeliği önleyici hiçbir yöntem kullanılmaması, yöntemin düzensiz ya da hatalı kullanımı ya da yöntem başarısızlıkları nedeni ile meydana gelmektedir (5). Planlanmamış gebelikler bütün yaş grupları ve sosyo-ekonomik düzeyde görülebilir. Planlanmamış gebelikler, kadınlar, onların çocukları ve aileleri için ekonomik, psikolojik ve sosyal sonuçlar doğurabilir. Gebeliğin planlanmadan gerçekleşmesi bu olumsuz sonuçlarının yanında anne ve çocuk sağlığını da olumsuz etkilemektedir (4,9-11). Planlanmamış gebelikler, istenmeyen doğum veya kürtajla sonuçlanabilir; bu da annelerin gebelik ve doğumunu etkileyebilir, morbidite ve mortalite riskini arttırabilir, anne bebek ilişkisinin kalitesini düşürebilir. Planlanmamış gebelikler sonucunda doğan çocuklarda düşük doğum ağırlığı ve gelişim yetersizliği riski artabilir (4,11)

Anneliğe hazırlanmış, bebeğini isteyerek doğurmuş, bebeğin ihtiyaçlarını anlayan ve karşılayan anne bebeğiyle daha olumlu bir ilişki kurabilir (10,12). Gebe kalma ya da anne-baba olma, bireylerin isteği dışında ve plansız gerçekleştiği zaman gebelik ve ebeveynlik rolüne uyumları daha güç olmaktadır. Plansız gebe kalan kadınlar, bağlanma gerçekleştikten sonra bebeklerini sevebilirler, fakat planlı gebe kalan kadınlara göre doğum sonrası kriz yaşama

olasılığı daha yüksektir (13). Yapılan bir çalışmada planlamadan gebe kalan kadınlar ile bebekleri arasındaki etkileşimin, planlayarak gebe kalan kadınlarınkinden daha yetersiz olduğu bulunmuştur. Ayrıca planlamadan gebe kalan kadınların doğum sonrasında bebeklerini emzirmede sorun yaşadıkları gösterilmiştir (10).

Doğumdan sonraki ilk karşılaşmada annenin bebeğine karşı gösterdiği davranışlar ilk annelik davranışı olarak kabul edilmektedir (14,15). Anne doğumdan sonra bebeğiyle ilk defa karşılaştığında bebeğin yüzünü, ellerini ve vücudunun diğer bölümlerini inceler, bebekle göz teması kurmaya çalışır ve onunla konuşur. Annenin yüz yüze pozisyondayken bebeğine bakma, bebeğin elbiselerini giydirmeye-çıkarma, ona dokunma, gülümseme, konuşma, öpme, kucaklama, avutma ve sallama gibi davranışlarını gözleme, bağlanma sürecini anlamada yardımcı olabilir. Doğum sonrası ilk günlerde annelerin yenidoğan bebeklerini olumlu algılamaları, daha sonraki dönemlerde olumlu anne-bebek ilişkisini etkileyebilir (15,16). Bu da yenidoğanın yaşamını fiziksel, ruhsal ve duygusal olarak sağlıklı bir şekilde sürdürmesine zemin hazırlar.

Doğum sonrası erken dönemde gebeliğin planlanmamış olması ile olumsuz annelik davranışı arasında ilişki olup olmadığının bilinmesi önemlidir. Ülkemizde ve yurt dışında planlanmamış gebeliklerin doğum sonrası erken dönemdeki annelik davranışına etkisinin araştırıldığı çalışmaya rastlanmadı. Bu çalışma, planlamadan gebe kalmanın doğum sonrası erken dönemdeki ilk annelik davranışına etkisini ve annelik davranışını etkileyen diğer faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

Araştırma Soruları:

1. Planlamadan gebe kalan kadınların, doğum sonrası erken dönemde bebeğiyle ilk karşılaşmada annelik davranışı puanı ile planlayarak gebe kalan kadınların annelik davranışı puanı arasında fark var mıdır?

2. Gebeliğin planlı olup olmaması dışında kadınların doğum sonrası erken dönemdeki ilk annelik davranışı puanına etki eden başka faktörler var mıdır?

2. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmanın tipi

Bu çalışma bir vaka-kontrol çalışmasıdır. Vaka grubu, planlamadan gebe kalmış kadınlardan, kontrol grubu ise planlayarak gebe kalmış kadınlardan oluştu.

Araştırmanın yeri ve zamanı

Araştırma Kasım 2012 ve Haziran 2013 tarihleri arasında, Türkiye'nin batısında yer alan iki devlet hastanesine doğum yapmak için yatan ve olasılıksız örnekleme yöntemlerinden uygun örnekleme yöntemi ile seçilen kadınlarla yapıldı. Örneklem büyüklüğü G-Power yazılımı kullanılarak tahmin edildi. Araştırmanın gücü, doğum yapan kadınların erken ebeveynlik davranışı ile ilgili ülkemizde yapılan bir çalışmadan elde edilen bulguya dayanarak hesaplandı (17). Buna göre yapılan güç analizinde etki büyüklüğü=0.50; $\alpha=0.05$ ve %80 güç alınarak yapılan hesaplamada her bir gruba alınacak kadın sayısı en az 174 olarak belirlendi. Vaka grubuna planlamadan gebe kalan ve kontrol grubuna planlayarak gebe kalan kadınlar alındı. Planlamadan gebe kalma, gebeliğin istenen zamandan önce gerçekleşmiş olması ya da daha sonra olması tercih edilen bir gebelik olması veya hiç istenmeyen bir gebelik olması

şeklinde tanımlandı. Planlayarak gebe kalma, gebe kalmadan önce gebeliğin istenen zamanda gerçekleşmiş veya istenen bir gebelik olması şeklinde tanımlandı (5).

Bu çalışmada kadınlar için dahil etme kriterleri; 18-35 yaş arasında, en az ilkokul mezunu olma, vajinal yolla doğum yapmış olma, daha önceki gebeliklerinde düşük, bebek kaybı veya ölü doğum yapmamış olma idi. Bebekler için dahil etme kriterlerini ise miadında (37-42 haftalık), tekil, 2500-4000 gram ağırlığında doğmuş olma ve doğumsal anomalisi olmama oluşturdu. Katıldıktan sonra araştırmadan ayrılmak isteyen, veri toplama tamamlanmadan hastaneden taburcu olan, doğumdan sonra erken dönemde kendisi ve bebeğinde akut bir sağlık sorunu gelişen kadınlar araştırmadan çıkarıldı.

Veri toplama sürecinde toplam 370 kadın (183 vaka grubu; 187 kontrol grubu) çalışmaya davet edildi. Kontrol grubundan altı ve vaka grubundan dört kadın, eşi ya da diğer aile üyelerinin istemediği gerekçesiyle çalışmaya katılmayı kabul etmedi. Çalışmaya katılmayı kabul eden kontrol grubundan beş ve vaka grubundan iki kadın eşi ya da diğer aile üyelerinin istemediğini bildirerek çalışmadan ayrıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden kontrol grubundan iki, vaka grubundan üç kadın ise sağlık problemleri ve başka sebeplerle hastaneden erken ayrıldığı ve veri toplama aşamaları tamamlanamadığı için çalışmadan çıkarıldı. Sonuçta araştırmanın örneklemini toplam 348 kadın (Vaka grubu=174; Kontrol grubu=174) oluşturdu (Şekil 1).

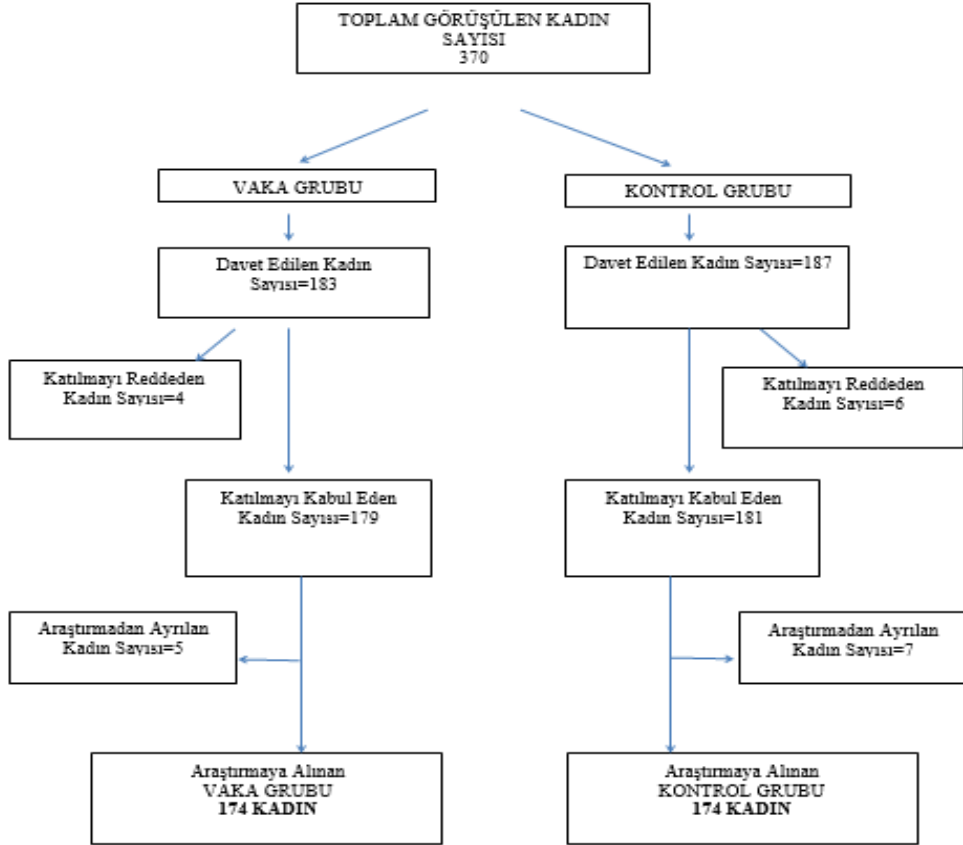
Veri Toplama Araçları

Veriler, anket formu ve Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği (DSEDÖ) ile toplandı. Anket formu, araştırmacılar tarafından hazırlandı (16,17). Formda, kadınların sosyo-demografik özelliklerinin ve araştırmanın diğer bağımsız verilerinin sorgulandığı 20 soru yer aldı. Bu formda kadınların ve eşlerinin yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, evlilik yılı, aile tipi, sağlık güvencesi, gelir düzeyi gibi bazı sosyo-demografik özellikleri, gebelik ve doğum sürecine ilişkin veriler (gebelikte problem yaşama, doğum ve bebek bakımı hakkında bilgi) ve bebeklerin özelliklerini (cinsiyeti ve doğum ağırlığı) içeren sorular yer aldı. Form, 15 kadına ön uygulama yapılarak denendi ve anlaşılması zor olan bir soru daha anlaşılır şekilde yeniden düzenlendi.

Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği (DSEDÖ) İngilizce adı The Postpartum Parenting Behavior Scale (PPBS) olan ölçek, doğumdan sonra anne-babanın bebeğiyle ilk karşılaşması sırasında bebeğe karşı gösterdikleri ebeveynlik davranışını değerlendirmek amacıyla Britton ve arkadaşları (18) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek anne-babalara sadece doğumdan sonraki ilk dakikalarda uygulanabilir. Ölçeğin, Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (15). Ölçeğin Türkçe formu altı maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler var/yok şeklinde işaretlenerek ikili puanlama yapılır; ölçekten en az 0, en yüksek 6 puan değeri elde edilir. Gözlemciler arası tutarlılık katsayısı toplam puan için 0.97'dir ve güvenilirlik katsayısı 0.80 ile 0.83 arasında değişmektedir (15). Bu çalışmada ölçeğin güvenilirlik katsayısı $\alpha=0.78$ olarak bulundu.

Verilerin Toplanması

Veriler, gözlem ve yüz yüze görüşme yöntemleriyle toplandı. İlk önce doğum salonlarına gidilerek planlamadan ve planlayarak gebe kalan kadınlar tespit edildi. Doğumdan sonra anne bebeğiyle buluşturularak 10 dakika beraber olmaları sağlandı. Bebeğine gösterdiği davranışlar gözlenerek DSEDÖ'ye kaydedildi. Annenin bebeğini emzirmesi sağlandı ve doğum sonrası bakımları yapıldı. Taburcu olmadan önce, yüz yüze görüşme yöntemiyle anket formu dolduruldu.



Şekil 1. Vaka ve Kontrol Grubundaki Kadınların Örnekleme Alınma Süreci

Araştırmanın Etik Yönü

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan, yapılan araştırmanın etik ilkelere uygun olduğuna ilişkin onay alındı (Protokol no: 2012/93). Araştırmanın yapıldığı hastanelerin yönetimlerinden yazılı izin alındı. Kadınlara araştırma amaç ve yöntemi hakkında açıklama yapıldıktan sonra katılmayı kabul eden kadınlardan yazılı onam alındı.

Veri analizi

Araştırmanın verileri PASW Windows 18.0 (SPSS, Chicago, IL) programı ile analiz edildi. Veriler tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi ve gruplar arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ileri ki-kare testi kullanıldı. Örneklem grubunun DSEDÖ toplam puanlarına göre normal dağılıma uyup uymadığını değerlendirmek için Kolmogorov

Smirnov testi kullanıldı. Örneklem grubunun DSEDÖ puanlarının dağılımı normal dağılıma uymadığı ($p<0.001$) için ikiden fazla bağımsız grup arasındaki farkın karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi ve iki grup karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi uygulandı. $P<0.05$ düzeyindeki değerler istatistiksel olarak önemli kabul edildi.

Bu çalışmada vaka ve kontrol gruplarının, kadının yaşı, evlilik yılı, eğitim düzeyi, aile tipi, gelir düzeyi, canlı doğum sayısı, gebelikte problem yaşama durumu, doğum öncesi bebek bakımıyla ilgili bilgi alma durumu, eşin yaşı, eşin eğitim düzeyi ve eşin çalışma durumu bakımından homojen olmadığı için yukarıdaki değişkenlerin doğum sonrası erken dönemdeki annelik davranışını etkileyen önemli karıştırıcı faktörler olduğu düşünüldü. Bu nedenle gebeliğin planlanmış ya da planlanmamış olması dışındaki diğer bağımsız değişkenlerin DSEDÖ puanına etkisini belirlemek için çoklu linear regresyon analizi uygulandı. Bağımsız değişkenler arasında yüksek korelasyon olduğunda değişkenlerin benzer bilgiler sağlayacağı ve her bir değişkenin etkisini ayırmanın zorlaşacağı belirtilmektedir (19). Burns ve Grove (20), değişkenler arasında 0.65'in üzerinde korelasyon bulunması durumunda çoklu bağlantının olduğundan bahsetmektedirler. Bu nedenle modele alınacak bağımsız değişkenler arasında doğrusal çoklu bağlantı test edildi. Bağımsız değişkenler arasında doğrusal çoklu bağlantı olup olmadığını test etmek için Pearson korelasyon testi ve Spearman korelasyon testi kullanıldı. Kadının yaşı ile evlilik yılı arasında ($r=0.71$; $p<0.001$) yüksek korelasyon, kadının yaşı ile eşinin yaşı arasında ($r=0.91$; $p<0.001$) ve kadının eğitim düzeyi ile eşinin eğitim düzeyi arasında ($r=0.92$; $p<0.001$) çok yüksek korelasyon bulundu. Birbiriyle yüksek ve çok yüksek korelasyon gösteren bu değişkenlerden evlilik yılı, eşin yaşı ve eşin eğitim düzeyi, grupları DSEDÖ puanları bakımından karşılaştırma ve çoklu linear regresyon analizine alınmadı. Sonuçta, gebeliğin planlanmış olma durumu, canlı doğum sayısı, kadının yaşı, kadının eğitim düzeyi, eşin çalışma durumu, aile tipi, gelir düzeyi, gebelikte problem yaşama durumu ve doğum öncesi bebek bakımıyla ilgili bilgi alma durumu modele alındı. Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı araştırmanın bağımlı değişkenidir. Araştırmanın ana bağımsız değişkeni gebeliğin planlı olup olmamasıdır. Diğer bağımsız değişkenleri ise kadınların yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, sağlık güvencesi, aile tipi, gelir düzeyi gibi bazı sosyo-demografik özellikleri, gebelik ve doğum sürecine ilişkin veriler (gebelikte problem yaşama, doğum ve bebek bakımı hakkında bilgilendirme) ve bebeklerin özelliklerini (cinsiyeti ve doğum ağırlığı) içeren veriler oluşturdu.

3. BULGULAR

Bu çalışma, planlamadan gebe kalan (vaka) 174; planlayarak gebe kalan (kontrol) 174 olmak üzere toplam 348 kadın ile yapıldı.

Sosyo-demografik özellikler

Vaka grubundaki kadınların yaş ortalaması 24.45 ± 5.08 yıl ve kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması 27.20 ± 4.26 yıl idi. Tablo 1'de araştırmaya katılan kadınların ve eşlerinin bazı sosyo-demografik özellikleri gösterildi. İki grubun yaş grupları dağılımı bakımından benzer olmadığı ($p<0.001$) ve yapılan ileri ki-kare analizinde bu farkın 19-29 yaş ile 30-35 yaş grupları arasındaki farktan kaynaklandığı saptandı ($p<0.001$). Vaka ve kontrol

grupları arasında evlilik yılına göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0.001$). Vaka grubunda 11-20 yıldır evli olan kadınların oranı kontrol grubuna göre daha fazlaydı ($p<0.001$).

İki grubun eğitim düzeyleri bakımından benzer olmadığı ($p=0.016$) ve vaka grubunda ilkökul mezunu kadınların oranının, lise veya üniversite mezunu kadınların oranından daha fazla olduğu saptandı ($p=0.004$). Vaka ve kontrol grubundaki kadınların eşlerinin çalışma durumlarına ($p=0.001$), aile tipine ($p=0.005$) ve algılanan gelir düzeyine ($p<0.001$) göre benzer olmadığı saptandı. Araştırmada iki grubun yalnızca sosyal güvence ve çalışma durumlarına göre benzer olduğu saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Kadınların ve Eşlerinin Bazı Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=348)

Özellikler	Vaka grubu (n=174)	Kontrol grubu (n=174)	χ^2	p
	n (%)	n (%)		
Yaş grubu				
18 – 19 yaş	27 (15.5)	3 (1.7)	23.458	<0.001
20 – 29 yaş	113 (65.0)	118 (67.8)		
30 – 35 yaş	34 (19.5)	53(30.5)		
Eş yaş grubu				
19 - 29 yaş	122 (70.1)	94 (54.0)	13.783	0.001
30 – 35 yaş	27 (15.5)	56 (32.2)		
36 – 44 yaş	25 (14.4)	24 (13.8)		
Evlilik yılı				
1 – 5 yıl	118 (67.8)	134 (77.0)	25.027	<0.001
6 – 10 yıl	26(14.9)	37 (21.3)		
11 – 20 yıl	30 (17.2)	3 (1.7)		
Eğitim düzeyi				
İlkokul	108 (62.1)	90 (51.7)	8.211	0.016
Ortaokul	48 (27.6)	47 (27.0)		
Lise / Üniversite*	18 (10.3)	37 (21.3)		
Eş eğitim düzeyi				
İlkokul	98 (56.3)	81 (46.6)	9.191	0.010
Ortaokul	54 (31.1)	49 (28.2)		
Lise/Üniversite*	22 (12.6)	44 (25.3)		
Çalışma durumu				
Çalışıyor	9 (5.2)	19 (10.9)	3.884	0.076
Çalışmıyor	165 (94.8)	155 (89.1)		
Eş çalışma durumu				
Çalışıyor	152 (87.4)	170 (97.7)	13.468	0.001
Çalışmıyor	22 (12.6)	4 (2.3)		
Aile tipi				
Geniş aile	30 (17.2)	12 (6.9)	8.773	0.005**
Çekirdek aile	144 (82.8)	162 (93.1)		
Sosyal güvence				
Olanlar	161(92.5)	164 (94.3)	0.419	0.666**
Olmayanlar	13 (7.5)	10 (5.7)		
Algılanan gelir düzeyi				
Gelir giderden az	106 (60.9)	11 (6.3)	116.206	<0.001
Gelir gidere eşit /fazla	68 (39.1)	163 (93.7)		

*Kontrol grubundaki lise/üniversite mezunu grubunda yer alan kadınların 6'sı üniversite mezunudur. Vaka grubunda lise/üniversite mezunu grubunda yer alan eşlerin 5'i, kontrol grubundaki eşlerin 7'si üniversite mezunudur.

**Gözlerde beklenen değerler 5-25 arasında olduğu için Yates-düzeltilmeli ki-kare analizi yapıldı.

Kadınların gebelik, doğum ve bebeklerinin özellikleri

Tablo 2'de kadınların gebelik, doğum ve bebeklerinin özelliklerine göre dağılımı gösterildi. Araştırmada kontrol grubundaki kadınların içinde ilk doğumunu yapanların oranı,

vaka grubuna göre daha fazlaydı ($p<0.001$). Vaka grubundaki kadınlar, kontrol grubundakilere göre gebelikte daha fazla problem yaşadıklarını ifade ettiler ($p<0.001$). Doğum öncesi bebek bakımı konusunda bilgi alma durumuna göre iki grup arasında fark vardı ($p<0.001$). Araştırmada bebeklerin cinsiyeti ve doğum kilolarına göre iki grup benzerdi ($p>0.05$).

Tablo 2. Kadınların Gebelik, Doğum ve Bebeklerinin Özelliklerine Göre Dağılımı (N=348)

Özellikler	Vaka grubu (n=174)	Kontrol grubu (n=174)	χ^2	p
	n (%)	n (%)		
Doğum sayısı				
İlk doğum	74 (42.5)	124 (71.3)	29.293	<0.001
2-8 doğum	100 (57.5)	50 (28.7)		
Gebelikte problem yaşama				
Yaşayan	47 (27.0)	18 (10.3)	15.910	<0.001
Yaşamayan	127 (73.0)	156 (89.7)		
Bebek bakımıyla ilgili bilgi alma				
Bilgi alan	102 (58.6)	138 (79.3)	17.400	<0.001
Bilgi almayan	72 (41.4)	36 (20.7)		
Bebeğin cinsiyeti				
Kız	93 (53.4)	93 (53.4)	0.000	1.000
Erkek	81 (46.6)	81 (46.6)		
Bebeğin doğum ağırlığı				
2500-2999 gr	41 (23.6)	39 (22.4)	2.980	.225
3000-3499 gr	67(38.5)	82 (47.1)		
3500-4000 gr	66 (37.9)	53 (30.5)		

Kadınların DSEDÖ puanları ve etkileyen faktörler

Araştırmaya katılan vaka grubundaki kadınların DSEDÖ puan ortalaması 2.01 ± 1.24 iken, kontrol grubundaki kadınların DSEDÖ puan ortalaması 5.18 ± 0.79 olarak saptandı. Yapılan istatistiksel analizde, vaka ve kontrol gruplarının DSEDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu saptandı ($p<0.001$). Buna göre vaka grubundaki kadınların DSEDÖ puan ortalamaları, önemli bir farkla kontrol grubundaki kadınların ortalamalarından düşüktü (Tablo 3).

Tablo 3. Vaka ve Kontrol Gurubundaki Kadınların DSEDÖ Puan Ortalamaları (N=348)

	Vaka grubu (n=174)	Kontrol grubu (n=174)	Z	p
	Ortalama±SS (Ortanca, alt-üst)	Ortalama±SS (Ortanca, alt-üst)		
DSEDÖ puanı	2.01 ± 1.24 (2.00, 0-6)	5.18 ± 0.79 (5.00, 2-6)	-15.259	<0.001

Araştırmaya katılan kadınların bazı sosyo-demografik ve doğuma ilişkin özelliklerine göre DSEDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldı (Tablo 4). Yaş gruplarına göre kadınların DSEDÖ puan ortalamaları arasında fark olduğu ($p=0.005$), 18-19 yaş grubundaki kadınların DSEDÖ puan ortalamalarının, daha büyük yaş gruplarındaki kadınların DSEDÖ puan ortalamalarından daha düşük olduğu saptandı. Araştırmada eğitim düzeyi yüksek olan kadınların daha düşük eğitim düzeyindeki kadınlara göre ($p<0.001$), eşleri çalışan kadınların eşleri çalışmayanlara göre ($p<0.001$), çekirdek ailede yaşayanların kadınların geniş ailede yaşayanlara göre ($p=0.019$) DSEDÖ puan ortalamaları daha yüksekti (Tablo 4).

Gelirleri giderlerine eşit ya da fazla olan kadınların geliri giderinden az olan kadınlara göre ($p<0.001$), ilk doğumunu yapan kadınların iki ve daha fazla doğum yapanlara göre ($p<0.001$), gebelikte problem yaşamayanların problem yaşayanlara göre ($p<0.001$) ve doğum öncesi bebek bakımıyla ilgili bilgi alan kadınların bilgi almayanlara göre ($p<0.001$) DSEDÖ puan ortalamaları daha yüksekti (Tablo 4).

Tablo 4. Kadınların Bazı Sosyo-demografik ve Doğuma İlişkin Özelliklerine Göre DSEDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=348)

Özellikler	DSEDÖ Puanı		χ^2_{kw}/ Z	p-değeri	
	Ortalama \pm SS	Ortanca (alt-üst)			
Yaş grubu	18 – 19 yaş	2.53 \pm 1.45	2.00 (0-6)	$\chi^2_{kw}=10.517$	0.005
	20 – 29 yaş	3.68 \pm 1.86	4.00 (0-6)		
	30 – 35 yaş	3.76 \pm 2.02	4.00 (0-6)		
Eğitim düzeyi	İlkokul	3.30 \pm 1.95	3.00 (0-6)	$\chi^2_{kw}= 23.617$	<0.001
	Ortaokul	3.61 \pm 1.71	4.00 (1-6)		
	Lise/Üniversite	4.64 \pm 1.61	5.00 (1-6)		
Eşin çalışma durumu	Çalışıyor	3.71 \pm 1.87	4.00 (0-6)	Z = -3.824	<0.001
	Çalışmıyor	2.19 \pm 1.65	2.00 (0-6)		
Aile tipi	Geniş aile	2.98 \pm 1.71	3.00 (0-6)	Z = -2.339	0.019
	Çekirdek aile	3.68 \pm 1.90	4.00 (0-6)		
Algılanan gelir düzeyi	Gelir giderden az			Z = -10.718	<0.001
	Gelir gidere eşit/fazla	2.01 \pm 1.57	2.00 (0-6)		
		4.40 \pm 1.49	5.00 (1-6)		
Doğum sayısı	İlk doğum	4.19 \pm 1.70	5.00 (0-6)	Z = -6.674	<0.001
	2-8 doğum	2.81 \pm 1.86	2.00 (0-6)		
Gebelikte problem yaşama	Yaşayan	2.71 \pm 2.00	2.00 (0-6)	Z = -3.960	<0.001
	Yaşamayan	3.80 \pm 1.81	4.00 (0-6)		
Bebek bakımıyla ilgili bilgi alma	Bilgi alan	4.03 \pm 1.75	5.00 (0-6)	Z = -6.463	<0.001
	Bilgi almayan	2.63 \pm 1.84	2.00 (0-6)		

Tablo 5’de kadınların DSEDÖ puanları ile sosyo-demografik, gebelik ve doğuma ilişkin faktörlerin ilişkisi gösterildi. Yapılan çoklu linear regresyon analizinde gebeliğin planlanma durumu, canlı doğum sayısı, kadının yaşı, eğitim düzeyi, eşin çalışma durumu, aile tipi, gelir düzeyi, gebelikte problem yaşama ve doğum öncesi bebek bakımı ile ilgili bilgi alma durumunun kadınların DSEDÖ puanıyla ilişkisi test edildi. Buna göre diğer faktörler kontrol altına alındıktan sonra gebeliğin planlanma durumunun ($p<0.001$), canlı doğum sayısının ($p=0.002$), gelir düzeyinin ($p=0.001$) ve doğum öncesi bebek bakımı ile ilgili bilgi alma durumunun ($p=0.002$) kadınların DSEDÖ puanını etkileyen faktörler olduğu saptandı.

Tablo 5. Kadınların DSEDÖ Puanları ile İlişkili Faktörler (N=348)

İlişkili Faktörler	β	SE	t	p	(95% CI)
					Alt, Üst
(Constant)	4.501	0.429	10.480	<0.001	3.656, 5.346
Gebeliğin planlanmamış olması*	-2.535	0.149	-16.965	<0.001	-2.829, -2.241
Canlı doğum sayısı	-0.239	0.077	-3.097	0.002	-0.392, -0.087
Kadının yaşı	0.014	0.015	0.938	0.349	-0.015, 0.043
İlkokul mezunu olma *	-0.124	0.110	-1.124	0.262	-0.340, 0.093
Eşin çalışmaması*	0.408	0.213	1.914	0.056	-0.011, 0.828
Geniş aile*	0.026	0.180	0.145	0.885	-0.328, 0.380
Gelirin giderden az olması*	-0.473	0.141	-3.362	0.001	-0.750, -0.196
Gebelikte problem yaşama *	-0.070	0.139	-0.507	0.612	-0.344, 0.203
Bebek bakımı konusunda bilgi alma*	0.398	0.129	3.092	0.002	0.145, 0.651

β = Beta, SE= Standart hata, CI= Güven aralığı

*Dummy kodlama: 1=Evet, 0=Hayır (Model=1, Metot=Enter, R=0.868, R²=0.753, Düzeltilmiş R²=0.747, Durbin-Watson=2.014)

4. TARTIŞMA

Bu çalışmada, kadınların doğum sonrası erken dönemde bebekleriyle ilk karşılaşmada bebeklerine karşı gösterdikleri ebeveynlik davranışlarına ilişkin bulgular incelendiğinde, planlamadan gebe kalan kadınların ebeveynlik davranışı puanları, planlayarak gebe kalan kadınlarından daha düşüktü. Anne olma süreci yoğun psikolojik, sosyal ve fiziksel hazırlık ve ayrıca çalışmayı gerektirir (14). Gebelik planlanmadığında ya da anne-baba olmaya hazır olunmadığında gebelik ve ebeveynlik rolüne uyum daha güç olmaktadır. Anne olmaya hazır ve planlayarak gebe kalan kadınlar doğum sonrası bebekleriyle daha olumlu ilişki kurabilirler. Doğum sonrası ilk dakikalar, ilk saatler ve ilk günler anne ile bebeğin yeni durumlarına uyumları ve aralarındaki ilişkiyi geliştirme yönünden önemli bir dönemdir (12,21). Gebeliğin istenmiş ve/veya planlanmış olması, bebeğin doğumdan hemen sonra çıplak bir şekilde anneye kucaklaşmasının sağlanması ve ikisi arasındaki yakın beden temasının sağlanması olumlu annelik davranışını ve anne-bebek ilişkisini destekler (17,22,23). Yapılan çalışmalarda, planlamadan gebe kalan kadınlar ile bebekleri arasındaki etkileşimin, planlayarak gebe kalan kadınlarından daha yetersiz olduğu, eğitim düzeyinin, algılanan aile gelir durumunun, gebelik sayısının ve aile-bebek bağlarını güçlendiren yöntemlerin hepsinin, anne-bebek etkileşimini etkilediği bildirilmiştir (10,24,25).Yapılan bir çalışmada kadınların gebeliği planlama durumlarına göre doğum sonrası erken dönemdeki annelik davranışı arasında anlamlı

bir ilişki olduğu, planlayarak gebe kalan kadınların davranış puanlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (26). Bu çalışmada da gebeliğin planlanma durumunun annelik davranışı puanını etkilediği, planlayarak gebe kalan kadınların annelik davranış puanlarının yüksek olduğu, diğer bir deyişle bebeklerine olumlu annelik davranışı gösterdikleri saptandı. Buna göre gebeliğin planlanmış ya da planlanmamış olması, annelik davranışı ile ilişkili önemli bir faktör olarak gösterilebilir. Planlayarak gebe kalan kadınların kendilerini anneliğe hazır hissetmeleri DSEDÖ puanının yüksek olmasında etkili olmuş olabilir.

Bu çalışmada planlamadan gebe kalmanın doğum sonrası erken dönemdeki annelik davranışına etkisi araştırılmak istendi. Fakat eşlik eden bazı sosyo-demografik ve doğuma ilişkin faktörlerin de annelik davranışı ile ilişkili rolünün olabileceği düşünüldü. Bu nedenle planlamadan gebe kalmanın diğer faktörler kontrol altına alındıktan sonra doğum sonrası erken dönemdeki annelik davranışına etkisinin olup olmadığı ve ne kadar etki ettiğinin bilinmesine gereksinim duyuldu. İstatistiksel olarak annelik davranış puanları bakımından anlamlı farklılık saptanan faktörler, gebeliğin planlanma durumu ile birlikte çoklu linear regresyon analizine alındı. Bu faktörler kadınların yaşı, eğitim düzeyi, eşlerin çalışma durumu, gelir düzeyi, aile tipi, canlı doğum sayısı, gebelikte problem yaşama ve doğum öncesi bebek bakımıyla ilgili bilgi alma durumuydu. Buna göre diğer faktörler kontrol altına alındıktan sonra gebeliğin planlanma durumunun, canlı doğum sayısının, gelir düzeyinin ve doğum öncesi bebek bakımı ile ilgili bilgi alma durumunun doğum sonrası erken dönemde kadınların bebeklerine gösterdikleri annelik davranışı ile ilişkili faktörler olduğu belirlendi. Böylece bu çalışmada gebeliğin planlanmamış olmasının yanında kadınların doğum sonu erken dönemde annelik davranışı ile ilişkili olabilecek diğer birçok faktörün de rolünün olabileceği gösterildi.

Sınırlılıklar

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Birincisi, kadınlara araştırmaya katılmayı isteyip istemedikleri ve araştırma ile ilgili açıklamalar, doğum sonrası erken dönemdeki annelik davranışı gözlenmeden önce yapıldığı için bu durum, kadınların bebeklerine gösterdikleri davranışları etkilemiş olabilir. İkincisi, örneklem grubuna alınacak kadınların yaş aralığı 18-35 yaş olarak planlandığı için daha genç ve ileri yaş kadınlar araştırmaya alınmadı, bu durum araştırma sonuçlarını etkilemiş olabilir. Üçüncüsü, vaka ve kontrol grubuna alınan kadınlar randomize olarak seçilemedi. Bu nedenle gebeliğin planlanmış ya da planlanmamış olması dışındaki diğer bağımsız değişkenler kontrol altına alınmadı. Bu durumda vaka ve kontrol grupları arasında diğer bağımsız değişkenler bakımından homojenlik sağlanamadı. Yine de bu çalışmada yapılan regresyon analizi sonucunda planlanmamış gebeliğin doğum sonrası erken dönemdeki kadınların ilk annelik davranışını etkileyen en önemli faktör olduğu ortaya konuldu.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada planlamadan gebe kalan kadınlar ile planlayarak gebe kalan kadınlar arasında doğum sonrası ilk karşılaşmada bebeklerine gösterdikleri ebeveynlik davranışı bakımından önemli fark vardı. Planlayarak gebe kalan kadınlar doğum sonrası erken dönemde bebeklerine karşı daha olumlu ebeveynlik davranışı gösterirken, planlamadan gebe kalan kadınlar daha olumsuz ebeveynlik davranışı gösterdiler. Gebeliğin planlanmamış olması

doğum sonrası erken dönemdeki ebeveynlik davranışını olumsuz etkileyen önemli bir faktördür. Çalışma sonucunda kadınların planlamadan gebe kalması, canlı doğum sayısının fazla olması, gelirinin giderden az olması ve doğum öncesi bebek bakımı ile ilgili bilgi almamış olması, kadınların doğum sonrası erken dönemdeki annelik davranışlarını olumsuz etkileyen faktörler olarak bulundu. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, ebe ve hemşirelerin kadınlara ve eşlerine, istedikleri zaman ve bakabilecekleri sayıda çocuk sahibi olmaları için planlı gebelik konusunda gerekli danışmanlık vermeleri önerilir. Ebe ve hemşireler tarafından, doğum sonrası erken dönemde annelik davranışı ile ilişkili risk faktörlerinin bilinmesi, annelerin gereksinimlerinin belirlenmesi ve özellikle planlamadan gebe kalan kadınların ebeveynliğe uyumlarının desteklenmesi önemlidir. Ayrıca ebe ve hemşireler, doğum sayısı fazla olan, gelir düzeyi düşük olan ve doğum öncesi bebek bakımıyla ilgili bilgi almamış olan kadınlara daha fazla zaman ayırabilir ve destek olabilirler.

Araştırmanın Etik Yönü

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan, yapılan araştırmanın etik ilkelere uygun olduğuna ilişkin onay alındı (Protokol no: 2012/93). Araştırmanın yapıldığı hastanelerin yönetimlerinden yazılı izin alındı. Kadınlara araştırma amaç ve yöntemi hakkında açıklama yapıldıktan sonra katılmayı kabul eden kadınlardan yazılı onam alındı.

Çıkar çatışması

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

Teşekkür

Bu araştırmaya katılan kadınlara teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Guttmacher Institute. (2018). Unintended pregnancy rates declined globally from 1990 to 2014. <https://www.guttmacher.org/news-release/2018/unintended-pregnancy-rates-declined-globally-1990-2014> (Erişim tarihi: 29 Eylül 2019).
2. Sedgh, G., Singh, S., & Hussain, R. (2014). Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Stud Fam Plann*, 45(3), 301–314.
3. Wellings, K., Jones, K. G., Mercer, C. H., Tanton, C., Clifton, S., Datta, J., et al. (2013). The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet* 382(9907), 1807–1816.
4. Sisay, A., Asres, N., & Tesfaye, S. (2019). Prevalence of unplanned pregnancy and factor among pregnant women, Ethiopia 2018 GC. *Clinical Medicine Research*, 8(2), 39-46.
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2014). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. (ss.115-128). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, TC Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2018. (ss.70-82). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, TC Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
7. Yanikkerem, E., Ay, S., & Piro, N. (2013). Planned and unplanned pregnancy: Effects on health practice and depression during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res*, 39(1), 180–187.
8. Ersoy, E., Karasu, Y., Çelik, E., Ersoy, A., Tokmak, A., & Taşçı, Y. (2015). Gebeliği plansız olan kadınların kişisel özellikleri ve kontrasepsiyon hakkındaki düşünceleri (Individual features and contraceptive attitudes of women who had unintended pregnancy). *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 6(3), 250-255.
9. Tekiner, A. S., Çetin, F., Ceyhun, G., & Kafkaslı, A. (2010). Planlanmamış gebelikler ile kontraseptif yöntemler arasındaki ilişki. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 65-71.
10. Karaçam, Z., Şen, E., & Amanak, K. (2010). Effects of unplanned pregnancy on neonatal health in Turkey: A case-control study. *Int J Nurs Pract*, 16(6), 555-563.
11. Tsegaye, A. T., Mengistu, M., & Shimeka, A. (2018). Prevalence of unintended pregnancy and associated factors among married women in west Belessa Woreda, Northwest Ethiopia, 2016. *Reprod Health*, 15(201),1-8.
12. Beydağ, K. D. (2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 479-484.
13. Karaçam, Z., Önel, K., & Gerçek, E. (2011). Effects of unplanned pregnancy on maternal health in Turkey. *Midwifery*, 27(2), 288–293.
14. Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *J Nurs Scholarsh*, 26(3), 226-232.
15. Çalışır, H., Karaçam, Z., Akgül, F. A., & Kurnaz, D. A. (2009). Doğum sonrası ebeveynlik davranışı ölçeğinin Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 1-8.
16. Çalışır, H., & Başbakkal, Z. (2003). İlk kez anne olan kadınların annelik rolü başarımlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye.
17. Çalışır, H., & Karaçam, Z. (2011). Factors associated with parenting behavior of mothers in the early postpartum period in Turkey. *Nursing and Health Sciences*, 13(4), 488-494.
18. Britton, H. L., Gronwaldt, V., & Britton, J. R. (2001). Maternal postpartum behavior and mother-infant relationship during the first of life. *J Pediatr*, 138, 905-909.
19. Akgül, A. (2005). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri “SPSS Uygulamaları”. (ss.187-403). Ankara: Emek Ofset.
20. Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The Practice of Nursing Research (4th ed)*. Philadelphia: Saunders Company.
21. Yıldırım, G., & Gökyıldız, Ş. (2004). Sağlıklı bebeğe sahip olamayan ailelerin yaşadığı psikososyal sorunlar. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(3), 74-82.
22. Kennell, J., & Mcgrath, S. (2005). Starting the process of mother-infant bonding. *Acta Paediatrica*, 94(6), 775-777
23. Kavlak, O., & Şirin, A. (2009). Maternal bağlanma ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1), 188-202.
24. Çoban, A. (2003). Doğum sonrası anne-yenidoğan etkileşimini etkileyen bazı etmenlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye.
25. Çoban, A., & Saruhan, A. (2005). Anne-bebek etkileşiminde hemşirenin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 21(2), 89-96.

26. Özkan, H., Kanbur, A., Apay, S., Kılıç, M., Ağapınar, S., & Özorhan, E. Y. (2013). Annelerin doğum sonu dönemde ebeveynlik davranışlarının değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 47(3), 117-121.

Proje Tabanlı Öğretimin Öğrencilerin Öğrenme Tutumları ve Öğretme- Öğrenme Ortamı Algılarına Etkisi

The Impact of Project-Based Teaching on Attitudes Toward Learning and Teaching- Learning Environment Perceptions of Students

Yıldız DENAT¹ A,B,C,D,E,F,G , Emel TUĞRUL¹ C,D,E,F 

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

ÖZ

Amaç: Araştırma proje tabanlı öğretim yönteminin öğrencilerin öğretme- öğrenme tutumları ve öğretim ortamı algılarına etkisini incelemek amacıyla tek grup ön test- son test yarı deneysel desen olarak planlanmıştır.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini Türkiye'nin batısındaki bir üniversitenin hemşirelik fakültesinde 2019-2020 eğitim öğretim yılında hemşirelikte öğretim dersi alan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 133 öğrenci oluşturdu. Veriler "Bilgi Formu", "Öğrenmeye İlişkin Tutum Ölçeği", "Öğretme-Öğrenme Ortamı Algısı Ölçeği" ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde frekans, yüzde, aritmetik ortalama, t-testi (Paired Samples t-test) analizleri kullanıldı.

Bulgular: Öğrencilerin öğrenmeye ilişkin tutum ölçeği alt faktör puan ortalamaları incelendiğinde öğrencilerin tüm alt faktör puan ortalamalarının proje tabanlı öğretim öncesi ve sonrası oldukça yüksek olduğu öğrenmenin doğasına ilişkin puan ortalamalarının proje tabanlı öğretim sonrası anlamlı düzeyde azaldığı ($p<0.05$), diğer alt faktörler açısından anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) saptandı. Öğrencilerin öğrenme-öğretme ortamı algısı ölçeği alt faktör puan ortalamaları incelendiğinde öğrencilerin proje tabanlı öğretim sonrası öğretme-öğrenme etkinliklerine ilişkin algılarının anlamlı düzeyde arttığı ($p<0.05$), değerlendirme ve iş yükü algılarının ise anlamlı düzeyde azaldığı ($p<0.05$) belirlendi.

Sonuç: Bu çalışma sonucunda proje tabanlı öğretimin öğrencilerin öğrenmenin doğasına ilişkin tutumlarını değiştirdiği, öğrenme-öğrenme ortamının derinlemesine öğrenmeye yönlendiriciliğini arttırdığı saptandı.

Anahtar Kelimeler: Proje Tabanlı Öğrenme, Öğrenme Tutumu, Öğrenme Ortamı Algısı, Hemşirelik, Hemşirelik Eğitimi.

ABSTRACT

Objective: The study was planned in a single-group pretest-posttest quasi-experimental design to examine the impact of project-based teaching method on attitudes toward learning, and teaching-learning environment perceptions of students.

Methods: Sample of the study consisted of 133 students who receive the lesson of teaching in nursing in a nursing faculty of a university in the west of Turkey during the 2019-2020 academic year and agreed to participate in the study. The data were collected via the "Information Form", "The Scale of Attitudes Toward Learning", "Teaching-Learning Environment Perception Inventory" and were evaluated using frequency, percentage, arithmetic mean and t-test (Paired Samples t-test) analyses.

Results: Examining students' sub-factor score averages of the scale of attitudes toward learning; it was determined that their sub-factor score averages were all very high before and after the project-based teaching, while their score averages related to the nature of learning significantly decreased after the project-based teaching ($p<0.05$) and there was no significant difference in terms of other sub-factors ($p>0.05$). Examining students' sub-factor score averages of the Teaching-Learning Environment Perception Scale; it was determined that their perceptions regarding teaching-learning activities significantly increased after the project-based teaching ($p<0.05$), whereas their assessment and work load perceptions significantly decreased ($p<0.05$).

Conclusion: As a result of this study, it was determined that project-based teaching changed students' attitudes toward the nature of learning and increased their tendency to learn the teaching-learning environment profoundly.

Key words: Project-Based Learning, Learning Attitude, Learning Environment Perception, Nursing, Nursing Education.

Sorumlu Yazar: Yıldız DENAT

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye
denat09@gmail.com

Geliş Tarihi: 03.03.2020 – Kabul Tarihi: 26.05.2020

Yazar Katkıları: A) Fikir/Kavram, B) Tasarım, C) Veri Toplama ve/veya İşleme, D) Analiz ve/veya Yorum, E) Literatür Taraması, F) Makale Yazımı, G) Eleştirel İnceleme

1. GİRİŞ

Günümüzde dünya hızla gelişmekte, belirli bir alanda yetiştirilen bir bireyin mezuniyetinde almış olduğu eğitim gelişmelerden dolayı neredeyse tamamen değişmektedir. Bilginin bu kadar hızlı değiştiği bir toplumda bireylerin gelişimi ve değişimi yakalamaları için öncelikle öğrenmeye yönelik olumlu tutumlar geliştirmiş ve öğrenmeye karşı kaygı durumundan uzaklaşmış olmaları gerekmektedir. Nitekim bireylerin öğrenmeye yönelik yaklaşımları öğrenme sonuçlarını etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda bireylerin öğrenmeye yönelik olumlu tutumlara sahip olduklarında öğrenmede daha iyi bir durum sergiledikleri belirlenmiştir (1-3). Braten ve Stromson'ın (2006) yaptığı çalışmada, öğrencilerin bir konuyu öğrenmeye yönelik tutumlarının, öğrenmek için gerekli aktivitelere katılma durumlarını yönlendirdiği, bilgi edinmeye yönelik inançlarının da bilgi edinme performanslarını önemli ölçüde etkilediği saptanmıştır (1). Yapılan çalışma sonuçlarına göre konu veya derse yönelik olumlu tutumlar derse veya konuya yönelik öğrenci motivasyonlarını artırmakta, akademik başarılarında olumlu yönde etkilemektedir (1-4).

Eğitim sürecinde öğrencilere öğrenmeye ilişkin olumlu tutumların kazandırılması kadar önemli bir diğer konu da öğretme- öğrenme ortamına ilişkin algılardır. Çünkü öğrenmeye ilişkin olumlu tutumların gelişmesinde öğrenme ortamı da etkin bir rol oynamaktadır (5,6). Karagiannopoulou ve Christodoulides (2005) araştırmalarında üniversite giriş sınavlarından ziyade, öğrencinin öğrenme ortamına yönelik tutumlarının akademik başarıda etkili olduğunu ifade etmişlerdir (5). Öğretim sürecinde öğrencilere kendi bilgilerini oluşturabilecekleri, sorgulayabilecekleri, araştırma yapabilecekleri ve çeşitli fikirler üreterek bu fikirlerini rahatça paylaşabilecekleri ortamlar oluşturmak önemlidir. Böylesi ortamlar hazırlamanın bir yöntemi de proje tabanlı öğretim ortamları sağlamaktır. Proje tabanlı öğretim ortamları ile öğrenciler ulusal ve uluslararası problemlere karşı daha duyarlı olacak, öğreneceği bilgileri uygulama ve kullanma imkanı bulacaklardır (6). Bu tarz çalışmalar öğrencilerin derslere ve araştırmalara olan ilgi ve motivasyonunu arttıracaktır (7).

Proje tabanlı öğretimin ana felsefesi yapılandırmacı yaklaşımı temel alır. Öğrenenin kendi bilgisini oluşturması öğrenmenin anlamlı ve etkili olmasını sağlamaktadır (8,9). Bu öğretim yöntemi; konu seçimi, kaynak tarama, zaman takvimi ve maliyet hesabının yapılması, konu ile ilgili bilgilerin toplanma yöntemlerinin belirlenmesi, elde edilen bulguların derlenmesi ve raporlama aşamalarından oluşur (10). Yapararak ve yaşayarak öğrenmeyi sağlayan proje tabanlı öğretim, eğitmen bazlı sınıf içi uygulamalar yerine daha uzun süreçli, birçok disiplinler arası yaklaşımı kapsayan, küçük gruplar ile problem çözümünü amaçlayan, öğrenenlerin ilgisini ve istekliliğini arttıran, öğrenmeyi daha anlamlı bir duruma getiren, öz değerlendirmeyi ve kişilerarası iletişimi geliştiren bir yöntemdir (7,11-17). Proje tabanlı öğretim ortamlarında öğrenenin ne öğreneceği kadar nasıl ve niçin öğreneceği ön plandadır (18). Böylesi bir anlayış, öğrenenlerin bilgiyi ve bilgi edinme sürecini yapılandırarak keşfetmelerini sağlar (19). Öğrenenin, öğrenme sürecinde önemli bir sorumluluk alması gerektiğini temel alan bu yaklaşım, okuldaki öğrenmelerin öğrenen merkezli olmasını sağlar (20). Öğretmenin rolü ise süreci düzenleme, yönlendirme ve rehberlik etmedir (21). Kişilerin kendi bilgilerini oluşturması, sorgulaması, yaratması, problem çözmesi, derinlemesine anlaması yapılandırmacı öğrenmenin bir sonucu şeklinde açıklanır (22). Öğrenenler çoğunlukla gruplar halinde çalışır, temel nokta öğrenme ortamını öğrencilerin yeni bilgi ve becerileri etkili bir şekilde inşa

edebilecekleri şekilde yapılandırmaktır (23). Bu tür ortamlar öğrenenin çalışma isteğini pekiştirecektir. Bu ortamlar; öğrenenlerin okul ve derslere daha iyi uyum sağlamalarına, derslerinden daha yüksek başarı elde etmelerine, öğrenmeye yönelik olumlu tutumlar kazanmalarına, daha fazla çaba harcamalarına, kendilerine güvenmelerine, zor araştırmaları sonuçlandırmak için ısrarcı davranmalarına, bilgiyi hatırlamalarına ve bilginin gerekliliğini anlamalarına neden olacaktır (24,25).

Günümüzde bilgiyi üreten, derleyen, sorgulayan, kanıt temelli çalışan hemşirelere ihtiyaç vardır. Hemşirelik bilminde kanıta dayalı uygulamaların kullanılması ve bilim - teknoloji alanındaki gelişmeler hemşirelerin yeni öğrenme hedefleri ve yeni öğrenme stratejileri geliştirmelerini gerektirmektedir (26). Proje tabanlı öğretime ilişkin hemşirelik alanında yapılan çalışmalar incelendiğinde çalışmaların genellikle proje tabanlı eğitimin öğrencilerin sosyal becerilerine, öz etkililik-öz yeterliliklerine ve yaşam boyu öğrenme eğilimleri üzerine etkisine yönelik olduğu görülmüştür (27,28). Bu çalışmada amaç öğrencilerin proje tabanlı öğretime dayalı olarak aldıkları dersin öğrencilerin öğrenme tutumlarına ve öğretme- öğrenme ortamı algılarına etkisini incelemektir. Bu çalışmalar sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda öğretim ortamlarının düzenlenmesi, yeni öğretim yöntemlerinin aktif olarak kullanılması ve öğrencilerin kendilerini daha rahat ifade edeceği ortamlar yaratılması sağlanabilir.

2. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmanın amacı ve tipi

Bu araştırmanın amacı proje tabanlı öğretimin öğrencilerin öğrenme tutumlarına ve öğretme-öğrenme ortamı algılarına etkisini belirlemektir. Araştırma tek grup ön test-son test yarı deneysel bir çalışmadır.

Araştırmanın evren ve örnekleme

Araştırmanın evrenini Türkiye'nin batısındaki bir üniversitenin hemşirelik fakültesinde 2019-2020 eğitim öğretim yılında hemşirelikte öğretim dersi alan 260 öğrenci oluşturdu.

Araştırmada örneklem hacminin hesaplanması, Karaçalı ve Korur (2014) tarafından proje tabanlı öğretim yönteminin öğrencilerin akademik başarı ve tutumlarını değerlendirdikleri bir çalışmaya dayalı olarak yapıldı (29). Bu araştırmaya dayalı yapılan analizde, G*Power 3.1.7 ile power: 0.80, $\alpha=0.05$, örneklem; 220 ve t- testi kullanılarak gerçekleştirilen hesaplamada effect size: 0.246 bulundu. Bu araştırmanın örnekleme alınması gereken en az birey sayısı G*Power 3.1.9.2 ile effect size:0.30, $\alpha=0.05$, power: 0.80 ve t testi yapılacağı varsayımı ile hesaplanmış ve 63 olarak bulundu. Araştırmaya, olası vaka kayıpları da düşünülerek, olasılıksız örnekleme yöntemi ile derse devam eden ve ön test son test uygulamalarının ikisine de katılması öngörülen toplam 260 kişinin alınması planlandı. Araştırma, araştırmaya katılmayı kabul eden ve proje tabanlı eğitimin tüm aşamalarına katılan 133 öğrenci ile tamamlandı.

Veri toplama araçları

Veriler öğrencileri tanıttıcı özellikleri içeren “Bilgi Formu”, “Öğrenmeye İlişkin Tutum Ölçeği”, “Öğretme-Öğrenme Ortamı Algısı Ölçeği” ile toplanmıştır.

Bilgi Formu: Bu form öğrencilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer en son mezun olduğu okul, mesleği isteyerek seçme, hemşirelik eğitiminden memnuniyet bilgilerini içeren sorulardan oluşmaktadır.

Öğrenmeye İlişkin Tutum Ölçeği: Kara (2010) tarafından geliştirilip geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları aynı kişi tarafından yapılan ölçek 40 madden oluşmaktadır ve maddeler 5'li likert derecelendirme (Hiç Katılmıyorum, Kısmen Katılmıyorum, Kararsızım, Çoğunlukla Katılıyorum, Tamamen Katılıyorum) ile hazırlanmıştır. Ölçekte belirlenen olumsuz cümlelerin cevapları “Tamamen Katılıyorum:5 den “ Hiç Katılmıyorum” 1 ‘e doğru puanlanmıştır. Ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı: .73 olarak belirlenmiştir (4).

Öğretme-Öğrenme Ortamı Algısı Ölçeği: Ekinci (2008) tarafından geliştirilen ölçek, beşli likert tipi (1-Hiç yansıtıyor-5 Tam yansıtıyor) bir ölçek olup (1) Öğretme-Öğrenme Etkinlikleri, (2) Değerlendirme ve (3) İş yükü boyutlarından oluşmaktadır. Ölçekte birinci boyutta 17, ikinci boyutta 9 ve üçüncü boyutta 5 olmak üzere toplam 31 madde yer almaktadır. Ölçeğin güvenilirlik düzeyine ilişkin hesaplanan Cronbach Alpha (α) değerleri birinci boyut için, 89, ikinci boyut için 84, üçüncü boyut için 65 ve bütünü için 86'dır. Ölçeğin minimum, orta ve maksimum puanları öğretim etkinliklerinde; alabilecekleri en yüksek puan 85, orta puan 51, en düşük puan 17'dir. Ölçeğin değerlendirme boyutundan alınabilecek en yüksek puan 45, orta puan 27, en düşük puan 9 dur. Ölçekte bazı maddeler ters puanlanmıştır. Ölçeğin iş yükü boyutundan alınabilecek en yüksek puan 25, orta puan 15, en düşük puan 5'dir. Ölçeğin genel öğrenme-öğretme ortamı algısı için en yüksek puan 155, orta puan 93, en düşük puan 31 dir (30). Puanların alınabilecek en üst puana yakınlık derecesi öğretim-öğrenme ortamının, derinlemesine öğrenmeye yönlendirici olma derecesini ortaya koyarken, uzaklaşma derecesi ortamın derinlemesine öğrenmeye yönlendirici olmaktan uzaklaşma derecesini ortaya koyduğu şekilde değerlendirilmektedir.

Araştırmanın uygulanması

Araştırma verileri proje tabanlı öğretim yöntemine göre yürütülen “Hemşirelikte Öğretim” dersinin uygulaması sürecinde toplandı. Veriler araştırmacı tarafından, çalışmanın amacı ve önemi, veri toplama formları öğrencilere açıklandıktan sonra gönüllü öğrencilere sınıfta veri toplama formları dağıtılarak toplandı.

Bu dersin uygulaması sürecinde tüm öğrenciler 10-12 kişiden oluşan çalışma gruplarına ayrıldı. İlk aşamada öğrencilerden bir proje konusu belirlemeleri istendi. Her bir grup kapsamlı literatür taraması yaparak sınıf önünde bu projenin kabulü için savunma yaptı. Daha sonra proje konusuna ilişkin dersin teorik bölümünde öğretilen bir eğitim planını adım adım uygulamaları istendi. Bu doğrultuda proje konusunda belirtilen eğitimin amaç ve hedeflerini belirleyerek literatür taraması eşliğinde içerik planı hazırlama, ve bir eğitim planı oluşturma süreçleri tamamlandı. Öğrenciler bu eğitim planını oluşturma sırasında kapsamlı literatür taraması yaptı, gerektiğinde uzman kişi ve kurumlarla görüştü. Bu aşamada öğrencinin bilgiye ulaşması, literatüre hakim olması ve eğitim plan ve uygulamasını etkileyen faktörleri de dikkate alarak bir eğitim planı oluşturma hedeflendi. Öğrenciler literatür doğrultusunda ve tüm literatürü harmanlayarak verilen yazım kuralları doğrultusunda proje konusuna ilişkin eğitim içeriğini yazılı hale getirdi. Eğitim içeriği, eğitim amaç ve hedefleri doğrultusunda öğrencilerden uygun öğretim yöntem ve teknikleri ile öğretim araç gereçlerine karar vermeleri ve hazırlamaları

istendi. Öğrenciler proje çalışmalarını eğitim planı doğrultusunda, belirledikleri öğretim yöntem ve teknikleri ile öğretim araç-gereçlerini etkili sunum tekniklerine uygun olarak tüm dersi alan öğrenciler ve dersin öğretim elemanları önünde sundu. Sunum sonrasında hem kendileri proje çalışmasına ilişkin geri bildirim verdi, hem de sınıf ve öğretim elemanları tarafından geri bildirim aldılar. Tüm bu aşamalarda öğretim elemanları gerekli teorik bilgiyi vermenin yanı sıra öğrencilere rehberlik yaparak süreci doğru yönetmelerine yardımcı oldu. Proje uygulaması sonunda öğrencilere öğrenmeye ilişkin tutum ölçeği ve öğretme-öğrenme ortamı algısı ölçeği uygulandı.

Araştırmanın etik boyutu

Araştırmanın yürütülmesi için, Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (14.10.2019 tarihli, III Nolu karar ve 50107718-050.99 sayılı) onay, çalışmanın yürütüldüğü ilgili kurumdan yazılı izin, öğrencilerden ise yazılı onam alındı.

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma, sadece bir üniversitede eğitim gören hemşirelik öğrencilerinde yürütülmüştür. Bu nedenle Türkiye'deki tüm hemşirelik öğrencilerine genellenemez. Çalışmada veri toplamak amacıyla bilgi formu ve iki ölçüm aracının kullanılması, öğrencilerin yanıtlarını bu formlarda yer alan ifadeler ile sınırlamıştır. Çalışmanın dersin işlenişi gereği tek grup ön test-son test yarı deneysel bir çalışma olarak yürütülmesi bir kontrol grubu bulunmaması, son test ölçümlerinin final sınavlarına çok yakın bir tarihe rastlıyor olması çalışmanın diğer sınırlılıklarıdır.

Verilerin değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS 18.0 (Statistical Package for Social Sciences) programında analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde frekans, yüzde, aritmetik ortalama hesaplandı. Ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğunu belirlemek için normallik testi yapıldı. Ölçek puanları normal dağılım gösterdiği (Kolmogorov-Smirnov $p > 0.05$) belirlendi. Verilerin değerlendirilmesinde t-testi (Paired Samples t-test) analizi kullanıldı. Analizlerde $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3. BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21.71 ± 1.40 olup, %74.4'ü kız, %97.7'si bekar. Araştırmada öğrencilerin %94.7'sinin düz lise mezunu olduğu, % 43.6'sının öğrenci yurdunda kaldığı, %66.9'unun mesleği isteyerek tercih ettiği ve %49.6'sının eğitimden kısmen memnun olduğu belirlendi.

Öğrencilerin öğrenmeye ilişkin tutum ölçeği alt faktör puan ortalamaları incelendiğinde öğrencilerin tüm alt faktör puan ortalamalarının proje tabanlı öğretim öncesi ve sonrası oldukça yüksek olduğu öğrenmenin doğasına ilişkin puan ortalamalarının proje tabanlı öğretim sonrası anlamlı düzeyde azaldığı ($p < 0.05$), diğer alt faktörler açısından anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0.05$) saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin Proje Tabanlı Öğretim Öncesi ve Sonrası Öğrenme Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Öğrenmeye İlişkin Tutum Ölçeği Alt Faktörleri	Ölçek Min- Max. Puan Aralığı	Ön-Test		Son Test		İstatistiksel Analiz t/p
		X	SS	X	SS	
Öğrenmenin Doğası	7-35	30.87	3.34	29.13	4.40	3.96/0.00
Öğrenmeye İlişkin Beklentiler	9-45	40.20	4.30	39.70	5.43	0.99/0.32
Öğrenmeye Açıklık	11-55	45.52	6.09	45.00	7.44	0.79/0.42
Öğrenmeye İlişkin Kaygılar	13-65	38.09	6.22	37.33	6.45	1.33/0.18

Öğrencilerin öğrenme-öğretme ortamı algısı ölçeği alt faktör puan ortalamaları incelendiğinde öğrencilerin proje tabanlı öğretim sonrası öğretim-öğrenme etkinliklerine ilişkin algılarının anlamlı düzeyde arttığı ($p<0.05$), değerlendirme ve iş yükü algılarının ise anlamlı düzeyde azaldığı ($p<0.05$) belirlendi (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin Proje Tabanlı Öğretim Öncesi ve Sonrası Öğretim-Öğrenme Ortamı Algısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Öğretim-Öğrenme Ortamı Algısı Ölçeği Alt Faktörleri	Ölçek Min- Max. Puan Aralığı	Ön-Test		Son Test		İstatistiksel Analiz
		X	SS	X	SS	
Öğretim-Öğrenme Etkinlikleri	17-85 Orta puan: 51	50.48	11.13	57.09	11.93	-6.24/0.00
Değerlendirme	9-45 Orta puan:27	23.87	6.45	19.17	3.67	6.93/0.00
İş Yükü	5-25 Orta puan:15	13.93	3.53	11.12	2.67	7.22/0.00
Öğretim-Öğrenme Ortamı Algısı	31-155 Orta puan:93	88.30	16.41	99.11	16.43	-7.35/0.00

4. TARTIŞMA

Proje tabanlı öğretimin öğrencilerin öğretim- öğrenme tutumlarına ve öğretim ortamı algılarına etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada öğrencilerin öğrenmeye ilişkin tutumlarının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Denat (2019) tarafından hemşirelik öğrencilerinin öğrenme tutumlarını belirlemeye ilişkin yapılan çalışma sonuçları bu çalışmanın sonuçları ile benzer nitelikte olup hemşirelik öğrencilerinin öğrenme tutumları oldukça yüksektir (31).

Çalışmada proje tabanlı öğretimin genel olarak öğrenmeye ilişkin tutumlarda anlamlı bir fark yaratmadığı sadece öğrenmenin doğasına ilişkin tutumları anlamlı düzeyde değiştirdiği saptanmıştır. Bu çalışmada proje tabanlı öğretim sadece bir dönemlik bir zamanda ve sadece bir derste kullanılmıştır. Uzun sürede değişmesi beklenen öğrenme tutumlarında herhangi bir değişim olmamasının bu durumdan kaynaklandığı düşünülmektedir. Nitekim Kiraz ve ark (2019) tarafından beceri eğitiminde simülasyon kullanımının öğrencilerin öğrenme tutumlarına etkisine yönelik yapılan çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş, öğrenme tutumlarında kısıtlı bir süre ve beceride yapılan eğitimin öğrenme tutumlarını değiştirmediği saptanmıştır (32). Çalışmada proje tabanlı öğretimin öğrenmenin doğasına ilişkin tutumları anlamlı düzeyde değiştirdiği, öğrenmenin doğasına ilişkin tutum puanlarının düştüğü saptanmıştır. Ölçeğin öğrenmenin doğasına ilişkin tutumlarını belirleyen maddeleri incelendiğinde maddelerde zeki olanların daha iyi öğreneceği, öğrenmede zekânın önemli olduğu ve öğrenmenin belli bir yaşa

kadar sınırlı olmadığı, her insanın öğrenme kapasitesinin farklı olduğu ve zeki insanların daha iyi öğreneceği gibi madde ifadeleri yer almakta olup öğrenmenin doğasına ilişkin genel öğrenilmişliklere vurgu yapılmaktadır. Proje tabanlı öğretim sonrası öğrencilerin öğrenmenin doğasına ilişkin tutumlarındaki değişim bu öğretim yönteminin doğası gereği beklenen bir durumdur. Çünkü proje tabanlı öğretim klasik öğretimden farklı olarak öğrenci merkezlidir ve yaparak yaşayarak öğrenme, disiplinler arası yaklaşım, problem çözme odaklıdır. Ayrıca öğrencilerin ilgilerini, isteklerini arttıran, öğrenmeyi daha anlamlı kılan, öz değerlendirmeyi, karar vermeyi geliştiren ve kişilerarası iletişimi geliştiren bir öğretim yöntemidir. Bu öğretimde öğrencinin bilgisini kendi kendine oluşturması, öğrenmede sorumluluk alması, öğrenmenin anlamlı ve etkili olması amaçlanır (7-9,11-17,20). Çalışmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasına rağmen proje tabanlı öğretim sonrası öğrenmeye ilişkin kaygı puan ortalamalarında düşme gözlenmektedir. Kaygının öğrenme sürecinde önemli bir faktör olduğu, artan kaygının öğrenme sürecini negatif etkilediği (33,34) göz önünde bulundurulursa proje tabanlı öğretiminde kaygıyı azaltıcı yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Çalışmada proje tabanlı öğretimin öğrencilerin öğretim ortamı algılarına etkisi incelendiğinde proje tabanlı öğretim öncesi öğrencilerin öğretim-öğrenme ortamını derinlemesine öğrenmeye yönlendirici olarak algılama düzeylerinin orta düzeyin altında olduğu proje tabanlı öğretim sonrası bu algının orta düzeyin üstüne çıktığı belirlenmiştir. Ekinci (2008) tarafından üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmada öğrencilerin öğretim-öğrenme ortamını derinlemesine öğrenmeye yönlendirici olarak algılama düzeylerinin orta düzeyin altında olduğu saptanmıştır. Bu çalışma sonuçlarına göre hemşirelik öğrencilerinin öğrenme-öğretim ortamı algılarının diğer üniversite öğrencilerinin algıları ile benzer nitelikte olduğu söylenebilir. Öğrencilerin genel öğretim-öğrenme ortamı algısındaki artış öğrencilerin öğretim-öğrenme ortamını derinlemesine öğrenmeye yönlendirici olma derecesini ortaya koymaktadır (30,35). Bu çalışmada proje tabanlı öğretimin genel öğretim-öğrenme ortamının ve öğrenme- öğretim etkinliklerinin derinlemesine öğrenmeye yönlendirici olarak algılamalarını anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır. Öğrencilerin öğretim-öğrenme ortamını derinlemesine öğrenmeye yönlendirici olarak algılama düzeyleri arttıkça, derinlemesine ve stratejik bir öğrenme tercihi eğilimleri de artmaktadır. Öğrencilerin öğretim-öğrenme ortamına yönelik olumlu algıları azaldıkça, yüzeysel öğrenmeyi seçmeler artmaktadır. (30,35). Erdoğan (2012) tarafından proje tabanlı öğrenmenin öğrenme ortamı ile ilgili algılara ve başarıya etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada proje tabanlı öğrenmenin öğrencileri araştırmaya yönlendirdiği, konuyu öğrenmelerini kolaylaştırdığı, dersteki konular ve günlük yaşamdaki problemler arasında neden sonuç ilişkisi kurulmasına, kendi bilgisini oluşturmasına, öğrenmenin daha anlamlı ve etkili olmasına katkıda bulunduğu belirlenmiştir (7).

Ramsden (2000) derinlemesine öğrenmeyi seçen öğrencilerin anlama amacı taşıdıklarını, öğrenmenin nasıl gerçekleştiği ile ilgilendiklerini, konuya ilişkin kuramsal bilgilerle günlük yaşantıları arasında bağ kurduklarını, kullandıkları içeriği birbiriyle uyumlu bir bütün haline dönüştürerek yapılandırdıklarını ifade etmektedir (36). Öğrenciler derinlemesine öğrenme yaklaşımını kullandıklarında önemseme, ilgi duyma, öğrenmeden zevk alma gibi olumlu tutumlara da sahip olabilmektedirler (37). Nitekim çalışma sonucuna göre proje tabanlı öğretimin öğrenme konusunu ele alırken, anlam arama ve anlam oluşturmaya ilişkin derinlemesine bir surece diğer bir ifade ile derinlemesine öğrenmeye yönlendirdiği söylenebilir.

Çalışma sonucunda proje tabanlı öğretim sonrası değerlendirme ve iş yükü puan ortalamalarının anlamlı derecede düştüğü saptanmıştır. Bu sonuç doğrultusunda proje tabanlı öğretimin değerlendirme odaklı bir öğrenme ortamından uzak ve daha az iş yükü algısı yarattığı söylenebilir. Oysaki proje tabanlı öğretim öğrencinin kendi bilgisini kendisinin oluşturması, konu seçimi, kaynak tarama, elde edilen bulguların derlenmesi, raporlanması ve sunulması aşamalarından oluşmaktadır (10). Öğrencinin yaparak ve yaşayarak öğrenmesini destekleyen proje tabanlı öğretim yönteminde öğrenci oldukça aktiftir ve öğrenciye oldukça fazla iş yükü düşmektedir. Fakat çalışma sonuçlarımız proje tabanlı öğrenme sürecinin öğrencilerin iş yükü algısını değiştirdiği saptanmıştır. Nitekim Ekinci (2008) tarafından yapılan çalışmada öğrencilerin iş yükü algısının öğrenme yönelimini belirlemede etkili olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada fazla iş yükü algısı ile yüzeysel öğrenme yaklaşımını tercihi arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır (30). Bu çalışmada proje tabanlı öğrenmenin iş yükü algısını düşürdüğü saptanmıştır.

Çalışmada proje tabanlı öğretim sonrası değerlendirme alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak düştüğü saptanmıştır. Bu sonuç değerlendirme boyutunun öğrencilerin öğrenme öğretme ortamı algısının derinlemesine öğrenmeden uzaklaştırdığını göstermektedir. Ramsden (2000) yüzeysel öğrenme yaklaşımını seçen öğrencilerin sadece görevin gereklerini yerine getirme amacıyla olduklarını bununla birlikte değerlendirmeye ilişkin bilgileri ezberlediklerini, temel birtakım ilkeleri örneklerden ayırma sırasında başarısız olduklarını ve öğrenmeyi dışarıdan gelen zorlama olarak gördüklerini belirtmektedir (36). Bu çalışmada proje tabanlı öğrenme yöntemi süresince öğrenciler hem öğretim elemanları hem de çalışma grubundaki diğer arkadaşları tarafından değerlendirilmektedir. Sürecin farklı aşamalarında farklı değerlendirme yöntemleri söz konusudur. Öğrenciler bu yöntemden memnuniyetlerini bireysel olarak değerlendirirler de son test uygulamasının genel sınavlar öncesi bir zamana rastlamasının bu sonucu etkilediğini düşündürmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma sonucunda proje tabanlı öğretimin öğrencilerin öğrenmenin doğasına ilişkin tutumlarını değiştirdiği, öğrenme-öğrenme ortamı algılarını derinlemesine öğrenmeye yönlendirmesinin yanı sıra değerlendirme bazında derinlemesine öğrenmeden uzaklaştırdığı saptandı. Çalışma sonuçları göstermektedir ki hemşirelik eğitiminde proje tabanlı öğrenme daha fazla uygulanmalı hatta farklı derslerde ve eğitim seviyelerinde de uygulanarak uzun dönemdeki sonuçları da değerlendirilmelidir. Proje tabanlı öğretimin etkinliğini değerlendirmek adına kontrol gruplu çalışmaların planlanması, farklı öğretim yöntemlerinin uygulandığı ders/kurumlarla karşılaştırılması önerilebilir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülmesi için, Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (14.10.2019 tarihli, III Nolu karar ve 50107718-050.99 sayılı) onay, çalışmanın yürütüldüğü ilgili kurumdan yazılı izin, öğrencilerden ise yazılı onam alındı.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

1. Braten, I. & Stromso, H. I. (2007). Epistemological beliefs, interest, and gender as predictors of internet based learning activities. *Computer in Human Behavior*, 22, 1027-1042.
2. Duarte, A. M. (2007). Conceptions of learning and approaches to learning in Portuguese students. *Higher Education*, 54(6), 781-794.
3. Özden, M. (2009). An investigation of some factors affecting attitudes toward chemistry in university education. *Essays in Education*, Special Edition, 90-99.
4. Kara, A. (2010). Öğrenmeye ilişkin tutum ölçeğinin geliştirilmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(32), 49-62.
5. Karagiannopoulou, E. & Christodoulides, P. (2005). The impact of greek university students' perceptions of their learning environment on approaches to studying and academic outcomes. *International Journal of Educational Research*, 43, 329-350.
6. Hele, L., Päivi Tynjälä, P. & Olkinuora, E. (2006) Project-based learning in post-secondary education –theory, practice and rubber sling shots. *Higher Education*, 51(2), 287-314.
7. Erdoğan, İ. (2012). Proje tabanlı öğrenme yaklaşımının öğrenme ortamı ile ilgili algılara ve başarıya etkisi. *Sakarya University Journal of Education*, 2(3), 21-33.
8. Blumenfeld, P., Soloway, E., Marx, R., Krajcik, J., Guzdial, M., & Palincsar, A. (1991). Motivating project-based learning: Sustaining the doing, supporting the learning. *Educational Psychologist*, 26(3 ve 4), 369-398.
9. Bransford, J. D., Brown, A. L., & Cocking, R. R. (Ed.). (2000). *How people learn: Brain, mind, experience, and school*. Washington, DC: National Academy Press.
10. Memisoğlu, H. (2001). Sosyal Bilgiler Dersi Öğretiminde Proje Tabanlı Öğrenme Yaklaşımı. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
11. Akçin, E. (2006). Aktif öğretim yöntemi olarak proje tabanlı öğretim. *Çağdaş Eğitim Dergisi*, 328, 40-45.
12. Çıbık, A. S. (2009). Proje tabanlı öğrenme yaklaşımının öğrencilerin Fen Bilgisi dersine yönelik tutumlarına etkisi. *İlköğretim Online*, 8(1), 36-47.
13. Önen, F., Mertoğlu, H., Saka, M. & Gürdal, A. (2010). Hizmetiçi eğitimin öğretmenlerin proje ve proje tabanlı öğrenmeye ilişkin bilgilerine ve proje yapma yeterliklerine etkisi: Öpyep örneği. *Ahi Evran Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(1), 137-158.
14. Zorbaz, K. & Çeçen- Aktif, M. (2009). Proje tabanlı öğretim ve Türkçe öğretiminde kullanımı. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 42(1), 87-104.
15. Ay, Ş. (2010). Öğretmen adaylarının çeşitli değişkenler açısından proje tabanlı öğrenmeye ilişkin görüşleri. *Çağdaş Eğitim Dergisi*, 35(375), 12-19.
16. Gürol, M. (2004). Öğretimde planlama uygulama değerlendirme. Gürol, M. (Ed.). *Öğretim Sürecinde İletişim, Model ve Uygulamalar*. Elazığ: Üniversite Kitabevi.
17. Özden, N. & Özçoban, T. (2004). Bilgisayar eğitiminde çoklu zekâ kuramına göre proje tabanlı öğrenme modelinin öğrenci başarısı üzerine etkisi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 4(1), 147-170.
18. Erdem, E. & Demirel, Ö. (2002). Program geliştirmede yapılandırmacılık yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23, 81-87.

19. Fer, S. & Cırık, İ. (2006). Öğretmenlerde ve öğrencilerde, yapılandırmacı öğrenme ortamı ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması nedir. *Yeditepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(1), 1-26.
20. Gömleksiz, M. N. & Elaldı, Ş. (2011). Yapılandırmacı yaklaşım bağlamında yabancı dil öğretimi. *Turkish Studies*, 6(2), 443-454.
21. Kurt, M. (2016). Yapılandırmacılık kuramı. G.Ekici (Edt.). *Öğrenme-Öğretme Kuramları ve Uygulamadaki Yansımaları*. Ankara; Pegem Yayıncılık.
22. Yurdakul, B. (2008). Yapılandırmacı öğrenme yaklaşımının sosyal-bilişsel bağlamda bilgiyi oluşturmaya katkısı. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(20), 39-67.
23. Schunk, D. H. (2009). *Learning theories: an educational perspective* (5th ed.). Upper Saddle River, 2009, New Jersey: Pearson Education, Inc.
24. Brewster, C. & Fager J. (2000). *Increasing student engagement and motivation: from time-on-task to homework*. Portland, Ore.: Northwest Regional Educational Laboratory.
25. Savery, R. (2006). John overview of problem-based learning definitions and distinctions. *The Interdisciplinary Journal of Problem-based Learning*, 1(1), 9-20.
26. Karagözoğlu, Ş. (2005). Nursing as a scientific discipline. *CU Journal of School of Nursing*, 9(1), 6-14.
27. Şenyuva, E., Kaya, H. & Bodur, G. (2015). Proje Tabanlı Öğretim Yönteminin Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyal Becerilerine Etkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(2), 116-125.
28. Tuğrul, E. & Denat, Y. (2019). Proje tabanlı öğretimin öğrencilerin yaşam boyu öğrenme eğilimleri ve öz etkililik- öz yeterlik algısına etkisi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 11(3), 273-80.
29. Karaçallı, S. & Korur F. (2014). The Effects of project-based learning on students' academic achievement, attitude, and retention of knowledge: the subject of "electricity in our lives, *The Effects of Project-Based Learning*, 114(5), 224-235.
30. Ekinci, N. (2008). Üniversite öğrencilerinin öğrenme yaklaşımlarının belirlenmesi ve öğretme-öğrenme süreci değişkenleri ile ilişkileri. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
31. Denat, Y. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin öğrenme tutumları ve etkileyen etmenler. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 2(2), 10-21.
32. Kiraz, E. D. E., Türk, G., Denat, Y., Bulut, S., Şahbaz, M., Tuğrul, E. ve ark. (2019). Beceri eğitiminde simülasyon kullanımının öğrencilerin anksiyete, öğrenme tutumları ve beceri düzeylerine etkisi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 2(1), 17-22.
33. Dikmen, M., Tuncer, M, & Şimşek, M. (2018). Öğrenme stilleri ile öğrenmeye yönelik tutum arasındaki ilişki. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11(57), 387-400.
34. Aydın, S. & Zengin, B. (2008). Yabancı Dil Öğreniminde kaygı: bir literatür özeti. *Journal of Language and Linguistic Studies*, 4(1), 81-94.
35. Ekinci, N. (2009). Üniversite öğrencilerinin öğrenme yaklaşımları. *Education and Science*, 34(151), 74-88.
36. Ramsden, P. (2000). *Learnig to teaching in higher education*. London: Newyork Routhladge Falmer.
37. Biggs, J. (1999). *Teaching for quality learning at university*. London: Open University Press.

Burdur İli Acil Sağlık Hizmetlerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi (2013-2017 Yılları Arası)

Retrospective Evaluation of Emergency Health Services in Burdur Province (Between 2013-2017)

Ali SERT^{1 A,B,C,D,E,F,G}, Mümin POLAT^{2 A,B,D,F,G}

¹Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Burdur, Türkiye

²Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Burdur, Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu çalışmadaki amaç Burdur iline ait 2013-2017 yıllarındaki 5 yıllık dönemde verilmiş olan acil sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesidir

Yöntem: Retrospektif olarak planlanan çalışmada vakalar çağrı nedenlerine, ön tanılarına ve sonuçlarına göre incelenmiş olup yaş, değişkenler gibi vb. parametreler 5 yıllık süreçte ayrı ayrı aylara bölünerek incelenmiştir.

Bulgular: 112 acil sağlık ekipleri toplamda 44,724 erkek 37,552 kadın olmak üzere 82,276 kişiye hizmet vermiştir. Çağrı nedenlerine göre dağılımı değerlendirildiğinde toplamda 96,956 vakanın 65,207'sini (%67,25) medikal, 14,165'ni (%14,60) trafik kazası oluşturmuştur. Vaka sonuçlarına göre dağılım incelendiğinde 2013 yılında ön tanı almış vaka sayısı 15,695 olup 2017 yılında sonuçlanmış vaka sayısı toplamda 22,130'dur. 2013-2017 yılları ortalama medikal %67,35, trafik kazası %14,45, diğer kazalar %8,84, diğer %4,66, yaralanma %1,60, intihar %1,21, iş kazası %1 şeklinde bulunmuştur. Travma vakaları %18,26, kardiyovasküler sistem vakaları %17,21, psikiyatrik vakalar %7,24, nörolojik vakalar %7,10, solunum sistemi vakaları %6,40, gastrointestinal sistem hastalıkları %4,02 olarak yer almıştır.

Sonuç: Ambulans kullanım oranlarında her yıl artış gözlenmiştir. Vakaların özellikle yaz aylarında yükseldiği görülmüştür. Burdur ilinde vaka yerine ulaşım oranları zorlu kış şartlarında bile kentsel vakalarda ortalama %98,75, kırsal vakalarda ortalama %97,32 olduğu görülmüştür. Medikal vakalar (%67,25) ile ilk sırayı almıştır. Bu oran bize acil sağlık hizmetlerinin kazalardan daha çok tıbbi nedenlere yönelik hizmet verdiğini göstermektedir. Önceki yıllarda %76'larda olan gereksiz arama oranı 2017 yılında %62'lere kadar indiği görülmüştür. Acil sağlık hizmeti sunumu için yeni kalite göstergeleri belirlenmeli ve önlem alınması gereken noktalar belirlenerek eylem planları oluşturulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ambulans, Acil Sağlık Hizmetleri, Acil Vaka.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to evaluate the emergency health services provided in Burdur province in the 5-year period between 2013-2017.

Method: In the retrospective planned study, the cases were examined according to the reasons for the call, their preliminary diagnosis and results, such as age, variables, etc. the parameters were examined by dividing them into separate months in a 5-year period.

Results: 112 emergency medical teams served 82,276 people, including 44,724 men and 37,552 women. In total, 65,207 (67.25%) of the 96,956 cases were medical and 14,165 (14.60%) were traffic accidents. The number of pre-diagnosed cases in 2013 was 15,695 and the total number of cases concluded in 2017 was 22,130. In 2013-2017, average medical 67.35%, traffic accident 14.45%, other accidents 8.84%, other 4.66%, injury 1.60%, suicide 1.21%, work accident 1% were found. Trauma cases were 18.26%, cardiovascular system cases were 17.21%, psychiatric cases were 7.24%, neurological cases were 7.10%, respiratory system cases were 6.40% and gastrointestinal diseases were 4.02%.

Sorumlu Yazar: Ali SERT

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
alisert15@hotmail.com.tr

Geliş Tarihi: 20.01.2020 – Kabul Tarihi: 04.07.2020

* Çalışma: Burdur ilinde düzenlenen 2. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresinde (IHSLC 2019) sözlü bildiri olarak sunulmuştur

Yazar Katkıları: A) Fikir/Kavram, B) Tasarım, C) Veri Toplama ve/veya İşleme, D) Analiz ve/veya Yorum, E) Literatür Taraması, F) Makale Yazımı, G) Eleştirel İnceleme

Conclusion: There has been an increase in ambulance usage rates every year. Cases have been seen to rise, especially in the summer months. Transportation rates in Burdur province were 98.75% in urban cases and 97.32% in rural cases, even in harsh winter conditions. It ranked first with medical cases (67.25%). This ratio shows us that emergency health services provide more services for medical causes than accidents. The rate of unnecessary calls, which had been 76% in previous years, was seen to be down to 62% in 2017. New quality indicators should be determined for emergency health service delivery and action plans should be established by determining the points where precautions should be taken.

Key words: Ambulance, Emergency Medical Services, Emergency Case.

1. GİRİŞ

Acil Sağlık Hizmetleri insanlar için acil sağlık bakımı gerektiren durumlarda, nakil süresince bireyin yaşamsal fonksiyonlarını sürdürmesine yardımcı olan ve mümkün olan en kısa sürede acil servislerine ulaşımını sağlayan önemli bir halk sağlığı hizmetidir (1). Acil Tıp Hizmetleri (ATH); 1870’li yıllarda Fransızların, yaralı askerlerini savaş alanından güvenli bir bölgeye taşımalarıyla başlamıştır. Ambulans hizmetleri geliştikçe ilk amaç hastayı güvenli bir bölgeye taşımak iken gün geçtikçe hasta taşınması sırasında acil bakım hizmetleri de verilmeye başlanmıştır. Hastanelerin acil servisinde, hasta ve yaralılara verilen bakımın ve hastanın sonraki yaşamındaki hayat kalitesinin, olay yerinde başlatılan ve taşıma sırasında sürdürülen acil bakım ile arttığına farkına varılmasıyla hastane öncesi acil bakım çok daha önemli hale gelmiştir (2). Dünya Sağlık Örgütü acil tıp sistemlerini sağlık sistemlerinde fonksiyonel ve etkili bir bileşen olarak kabul etmektedir. 1970 yılından bu yana hastane öncesi acil bakımda farklı özelliklere sahip iki model bilinmektedir. Bunlar Anglo-Amerikan ve Franko-German modelleridir (3). Hizmet sunumu Fransız-Alman Modelde “kal ve tedavi et”, İngiliz-Amerikan Modelde ise “kap ve götür” prensibine göre gerçekleştirilmektedir. Ülkeler kendi şartlarına göre bir acil yardım numarası belirlemekte olup yerel koşullar incelendiğinde Acil Sağlık Hizmetleri hiç şüphesiz bazı farklılıklar göstermektedir. Dünyanın hemen her noktasından aranabilen en yaygın iki acil servis numarası, 911 ve 112’dir. Amerika Birleşik Devletleri’nde kullanılan “911” numarasının kullanılma sebebi 18 Dış hat araması için “9” tuşunu çevirmenin zorunlu kalan iki rakamın çevirmeli telefon sisteminden hızlı şekilde çevrilebilecek rakamlar olan “11” olmasıdır (4). Türkiye acil hastalıkların, kaza ve yaralanmaların sık karşılaşıldığı bir ülke olup bunun yanında olağan dışı durumlar ve afetlerin yoğun olarak yaşandığı bir ülke konumundadır. Bu nedenlerden dolayı acil sağlık hizmetlerinin ülke düzeyindeki organizasyon yapısı ve uygulamaları önem taşımaktadır Türkiye’de hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, ilk kez 1986 yılında Ankara, İzmir, İstanbul’da 077 numaralı telefon ile “077 Hızır Acil Servisi” adıyla hizmete başlamıştır. Sağlık Bakanlığı’nın 1994 yılında başlattığı bir proje ile 112 numaralı telefonla ulaşılan “112 Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri” ismi ile geliştirilmiştir (4-6).

112 acil ekipleri en kısa süre içerisinde vakaya ulaşarak acil sağlık yardımını gerçekleştirir ve vakanın birincil ve ikincil genel değerlendirmesini yapar. Vakanın ileri tıbbi müdahaleye ihtiyacı var ise stabilizasyon sağlandıktan sonra en uygun 2. veya 3. Basamak sağlık kuruluşuna nakli sağlanır (7). Acil durum gerekmeyen durumlarda hizmeti reddetme yetkisine sahiptir. 112 Acil hattın tek Acil Çağrı Numarası” uygulamasına geçiş konusunda birçok ilde pilot çalışmalar yapılmış olup, bu amaçla yürütülen 112 Acil Çağrı Merkezi Projesinin tamamlanmasıyla birlikte 2018 yılı sonunda tüm ülkede 112 Tek Acil Çağrı Numarası uygulamasına geçilmiştir (8). Asıl amacı acil durumlarda acil sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireylere hizmet vermek olan bu birimlerin; sağlık durumu acil olmayan, birinci

basamakta tedavi görebilecek veya ertelenebilecek hastalar tarafından kullanılması önemli bir sorundur. Acil sağlık hizmetlerinin bireyler tarafından acil olmayan sebeplerden dolayı gereksiz kullanımı küresel çapta bir problemdir (9,10). Bu makale de Burdur ilinde son 5 yılda 112 Acil Komuta Kontrol Merkezine yapılan çağrılar ve yapılan 95.956 vaka incelenerek acil ambulans hizmetlerinin kullanımının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

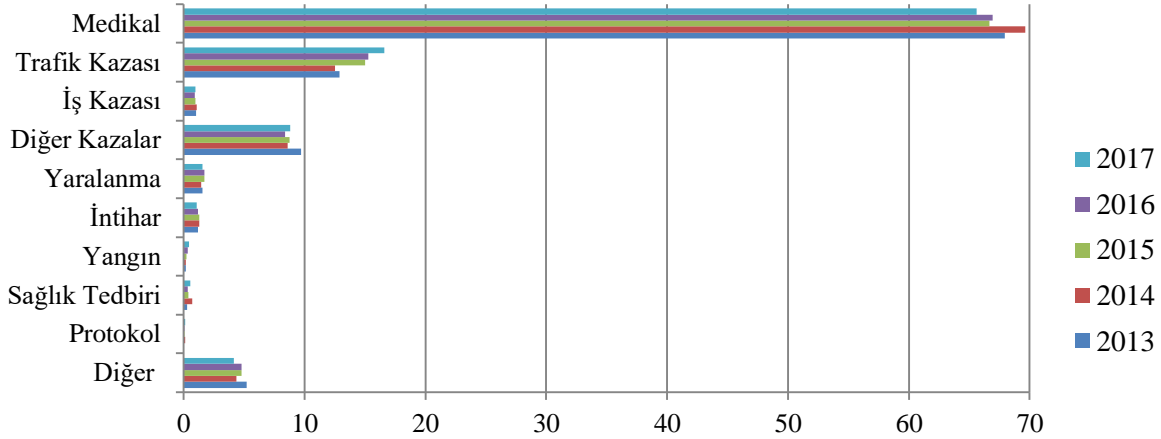
Çalışma retrospektif bir araştırmadır. Çalışma planında 2013-2014-2015-2016 ve 2017 yıllarında verilen acil sağlık hizmetleri detaylı bir şekilde irdelenmiştir. Çalışmadaki veriler TÜİK, T.C. Sağlık Bakanlığının istatistik yıllıkları ve Burdur İl Sağlık Müdürlüğü İl Ambulans Servisi Başhekimliğine bağlı ekiplerin 2013-2014-2015-2016-2017 yıllarında yaptıkları vaka çalışmalarını kapsamaktadır. Çalışmamızda Ambulans çıkışlarının çağrı nedenlerine göre dağılımları, vakaların ön tanılarına ve sonuçlarına göre dağılımları, cinsiyetlere göre dağılımları ve vakaların yaş gruplarına göre dağılımları incelenmiştir. Çalışma 01 Ocak 2013 ile 31 Aralık 2017 yıllarını kapsayan Burdur ili ve ilçelerindeki 112 acil ekiplerinin doldurdukları 95.956 ambulans kayıt formlarından elde edilerek yapılmıştır. Çalışmanın etik kurulu Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi girişimsel olmayan etik kurulundan (No: GO 2019/49) alınmıştır.

3. BULGULAR

Çalışma 01 Ocak 2013 ile 31 Aralık 2017 yıllarını kapsayan Burdur ili ve ilçelerindeki 112 ekiplerinin doldurdukları 95.956 ambulans kayıt formlarından elde edilerek yapılmıştır. Araştırma kapsamında 2013-2014-2015-2016 ve 2017 yıllarına ait değişkenler tek tek incelenmiştir. Ambulans çıkışlarının çağrı nedenlerine göre dağılımı 2013-2017 yılları genel olarak incelendiğinde; yıl bazında değerlendirilecek olursa medikal vakalar en fazla yüzdelik dilim 2014 yılına en az dilim ise 2017 yılına aittir. Trafik kazaları 2014 yılında 2013 yılına göre azalma gösterse de 2017 yılına kadar yüzdelik dilim artmıştır. Burdur ilinde yaptığımız çalışmada; medikal %67,35, trafik kazası %14,45, diğer kazalar %8,84, diğer %4,66, yaralanma %1,60, intihar %1,21, iş kazası %1 şeklinde bulunmuştur (Şekil 1). 2013-2017 yılları arası vakaların cinsiyetleri incelendiğinde erkek vakaların kadın vakalara göre sayısının daha fazla olduğu görülmüştür. Toplamda 5 yıl olarak incelendiğinde 44.724 erkek vaka 37.552 kadın vaka olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1).

Ambulans vaka çıkışlarının sonuçlarına göre dağılımı incelenecek olursa; yerinde müdahale sayısı 2013'ten 2017 yılına kadar belirgin bir azalma olduğu görülmüştür. Hastaneler arası nakil sayısının giderek arttığı görülmüştür. Görev iptali sayısı 2013'ten 2017 yılında kadar azalış eğiliminde olduğu görülmüştür. Burdur ilinde yapmış olduğumuz çalışmada, 5 yıllık ortalama hastaneye nakil %60,55, ortalama nakil reddi %14,94, ortalama hastaneler arası nakil %14,37, ortalama yerinde müdahale %2,54, ortalama diğer ulaşılan %1,62, ortalama ex yerinde bırakıldı %1,23, ortalama görev iptali %2,15, ortalama diğer %0,75, ortalama başka araçla nakil %0,71, ortalama olay yeri bekleme %0,60, ortalama eve nakil %0,27, ortalama tıbbi tetkik için nakil %0,01 şeklinde bulunmuştur (Şekil 2). Vakaların ön tanılarına göre dağılımları incelendiğinde; nörolojik hastalıkların 2014 yılında diğer yıllara göre bir hayli fazla olduğu görülmüştür. 2013 yılında fazla olan travma vakaları 2017 yılına giderek azalma göstermiştir. Psikiyatrik vakalar tüm yıllarda neredeyse eşit oranda dağılım göstermiştir. Diğer vakaların

fazla olma nedeni; ekiplerin spesifik tanıları kullanmalarından kaynaklanmaktadır (sendrom hast. vb.). Gastrointestinal sistem hastalıkları 2017 yılına kadar azalma eğilimi göstermiştir. Burdur ilinde yapmış olduğumuz çalışmada 5 yıllık ortalama; travma vakaları %18,26, kardiyovasküler sistem hastalıkları %17,21, psikiyatrik vakalar %7,24, nörolojik vakalar ortalama %7,10, solunum sistemi hastalıkları %6,40, gastrointestinal hastalıkları %4,02 şeklinde bulunmuştur (Şekil 3).



Şekil 1. Çağrı Nedenlerine Göre Dağılımın 5 Yıllık Karşılaştırılması

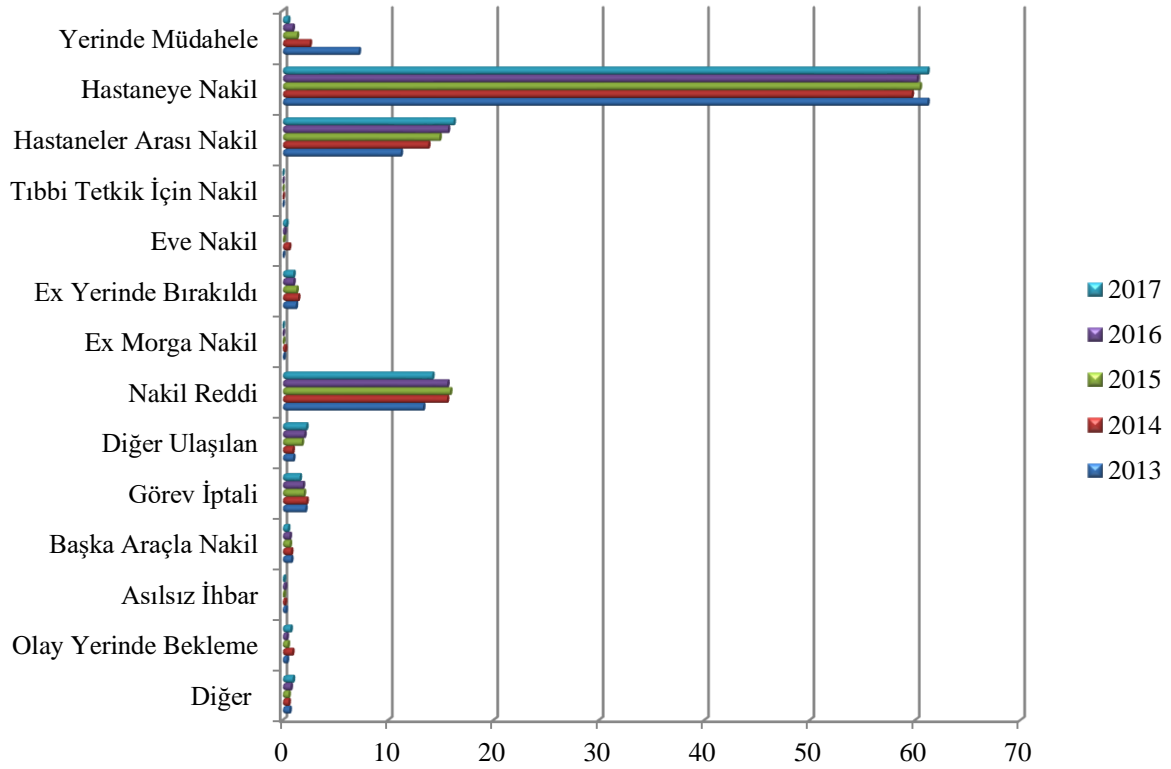
Tablo 1. Vakaların Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Yıl	Erkek	Kadın	Toplam
2013	8.607	7.326	15.933
2014	9.283	7.704	16.987
2015	6.131	5.053	11.184
2016	10.978	9.261	20.239
2017	9.725	8.208	17.933

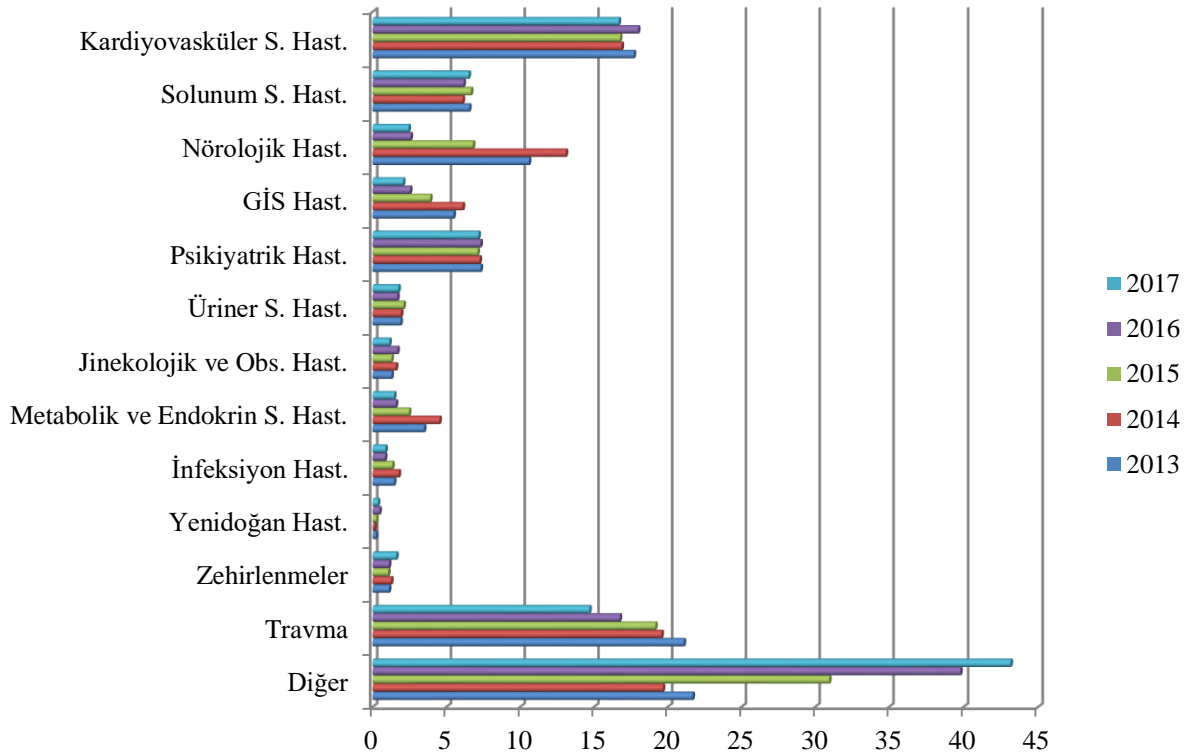
4. TARTIŞMA

Günümüzde Türkiye’de sanayideki gelişmelere, hızla artan nüfusa ve trafiğe bağlı olarak acil durumların sayısı her geçen gün artmaktadır. Sınırlı sağlık hizmeti kaynaklarının önemli bir kısmını tüketen ve sağlık hizmetlerinin önemli bileşenlerinden birisi olan acil sağlık hizmetleri de artan bir şekilde bu kaynakları kullanmaktadır (11). Sağlık Bakanlığı, kamu yönetiminin genelinde yapılacak reformlar için acil sağlık hizmetlerini önemli bir sıçrama alanı olarak belirlemiştir (12). Acil sağlık hizmetleri bütün dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sağlık hizmetlerinin en vazgeçilmez, en hızlı yapılması gereken hizmetleridir (13). Türkiye’de hastane öncesi acil sağlık hizmetleri son 15 yılda büyük gelişme göstermiş ve acil yardım istasyonları kırsal bölgeler de dahil olmak üzere tüm ülkede yaygınlaştırılmıştır.

Acil sağlık hizmetlerinde yaşanan olumlu gelişmelere hiç şüphesiz Burdur ili de katkı sunmuştur. Ambulans vaka çıkışlarının sonuçlarına göre dağılımı ele alındığında; Denizli’de



Şekil 2. Vaka Sonuçlarına Göre Dağılımın 5 Yıllık Karşılaştırılması



Şekil 3. Ön Tanılara Göre Dağılımlarının 5 Yıllık Karşılaştırılması

yapılan bir çalışmada hastaneye nakil %63,65, hastaneler arası nakil %12,85, nakil reddi %9,5, yerinde müdahale %4,35, diğer ulaşılan %3,35, ex yerinde bırakıldı %1,8, görev iptali %1,6, diğer %1,15, başka araçla nakil %1, olay yeri bekleme %0,55, eve nakil %0,1, tıbbi tetkik için nakil %0,03 şeklinde bulunmuştur (14). Bingöl'de yapılan diğer bir çalışmada hastaneye nakil %75,8, yerinde müdahale %17,26, ex yerinde bırakıldı %0,49, ex morga nakil %0,33, görev iptali %0,03, başka araçla nakil %1,39, asılsız ihbar %0,04, diğer %4,66 şeklinde bulunmuştur (15). Samsun'da yapılan bir diğer çalışmada hastaneye nakil %76, hastaneler arası nakil %0,1, nakil reddi %0,2, ortalama yerinde müdahale %22,3, başka araçla nakil %0,1, eve nakil %0,2, tıbbi tetkik için nakil %1,1 şeklinde bulunmuştur (16). Burdur ilinde yapmış olduğumuz çalışmada, 5 yıllık hastaneye nakil %60,55, hastaneler arası nakil %14,37, nakil reddi %14,94, yerinde müdahale %2,54, diğer ulaşılan %1,62, ex yerinde bırakıldı %1,23, görev iptali %2,15, diğer %0,75, başka araçla nakil %0,71, olay yeri bekleme %0,60, eve nakil %0,27, tıbbi tetkik için nakil %0,01 şeklinde bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçları ile diğer illerin çalışma sonuçları birbirine yakın bulunmuştur. Diğer illerde olduğu gibi vakaların büyük bir çoğunluğu hastaneye nakil ile sonuçlanmıştır. Vakaların ön tanılarına göre dağılımları incelendiğinde; Konya'da yapılan bir çalışmada travma vakaları %23,44, kardiyovasküler sistem hastalıkları %16,82, psikiyatrik hastalıklar %12,59, nörolojik hastalıklar %10,86, solunum sistemi hastalıkları %7,01, gastrointestinal sistem hastalıkları %5,77 şeklinde yer almıştır (17). İzmir'de yapılan bir çalışmada travma vakaları %11,5, kardiyovasküler sistem hastalıkları %20,2, psikiyatrik hastalıklar %4,7, nörolojik hastalıklar %9,3, solunum sistemi hastalıkları %15,6, gastrointestinal sistem hastalıkları %3,7 şeklinde yer almıştır (18). Benli ve arkadaşlarının Karabük'te yaptıkları çalışmada travma vakaları %26,33, kardiyovasküler sistem hastalıkları %19,45, psikiyatrik hastalıklar %15,19, solunum sistemi hastalıkları %13,24, nörolojik hastalıklar %7,16, gastrointestinal sistem hastalıkları %5,24, metabolik hastalıklar %3,96, infeksiyon hastalıkları %1,56, zehirlenmeler %1,02 şeklinde yer almıştır (19). Tekirdağ'da yapılan bir diğer çalışmada travma vakaları %33,16, kardiyovasküler sistem hastalıkları %17,56, psikiyatrik hastalıklar %10,5, solunum sistemi hastalıkları %5,6, nörolojik hastalıklar %14,23, gastrointestinal sistem hastalıkları %3,26, metabolik hastalıklar %1,86, infeksiyon hastalıklar %0,56 şeklinde yer almıştır (20).

Aydın ve arkadaşlarının 2011 yılında Mersin'de yaptıkları çalışmada ise travma vakaları %24,3, kardiyovasküler sistem hastalıkları %10, psikiyatrik hastalıklar %31,3, solunum sistemi hastalıkları %3,8, nörolojik hastalıklar %12,6, gastrointestinal sistem hastalıkları %4,8, infeksiyon hastalıkları %2,2, zehirlenmeler %5,9 şeklinde yer almıştır (21). Burdur ilinde yapmış olduğumuz çalışmada 5 yıllık ortalama; travma vakaları %18,26, kardiyovasküler sistem hastalıkları %17,21, psikiyatrik vakalar %7,24, nörolojik vakalar %7,10, solunum sistemi hastalıkları %6,40, gastrointestinal hastalıkları %4,02 şeklinde bulunmuştur. Ambulans çıkışlarının çağrı nedenlerine göre dağılımı incelendiğinde; Gaziantep'te yapılan bir çalışmada trafik kazası %16,3, intihar %0,8, iş kazası %0,4, medikal %54,6, yaralanma %3,8, diğer kazalar %6,5, diğer % 5,7 şeklinde bulunmuştur (22). İzmir'de yapılan çalışmada trafik kazası %9, intihar %1,1, iş kazası %0,6, medikal %76,1, yaralanma %2,4, diğer %1, şeklinde bulunmuştur (23). Kayseri de yapılan diğer bir çalışmada trafik kazası %7,08, intihar % 1,08, iş kazası %0,79, medikal %77,59, yaralanma %2,88; diğer kazalar %9,43, protokol %0,03 şeklinde bulunmuştur (24). İzmir'de yapılan bir diğer çalışma trafik kazası % 14,2, intihar %1,9, iş kazası %0,4, medikal %69,5, yaralanma %4,5, diğer kazalar %7,4, diğer %0,6 şeklinde

tespit edilmiştir (25). Tözün ve ark. (2012) Eskişehir’de yaptıkları çalışmada trafik kazası %13,4, intihar %1,7, iş kazası %0,5, medikal %72,5, yaralanma %3,2, diğer kazalar %6,2, diğer %0,6 şeklinde tespit edilmiştir (26). Çanakkale’de 2015 yılında yapılan bir çalışmada trafik kazası %8,3, intihar %2,8, iş kazası %0,6, medikal %64,1, yaralanma %1,6, diğer kazalar %20, diğer %2,7 şeklinde bulunmuştur (27).

Burdur ilinde yaptığımız çalışmada; trafik kazası %14,45, intihar %1,21, iş kazası %1, medikal %67,25, yaralanma %1,60, diğer kazalar %8,84, diğer %4,66 şeklinde bulunmuştur. Atıfta bulunulan diğer çalışmaların ambulans çıkışlarının çağrı nedenlerine göre dağılımı incelendiğinde bizim çalışmamızda da medikal vakalar büyük bir oran (%67,35) ile ilk sırayı almıştır. Literatüre bakıldığında yaptığımız çalışmamızın diğer çalışmalar ile benzer şekilde olduğu görülmüştür. Bu oran bize acil sağlık hizmetlerinin kazalardan daha çok tıbbi nedenlere yönelik hizmet verdiğini göstermektedir. Vaka ulaşım yüzdeleri incelendiğinde; Denizli’de yapılan bir çalışmada kentsel ulaşım yüzdesi %88,75, kırsal alanda %94,58 olduğu görülmüştür (14). Burdur ilinde yapmış olduğumuz çalışmada kentsel ulaşım yüzdesi %98,75, kırsal alan yüzdesi ise %97,32 olduğu görülmüştür. Burdur ilindeki 112 acil ekipleri vakalara zorlu kış şartlarında olsa bile hem kentsel hem de kırsal bölgelere Sağlık Bakanlığının belirlediği hedefin (%95) üzerinde bir ulaşım sağlamıştır. Vakalar cinsiyetlere göre incelendiğinde; Karabük’te yapılan bir çalışmada erkeklerin %56, kadınların ise %44 olarak bulunmuştur (28). İzmir’de yapılan bir diğer çalışmada vakalar cinsiyetlere göre incelendiğinde kadınların %52,9, erkeklerin ise %39,1, cinsiyet kaydı olmayanların ise %8 olarak yer aldığı tespit edilmiştir (19). Burdur ilinde yapmış olduğumuz çalışmada; acil sağlık hizmetlerini kullanan hastaların cinsiyete göre dağılımları incelenip, diğer çalışmalar ile karşılaştırıldığında belirgin fark görülmemiştir. Çalışmamız erkek cinsiyetin kadın cinsiyetten daha fazla 112 sağlık hizmetlerini kullandığını ve toplamda 44.724 erkek vaka 37.552 kadın vaka olduğunu göstermiştir. Burdur ilindeki 112 acil sağlık ekipleri 2013-2017 yılları arasında toplamda 82.276 kişiye hizmet vermiştir. Diğer vaka formları doğrudan kişilerin kimlik bilgisine ulaşılamayan durumlardan olan; görev iptali, başka araçla nakil, asılsız ihbar, olay yerinde bekleme, diğer ulaşılan ve diğer gibi şeklinde doldurulmuştur.

Sağlık Bakanlığının Aralık 2018 yılında yayınladığı 2017 sağlık istatistikleri yılına göre ambulans sayıları incelendiğinde; Türkiye’de 2013 yılında 3.357, 2014 yılında 3.740, 2015 yılında 4.237, 2016 yılında 4.480, 2017 yılında 4.922 ambulans bulunmaktadır (29-30). Burdur ilinde ise 2013 yılında 34, 2014 yılında 36, 2015 yılında 37, 2016 yılında 33, 2017 yılında ise 41 adet ambulans bulunmaktadır (Tablo 2). Ambulans başına düşen nüfus incelendiğinde ise Türkiye’de 2013 yılında 22.838, 2014 yılında 20.774, 2015 yılında 18.584, 2016 yılında 16.491, 2017 yılında ise 16.418’dir. Burdur ilinin 2013 yılı nüfusu:257.267, 2014 yılı nüfusu: 256.898, 2015 yılı nüfusu: 258.339, 2016 yılı nüfusu:261.401, 2017 yılı nüfusu: 264.779’dir.

Burdur ilinin ambulans başına düşen nüfus oranına bakıldığında; 2013 yılında 7.566, 2014 yılında 7.136, 2015 yılında 6.982, 2016 yılında 7.921, 2017 yılında ise 6.458’dir(Tablo 3). Burdur ilinde ise 2013 yılında 18, 2014 yılında 19, 2015 yılında 19, 2016 yılında 20, 2017 yılında ise 20 112 acil yardım istasyonu bulunmaktadır. Ambulans hizmetlerinin gereksiz yere kullanılması günümüz modern sağlık sisteminin önemli sorunlarından biridir. Bu durum acil servislerin iş yükünü artırmakta, ekonomik anlamda da ülke ekonomisini olumsuz yönde etkilemektedir (31). Tamamen hizmete ulaşmayı kolaylaştırmak amacıyla oluşturulan birçok ayrıcalıklar, hizmetten yararlanma koşullarını sağlamayanlar tarafından suistimal

edilebilmektedir. Bunda hizmet sunumunun ücretsiz olması ve 24 saat sunuluyor olması etkili olmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde bazı eyaletlerde acil olmayan durumlar için arama oranı % 40'lar seviyesindedir (32). Türkiye'de 112 acil yardım istasyonu sayısı incelendiğinde; 2013 yılında 2.072, 2014 yılında 2.186, 2015 yılında 2.323, 2016 yılında 2.400, 2017 yılında 2.618'dir. Burdur ilinde ise 2013 yılında 18, 2014 yılında 19, 2015 yılında 19, 2016 yılında 20, 2017 yılında ise 20 112 acil yardım istasyonu bulunmaktadır (Tablo 4). Türkiye'de olduğu gibi Burdur ilinde de 2013 yılında 2017 yılına gelinceye kadar acil yardım istasyonu sayısı artış göstermiştir. Burdur ilinde yapmış olduğumuz çalışmada; Burdur Valiliği 112 Acil Çağrı merkezine toplamda 5 yılda gelen çağrı sayısı 1.5 milyon civarındadır. Ortalama 1 yıl içerisinde gelen çağrı 300.000 üzerindedir. 2014 yılında 112 acil yardım hattını gereksiz arama oranı %76 iken, 2015 yılında %75, 2016 yılında %66, 2017 yılında ise %62'ler seviyesine inmiştir.

Tablo 3. Yıllara göre nüfus, ambulans sayısı ve ambulans başına düşen nüfus sayısı

Yıllar	Nüfus	Ambulans Sayısı	Ambulans Başına Düşen Nüfus
2013	257.267	34	7.566
2014	256.898	36	7.136
2015	258.339	37	6.892
2016	261.401	33	7.921
2017	264.779	41	6.458

Tablo 4. İstasyon tipleri ve sayıları

Yıllar	A1 Tipi	A2 Tipi	B1 Tipi	B2 Tipi
2013	2	11	4	1
2014	2	12	4	1
2015	1	13	4	1
2016	1	14	4	1
2017	1	15	4	0

5. SONUÇ

Burdur ilindeki 112 acil ekipleri vakalara zorlu kış şartlarında olsa bile hem kentsel hem de kırsal bölgelerdeki vakalara T.C. Sağlık Bakanlığının belirlediği hedefin (%95) üzerinde bir ulaşım sağlamıştır. Ambulans çıkışlarının çağrı nedenlerine göre dağılımı incelendiğinde medikal vakalar (%67,35) ile ilk sırayı almıştır. Bu oran bize acil sağlık hizmetlerinin kazalardan daha çok tıbbi nedenlere yönelik hizmet verdiğini göstermektedir. Vakaların ön tanılarına göre dağılımları incelendiğinde travma vakaları (%18,26) ilk sırada kardiyovasküler sistem hastalıkları (%17,21) ikinci sırada yer almıştır. Travma vakalarının en çok trafik kazaları ve düşmelerden dolayı meydana geldiği görülmüştür. Ambulans vaka çıkışlarının sonuçlarına göre dağılımı ele alındığında 5 yıllık dönemde vakaların büyük çoğunluğu hastaneye nakil (%60,55) ile sonuçlanmıştır. Ambulanslarla nakledilen hastaların birçoğunun acil olmayan vakalardan oluştuğu saptanmıştır. 112 Acil hattını gereksiz arama oranı 2014 yılında %76 iken 2017 yılında bu oran %62'lere inmiştir.

Tüm bu sonuçlar Burdur ilindeki acil sağlık hizmetlerindeki meydana gelen olumlu gelişmeleri göstermektedir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin önemi ve gücü giderek artmaktadır. Acil sağlık hizmeti sunumu için kalite göstergeleri ya da ölçütler belirlenmeli,

belirlenen parametreler hastalara en kısa zamanda müdahale imkânı sunma üzerine geliştirilmelidir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın etik kurulu; Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi girişimsel olmayan etik kurul (EK-1) onayı (Tarih: 05.03.2019, Toplantı No: 2019/3 Karar No: GO 2019/49) alınmış olup, 2. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresinde (IHSLC 2019) sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

1. Şimşek, P., Günaydın, M., Gündüz, A. (2019). Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri: Türkiye Örneği. *GÜSBD*, 8(1); 120-127
2. Gürlek Ö. (2005). Hasta Yakınlarının Acil Servislerdeki Sorunları ve Hemşirelerden Beklentiler. T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Afyon/Türkiye
3. Düzova, S., (2015). 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde Çalışan Personelin İş Doyumu: Ankara İli Örneği, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara/Türkiye
4. Erbay, H. (2017). Türkiye'de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Numarası Niçin 112? Tarih Perspektifinden Bir Değerlendirme *Lokman Hekim Derg.*, 7(1), 28-32.
5. Bulut A. (2016). *112 Acil Durum Ambulanlarında İş Risklerinin Tespiti ve İş Rehberi*. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü. Ankara-2016
6. Ekşi, A., Yıldırım, G.Ö. (2014). Avrupa Birliği Uyum Sürecinde Tek Numara Acil Çağrı Sistemi Uygulamasına Ambulans Personelinin Bakışı. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(31), 779-85.
7. Göcen, K., Ateş, M. (2013). *Acil Sağlık Hizmetleri*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım Müdürlüğü
8. Rehn, M, Davies, G, Smith, P, Lockey, D. (2017). Emergency Versus Standard Response: Time Efficacy of London's Air Ambulance Rapid Response Vehicle. *Emerg Med J, emermed*, 34(12), 806-809.
9. Aktaş C. & Sarıkaya S. (2009). *Alanda Acil Bakım*. T.C. Yeditepe Üniversitesi Yayınları: İstanbul, s. 13-20.
10. Özyaral, O., (2005). Ambulans ve İlk Müdahalede Sterilizasyon Dezenfeksiyon, 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 344-374. Antalya 2005.
11. Uğrak, U., Cihangiroğlu, N., Uzuntarla, Y., Teke, A. (2016). Hastaların sürekli kaygı düzeyleri ile acil sağlık hizmetlerini kullanma eğilimlerinin analizi. *Bartın Üniversitesi İİBF Dergisi*, 7(13), 208-225.
12. Avaner, T., Fedai, R. (2017). Sağlık Hizmetlerinde Dijitalleşme: Sağlık Yönetiminde Bilgi Sistemlerinin Kullanılması *SDÜ İİBF Derg.* 22(15), 1533-1542.

13. Önge, T., Satar, S., Kozacı, N., Açıklan, A., Köseoğlu, Z., Gülen, M., & Karakurt, Ü. (2013). 112 ile Acil Tıp Servisine Getirilen Erişkin Hastaların Analizi. *JAEM* 12(3), 150-4.
14. Ayten, S. (2015). Denizli ilinde 112 komuta merkezine yapılan aramalar ve acil ambulans hizmetlerinin kullanımının değerlendirilmesi . T.C. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Denizli/Türkiye
15. Tekingündüz S (2010). Bingöl İli 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Doğu Anadolu Bölgesi ve Türkiye Geneli İle Karşılaştırılması 2. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı* Cilt 1 Editör: Harun Kırılmaz 1. Basım –Nisan 2010 ISBN: 978-975-590-321-7 Bakanlık Yayın No: 789
16. Tomak, L., DüNDAR, C., Baydın, A., Çetinoğlu, E., & Pekşen, Y. (2008). Samsun İli 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nin 2004 Yılında Ulaştığı Kardiyovasküler Sistem Sorunu Olan Hastaların Değerlendirilmesi. *Firat Tıp Derg*, 13(4), 243-246.
17. Özata, M., Toygar, S. A., Yorulmaz, M., & Cihangiroğlu, N. (2011). Comparative analysis of using 112 emergency ambulance services in Turkey and the province of Konya. *Eur J Gen Med*, 8(4), 262-267.
18. Kıdak, L., Keskinöglü, P., Sofuoğlu, T., Ölmezoğlu, Z. (2009). İzmir ilinde 112 acil ambulans hizmetlerinin kullanımının değerlendirilmesi. *Genel Tıp Derg*, 19(3), 113-119.
19. Benli, A. R., Koyuncu, M., Cesur, Ö., Karakaya, E., Cüre, R., & Turan, M.K. (2015). Karabük İli 112 Acil Ambulans Hizmetleri Kullanımının Değerlendirilmesi. *J Clin Anal Med* 6(3), 271-4.
20. Oktay, İ., Kayışoğlu, N. (2005). Tekirdağ ili 112 acil sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Sted Dergisi*, 14(2), 35-37.
21. Aydın, M., Yurdakul, M., Eker, A. (2011). Mersin İl Sınırları İçindeki Okullardan 112 İl Ambulans Servisi'ne Yapılan Başvuru Sıklığının Araştırılması. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg*.25(3), 121-124.
22. Zenginol M, Al B, Genç S, Deveci İ, Yarbil P, Arı Yılmaz D, ve ark.(2011). Gaziantep İli 112 Acil Ambulanslarının 3 Yıllık Çalışma Sonuçları. *JAEM*, 10(1), 27-32.
23. Kahraman Ş. (2019). İzmir İli 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Bir Yıllık Analizi ve Geospatial Haritalandırılması T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı İzmir/ TÜRKİYE
24. Duran M. (2015). 112 Kayseri Acil Sağlık Hizmetleri 2013 Yılı Vaka Analizi. T.C. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Kayseri/Türkiye
25. Kıdak, L., Keskinöglü, P., Sofuoğlu, T., Ölmezoğlu, Z. (2009). İzmir ilinde 112 acil ambulans hizmetlerinin kullanımının değerlendirilmesi. *Genel Tıp Derg*, 19(3), 113-119.
26. Tözün, M., Ünsal, A., Arberk, K. (2012). Eskişehir İlinin 2008 Yılı 112 Acil Yardım ve Kurtarma İstasyonlarına Yapılan Çağrıların İncelenmesi. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(3), 54-57.
27. Çalışkan C. (2015). Gökçeada ve Bozcaada'dan 01.01.2009-31.12.2013 Tarihlerinde 112 Ambulansları ile Sevk Edilen Hastaların Ambulans Hasta Kayıt Formlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü; Ankara/Türkiye.
28. Benli, A. R., Koyuncu, M., Cesur, Ö., Karakaya, E., Cüre, R., & Turan, M. K. (2015). Karabük İli 112 Acil Ambulans Hizmetleri Kullanımının Değerlendirilmesi. *J Clin Anal Med* 6(3), 271-4.
29. T.C. Sağlık Bakanlığı (2018). *2017 Yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Kuban Matbaacılık Yayıncılık, Ankara.

30. T.C. Sağlık Bakanlığı (2017). *2016 Yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayın No :1083 Baskı : Sb-Sagem-2017/4, Ankara.
31. Yaylacı, S., Yılmaz Çelik, S., Öztürk Cimilli, T. (2013). Acil servise ambulansla başvuran hastaların aciliyetinin retrospektif değerlendirilmesi. *ACU Sağlık Bil* 4(2), 64-67.
32. Ekşi, A. (2016). Kamu Hizmetinde Etkililik ve Etkinlik Tartışmaları Bağlamında 112 Acil Çağrı Hizmetlerinin Kötüye Kullanımı. *DEÜ SBE Dergisi*, 18(3), 387-408.

Acil Servis ve 112’de Çalışan Sağlık Personelinin Yaşadığı Rol Çatışması ve Belirsizliğinin İş Stresine Etkisi

The Effect of Role Conflict and Ambiguity on Work Stress in Health Staff Working in Emergency Service and 112

Mehmet Halil ÖZTÜRK¹, A,B,C,D,E,F,G^{ORCID}, Nurdan GEZER², A,B,D,E,F,G^{ORCID}

¹Pamukkale University, Denizli Vocational School of Health Services Denizli, Turkey

²Aydın Adnan Menderes University, Faculty of Nursing, Aydın, Turkey

ÖZ

Amaç: Acil servis ve 112’de çalışan personelin yaşadığı rol belirsizliği, rol çatışması ve iş stresinin etkisini incelemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı-kesitsel bir çalışmadır. Ağustos 2016-Ocak 2017 tarihleri arasında iki acil servis ve 112 istasyonlarında çalışan 188 sağlık personeli katılmıştır. Veriler “kişisel bilgi formu”, “rol çatışması ve rol belirsizliği ölçeği” ile “iş stresi ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Evlilerin, mesleğini sevmeyenlerin, mesleki kanun ve yönetmelik bilgisine sahip olmayanların, mesleki görev ve sorumluluk bilgisine kısmen sahip olanların daha çok rol belirsizliği, mesleğini sevmeyen ve 25-30 yaş aralığındaki kişilerin daha çok rol çatışması, kadınların, mesleğini sevmeyenlerin, 25-30 yaş aralığındaki ve mesleki kanun ve yönetmelik bilgisine kısmen sahip olanların daha çok iş stresi yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Sonuç: İş stresi, rol çatışması ve belirsizliğinin birbirini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çatışma, Belirsizlik, Stres, Acil servis, 112.

ABSTRACT

Objective: To investigate the effect of role conflict and ambiguity on work stress in health staff working in emergency service and 112.

Methods: This descriptive cross-sectional study was planned between August 2016 and January 2017. 188 people working at 112 stations and two emergency service participated in the study. Data were collected using “personal information form”, “role conflict and role ambiguity scale” and “work stress scale”.

Results: It has been found more role ambiguity of married people, more role conflict of who do not like their profession and who have between 25-30 years of age, more work stress of women who do not like their profession, women who have between 25-30 years of age.

Conclusion: Role ambiguity and conflict, work stress experienced by employees affect each other.

Key words: Conflict, Ambiguity, Stress, Emergency department, 112.

1. INTRODUCTION

Health service is a service sector that requires intensive efforts to provide services to sick people. The problems experienced in this sector and the unsuccessful management of the labor force have extremely high human and economic costs (1). In order to increase the

Corresponding Author: Mehmet Halil ÖZTÜRK

Pamukkale Üniversitesi Kınıklı Yerleşkesi/Denizli Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu / D Blok
20070/Kınıklı/DENİZLİ, TÜRKİYE

mehmet_ozturk@pau.edu.tr

Received: 23.05.2020 – Accepted: 15.11.2020

* This study is a master thesis of Adnan Menderes University, Institute of Health Sciences, completed in 2017. Verbal presentation was made in 1rd international health science and life congress (Ihslc 2018), Burdur, TURKEY.

Yazar Katkıları: A) Fikir/Kavram, B) Tasarım, C) Veri Toplama ve/veya İşleme, D) Analiz ve/veya Yorum, E) Literatür Taraması, F) Makale Yazımı, G) Eleştirel İnceleme

efficiency and effectiveness of service delivery, it is absolutely necessary for health workers to work in an environment where they can perform their roles professionally within the framework of a division of work in accordance with their knowledge, training and skills. In order to provide effective and efficient health services in the institution, teamwork approach should be adopted (2). The rapid technological developments, expectations and needs of patients, demand and legal changes in health services inevitably affect the roles of employees in the institution (3).

The role is the set of behaviors expected from individuals working in an organization. If a person who needs to perform a role cannot fulfill the desired roles for various reasons after having detailed the priorities of the expected role, then they experience role ambiguity when they do not have sufficient skills and knowledge of the role they need to perform. If people are exposed to a high level of role conflict and role ambiguity. In studies, people has been shown that increased feelings of hostility, fear, restlessness and stress cause a decrease in self-confidence and organizational productivity (4).

Stress can be defined as a reaction or condition that occurs when a person is physically and mentally exposed to a challenge that exceeds the coping capacity (5). Work stress is generally defined by various and different aspects of the work area in the institution. Factors such as time pressure, difficult patients, heavy responsibilities, difficulties in computing, insufficient resources and working alone are highly effective in job stress (6).

Serious problems caused by job stress in health care workers lead to negativities that affect service provision such as absenteeism, decrease in job efficiency and job satisfaction (7,8). Health care units providing emergency aid are the units where work stress is extremely intense. It is stated that employees in these units are exposed to more stress factors than healthcare professionals working in different units. Unlike healthcare professionals working in different units, they have to deal with various aggressions, dangers and sudden traumatic experiences such as workplace violence (9-11). These traumatic experiences of employees in emergency healthcare units are closely related to the decrease in job satisfaction, role conflict, job stress, role ambiguity and reduction in professional and organizational commitment (11-13).

Aim

The aim of this study was to determine the effects of role conflict and role ambiguity on work stress and factors affecting work stress in emergency department and 112 health personnel.

2. MATERIALS AND METHOD

Type of the Study

This descriptive cross-sectional study was planned between August 2016 and January 2017.

The Universe and the Sample of the Research

Inclusion Criteria

The population of the study consisted of 278 health personnel working in Pamukkale University Hospital emergency service, Servergazi State Hospital emergency service and 12 112 Emergency Health Services Stations in Denizli province in Turkey. It was aimed to reach the whole population which was not taken into sample calculation. Questionnaire filling was done by face to face interview method. People who were randomly chosen during the application, who did not volunteer to participate in the study and who were on leave between August 2016 and January 2017 were excluded from the study. It was found that 47 people did not complete the questionnaire appropriately and 43 did not want to participate in the study. For this reason, a survey of 188 people was included in the data analysis.

Data Collection Tools

Personal information form, role conflict and role ambiguity scale and, work stress scale are the parts of survey application.

Personal Information Form

The personal information form consisted of two sections including sociodemographic and professional information. It consisted of 12 questions related to sociodemographic information such as gender, age, education and marital status of the individuals and the profession of the participants, the unit, weekly working time, professional working year, factors that may cause occupational stress, liking the profession, occupational law and regulation information, professional duties and responsibilities.

Role Conflict and Role Ambiguity Scale

Role Conflict and role ambiguity scale; was developed by Rizzo, House and Lirtzman (14) in 1970 and the validity and reliability were made by Yıldırım (15) in Turkey in 1996. The Cronbach's alpha value of the scale was 0.81 for role conflict and 0.72 for role ambiguity. In our study, Cronbach's alpha value was found to be 0.67 for role conflict and 0.71 for role ambiguity. The scale is seven likert type scale consisting of two sub-dimensions and 14 items (15).

Work Stress Scale

The cronbach's alpha value of the scale developed by Baltaş and Baltaş was found to be 0.83. The job stress scale consists of 15 questions and five likert type scoring (1=never, 2=rarely, 3=sometimes, 4=often, 5=almost always). The total score obtained from the evaluation of the scale is divided into 15 and the average score of the individual is obtained. A, B, E and F are evaluated as stress levels that may affect productivity and threaten health (16).

Data Analysis

Statistical analysis of the data was performed using SPSS (license number: 10241440) 15.0 Windows package program. Kolmogrov Simirnov and Shapiro-Wilk normality analysis, Q-Q plot and histogram graphs were used to determine whether the data were normally distributed or not. Since the research did not show a normal distribution; It was evaluated as a nonparametric study. Mann Whitney U was used when two variables were compared, and Kruskal Wallis, chi-square and correlation analysis were used when more than two variables were compared. Multiple linear regression analysis with stepwise method was used in the selection of variables affecting role conflict, role ambiguity and work stress scores. The $p < 0.05$ result was used to determine the level of significance.

The Ethical Aspect Of Research

During the research, the Human Rights Helsinki Declaration was adhered to. Written permission was obtained from the institutions where research data was collected by applying an information form containing the purpose and scope of the study. Ethics Committee approval was received (Number: 53043469-050.04.04 - Date and Number of Documents: 09/09/2016-E.37542).

3. RESULTS

Table 1 shows the distribution of the emergency department participating in the study and the health personnel working in 112 according to the descriptive characteristics. The mean age of the participants was 32.08 ± 8.32 (min:19-max:61). 38.8% (n=73) of the participants were between the ages of 31-40, 53.7% (n=101) were males and 68.6% (n=129) were married. When the graduation status is examined, 35.1% (n=66) are associate degree graduates. The participants consisted of 26.6% (n=50) nurses, 23.4% (n=44) emergency medical technicians and 19.1% (n=36) physicians. Looking at the unit studied, 54.8% (n=103) of the participants worked in emergency health stations and 45.2% (n=85) of them worked in emergency services. 21.3% (n=40) were working 40 hours or less. 78.7% (n=148) of those working for 41 hours or more per week. The average weekly working time was 51.21 ± 10.47 hours (min:24-max:80). When the working period of the institution is examined, it is seen that 42% (n=79) of the participants worked for 1-6 years. The average working years in the institution is 9.39 ± 7.28 (min:1-max:40) years. It was found that 88.8% (n=167) of the employees liked their profession. It was found that 65.4% (n=123) of the employees had partially knowledge of professional law and regulation and 78.8% (n=148) had professional duty and responsibility information.

Married people, people who do not like their profession, people who do not have professional law and regulation knowledge, people who have partial knowledge of their professional duties and responsibilities experience more role ambiguity. It was concluded that people who do not like their profession and health personnel between 25-30 years of age have more role conflicts. It was concluded that women, people who do not like their profession, health personnel between 25-30 years of age and people who have partial knowledge of professional laws and regulations experience more work stress.

In Table 2, 53.2% of the emergency personnel and 112 health personnel working in the emergency department see workload as the most important factor in work stress.

Table 1. Distribution of The Participants in Terms of Descriptive Statistics and Comparison of The Characteristics With Obesity Prejudice Scale (n=229)

Characteristic	Number	Percent	X±SS	Test, p
Gender				
Female	224	97.8	78.71±11.35	F=1.774
Male	5	2.2	72.20±7.53	p=0.172
Marital Status				
Married	157	68.6	79.19±10.87	t=1.224
Single	72	31.4	77.22±712.19	p=0.222
Monthly Income				
Income higher than expenditure	38	16.6	77.74±8.99	F= 0.312
Income equal to expenditure	136	59.4	79.06±11.64	p=0.732
Income lower than expenditure	55	24.0	77.95±12.02	
Level of Education				
High school	71	31.0	78.72±11.14	F=1.265
Associate degree	85	37.1	77.19±11.32	p=0.284
Undergraduate and graduate	73	31.9	80.06±11.43	
Profession				
Nurse	104	45.4	78.84±10.72	t=0.322
Midwife	125	54.6	78.35±11.82	p=0.748
BMI and range (kg/m²)				
Slim (18.49 and less)	8	3.5	82.00±8.94	F=2.551
Normal weight (18.5- 24.99)	122	53.3	77.73±10.72	p=0.56
Overweight (25.0- 29.99)	66	28.8	77.42±11.99	
Obese (> 30.0)	33	14.4	83.15±11.73	
Participants' assesment of their body structure				
Slim	8	3.5	81.63±8.81	F=0.595
Normal	106	46.3	77.88±11.45	p=0.704
Slightly overweight	52	22.7	77.46±10.38	
Overweight	41	17.9	80.00±12.50	
Fat	17	7.4	81.00±11.26	
Obese	5	2.2	80.0±13.44	
Attitude towards obese invidiuals				
Prejudiced	13	5.7	75.62±14.59	F=1.147
Unprejudiced	176	76.9	79.18±11.30	p=0.319
Undecided	40	17.5	76.88±10.10	
Presence of obese individuals in the family				
No	135	59.0	78.61±11.19	F=0.954
Mother	37	16.2	76.57±9.73	p=0.415
Father	6	2.6	75.33±10.37	
Other (sibling, child, uncle, aunt)	51	22.3	80.31±12.870	
The Cut-Off Points of The Obesity Prejudice Scale				
Unprejudiced (68.00 and lower)	37	16.2		
Inclined to prejudiced (68.01-84.99)	129	56.3		
Prejudiced (85.00 and higher)	63	27.5		
Obesity Prejudice Scale Total Score Averages			78.57±11.31 (min:51, max:115)	
Age			32.99±8.10 (min:18, max:63)	
Years in the profession			9.14±9.07 (min:1, max:42)	
BMI and range (kg/m²)			25.24±4.63(min:16.53, max:46.99)	

When the work stress scale is examined in Table 3; It was seen that 38.3%(n=72) health personnel working in the emergency department and 112 participated in the study experienced the level of stress which attracted to the person despite the high level of stimulus and responsibility.

In Table 4, there was a weak positive relationship between role conflict and role ambiguity, an intermediate negative relationship between role conflict and work stress, a very weak negative relationship between role conflict and education level. There was a weak negative correlation between role ambiguity and work stress. There was a very weak positive

correlation between work stress and education level. A very weak negative correlation was found between education level and weekly working time. There was a very weak negative correlation between age and work stress, and a weak negative correlation between age and weekly working time.

Table 2. The most important factors causing professional stress.

	N	%
Excessive workload	100	53.2
Lack of staff	75	39.9
Problems arising from the administration	72	38.3
Length of the run time	32	17
Staffing	17	9
Other	16	8.5
* Multiple options are checked	312	100

Table 3. Percentage averages of work stress of health personnel working in emergency services and 112

Work stress scale values	Range	N	%
A (1. Group)	3.5-4.0	14	7.4
B (2. Group)	1.0-1.3	4	2.1
C (3. Group)	1.4-1.9	24	12.8
D (4. Group)	2.0-2.5	54	28.7
E (5. Group)	2.6-3.1	72	38.3
F (6. Group)	3.2-3.4	20	10.6
TOTAL		188	100.0

Table 4. Relation between role ambiguity, role conflict, work stress and affecting factors experienced by health personnel working in emergency services and 112

Age	Role conflict	Role ambiguity	Work stress	Graduation	Weekly work hour
Role Conflict	r				
	p				
Role Ambiguity	r	,355(**)			
	p	,000			
Work stress	r	,609(**)	-,389(**)		
	p	,000	,000		
Graduation	r	-,200(**)	-,009	,166(*)	
	p	,006	,898	,023	
Weekly work hour	r	-,070	,115	,057	-,163(*)
	p	,342	,118	,440	,025
Age	r	,172	,010	-,178	-,043
	p	,018	,889	,015	,554

* Correlation is significant at 0.05 level.

** Correlation is significant at 0.01 level.

In the regression analysis in table 5, there was a positive relationship between role conflict score and role ambiguity score and a negative correlation with work stress score ($p < 0.05$). Role conflict was found to be affected 38% of role uncertainty and 37% of work stress. In addition, there was a positive correlation between role ambiguity score and liking profession, knowledge of law and regulation; There was a negative correlation between work stress score ($p < 0.005$). It was concluded that role ambiguity affects 26% of the liking of the profession, 21% of knowledge of laws and regulations and 15% of work stress. A negative correlation was found between work stress score and role conflict, role ambiguity, knowledge of law and regulation ($p < 0.005$). It was found that 43% of insufficiency of Law and Regulation Information, 40% of role ambiguity, 37% of role conflict affected work stress.

Table 5. Regression values of role ambiguity, role conflict and work stress among health personnel working in emergency services and 112 by dependent and independent variables

Factors affecting the role conflict of health personnel working in emergency services and 112

Factors	β	Std. Error	t	p	% 95 Confidence Interval		R ²
					Lower	Top	
Role Conflict Scale (Constant)	4,927	,508	9,707	,000	3,926	5,929	
Work Stress Scale	-,801	,090	-8,871	,000	-,979	-,623	,370
Role Ambiguity Scale	,151	,068	2,236	,027	,018	,284	,387

Regression Analysis

Factors affecting the role ambiguity of health personnel working in emergency services and 112

Factors	β	Std. Error	t	p	% 95 Confidence Interval		R ²
					Lower	Top	
Role Ambiguity Scale (Constant)	6,721	,237	28,354	,000	6,253	7,188	
Work Stress Scale	-,469	-,089	-5,272	,000	-,644	-,293	,151
Knowledge of Professional Law and Regulations	-,905	,224	-4,040	,000	-1,347	-,463	,211
Loving Profession	-,633	,165	-3,826	,000	-,959	-,306	,269

Regression Analysis

Factors affecting the work stress of health personnel working in emergency services and 112

Factors	β	Std. Error	t	p	% 95 Confidence Interval		R ²
					Lower	Top	
Work Stress Scale (Constant)	4,919	,238	20,660	,000	4,449	5,389	
Role Conflict Scale	-,360	,041	-8,730	,000	-,441	-,279	,370
Role Ambiguity Scale	-,177	,045	-3,906	,000	-,267	-,088	,404
Knowledge of Professional Law and Regulations	-,467	,149	-3,135	,002	-,761	-,173	,435

Regression Analysis

4. DISCUSSION

It was found that nurses and midwives working in institutions which provide primary Since health institutions are both work environments where service users experience intense stress and service providers experience stress very frequently, there is more work stress in these environments. The excessive workload and the poor determination of duties and responsibilities are among the important factors that cause work stress (17,18).

When the sociodemographic characteristics were examined; it is concluded that married people experience the role ambiguity more than singles. In the study conducted by Yeşilyurt (19) on nurses, a significant difference was found between the scores of role ambiguity according to marital status, but unlike our study, it was concluded that single nurses mostly experienced role ambiguity. Contrary to all these findings, some studies did not find a significant difference between the score of role ambiguity according to marital status (20-23) Married health workers have different roles such as mother, father and spouse compared to single workers in business life. therefore, it is thought that married employees experience more role ambiguity.

It was seen that people who did not like their profession experienced more role ambiguity. Şahin (22) found a significant difference between role ambiguity scores in terms of liking the work environment and found that those who were not satisfied with the work environment experienced the role ambiguity more. It is thought that health workers experience role ambiguity because they do not adopt the roles they are obliged to perform because they do not like their professions.

It was concluded that people who do not have professional law and regulation knowledge experience more role ambiguity. In his study on physicians and nurses, Özkan (21) found a significant difference between role ambiguity scores according to professional law and regulation information, and, contrary to our study, concluded that physicians and nurses with sufficient professional laws and regulations experienced more role ambiguity. The reason for this may be that health workers do not want to learn the roles they are obliged to perform because of dislike of their profession and the duties and responsibilities defined for these roles. As is known, professional laws and regulations determine the duties and responsibilities of individuals. If these rules are not followed, legal problems arise.

It is seen that people who have partial knowledge of professional duties and responsibilities experience more role ambiguity. Similar to our study, Yörükoğlu (24) and Narin (25) concluded that people who partially have professional duty and responsibility knowledge experienced more role ambiguity in their studies. It is thought that people with limited knowledge experience more ambiguity than those who do not.

It was seen that the role conflict was mostly experienced by health personnel between 25-30 years of age. Yeşilyurt (19) found a significant difference between the role conflict scores according to age in the study performed by nurses, and concluded that those who had a role conflict had a maximum age of 49 and older. Topuz (20), Yörükoğlu (24), Şahin (22), Narin (25) and Tarrant (26) did not find a significant difference in their work on role conflict.

Emergency units are the places where the patients health is decided and intervened very quickly. Most of the time, physicians, nurses, emergency medical technicians and ambulance and emergency care technicians provide services to the same patient at the same time. In this

case, a role conflict may occur. It is thought that it is due to the lack of experience and professional excitement of the employees especially in the 25-30 age range. It is also possible that emergency medical technicians and ambulance and emergency care technicians intervene to the patient alone and away from the hospital.

It is seen that people who do not like their profession experience more role conflict. It is thought that health workers who do not like their profession also experience role conflicts because they do not fully know or adopt the roles they are obliged to do.

It is seen that women experience more work stress than men. Erşan et al. (27) obtained the same result in our study on health workers. Contrary to our results; he it found no significant difference between work stress by gender in their study on health workers of Aslan et al. (28), physicians of Sünter et al. (29), ambulance workers of Tokuç et al. (30), emergency staff of Koç (31), nurses of Laal and Aliramaie (32), ambulance workers of Atan and Tekingündüz (33). It is thought that women experience more work stress than men due to their work in stress-intensive units, gender discrimination, sexual harassment, violence, conflict in their roles and responsibilities in their family life and work life.

It was seen that people between 25-30 years experienced more work stress. In the study of Arıkan and Karabulut (34), health workers between 26 and 33 years of age and In the study of Koç (31), health workers between 25 and 35 years of age have been found as the most stressful age group. Such a result may be the health care workers due to their early get a job, not being fully aware of their duties and responsibilities, and especially for 112 employees to encounter emergencies outside the hospital and to make quick and accurate decisions in a short time. In addition, it is thought that it is due to the fact that institutions do not fully implement their initiatives to reduce the factors causing work stress.

It was found that those who do not like their profession experience more work stress. In general, individuals who work in a job they do not like may experience situations such as unhappiness, tension, unwillingness to come to work, and desire to quit, and it is inevitable that all of these will cause stress. Therefore, it is thought that health workers who do not like their jobs experience intense work stress.

It was found that people who have partial knowledge of professional laws and regulations experienced more work stress. It is thought that these employees do not know their roles and how they will react in case of an emergency, and because of their lack of professional knowledge, they feel insufficient to make quick and correct decisions in crisis and acute moments and thus experience stress. If health professionals have full knowledge of professional laws and regulations, they become more aware of their duties and responsibilities and act more decisively.

Although there is no study in the literature on the inadequacy of law and regulation knowledge of health workers, in our study; It was observed that work stress was mostly affected by inadequacy in law and regulation knowledge, and respectively role ambiguity and role conflict played an important role in increasing work stress. The emergency department and 112 health workers are often confronted with situations such as making quick and accurate decisions about the patient, responding quickly, and being in direct contact with the relatives of the patients during the emergency. therefore, if problems related to work stress, role conflict and role uncertainty are resolved, confusion that may arise in medical errors and interventions may be eliminated. Better quality and excellent health service can be offered.

5. CONCLUSION

Role conflict, ambiguity and work stress are a serious problem for emergency workers. Because of the great responsibility of saving lives and competing against over time, emergency workers happily accept the stress they experience regardless of the severity of the stress. However, in the long run, the factors that cause this stress reduce the productivity and quality of life of emergency workers. Therefore, deficiencies in the areas where problems are experienced should be identified, the roles of emergency workers should be determined with a sharp limit and the factors that cause stress should be eliminated and areas where they can easily fulfill their responsibilities should be created. There is no such study in the literature including emergency and 112 employees similar to our study. Our goal is to fill this gap in the literature, identify problems and to contribute to the institutions to overcome.

Limitations

The limitations of the research are that the research is conducted in a single center and evaluated only in terms of sociodemographic features.

Ethical consideration of the study

During the research, the Human Rights Helsinki Declaration was adhered to. Written permission was obtained from the institutions where research data was collected by applying an information form containing the purpose and scope of the study. Ethics Committee approval was received (Number: 53043469-050.04.04 - Date and Number of Documents: 09/09/2016-E.37542).

Funding

There is no person / organization that supports the work financially.

Conflict of interest statement

The authors do not have any interest-based relationships.

Acknowledgments

We would like to thank all healthcare professionals who participated in our study and supported them.

REFERENCES

1. Dussault, G., & Dubois, C.-A. (2003). Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human resources for health*, 1(1), 1.
2. Akboğa, N. C. (1999). Bölge hastanelerinde hemşirelik hizmetlerinin yönetsel organizasyonu açısından karşılaştırılması.
3. Quaal, S. J. (1999). Clinical nurse specialist: role restructuring to advanced practice registered nurse. *Critical care nursing quarterly*, 21(4), 37-49.
4. Yörükoğlu, S. (2008). *Özel bir hastanede çalışan sağlık personelinin rol çatışması, rol belirsizliği ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

5. Nakajima, Ş. (2016). *Endişesiz ilaçsız*. İstanbul: Doğan Novus Yayınevi.
6. Harris, P. E. (1989). The nurse stress index. *Work & Stress*, 3(4), 335-346.
7. Isenberg, D. L., & Van Gelder, C. M. (2011). Occupational illness and injury in prehospital care personnel. *Occupational Emergency Medicine*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell, 162-174.
8. Borda, R. G., & Norman, I. J. (1997). Factors influencing turnover and absence of nurses: a research review. *International journal of nursing studies*, 34(6), 385-394.
9. Crabbe, J., Bowley, D., Boffard, K., Alexander, D. A., & Klein, S. (2004). Are health professionals getting caught in the crossfire? The personal implications of caring for trauma victims. *Emergency Medicine Journal*, 21(5), 568-572.
10. Kilcoyne, M., & Dowling, M. (2007). Working in an overcrowded accident and emergency department: nurses' narratives. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(2), 21.
11. Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *Journal of nursing management*, 23(3), 346-358.
12. Browning, L., Ryan, C. S., Thomas, S., Greenberg, M., & Rolniak, S. (2007). Nursing specialty and burnout. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 148-154.
13. Potter, C. (2006). To what extent do nurses and physicians working within the emergency department experience burnout: A review of the literature. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 9(2), 57-64.
14. Rizzo, J. R., House, R. J., & Lirtzman, S. I. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative science quarterly*, 150-163.
15. Tunc, T. (2008). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ile rol çatışması ve rol belirsizliği arasındaki ilişki: bir üniversite hastanesi örneği. *Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya*.
16. Baltaş, A., & Baltaş, Z. (2012). Stres ve Basa Çıkma Yolları. 28. *Basım İstanbul: Remzi Kitabevi*.
17. Akbal Ergün, Y. (2014). Çatışma Yönetimi. Tatar Baykal, Ü. Ercan Türkmen, E. (ed.), Hemşirelik hizmetleri yönetimi kitabı. (ss.182-183). İstanbul: Akademi Kitabevi.
18. Yazıcı Altuntaş, S. (2014). Stres Yönetimi. Tatar Baykal, Ü. Ercan Türkmen, E. (ed.), Hemşirelik hizmetleri yönetimi kitabı. (ss.667-668). İstanbul: Akademi Kitabevi.
19. Yeşilyurt, T. (2009). Hemşirelerde rol çatışması ve rol belirsizliğinin iş stresi ve iş doyumuna etkisi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul*.
20. Topuz, A. (2006). Hemşirelerde rol çatışması ve rol belirsizliği, iş stresi ve aralarındaki ilişkinin belirlenmesi. *Unpublished Master Dissertation, Cumhuriyet University, Health Sciences Institute, Sivas, Turkey*.
21. Özkan, Ş. (2008). Rol çatışması ve rol belirsizliğinin hekim ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri üzerine olan etkileri. *Hacettepe Üniversitesi, Ankara*, 77-87.
22. Şahin DY, Önder ÖR. (2009). *Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşirelerinin rol çatışması-rol belirsizliği ve tükenmişlik durumları*. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
23. Akdaş, E. (2015). Hemşirelerde rol çatışması ve rol belirsizliğinin tükenmişlik ve iş doyumuna etkisi: Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
24. Yörükoğlu, S. (2008). *Özel bir hastanede çalışan sağlık personelinin rol çatışması, rol belirsizliği ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

25. Narin, Y. (2010). *İstanbul İlinde bir eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin rol çatışması, iş doyum ve stres düzeylerinin belirlenmesi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
26. Tarrant, T., & Sabo, C. E. (2010). Role conflict, role ambiguity, and job satisfaction in nurse executives. *Nursing Administration Quarterly*, 34(1), 72-82.
27. Erşan, E. E., Yıldırım, G., Doğan, O., & Doğan, S. (2013). Sağlık çalışanlarının iş doyum ve algılanan iş stresi ile aralarındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 115-121.
28. Aslan, S. H., Alparlan, Z. N., Aslan, R. O., Kesepara, C., & Ünal, M. (1998). İşe bağlı gerginlik ölçeğinin sağlık alanında çalışanlarda geçerlik ve güvenirliği. *Düşünen Adam*, 11(2), 4-8.
29. Sünter, A. T., Canbaz, S., Dabak, Ş., Öz, H., & Pekşen, Y. (2006). Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyum düzeyleri. *Genel Tıp Dergisi*, 16(1), 9-14.
30. Tokuç, B., Turunç, Y., & Ekuklu, G. (2011). Edirne’de ambulans çalışanlarının anksiyete, depresyon ve işe bağlı gerginlik düzeyleri. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 11(42), 39-44.
31. Koç, Ş. (2009). Sağlık Çalışanlarında İş Stresi Acil Servis Örneği. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul*.
32. Laal, M., & Aliramaie, N. (2010). Nursing and coping with stress. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 2(5), 0-0.
33. Atan M, Tekingündüz S. (2014). Ambulans çalışanlarının (112) tükenmişlik, algılanan iş stresi ve iş tatminlerinin kişisel özelliklere göre incelenmesi. *Social Sciences*, 9(3), 54-69.
34. Arıkan, D., & Karabulut, N. (2004). Hemşirelerde işe bağlı gerginlik ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1).

Emzirme Sürecinde Olan Annelerin Emzirme Davranışlarını Yönlendiren Tutumlarının İncelenmesi

Investigation of Mothers Attitudes During Breastfeeding Affecting Breastfeeding Behavior

Nurdan AKÇAY DİDİŞEN^{1 A,B,D,G}, Hatice UZŞEN^{1 A,B,C,D,E,F,G},

Emel BULDUR^{2 A,B,C,E}

¹Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bölümü, İzmir, Türkiye

²Ege Üniversitesi Çocuk Hastanesi, İzmir, Türkiye

ÖZ

Amaç: Emzirme sürecinde olan annelerin emzirme davranışlarını yönlendiren tutumlarının incelenmesi amacıyla uygulanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan araştırma, Haziran 2017-Haziran 2018 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Gönüllü 307 anne ile tamamlanan çalışmada 'Birey Tanılama Formu' ve 'Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği' kullanılmıştır. İstatistiksel olarak tanımlayıcı analizler yapılarak değişkenler arasında One Way Anova testi ve bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Annelerin sosyo-demografik özellikleri doğrultusunda yaş ortalamasının 28±6 olduğu, %30,9±1'u liseden mezun olup ve %50,2±0,5'sinin çalıştığı saptanmıştır. Annelerin %72,3'ünün emzirme deneyimi olduğu, %28,8'inin bebeğini 13-18 ay emzirdiği, %28,4'ünün 19-24 ay emzirdiği belirlenmiştir. Annelerin %75,6'sı emzirme eğitimi almıştır. Emzirme eğitimi alan annelerin bu eğitimi %44,6'sının sağlık personelinin, %6,8'inin aile büyüklerinden aldıkları saptanmıştır. Çalışmada emzirme tutumu değerlendirme ölçeği toplam puan ortalamasının 85.73±18 olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumu ve emzirme süreleri ile ölçek toplam puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05). İlkokul mezunu olan ve gebelik sayısı çok olan annelerin emzirme tutum puanının arttığı saptanmıştır.

Sonuç: Annelerin emzirme davranışlarını yönlendiren tutumlarının incelendiği çalışmada, emzirme eğitimi büyük oranda almış olmalarına rağmen emzirme tutumu değerlendirme ölçek puan ortalamaları düşüktür. Bu durumun örneklem grubunun az olmasından kaynaklanabileceği gibi emzirmeyi etkileyecek diğer biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik etkenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Annelerin ve anne adaylarının doğum öncesinden başlanarak emzirme davranış ve tutumlarının geliştirilmesi için gerekli eğitimler düzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Emzirme, Tutum, Anne, Emzirme Süreci.

ABSTRACT

Objective: It was applied to investigate the attitudes of the mothers in the breastfeeding process affecting their breastfeeding behaviors.

Method: The descriptive and cross-sectional study was conducted in a university hospital between June 2017 and June 2018. The study was completed with 307 mothers who volunteered to participate in the study. One way Anova test and independent t test were used among the variables.

Results: According to the socio-demographic characteristics of the mothers, the mean age was 28±6, 30.9±1% were graduated from high school and 50.2±0.5% were working. It was determined that 72.3% of the mothers had breastfeeding experience, 28.8% had breastfed their baby for 13-18 months and 28.4% had breastfed for 19-24 months. 75.6% of mothers received

Sorumlu Yazar: Hatice UZŞEN

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bölümü, İzmir/TÜRKİYE
hatice_uzsen35@hotmail.com

Geliş Tarihi: 26.11.2018 – Kabul Tarihi: 11.04.2020

* Çalışma, IV. International Multidisciplinary Congress Of Eurasia, Roma-İtalya, 23-24 Ağustos 2017 tarihinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Yazar Katkıları: A) Fikir/Kavram, B) Tasarım, C) Veri Toplama ve/veya İşleme, D) Analiz ve/veya Yorum, E) Literatür Taraması, F) Makale Yazımı, G) Eleştirel İnceleme

breastfeeding training. It was found that 44.6% of the mothers received breastfeeding training from health personnel and 6.8% from the family elders. Breastfeeding attitude assessment scale total score average was 85.73 ± 18 . There was a significant difference between educational status, breastfeeding time and total scale scores ($p < 0.05$).

Conclusion: In the study, although the breastfeeding education was largely received, the mean scores of the breastfeeding attitude assessment scale were low. It is thought that this situation may be due to the low sample size and other biological, psychological, social, cultural and economic factors that may affect the attitudes of mothers' breastfeeding process. Breastfeeding trainings should be organized to developed breastfeeding behaviors and attitudes of mothers and expectant mothers starting before birth.

Key words: Breastfeeding, Attitudes, Mother, Breastfeeding Duration.

1. GİRİŞ

Ulusal ve uluslararası sağlık örgütleri, annelerin yenidoğan bebekleri ilk 6 ay sadece anne sütüyle beslemelerini önermektedir. Büyüme ve gelişmenin optimum düzeyde gerçekleşebilmesi için annenin bebeğini kendi sütüyle beslemesi gerekmektedir (1-3). Yapılan çalışmalar incelendiğinde anne sütüyle beslenmenin sağlık, ekonomik ve psikolojik yönden birçok yararlarının olduğu bilinmektedir (4). Literatürde ayrıca anne sütünün bebeği birçok hastalıktan (pnömoni, tüberküloz, ishal, otitis media, kızamık vb.) koruduğu ve ani bebek ölüm riskini azalttığı vurgulanmaktadır (2-7). Düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde, yüksek gelirli ülkelere göre anne sütünün önemi daha iyi kavranmış olmakla birlikte annelerin daha uzun süre bebeklerini anne sütüyle besledikleri saptanmıştır (3,8-11). Ülkemizde ise emzirme davranışı oldukça yaygın olmakla birlikte hemen hemen bütün bebekler anneleri tarafından emzirmektedir (12). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre ortalama emzirme süresinin 16,7 ay olduğu, ilk 6 ayda anne sütü ile beslenme oranının %88, yirmi dört ayda ise %39 olduğu belirlenmiştir (13).

Birçok yararı olan emzirmenin başarılı bir şekilde sürdürülmesi önemli sağlık hedeflerinden biri olarak kabul edilmekte, emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi gerekliliği her fırsatta ifade edilmektedir (12). Ancak bugün anne sütünün önemi bilinmesine rağmen birçok ülkede etkili emzirmenin sağlanması ve sürdürülmesinde sorunlar yaşanmaktadır. Anne sütüyle besleme; annenin ve bebeğin sağlık durumu, çoğul bebeklerin varlığı, annenin çalışma durumu, ailenin ve toplumun tutum ve değerleri, emzirme sürecinde yaşanan zorluklar, kentleşme, beden imajının değişeceği düşüncesi vs. gibi birçok etmenden etkilenmektedir (14). Tüm bu süreçlerin içerisinde emzirme davranışını yönlendiren tutumlarının detaylı olarak belirlenmesi, sürecin kesintisiz bir şekilde devamının sağlanması, ortaya çıkabilecek akut durumlara yönelik uygun yaklaşımın verilmesi ile birlikte bebeğin beslenme yönetiminin de sorunsuz ve kesintisiz bir şekilde ilerlemesine katkı sağlayacaktır. Pediatri hemşiresinin doğumdan sonraki ilk zamanlarda annenin bebek ile etkileşimini sağlayan ve emme durumunu gözlemleyip destekleyen kişi olması, eğitici rolü ile anne sütünün önemi hakkında anneyi bilgilendirmesi, bebeğin ilk defa emzirilmesine danışmanlık edip emzirmenin sürdürülmesinde yer alması hemşirenin önemli rollerinden biridir.

Bu çalışma emzirme sürecinde olan annelerin emzirme davranışlarını yönlendiren tutumlarının incelenmesi amacıyla uygulanmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın tipi, evren ve örneklem

Araştırma tanımlayıcı kesitsel araştırma olarak tasarlanmıştır. Araştırmada bir yıl içinde Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi Yenidoğan ve Genel Pediatri polikliniğine başvuran tüm anneler evreni, Haziran 2017- Haziran 2018 tarihleri arasında araştırmaya katılmaya gönüllü olan 307 anne ise örnekleme oluşturmaktadır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- Okuma yazma bilmesi,
- Türkçe anlayabiliyor ve konuşabiliyor olması,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesidir.

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri

- Okuma yazma bilmemesi,
- Türkçe anlayamıyor ve konuşamıyor olması
- Araştırmaya katılmayı kabul etmemesidir.

Araştırmada “Birey Tanılama Formu” ve “Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği” kullanılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Birey Tanılama Formu (Ek-1): Araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan, anneye ait sosyo-demografik özellikleri içeren formdur (3, 7, 9, 11).

Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği (ETDÖ) (Ek-2): Emzirme tutumunu değerlendirme ölçeği Özkan tarafından, 1997 yılında İstanbul İlinde 10 hastanenin kadın doğum kliniğinde doğum yapan annelerle çalışılarak geliştirilmiştir. Annelerin emzirme davranışlarını yönlendiren tutumların çeşitli boyutlarının değerlendirilmesi için 5’li likert tipinde 46 maddeden oluşan bir ölçektir. Maddeler tamamen katılıyorum (4), katılıyorum (3), kararsızım (2), az katılıyorum (1), hiç katılmıyorum (0) ifadeleriyle puanlanmıştır. Ölçek olumlu maddeler (3, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 19, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 37, 38, 42, 43) ve olumsuz maddeler (1, 2, 5, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25, 33, 34, 35, 36, 39, 40, 41, 44, 45, 46) içermektedir. Olumsuz maddeler ters olarak puanlanmıştır. Ölçek toplam puanı 184 dür. Olumlu maddelerin puanı 88, olumsuz maddelerin puanı 96’dır. Puanı yükseldikçe emzirme tutumunun pozitif olduğu yönünde değerlendirilmektedir. Ölçeğin kullanımı için ölçek sahiplerinden gerekli izinler e-posta yolu ile alınmıştır (15).

Etik İlkeler

Araştırma protokolü ile ilgili Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik kurul onayı alınmıştır (04/20 181-2017). Araştırma verilerinin toplanabilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi’nden izin alınmıştır. Araştırmaya dâhil edilen annelere araştırma ile ilgili bilgi verilmiş, çalışmaya katılmaya davet edilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Öncelikle annelerin demografik özelliklerine göre dağılımda frekans ve yüzde dağılımları bakılmış, annelerin emzirme tutumunu değerlendirme puanları frekans, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma istatistikleri ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorow-Smirnov testi ile analiz edilmiştir. Ayrıca tüm sosyo-demografik değişkenler seçilerek annelerin emzirme tutumu değerlendirme ölçeği puan ortalamasını etkileme durumu istatistiksel olarak One Way Anova testi ve bağımsız gruplarda t testi kullanılarak belirlenmiştir. Etik ilkelere uyulması, araştırma kapsamına alınanların haklarının korunması ve herhangi bir zarar görmemeleri açısından önlemler alınmış, “Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği”nin kullanım izni, ölçek geçerlilik ve güvenilirliğini yapan araştırmacılarından alınmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için ise Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu’ndan ve araştırmanın yapılacağı kurumdan gerekli yazılı izinler alınmıştır. Araştırmaya kapsamına alınan bireylerden de Yazılı Onam Formu doldurularak izinler alınmıştır.

3. BULGULAR

Annelerin sosyo-demografik özellikleri doğrultusunda yaş ortalamasının 28 ± 6 olup 30.9 ± 1 ’unun liseden mezun olduğu, $50,2\pm 0.5$ ’inin çalıştığı ve çalışan annelerin ise 23.8 ’inin memur olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan ailelerin 82.1 ’i çekirdek aile olmakla birlikte ailelerin 59.9 ’u il merkezinde yaşamaktadır. Araştırmaya ait sosyo-demografik bulgulara Tablo 1’de ayrıntılı olarak yer verilmiştir.

Tablo 1. Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyodemografik Veriler	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sosyodemografik Veriler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş			Aile Tipi		
15-24 Yaş Arası	113	36.8	Çekirdek Aile	252	82.1
25-34 Yaş Arası	143	46.6	Geniş Aile	50	16.3
35 Yaş Ve Üzeri	51	16.6	Parçalanmış Aile	5	1.6
Eğitim			Yaşam Alanı		
İlkokul	49	16	İl Merkezi	184	59.9
Ortaokul	66	21.5	İlçe	98	31.9
Lise	95	30.9	Köy	25	8.1
Üniversite	93	30.3	Eşin Öğrenim Durumu		
Diğer	4	1.3	İlkokul	34	11.1
Meslek			Ortaokul	32	10.5
İşçi	55	17.9	Lise	118	38.4
Memur	73	23.8	Üniversite	120	39.1
Esnaf	9	2.9	Diğer	3	0.9
Ev hanımı	153	49.8	Eşin Mesleği		
Diğer	17	5.5	İşçi	132	43
Çalışma Durumu			Esnaf	97	31.6
Evet	154	50.2	Memur	37	12.1
Hayır	153	49.8	Diğer	39	13.4

Annelerin gebelik sayısına bakıldığında, %39.7'sinin ilk gebeliği, %39.4'ünün ise ikinci gebeliği olduğu belirlenmiştir. Annelerin %83.7'si gebeliğe eşiyile birlikte isteyerek karar verdiklerini belirtmişlerdir ayrıca %72.3'ünün emzirme deneyiminin olduğu, %28.8'inin bebeğini 13-18 ay emzirdiği, %28.4'ünün 19-24 ay emzirdiği belirlenmiştir. Annelerin bebeklerini besleme şekilleri incelendiğinde, %70'inin emzirdiği, %7.8'inin beslerken biberon kullandığı, %2.9'unun nazogastrik sonda ile beslediği, geri kalan annelerin ise bu üç yöntemden herhangi ikisini birlikte kullandığı belirlenmiştir. Annelerin %75.6'sı emzirme eğitimi almış olup emzirme eğitimi alan annelerin bu eğitimi %46'sının sağlık personelinden, %6.8'inin aile büyüklerinden aldıkları saptanmıştır. Annelerin gebelik özellikleri ve emzirme durumlarının dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Çalışmada emzirme tutumu değerlendirme ölçeği toplam puan ortalamasının 85.73 ± 18 olduğu saptanmıştır. Ölçekte olumlu maddelerin puan ortalamasının 47.87 ± 10 , olumsuz maddelerin puan ortalaması ise 37.85 ± 11 olduğu belirlenmiştir. Emzirme tutumu değerlendirme ölçeği toplam puan ortalamalarına Tablo 3'de yer verilmiştir.

Tablo 2. Annelerin Gebelik Özellikleri ve Emzirme Durumlarının Dağılımı

Gebelik Özellikleri	Sayı (n)	Yüzde (%)	Emzirme Özellikleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gebelik Sayısı			Emzirme Eğitiminin Nereden Alındığı		
1	122	39.7	Sağlık personeli	138	44,6
2	121	39.4	Kitap, gazete, broşür	15	4.7
3	43	14.	Aile büyükleri	29	9.2
4	19	6.2	Tv, video, radyo	8	2.5
5 ve üstü	2	0.7	Arkadaşlar	6	1.8
Gebelik İstenme Durumu			Okuldaki dersler	7	2.2
Eşim ile birlikte istedik	257	83.7	Emzirirken Yardımcı Araç Kullanma Durumu		
Ben istedim eşim istemedi	12	3.9	Evet	232	75.6
Eşim istedi ben istemedim	19	6.2	Hayır	75	24.4
Emzirme Özellikleri	Sayı (n)	Yüzde (%)	Yardımcı Araç Tipi		
Emzirme Deneyimi			Silikon meme ucu	23	7.3
Evet	222	72.3	Süt sağma makinesi	69	22.2
Hayır	85	27.7	Biberon	100	32.2
Emzirme Süresi			Emzirme Örtüsü	14	4.3
0-6 ay	53	23.9	Emzirme Yastığı	16	5
7-12 ay	42	18.9	Göğüs Kalkanı	1	0.3
13-18 ay	64	28.8	Diğer	2	0.6
19-24 ay	63	28.4			
Emzirme Eğitimi Alma Durumu					
Evet	232	75.6			
Hayır	75	24.4			

Annelere ait tüm sosyo-demografik özelliklerin ETDÖ puan ortalamasını etkileme durumu incelenmiştir. Yaş, çalışma durumu, meslek, gebelik sayısı, gebeliğin istenme durumu ile emzirme tutumu değerlendirme ölçeği karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Eğitim durumu ve emzirme süreleri ile ölçek toplam puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 3. Emzirme Tutumu Değerlendirme Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları

Emzirme Tutum Ölçeği	Min	Max	Ortalama	Std. Sapma
Ölçek Toplam Puan	14	122	85.73	18
Olumlu Madde Puanı	6	78	47.87	10
Olumsuz Madde Puanı	8	66	37.85	11

Tablo 4. Emzirme Süresi ile Ölçek Toplam Puanının Karşılaştırılması

Emzirme Süresi	Sayı	Puan Ort.	Std. Sapma		
0-6 ay	53	84.94	17		
7-12 ay	42	93.14	14		
13-18 ay	64	79.79	19		
19-24 ay	63	85.27	17		
One-Way Anova Testi	Kareler Toplamı	sd	Ortalama Kare	F	p
Gruplar arası	4516	3	1505	4.702	0.003
Grup içi	69786	218	320		
Toplam	74302	221			

4. TARTIŞMA

Sağlıklı nesillerin yetişmesi anne ve bebeğin doğum öncesi dönemde sağlık bakım hizmeti almasıyla başlamakta olup bunu doğum sonrası dönemde bu hizmetin devam etmesi takip etmektedir. Doğum sonrası dönemde özellikle annenin yenidoğan ile erken dönem teması, emzirmeye erken başlaması ve annenin emzirmenin sürdürülmesine yönelik tutumu yenidoğanın dış ortama uyum sağlamasını kolaylaştırması ve gelişimini sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi açısından önem taşımaktadır (16). Yaptığımız çalışmada 307 anne çalışma grubuna dahil edilmiş olup annelerin büyük çoğunluğunun (%46) 25-34 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Literatürde yaştan emzirme tutumunu etkileyecek önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (9, 17-19). Çalışmamızda ise annelerin yaşları ile emzirme tutum puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Literatürde yaştan emzirme tutumunu etkileyebilecek bir faktör olması ile ilgili farklı bulgular mevcuttur. Koç ve Tezcan'ın çalışmasında ise anne yaşı arttıkça emzirme tutum puan ortalamasının yükseldiği, Kurnaz'ın çalışmasında ise tam tersi yaş arttıkça emzirme tutum puan ortalamasının azaldığı belirlenmiştir (17, 18).

Yapılan çalışmanın analizinde annelerin eğitim düzeyi ile emzirme tutumu arasında anlamlı bir fark olduğu, ilkökul mezunu olan annelerin emzirme tutum puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (F: 2.86, p: 0,024). Eğitim düzeyi arttıkça annelerin emzirme tutum puanının düştüğü belirlenmiştir. Bu durumun üniversite mezunu olan annelerin çalışma durumu ve emzirme süresindeki kesintiden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Koç ve Tezcan'ın (2005) çalışmasında annelerin eğitim düzeyi ile emzirme tutum puanı arasında anlamlı fark olmamasına rağmen, eğitim düzeyi arttıkça annelerin emzirme tutum puanının arttığı belirlenmiştir, benzer şekilde Kurnaz'ın (2014) çalışmasında da eğitim düzeyi arttıkça annelerin emzirme tutum puanı artmaktadır (17,18). Literatürde eğitim düzeyi ile emzirme bilgi ve tutumu arasında ilişkiye yönelik farklı sonuçları olan çalışmalar bulunmaktadır (17-21). Araştırmada annelerin gebelik sayısı ile emzirme tutum puanı arasında anlamlı bir ilişki olmamasına rağmen literatürün aksine gebelik sayısı arttıkça annelerin emzirme tutum puanının

arttığı görülmektedir. (9, 18). Bunun nedenin annelerin ilk gebeliklerinde tecrübesiz olup daha sonraki gebeliklerinde emzirmenin önemini kavramaları ve bu konuda eğitim almaları olabilir. Ülkemizde emzirme ile ilgili bilgi annelere sıklıkla doğumdan sonra, hastanede kaldığı süre içinde verilmektedir (22). Anne doğum nedeniyle hastaneye daha sık başvurduğunda emzirme ile ilgili yeni bilgiler öğrenme ve bilgilerini yenileme fırsatı da daha çok olacağı düşünülmektedir.

Çalışmada Yiğitbaş ve ark. (2012) çalışmasına benzer şekilde emzirme deneyimi ile emzirme tutum puanı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Emzirme eğitimi alma durumu ile emzirme tutumu arasında anlamlı bir fark saptanmış olup emzirme eğitimi alan grubun emzirme tutum puan ortalaması daha düşük olduğu belirlenmiştir ($t=2.4$ $p=0.017$). Kurnaz'ın (2014) çalışmasında ise emzirme eğitimi alan annelerin emzirme tutum puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır (18). Çalışmada emzirme süresi ile emzirme tutum puanı arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Bebeğini 7-12 ay emziren annelerin emzirme tutum puan ortalaması (93.14 ± 14) ETDÖ Puan Ortalamasının üzerindedir. Gölbaşı ve Koç'un çalışmasında ise emzirme süresi ile emzirme tutum puanı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak emzirme tutum puan ortalamaları bizim çalışmamızdan yüksek bulunmuştur (23).

ETDÖ'den alınabilecek en yüksek puan 184, ölçek puan ortalaması ise 90'dır. Ölçekten alınan puan arttıkça annelerin emzirmeye ilişkin tutumları olumlu olarak değerlendirilmektedir. Yiğitbaş ve Kahriman'ın çalışmasında annelerin emzirme tutumu puan ortalaması 76.34 ± 18.81 , Tuzcu ve Zencir'in çalışmasında ise 85.82 ± 23.21 bulunmuştur (9, 24). Çalışma sonuçları yapılan çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Gölbaşı ve Koç'un (2008) çalışmasında 111.36 ± 12.02 , Koç ve Tezcan'ın (2005) çalışmasında 110.6 ± 12.03 , Kurnaz'ın (2014) çalışmasında 110.86 , Güney ve Uçar'ın (2018) çalışmasında 107.95 ± 12.74 'dir (17-19, 23). Bu sonuçlar ise yapılan çalışma sonuçlarından daha yüksek olmakla birlikte annelerin emzirme tutumlarının daha olumlu olduğunu göstermektedir.

5. SONUÇ

Çalışma sonuçlarına göre annelerin emzirme tutumu puan ortalaması ETDÖ puan ortalamasının çok altındadır. Bu durumun örneklem grubunun az olmasından kaynaklanabileceği gibi emzirmeyi etkileyecek diğer biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik etkenlerden etkilenebileceği düşünülmektedir.

Annelerin ve anne adaylarının doğum öncesinden başlanarak emzirme davranış ve tutumlarının geliştirilmesi için gerekli eğitimler düzenlenmelidir. Emzirmenin teşvik ve geliştirilmesinde antenatal eğitimlerin özellikle doğuma hazırlık sınıfları ve gebe okulları büyük katkı sağlayacaktır. Doğum sonu ilk andan başlayarak servis hizmetleri sırasında ebe ve emzirme hemşirelerinin gerekli eğitimi almak koşuluyla, emzirmenin önemine olan inançla verecekleri eğitimin, emzirme desteğinin hem anne hem de bebek yaşamında önemli role sahiptir. Anneler, sağlık politikaları doğrultusunda kamu spotu, sosyal medya aracılığıyla emzirmeye teşvik edilmeli ve emzirmeyi destekleyici uygulamalar hayata geçirilmelidir. Emzirmenin anne bebek sağlığına etkileri konusunda örgün eğitimde ilgili derslerde ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin bilgi ve becerileri artırılmalı, buna yönelik uygulamalar konusunda öğrenciler bilinçlendirilmelidir. Lisansüstü düzeyinde ise emzirme danışmanlığı sertifikası almaları sağlanarak, bu doğrultuda danışmanlık hizmetleri artırılmalıdır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma protokolü ile ilgili Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (04/20 181-2017). Araştırma verilerinin toplanabilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi'nden izin alınmıştır. Araştırmaya dâhil edilen annelere araştırma ile ilgili bilgi verilmiş, çalışmaya katılmaya davet edilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

1. Alb, CH., Theall, K., Jacobs, MB., Bales, A. (2016). Awareness of United States' law for nursing mothers among employers in New Orleans, Louisiana. *Women's Health Issues. Jacobs Institute of Women's Health*, 27(1), 14–20.
2. American Academy Of Pediatrics Policy. (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 115(2), 496–506.
3. Darwent, KL., McInnes, RJ., Swanson, V. (2016). The Infant feeding genogram: a tool for exploring family infant feeding history and identifying support needs. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(1), 315.
4. Anatolitou, F. (2012) Human milk benefits and breastfeeding. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*, 1(1),11-18.
5. Alp, H., Altinkaynak, S., Yıldız, L. (1991). Anne sütünün enfeksiyonlardan koruyucu etkisi. *Aile ve Toplum*, 1(1).
6. Kramer, M.S., Kakuma, R. (2006). Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Reproduction And Contraception-Shanghai-Institute Of Planned Parenthood Research*, 26(4), 237.
7. Chaput, KH., Adair, CE., Nettel-Aguirre, A., Musto, R Tough. (2005). The experience of nursing women with breastfeeding support: A qualitative inquiry. *C Open*, 3(3), 305–309.
8. Park, MJ., Adams, SH., Irwin, CE. (2011) Health care services and the transition to young adulthood: Challenges and opportunities. *Acad Pediatr*, 11(2), 115–22.
9. Yiğitbaş, Ç., Kahrıman, İ., Çalık, KU., Bulut HB. (2012) Trabzon İl Merkezindeki Hastanelerde Doğum Yapan Annelerin Emzirme Tutumlarının değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*, 1(2), 49–59.
10. Conk, Z., Başbakkal, Z., Yılmaz, H.B., Bolışık B. (2018) Pediatri Hemşireliği. Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi.
11. Depresyon, P. (2016) Postpartum depresyonun emzirme üzerine etkisi the effects of postpartum depression on breastfeeding. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 90–6.
12. Selimoğlu, MA. (2013) Anne ve bebek sağlığı açısından emziren anne beslenmesinin önemi. *Türk Pediatri Arşivi*, 183–7.
13. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Raporu, 2018.
14. Kayhan, TB. (2016) Anne sütü ve emzirme danışmanlığında güncel bilgiler. *Med J*, 16(1):115–8.
15. Özkan, HA. (2015) Emzirme tutumunu değerlendirme ölçeği. *KASHED*, 2(1):53–8.
16. Aydın, D., Aba, YA. (2019) Annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile emzirme

- özyeterlilik algıları arasındaki ilişki. *DEUHFED*, 12(1), 31-39.
17. Koç GI., Tezcan S. (2005) Gebelerin emzirmeye ilişkin tutumları ve emzirme tutumunu etkileyen bazı faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 1-13.
 18. Kurnaz, D. (2014). Erken postpartum dönemde annelerin emzirmeye ilişkin tutum ve başarılarını etkileyen faktörler. "Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi". Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Aydın.
 19. Güney, E., Uçar, T. (2018). Gebelikteki beden imajının emzirme tutumu ve doğum sonu emzirme sürecine etkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 49(1), 49-53.
 20. Ünsal, H., Atlıhan, F., Özkan, H., Targan, Ş., Hassoy, H. (2005) Toplumda anne sütü verme ve buna etki eden faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 48, 226-233.
 21. Şahin, G. (2008) Emziren annelerin emzirme ile ilgili bilgi, uygulama ve davranışlarının değerlendirilmesi. "Uzmanlık Tezi". T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, İstanbul.
 22. Yılmaz, C., Taşpınar A. (2017) Doğum sonrası erken dönemde ebeveynlere verilen emzirme eğitiminin bebeklerin ilk altı ay anne sütü alma durumuna etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 25-34.
 23. Gölbaşı, Z., Koç, G. (2008) Kadınların postpartum ilk 6 aylık süredeki emzirme davranışları ve prenatal dönemdeki emzirme tutumunun emzirme davranışları üzerindeki etkisi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 16-31.
 24. Tuzcu, A., Zencir, M. (2000) Denizli il merkezi yataklı tedavi kurumlarında doğum yapan annelerin emzirme tutumlarının değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 16(1), 47-56.

Gebelik ve Postpartum Dönemde Kadın Ruh Sağlığı: Derleme Çalışması

Women's Mental Health in Pregnancy and Postpartum Period: Review Study

Dilan YAR¹ A,B,D,F,G , Mualla YILMAZ² C,D,E,F 

¹Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kadın Araştırmaları Ana Bilim Dalı, Mersin, Türkiye

²Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Mersin, Türkiye

ÖZ

Kadınlar gebelik ve doğum sonrası dönemde yoğun fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler yaşamaktadır. Biyolojik ve çevresel faktörlerin etkisiyle gebelik ve doğum sonrası dönem bazı kadınlar için zor bir süreç haline gelebilmektedir. Gebelik ve doğum sonrası dönem psikiyatrik hastalıkların ortaya çıktığı ya da nüks ettiği karmaşık bir süreç olabilmektedir. Bu dönemde ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar göz ardı edilebilmektedir. Ancak gebelik ve doğum sonrası dönemde ruhsal hastalıkların teşhis ve tedavisi oldukça önemlidir. Çünkü gebelik ve doğum sonrası süreçte annenin ruh sağlığı bebeği de etkilemektedir. Bu derlemenin amacı gebelik ve doğum sonrası dönemde sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluklar konusunda literatür bilgisini gözden geçirmek ve müdahale yöntemleri hakkında önerilerde bulunmaktır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Postpartum, Ruh Sağlığı.

ABSTRACT

Women experience intensive physiological, psychological and social changes during pregnancy and postpartum period. Due to the effects of biological and environmental factors, pregnancy and postpartum period could be a difficult process for some of them. Pregnancy and postpartum period might be complicated processes in which psychiatric diseases occur or relapse. Psychiatric disorders that occurs in that period could be ignored. However, early diagnosis and treatment of mental illnesses is quite significant because mothers' mental health affects babies during pregnancy and postpartum period. The aim of this composition is to revise the literature on the psychiatric disorders that are often seen during the pregnancy and postpartum period and to provide suggestions as to the treatment methods.

Key Words: Pregnancy, Postpartum, Mental Health.

1. GİRİŞ

Kadın ruh sağlığı alanı üzerine artan ilgi, yaşam koşullarının iyileştirilmesi ve yeni ilaçların geliştirilmesi gibi umut verici gelişmelere rağmen cinsiyet, ırk, etnik köken ve sosyo-ekonomik duruma dayalı eşitsizlikler devam etmektedir. Bu sebeple kadınlar ruhsal bozukluklar açısından erkeklere kıyasla yüksek risk altındadır (1).

Kadınların psikiyatrik bozukluk geliştirme riski doğurganlık çağında artmaktadır. Hamilelik ve doğum sonrası dönem psikiyatrik rahatsızlıkların ortaya çıktığı ya da yeniden alevlendiği riskli bir dönemi temsil eder. Bu nedenle birçok kadın hamilelik ve doğum sonrası dönemde psikiyatrik tedaviye ihtiyaç duymaktadır (2).

Sorumlu Yazar: Mualla YILMAZ

Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Mersin, Türkiye
mualley69@mersin.edu.tr

Geliş Tarihi: 23.02.2020 – Kabul Tarihi: 11.05.2020

Yazar Katkıları: A) Fikir/Kavram, B) Tasarım, C) Veri Toplama ve/veya İşleme, D) Analiz ve/veya Yorum, E) Literatür Taraması, F) Makale Yazımı, G) Eleştirel İnceleme

Annenin hamilelik sürecinde yaşadığı ruhsal sorunların fetüsü etkilediği, anne-bebek arasındaki bağlanma ilişkisini bozduğu ve doğum sonrası dönemde annenin var olan kapasitesinden ödün vererek bakım verme isteğine zarar verdiğine yönelik güçlü bir kanı bulunmaktadır. Dahası kadınların çocuk yetiştirme üzerine olan duygu durum bozuklukları, partnerleriyle olan ilişkilerinde de sorun yaratmakta ve evlilik tatmininde düşüşe neden olmaktadır (3).

Bu derlemenin amacı gebelik ve gebelik sonrası dönemde sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluklar konusunda literatür bilgisini gözden geçirmek ve müdahale yöntemleri hakkında önerilerde bulunmaktır.

Gebelikte Depresyon

Gebelik ve doğum üretken çağdaki bir kadının doğal yaşam döngüsünün bir parçasıdır. Kadınlar gebelik ve doğum sürecinde yoğun fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler yaşamaktadır. Gebeliğin ruhsal bozukluklar açısından koruyucu bir dönem olduğuna ilişkin düşünce artık terk edilmiştir (4). Çünkü gebelik mutluluk verici bir süreç olabileceği gibi anne adayını endişe ve karamsarlığa da sürükleyebilir. Gebelik ve sonrasındaki süreçte gelişebilen en önemli sağlık sorunlarından birinin depresyon olabileceği unutulmamalıdır (5).

Depresyon tüm dünyada yaygın olarak görülen ve bireyin işlevselliğini önemli ölçüde etkileyen bir ruhsal bozukluktur. Depresyon en fazla doğurganlık çağındaki kadınlarda görülmekle birlikte gebelikte görülme sıklığı artış göstermektedir (6). DSM- 5'e göre majör depresif bozukluğun tanımlanması için en az iki haftalık süre içerisinde 5 veya üzeri belirtinin bulunması gerekmektedir. Bu belirtiler; çok veya az uyuma, ağırlık kaybı ya da iştahta değişme, enerjinin kaybedilmesi, değersiz ya da suçlu hissetme, odaklanma, düşünme ya da karar alma güçlüğü, psikodevinimsel yavaşlama ya da yerinde duramama ile yineleyen ölüm ya da öz kıyım düşünceleridir. Belirtiler önemli bir kayba karşı verilen normal tepkiden farklıdır ve şiddetlidir. Belirtilerin yanı sıra üzüntülü duygu durumu ya da her zamanki etkinliklere ilgi ve zevk kaybının bulunması gerekmektedir (7).

Gebelik döneminde depresyon göz ardı edilebilmektedir. Uyku bozukluğu, iştah ve enerji kaybı gibi semptomlar ruh halindeki değişikliklerden ziyade hamileliğin somatik deneyimlerine bağlanabilmektedir (8). Ancak anne adayı ile yapılacak dikkatli gözlem ve görüşmelerde umutsuzluk, hayattan zevk alamama, suçluluk duyguları ile intihar düşüncelerinin varlığının saptanması depresyon tanısının konulmasına yardımcı olur (9).

Ülkemizde Cebeci ve ark. (2002) yaptıkları çalışmada 100 kadın katılımcının 12'sinde yüksek depresyon (17 ve üzeri) semptomu saptamıştır (10). Gebelikte depresif belirti görülme sıklığını Karaçam ve Ançel (2007) %27.9; Arslan ve ark. (2011) %35 olarak bulgulamışlardır (11,12).

Düşük ya da ölü doğum öyküsü, hamilelik konusunda ikilem, kişisel ya da ailesel depresyon öyküsü, yaşayan çocuk sayısı, genç yaşta gebelik ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınların gebelikte daha çok depresyon yaşadığı bilinmektedir (13). Araştırmacılar yüksek nörotisizm, düşük benlik saygısı, kendini aşırı eleştirme, düşük dışa dönüklük ve bağımlı olma gibi özellikler ile depresyon arasında anlamlı ilişki olduğunu bulgulamaktadır (14). Ayrıca doğum öncesi anksiyete, negatif bilişsel stil, önemli yaşamsal olaylar, düşük sosyal

destek, geçmişte kötüye kullanım öyküsünün olması da depresyonun önemli yordayıcılarıdır (15).

Gebelikte görülen depresyon hem fetüsü hem de anneyi olumsuz etkiler. Gebelikte depresyon düşük doğum ağırlıklı bebek doğurmaya, fetal ölüme, erken doğuma ya da bebeğin anne karnında gelişim geriliğine neden olabilmektedir (16). Gebelik döneminde depresyon postpartum döneminde devam edebilmektedir (17). Bu sebeple gebelik döneminde depresyonun etkili tedavisi postpartum depresyonun önlenmesine yönelik önemli bir adım olacaktır (18).

Gebelik dönemi depresyonunun tedavisi için farmakolojik ve farmakolojik olmayan çeşitli tedavi seçenekleri mevcuttur. Psikoterapi, kişilerarası psikoterapi, bilişsel davranışçı terapi ve elektrokonvülsif tedavi (EKT) farmakolojik olmayan seçeneklerdir. Trisiklik antidepressanlar ve serotonin geri alım inhibitörleri ise depresyonun farmakolojik tedavisinde kullanılmaktadır (2).

Annelik Hüznü

Annelik hüznü yeni doğum yapmış kadınların %50- %85'inin deneyimlediği yaygın bir durumdur. Stres, endişe, ağlama, sinirlilik, konsantrasyon güçlüğü, huzursuzluk, incinebilirlik gibi durumlarla karakterizedir. Annelik hüznü bebeğin doğumundan sonraki ilk hafta ortaya çıkmakta ve belirtiler genellikle iki hafta içerisinde tedavi gerektirmeksizin yok olmaktadır.

Annelik hüznü sanılanın aksine doğumda hangi yöntemin kullanıldığı (sezaryen- normal doğum) ya da annenin doğum sayısı gibi durumlardan bağımsız görülmektedir (19). Annelik hüznünde doğum sonrası hormonal dengede ortaya çıkan ani değişikliklerin ya da oksitosin kaynaklı biyolojik sistemin aktifleşmesinin etkili olduğu düşünülmektedir (20).

Doğum öncesi dönemdeki anksiyete ve depresyon doğum sonrası dönemde annelik hüznü ve postpartum depresyon açısından risk oluşturmaktadır (21). Annelik hüznü olan kadınların öykülerinde premenstrual gerginlik, doğum korkusu ve sosyal uyum güçlüğü sıktır. Ayrıca gebeliğin üçüncü trimesterinde anksiyete ve depresif semptomlar yaşamışlardır (22). Annenin evlenmeden önce gebe kalması, bebeğin babasının yeterli ilgi ve desteği göstermemesi, anne adayının ailesi ile evlilik ve çocuk bakımı konusunda çatışma içerisinde olması annelik hüznünün görülmesinde etkili olmaktadır (23).

Annelik hüznü ile baş etme noktasında öncelikle bütün gebe kadınlar annelik hüznüne ilişkin belirtiler konusunda eğitilmelidir. Belirtilerin iki haftadan uzun sürmesi durumunda annenin psikiyatrik destek alması sağlanmalıdır. Özgeçmişinde psikiyatrik bozukluk ve tıbbi hastalık öyküsü bulunan, gebeliği planlı olmayan, sosyal desteği yetersiz olan gebeler doğum sonrası dönemde psikiyatrik açıdan riskli grubu oluşturmaktadır. Doğum öncesi dönemde risk grubunda olan anne adayları belirlenmeli ve diğer aile üyeleri de bilgilendirilerek destek sistemleri harekete geçirilmelidir. Doğum sonrası dönemde yaşanan sorunlara ilişkin çalışmalara doğum öncesi dönemden başlanmalı ve bu çalışmalar doğum sonrası ilk altı aylık dönemi de içine alacak şekilde genişletilmelidir (24).

Postpartum Depresyon

Doğumu takip eden ilk 6 ay depresyon için oldukça riskli bir dönemdir. Postpartum depresyonda doğum sonrası dönemde görülen oldukça yaygın, ciddi bir sağlık problemidir. Postpartum depresyon prevalansı %13-%19 aralığındadır (25).

Postpartum depresyonun patofizyolojisi tam olarak açıklanamasa da biyolojik faktörlerin postpartum depresyon oluşumunda önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Gebelik ve doğum sonrası dönemde steroid ve peptid hormonlarındaki hızlı değişimler sebebi ile annenin hipotalamus – hipofiz - adrenal aks ve hipotalamus – hipofiz - gonadal aksı etkilenmektedir. Endokrin akslarındaki düzensizlik gebelik ve doğum sonrası dönemde annenin duygu durumu üzerinde etkili olmaktadır (26). Gebelik süresince ve doğum sonrasında estrodiol seviyesindeki dalgalanmalar serotonin sistemindeki dengeyi bozarak bu dönemde anneyi depresif semptomlara karşı hassas kılmaktadır (25). Üreme hormonlarındaki dalgalanmaların yanı sıra nörosteroid, nöral disfonksiyon, genetik ve bağışıklık sisteminin de postpartum depresyonla ilişkili olduğu düşünülmektedir (27).

Tiroid bezinin anormal çalışması, klinik olarak tespit edilmeyen tiroid yetmezliği ya da mevcut tiroid antikoru postpartum başlangıçlı depresyon için risk faktörü olmaktadır. Bu bulgulara dayanarak postpartum depresyonda tedavi için başvuran hastalarda tiroid bezinin işleyişi kontrol edilmelidir (28).

Yapılan meta analiz değerlendirmeleri sonucunda postpartum başlangıçlı depresyon için literatürde 13 anlamlı risk faktörü belirlenmiştir. Bunlar; doğum öncesi depresyon, benlik saygısı, çocuk bakımı stresi, doğum öncesi (prenatal) anksiyete, yaşamsal stresler, sosyal destek, medeni durum, depresyon tanısı geçmişi, yeni doğanın mizacı, annelik hüznü, evlilik ilişkisi, istenmeyen/beklenmeyen gebelik ve sosyo-ekonomik durumdur (29).

Konuya ilişkin yapılan araştırmalarda da benzer şekilde antenatal depresyon ve anksiyete, hamilelik öncesi psikiyatrik rahatsızlıklar, zayıf evlilik ilişkisi, stresli yaşam olayları, hamileliğe karşı olumsuz tutum ve sosyal destek azlığı postpartum depresyonun anlamlı yordayıcılarıdır (30). Geçmişte psikiyatrik tedavi, yüksek anksiyete duyarlılığı, hamilelikte yüksek stres düzeyi, doğum korkusunun aşırı olması, düşük ailesel yeterlilik ve hamilelikte depresyon varlığı postpartum semptomları alevlendirmektedir (31).

Ülkemizde yürütülen bir çalışmada doğum yapan kadınların %12,5'inde postpartum depresyon görüldüğü bulgulanmıştır. Yaşam şeklinin, aile içi stres faktörlerinin, sorunlu evliliklerin, şiddet görmenin, istenmeyen gebeliğin, ruhsal problemlere sahip olmanın, kötü sosyal ilişkilerin postpartum depresyonu etkilediği görülmüştür (32). Yaş, yaşayan çocuk sayısı, maddi durum, planlı gebelik, emzirme problemleri, eğitim, bebeğin cinsiyeti, geçmiş depresyon deneyiminin ele alındığı bir çalışmada tüm bu risk faktörlerinin içinde postpartum depresyonu en fazla geçmiş depresyon deneyiminin etkilediği bulgulanmıştır (33). 49 anneye yürütülen başka bir çalışmada doğum öncesi kaygı ve depresyon riski yüksek olan anne adaylarının doğum sonrasında postpartum depresyonu yaşadığı görülmüştür (34). Ayrıca eşin eğitim düzeyinin düşük olmasının yüksek postpartum depresyon riski ile ilişkili olduğu bulgulanmıştır (35).

Tedavi edilmeyen postpartum depresyon anne ve yeni doğanın sağlığını etkiler. Postpartum depresyon anne ve yeni doğan iletişimini, çocuğun gelişimini etkileyen önemli bir sorundur. Annenin yeni doğanla bağ kurma hassasiyeti ve ebeveynlik stili bebeğin bilişsel,

sosyal ve davranışsal becerilerinin sağlıklı bir şekilde gelişmesi için gereklidir. Ancak depresif anne genellikle daha az bağlanma ve duyarlılık gösterir (26).

Gebelik döneminde anne adayının postpartum depresyonun belirtileri ve etkileri konusunda bilgilendirilmesi gerekir. Annenin postpartum depresyon tanısı alması durumunda çeşitli tedavi seçenekleri bulunmaktadır (36). Postpartum depresyonda psiko-farmakolojik tedavi seçeneğinin anne sütüne bilinen ve bilinmeyen birçok etkisi bulunmaktadır. Gebelik ve emzirme döneminde ağır depresyon durumunda kar zarar hesabı göz önünde bulundurularak ilaç tedavisine başlanması önerilir. Gebelik ve emzirme sırasında en düşük etkin dozda ve mümkünse tek ilaç kullanılmalıdır. Fetüs ya da bebek yakından izlenmelidir (37). Bunun yanı sıra kişiler arası psikoterapi, bilişsel davranışçı terapi, psikodinamik psikoterapi ve diğer destekleyici terapiler yan etkisi olmayan ve belirtileri hafifletici tedavi seçenekleridir (38).

Postpartum Psikoz

Postpartum psikoz doğumdan sonraki ilk birkaç hafta içerisinde ortaya çıkan ve her 1000 yeni doğum yapan annenin 1-2'sinde görülebilen oldukça ciddi bir ruhsal bozukluktur. Vakaların yarısından fazlası ilk hafta, %75'inden fazlası ilk 2 hafta içerisinde görülmektedir. Bu bakımdan postpartum psikoz annelik hüznünün görüldüğü dönem ile çakışmaktadır (19).

DSM-5 göre postpartum psikoz "kısa psikotik bozukluk" tanısı kapsamında değerlendirilmektedir. Postpartum psikozda semptomlar doğumdan sonraki ilk 4 hafta içerisinde ortaya çıkmaktadır. Kısa psikotik bozukluk tanısının konulabilmesi için epizodun en az 1 gün ya da 1 aydan az sürmesi gerekmektedir. Hasta 1 ay içerisinde bu hastalığı geliştirir. Sonrasında sanrı, varsanı ve değişik konuşmanın olduğu bir psikoz evresinden tamamen iyileşerek çıkar (39).

Postpartum psikozda annede delüzyon, halüsinasyon, konfüzyon, yemek yememe, uyumama, hızlı duygu durum değişiklikleri görülmektedir. Bu semptomların yanı sıra postpartum psikozunda postpartum depresyonuna ait semptomlarda görülebilmektedir. Bu noktada psikozun şiddetinin anlaşılabilmesi için postpartum depresyondan tanısal olarak ayrımının yapılması önemlidir (22).

Doğum öncesinde depresyon, annenin bekar olması, ileri yaşta doğum, otoümnin tiroid bozukluğu, geçmişte psikiyatrik bozukluk ve aile geçmişinde affektif psikoz hikayesi olan kadınlarda postpartum psikoz görülme riski artmaktadır (40). Bipolar ve postpartum psikoz tanısı öyküsü olan kadınlarda postpartum psikoz görülme riski yüksektir (4). Beyin görüntüleme tekniklerinin kullanıldığı bir çalışmada superior ve medial temporal bölge ile anterior cingulatedeki küçülmenin kadınlarda postpartum psikoz epizodu oluşmasına yatkınlaştırıcı bir etkisinin olduğu ve risk altındaki kadınların belirlenmesinde önemli bir bulgu olacağı belirtilmiştir (41).

Postpartum psikozda semptomlar dalgalı ve gizli bir seyir gösterebilmekte ve bu durum psikotik semptomların göz ardı edilmesine neden olmaktadır. Bu nedenle psikozun erken semptomları sorgulanırken hastaya ve ailesine paranoid düşünceler, yoğun suçluluk duyguları, öz kıyım ya da bebeğe zarar verme düşüncelerinin varlığı sorulmalıdır (42). Ailenin iş birliği annenin ve bebeğin güvenliği, annenin desteklenmesi ve annenin psikiyatrik muayeneden geçirilerek tedaviye başlanması açısından oldukça önemlidir (43).

Postpartum psikozu acil psikiyatrik müdahale ve hastaneye yatışı gerektirmektedir. Hastaneye yatışı olmayan kişiler 24 saat boyunca bir yetişkinin gözetiminde bulunmalıdır.

Postpartum psikoza görülen kadınlar hem kendileri hem bebeklerine zarar verebileceğinden yalnız bırakılmamalı, anne ve bebeğin yüksek düzeyde güvenliği sağlanmalıdır (22). Hastaneye yatışı yapılan anne hakkında gündüz ve gece hemşireler notlarına dikkat etmelidir. Çünkü yeni anne geceleri tuhaf davranışlar sergilerken gündüzleri normal görünebilir ya da tam tersi davranışlar görülebilir. Ancak psikoz her zaman tıbbi bir acil durum olarak değerlendirilir (19).

Postpartum psikozun tedavisinde antipsikotikler, mood stabilizatörleri, hormonterapi, antidepresanlar ve EKT (elektrokonvülsif tedavi) kullanılmaktadır. Yapılan araştırmalar postpartum psikoza önleyici olarak lityum, tedavi edici olarak EKT`yi etkili stratejiler olarak bulgulamıştır (44).

2. SONUÇ

Kadınlarda 18-45 yaşları arasındaki reproduktif dönem multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması gereken, kişinin tüm organ sistemini etkileyen biyolojik aynı zamanda psikolojik ve sosyo-kültürel bir zaman dilimidir.

Gebelik ve gebelik sonrası süreç ruhsal hastalıkların ortaya çıkabileceği ya da nüks edebileceği bir dönemdir. Anne adayının ruhsal rahatsızlığının tedavi edilmemesi anne- bebek sağlığı ve ilişkisini olumsuz etkiler. Bu sebeple gebelik ve postpartum dönemde ruhsal hastalıkların erken tanı ve tedavisi oldukça önemlidir.

Perinetal ruh sağlığında risk faktörleri belirlenmeli ve rutin kontroller yapılmalıdır. Geçmişte kişide ya da ailede psikiyatrik bir rahatsızlığın olup olmadığı, fiziksel, cinsel ya da duygusal kötüye kullanım öyküsü, partner şiddeti ve olumsuz yaşam olaylarının varlığına özellikle dikkat edilmelidir. Yeni doğan ve bebek servislerinde görevli sağlık profesyonelleri psikolojik iyilik halini değerlendirecek ve kapsamlı bir psikolojik destek verecek bilgi birikime sahip olmalıdır. Farmakolojik tedavilerin yanı sıra psikoterapi, EKT ve diğer destekleyici tedavilerden faydalanılmalıdır (45).

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

1. Schulz, A. J., Mullings, L. (2006). *Gender, race, class & health: International approaches*. San Francisco: Jossey-Bass.
2. Hendrick, V. (2006). *Psychiatric disorders in pregnancy and the postpartum: Principles and treatment*. New Jersey: Humana Press.
3. Levin, B. L., Becker, M. A. (2010). *A public health perspective of women`s mental health*. New York: Springer.
4. Özdamar, Ö., Yılmaz, O., Beyca, H. H., Muhcu, M. (2014). Gebelik ve postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45 (2), 71-77.
5. Marakoğlu, K., Şahsıvar, M. Ş. (2008). Gebelikte depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28, 525-532.
6. Erbil, N., Oruç, H., Karabulut, A. (2009). Gebelikte depresyon ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst.*, 19 (2), 67-74.
7. Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G., Neale, J. (2014). *Anormal psikolojisi*. (M. Şahin, Çev.) Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

8. Burt, V. K., Hendrick, V. C. (2005). *Clinical manual of women`s mental health*. Washington: American Psychiatric Publishing.
9. Dağlar, G., Nur, N., Bilgiç, D., Kadioğlu, M. (2015). Gebelikte duygulanım bozukluğu. *KASHED*, 2 (1), 27-40.
10. Cebeci-Altınay, S., Aydemir, Ç., Göka, E. (2002). Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz dergisi*, 10 (1), 11-18.
11. Karaçam, Z., Ançel, G. (2007). Depression anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*, 25, 344-356.
12. Arslan, B., Arslan, A., Kara, S., Öngel, K., Mungan, M.T. (2011). Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme. *Tepecik Eğitim Hast Derg*, 21 (2), 79-84.
13. Melville, J. L., Gavin, A., Guo, Y., Fan, M.Y., Katon, W.J. (2010). Depressive disorders during pregnancy. *Obstet Gynecol*, 116, 1064-1070.
14. Bunevicius, R., Kusminskas, L., Bunevicius, A., Nadisauskiene, R.J., Jureniene, K., Pop, V.J.M. (2009). Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 88, 599-605.
15. Leigh, B., Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8 (24), 1-11.
16. Grote, N.K., Bridge, J.A., Gavin, A.R., Melville, J.L., Iyengar, S., Katon, W.J. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *American Medical Association*, 67 (10), 1012-1024.
17. O`Hara, M. W., Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression a meta analysis. *International Review of Psychiatry*, 8 (1), 37-54.
18. Çalık-Yeşilçiçek, K., Aktaş, S.(2011). Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 142-162.
19. Bennet, S. S. (2007). *Postpartum depression for dummies*. New Jersey: Wiley Publishing.
20. Öztürk, N., Aydın, N. (2017). Anne ruh sağlığının önemi. *Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, 2, 29-36.
21. Hughes, P. M., Turton, P., Evans, C. D. H. (1999). Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study. *BMJ*, 378, 1721-4.
22. Beck, C.T. (2006). Postpartum depression: it isn` t just the blues. *Am J Nurs*, 106 (5), 40-50.
23. Özkan, S. (1993). *Kadın hastalıkları ve doğumun psikiyatrik yönleri. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Lezyon Psikiyatrisi*. İstanbul: ROCHE Müstahzarları Sanayi A.Ş.
24. Yılmaz, M., Öncel, S. (2009). Annelik hüznü ile baş etmede hemşirenin rolü. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 1 (1), 32-8.
25. O`Hara, M. W., McCabe, J. E.(2013). Postpartum depression: current status and future directions. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407.
26. Brummelte, S., Galea, L. A. M. (2016). Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behaviour*, 77, 153-166.
27. Schiller, C. E., Meltzer-Brody, S., Rubinow, D. R. (2014). The role of reproductive hormones in postpartum depression. *Author Manuscripts*, 20 (1), 48-59.
28. Skalkidou, A., Hellgren, C., Comasco, E., Sylven, S., Paromaa, I. S. (2012). Biological aspect of postpartum depression. *Women`s Health*, 8 (6), 659-672.
29. Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*, 50 (5), 275-85.

30. Norhayati, M. N., Nick - Hazlina, N. H., Asrenee, A. R., Wan-Emilin, W. M. A. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 34-52.
31. Verreault, N., Costa, D. D., Marchand, A., Ireland, K., Dritsa, M., Khalife, S. (2014). Rates and risk factors associated with depressive symptoms during pregnancy and with postpartum onset. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 35 (3), 84-91.
32. Arslantaş, H., Ergin, F., Balkaya-Akdolun, N. (2009). Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 10 (3), 13-22.
33. Tahaoğlu, A. E., Toğrul, C., Külahçioğlu, M.İ., Öztürk-Aydın, B., Balsak, D., Bademkiran, H. ve ark. (2015). Diyarbakır'da postpartum depresyonu etkileyen faktörler. *Perinatoloji Dergisi*, 23 (1), 26-29.
34. Erdem, Ö., Bucaktepe-Erten, P. G., Kara, İ. H. (2010). Prepartum ve postpartum dönemde annelerin depresyon ve kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Düzce Tıp Dergisi*, 12 (3), 24-31.
35. Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P. (2011). Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8 (1), 31-48.
36. Stewart, D. E., Vigon, S. (2016). Postpartum Depression. *The New England Journal of Medicine*, 375 (22), 2177-86.
37. Copoglu, U. S., Kokacya, M. H., Demircan, C. (2015). Gebelik ve laktasyon döneminde ruhsal bozukluklar ve tedavisi. *Mustafa Kemal Univ Derg*, 6 (24), 43-53.
38. Fitelson, E., Kim, S., Baker-Scott, A., Leight, K. (2011). Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *International Journal of Women's Health*, 3, 1-14.
39. Morrison, J. (2014). *DSM-5'i kolaylaştıran klinisyenler için tanı rehberi*. (H. Uğur-Kural, Çev.) Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
40. Essali, A., Alabed, S., Guul, A., Essali, N. (2013). Preventive interventions for postnatal psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 39 (4), 748-750
41. Fuste, M., Pauls, A., Worker, A., Reinders, A. A. T. S., Simmons, A., Williams, S. C. R., et al. (2017). Brain structure in women at risk of postpartum psychosis: an MRI study. *Translational Psychiatry*, 7 (1286), 1-9.
42. Bergink, V., Rasgon, N., Wisner, K.L. (2016). Postpartum psychosis: madness, mania, and melancholia in motherhood. *Am J Psychiatry*, 173 (12), 1179-1188.
43. Erdem, Ö., Bez, Y. (2014). Doğum sonrası psikoz. *Konuralp Tıp Dergisi*, 6 (1), 74-77.
44. Doucet, S., Jones, I. R., Letourneau, N. L., Dennis, C. L. (2010). Interventions for the prevention and treatment of postpartum psychosis: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 14 (2), 89-98.
45. Chandra, P. S., Herrman, H., Fisher, J., Kastrup, M., Niaz, U., Rondon, M. B., et al. (2009). *Contemporary topics in women's mental health*. West Sussex: Wiley-Blackwell).

Gıdalarda Escherichia Coli O157:H7 Yaygınlığının Riskleri ve Kontrolü

Escherichia Coli O157: H7 Prevalence and Control in Foods

Nalan TURGUT¹ A,B,C,D,E,F,G 

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Ziraat Fakültesi, Aydın, Türkiye

ÖZ

Toplum sağlığı açısından risk taşıyan ve gıda kaynaklı bir patojen olan Escherichia coli O157:H7 önemli ve tehlikeli mikroorganizmalardan birisidir. Patojenin bulaşma yollarının bilinmesi, yayılmayı önleyici tedbirlerin tam olarak anlaşılması ve bulaşma riskinin azalma yollarının tespiti insanların bu patojenden korumada en önemli kriterlerdendir. Bu çalışmada patojenin tam olarak kaynaklarının bilinmesi, bulaşma yolları ve yayılmasını engellemede güncel çalışmaları kullanarak kişilerin bu patojen kaynaklı rahatsızlıkların önüne geçilmesine yardımcı olmak amaçlanmıştır. Konuyla ilgili olarak son dönemlerde yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde etmenin bulaşma yollarına dikkat çekilmiş, özellikle iyi pişirilmemiş et ürünlerinin tüketimi, pastörize edilmemiş süt tüketimi, kontamine olmuş havuz ya da göl sularında yüzmek dünyada görülen enfeksiyonların sebebi olmasından dolayı bulaşma riskini ortadan kaldırmak ve hastalıktan korunmaya yardımcı olmak adına yaşam kalitesini artırıcı etkisi bulunan konular üzerinde önem kazanmıştır.

Anahtar Kelimeler: E. coli O157:H7, Gıda, Sağlık, Kontaminasyon.

ABSTRACT

One of the most important food-borne pathogen is Escherichia coli O157:H7 and results a public health risk. Information of transmission of the pathogen, understanding the prevention mechanism, and knowing how to reduce the risk of transmission are the most important criteria for protecting people from this pathogen. The aim of this study to know the exact sources of this pathogen and to help prevent the pathogen-related diseases by using the current studies used in preventing transmission and spreading. In recent years, when the research on the topic are discussed, the ways of transmitting E. Coli O157: H7 has been noted, in particular the consumption of poorly cooked meat and meat products, unpasteurized milk, swimming in polluted pools or lake waters that pose a risk of contamination due to infections around the World. Improving the quality of life with a view to eliminating the disease and helping to avoid it has become increasingly necessary.

Key Words: E. coli O157:H7, Food, Health, .

1. GİRİŞ

Yaşam boyunca beslenme konusu halk sağlığını etkileyen en önemli faktörler arasında yer almaktadır. Bireylerin daha uzun, daha kaliteli ve sağlıklı bir hayat sürdürebilmeleri adına göstermiş oldukları gayret içerisinde, beslenme alışkanlıkları ve daha iyi beslenmeleri konusunda tercih ettikleri gıdalara dikkat etmeleri gereken önemli konuların başında gelmektedir. Özellikle taze meyve ve sebzeler besin içeriği ve ekonomik olmaları sebebiyle insan beslenmesi açısından oldukça önemli bir yere sahiptir. Gelişmiş ülkelerde minimal işlem görmüş meyve ve sebzelerin tüketimleri yaygındır, gelişmekte olan ülkelerde ise hem taze olmaları hem de kolay bulunabilmeleri sebebiyle tüketimleri her geçen yıl artış göstermektedir

Sorumlu Yazar: Nalan TURGUT

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Ziraat Fakültesi, Aydın, Türkiye
ncubukcu@gmail.com

Geliş Tarihi: 21.03.2020 – Kabul Tarihi: 20.08.2020

Yazar Katkıları: A) Fikir/Kavram, B) Tasarım, C) Veri Toplama ve/veya İşleme, D) Analiz ve/veya Yorum, E) Literatür Taraması, F) Makale Yazımı, G) Eleştirel İnceleme

(1). Yapılan araştırmalar gösteriyor ki, insan beslenmesi için kolaylık sağlayan tüketimi hazır olan gıdalarda *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Salmonella spp.*, *Clostridium perfringens*, *Bacillus cereus* ve *Listeria monocytogenes* gibi pek çok patojen bulunabilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nin farklı eyaletlerinde marul ve ıspanak tüketimine bağlı olarak gelişen gastroenterit salgınlar meydana gelmiş ve salgınların nedeni olarak da *Escherichia coli* O157:H7 bildirilmiştir (2).

Escherichia coli (E.coli), genel anlamda bakteri biyolojisinin anlaşılabilmesi için en fazla çalışılan ve fırsatçı patojen olarak bilinen bir mikrobiyolojik modeldir (3). *Escherichia coli* kalın bağırsak florası içerisinde varlığını devam ettiren fakültatif anaerob bakterilerdendir (4). Enterobacteriaceae familyası içerisinde *Escherichia* genusuna bağlı gram negatif bakteri olduğundan endospor oluşturmaz bu sebeple pastörizasyon ya da kaynatma işlemi ile ölür (4,5,6). E. coli, yaklaşık 2-6 µm boyunda ve 1-1,5 µm enindedir. Düz çomak şeklinde, uçları yuvaraktır.(4,7) Peritrik kamçılıları ile hareket eder fakat yavaş hareketlidirler ayrıca hareketsiz suşları da vardır. Bakteriyolojik boyalarla iyi boyanır, bazı suşları kapsüllüdür. E. coli suşlarının pek çoğu fimbria oluşturmaktadır. Hareketli suşlarda bulunan K antijenlerinden bazıları ile oluşan fimbriyalardan hücre duvarında bulunan somatik O antijenleri, meydana gelen enfeksiyonların patogeneğinde oldukça etkilidirler (5). Enterohemorajik *Escherichia coli* (EHEC) insan ve hayvanlarda hastağa sebep olan E. coli patotiplerindedir ve bilinen E. coli tipleri içerisinde ölümlü sonuçlanabilecek gıda kaynaklı enfeksiyonlardan sorumlu tutulan O157:H7 serotipini içermektedir. E. coli O157:H7 formu en zararlısı olarak bilinir, insanlarda kolon mukoza hücrelerinin sitolizine (hemorajik kolitis (HC), hemolitik üremik sendroma (HUS) ve trombotik trombositopenik purpuraya (TTP) neden olmaktadır ve toplum sağlığını tehdit etmektedir (8). EHEC'in en yaygın örneği olarak bilinen O157:H7, enfeksiyonun oluşmasında etkin olan verotoksin *Shigella dysenteriae* tip 1'in oluşturduğu toksin ile benzerlik göstermesi sebebiyle Shiga benzeri toksin (Shiga like toxin-SLT) olarak da adlandırılan vero sitotoxin veya verotoxin (VT) üretimi ile bilinmektedir. Shiga toksini üretme özelliği *Shigella dysenteriae*'dan kaynaklanmaktadır (9,10,11). EHEC, gelişmiş ülkelerde kanlı ishal gibi çok ciddi hastalıklara yol açan E. coli grupları içerisinde yer almaktadır (12,13,14). EHEC'in elliden fazla serotipinin olduğu bilinmektedir ve en yaygın tipi E. coli O157:H7'dir (15).

Gıdalarda *Escherichia coli* O157:H7'nin Yayılması, Taşınması ve Çoğalması

E. coli O157:H7 serotipinin kaynağı olarak pek çok görüş bildirilse de bulaşmada süt inekleri başta olmak üzere, özellikle sığırın etkin derecede rolü olduğu bilinmektedir. Sığırın et olarak tüketilen kaslarında bu bakteriye rastlanmazken E. coli O157:H7 ile enfekteli bir sığır dışkısı ya da bağırsakla temas eden ette hastalığın bulaşması ile ilgili risk ortamı oluşmaktadır. Oluşabilecek enfeksiyonlarla ilgili olarak birinci derecede risk grubunda bulunan sığırın dışındaki diğer hayvanlar ise E. coli O157:H7 için vektör veya hastalık kaynağı olarak bilinmektedir (16). Görülen enfeksiyonların çoğunun sebebinin iyi pişirilmemiş et ve et ürünlerinden ve ayrıca pastörize edilmemiş süttten kaynaklandığı belirtilmektedir (17,18,19). E. coli O157:H7'nin prevalansında coğrafi konum, hayvanın türü, yaşı ve cinsi, mevsimler etkili olabilmektedir ve ayrıca yaz aylarında prevalansın daha fazla olduğu bildirilmektedir (20). 1996 yılında 28 Mayıs - 27 Haziran tarihleri arasında A.B.D'nin Connecticut ve Illinois eyaletlerinde yürütölmüş olan çalışmada mesclun (küçük kırmızı ve

yeşil yaprak marulların bir karışımı) marul tüketimi ile Escherichia coli O157:H7 salgını ve meydana gelen enfeksiyonların kaynağını belirlemek amacıyla araştırmalar yapılmış elde edilen sonuçlar göstermiştir ki iki eyalette de hastalığın % 95 oranında mesclun marul tüketimiyle bulaşmış olduğu ve hastalık kaynağının da üretimin yapıldığı tarlalarının yakınında bulunan hayvan çiftliklerinin olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bu çalışma marul üretimi sırasında kontaminasyonun potansiyel olarak meydana gelebileceği ve marulun mikrobiyal patojenler tarafından kontamine olmasına katkıda bulunabilecek mevcut üretim uygulamaları hakkındaki fikir vermiş olup marul üretim uygulamalarının mikrobiyolojik güvenlik açısından izlenilmesi gerektiği kanaatine varılmıştır (21). Singapur'da ticari olarak satılan ve yaygın olarak tüketilen taze sebze ve meyvelerin mikrobiyolojik kalitesini, bu ürünlerin tüketimiyle ilişkili potansiyel sağlık tehlikeleri hakkında bilgi sağlamak amacıyla yürütülen çalışmada süpermarketlerden ve yerel pazarlardan toplanan toplam 125 örnek aerobik, mezofilik ve psikrotrofik bakteri sayıları açısından test edilmiştir. 100 örnekte maya ve küf sayımı, koliform sayımı, Escherichia coli O157:H7 ve Salmonella spp. açısından aerobik, mezofilik sayımlar 1.6 ile 9.1 log cfu / g arasında değişmekte olup, portakal ve fasulye filizi için sırasıyla en düşük ve en yüksek sayımlar kaydedilmiştir. En yüksek koliform seviyesi fasulye filizi ve taze kesilmiş salata örneklerinde bulunurken, örneklerin %50'sinin 5'ten fazla log cfu / g içerdiği tespit edilmiştir. Fasulye filizlerinde ve taze kesilmiş salatalarda koliform sayılarında olduğu gibi, yüksek seviyede maya ve küf sayıları elde edilmiştir. Taze kesilmiş salatalar 4.9 log cfu / g'lık en yüksek ortalama ile psikrotrofik plaka sayısına sahip olarak kaydedilmiştir. Buna rağmen E. coli O157:H7 veya Salmonella spp. analiz edilen meyve ve sebzelerde, özellikle fasulye filizi ve taze kesilmiş salatada yüksek bakteri sayımlarında tespit edilmemiştir. Bu sayede Singapur'da satılan taze ürünlerin mikrobiyolojik kalitesini iyileştirmek için etkili kontrol önlemlerinin uygulanması gerektiği kanısına varılmıştır (22). Son yıllarda gıda kaynaklı hastalıkların epidemiyolojisinin hızla değişim göstermesine, yeni tanınan gıda kaynaklı patojenlerin ortaya çıkması da eklenince bu durum ciddi bir boyut kazanmıştır. Escherichia coli O157:H7 ve diğer enterohemorajik E. coli, Salmonella typhimurium Definitive Type 104, Cryptosporidium parvum, Cyclospora cayetanensis, Arcobacter butzleri ve Helicobacter pylori dahil olmak üzere önemli gıda kaynaklı patojenler yeni ortaya çıkmıştır. Ayrıca yıllardan beri Campylobacter jejuni ve Listeria monocytogenes patojen olarak kabul edilmiş son yirmi yıllık dönemde ise gıda kaynaklı patojen olduğu kabul görmüştür (23).

2011 yılı Mayıs ayı sonu itibarıyla Almanya'da görülen salgında etmenle bulaşık salatalık tüketimi sebebiyle gelişen ve 1000 kişinin etkilendiği olumsuz olay sonucunda 28 Mayıs tarihi itibarıyla 10 kişinin yaşamını yitirdiği bildirilmiştir. Son olarak da 2018 yılı nisan ayında ilk olarak ABD'nin Arizona eyaletinde başlamış ve 35 eyalete yayılmış olan salgında CDC'ye (ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri) göre toplam 195 kişi bu durumdan etkilenmiş bu kişiler arasından 89 kişi hastaneye yatmış ve 5 kişinin hayatını kaybettiği kayıtlara geçmiştir (24). Shiga toksini üreten E. coli O157:H7 ile sığır eti arasında meydana gelen enfeksiyonlar bakımından muhtemel ilişki kuvvetli olup ve diğer gıda ürünlerinden daha sık ilişkilendirilmiş olsa bile, bunun yanında ciddi salgınların etmenle bulaşık önceden paketlenmiş ıspanak, turp ve bu ürünlerin tüketimi ile olabildiği de bildirilmiştir. Benzer şekilde, Salmonella enfeksiyonları esas olarak hayvansal kaynaklı gıdaların tüketimi ile bağlantılı olmasına rağmen yürütülen bu çalışma ile birçok salgın kontamine taze ürünlere kadar takip edilmiştir (25).

Dünyada *Escherichia coli* O157:H7 enfeksiyonu pek çok ülkede görülebilmektedir. Senelik 100,000'de 8 insidans oranı ile Kuzey Avrupa, Kanada, ABD, Arjantin ve Japonya gibi ülkelerde en fazla karşılaşılmaktadır. 1993 yılında İtalya'da *E. coli* O157:H7 salgını meydana gelmiş ve 1997 yılına kadar 196 HUS vakası kayıtlara geçmiştir. Ancak karşılaşılan HUS insidans oranının İngiltere, Almanya ve diğer Avrupa ülkelerine kıyasla 4-5 kat daha az olduğu belirtilmiştir (26). 1995 yılının sonbahar mevsiminde İsveç'te yaklaşık 100 kişiyi etkileyen salgında, serotip O157: H7 verotoksin üreten *E. coli* (VTEC) varlığı açısından araştırılmış ilk enterohemorajik *Escherichia coli* O157: H7 salgınları kayıtlara geçmiştir. Çalışmanın yürütüldüğü sırada diğer ülkelerde meydana gelen salgınlardan, sığırların bu bakterileri taşıyabileceği ve birçok durumda enfeksiyonun kaynağını oluşturduğu bilinmektedir. Bireysel fekal numuneler, Nisan 1996 ile Ağustos 1997 arasında 16 ana İsveç mezbahasında toplanmış 3071 fekal örnekten, % 1.2'lik bir prevalansa işaret eden 37 numunede VTEC O157 bulunmuştur (CI % 95 0.8-1.6). 37 izolatin tamamının PCR ile belirlendiği üzere verotoksin (VT1 ve / veya VT2), intimin, EHEC-hemolizin ve flagellin H7'yi kodlayan genleri taşıdığı bildirilmiş diğer 3 suşun O157: H7 serotipinde olduğu, fakat verotoksin üretmediği belirtilmiştir. 37 VTEC O157:H7 suşları ayrıca faj tiplemesi ve darbeleri alan jel elektroforezi ile karakterize edilmiş olup elde edilen sonuçlar, VTEC O157:H7 taşıyan sığırların yaygınlığının İsveç'teki sığırların genel coğrafi dağılımı ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Yapılmış olan bu çalışmanın sonuçları İsveçli sığır çiftçilerine tavsiye edilen bazı özel tedbirlerin temelini oluşmasına ışık tutmuş ve kesim konusuyla ilgili olarak İsveç sığırlarında VTEC O157: H7 için kalıcı bir izleme programı başlatılmıştır. (27).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada Marmara Bölgesi'nde özel sektöre ve kamu kurumlarına ait süt işletmelerinde bulunan ineklerin dışkı ve sütlerinde, çiftlikte var olan diğer hayvanların (kedi, köpek, vb.) dışkılarında, ayrıca bu işletmelerin bulunduğu alanlardaki çevrede *E. coli* O157:H7'nin olup olmadığı ve mevsimsel prevalansının bilinmesi için yürütülen çalışmada sonbahar döneminde toplanan 288 örnekten, çevresel alanlardan kaynaklı bir örnekte *E. coli* O157, dışkı kaynaklı bir örnekte *E. coli* O157:H7, ilkbahar döneminde ise yine toplam 288 örnekten dışkı kökenli 10 adedinde *E. coli* O157 tespit edilmiştir. Bu sayede yapılan değerlendirmeler sonrasında yalnızca dışkıda mevsime bağlı olarak *E. coli* O157:H7 varlığı önemli bulunmuş, etmenin taşınma ve çoğalma yollarına dikkat çekilmiştir (28).

Tokat'ta satışı gerçekleştirilen tavuk etlerinin bazı mikrobiyolojik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla kasap, market ve bakkalarda satışı gerçekleştirilen tavuk göğsü ve butlarından 25'er adet örnek alınmış, doğrulama ve tanımlama testleri sonucunda analiz edilen tavuk göğsü örneklerin 21'inde (%84) *E. coli* biyotip 1, 2'sinde (%8) *E. coli* biyotip 2, 6'sında (%24) *E. coli* O157:H7 bulunduğu tespit edilmiş ayrıca tavuk budu örneklerinin 24'ünde (%96) *E. coli* biyotip 1, 2'sinde (%8) *E. coli* biyotip 2, 6'sında (%24) *E. coli* O157:H7, belirlenmiş olup yapılan bu çalışma doğrultusunda tavuk göğsü ve butlarının mikrobiyal açıdan değerlerin fazla bulunması ve pek çok gıda kaynaklı patojen bakteriyi içermesi sebebiyle halk sağlığını riske atan tablo ortaya çıkmıştır (29).

Afyonkarahisar'da tüketime sunulan taze marul örneklerinin mikrobiyolojik kalitesini araştırmak amacıyla yürütülen çalışma doğrultusunda toplam 70 adet taze marul örneği market ve pazarlardan toplanmış olup *Escherichia coli* O157 ve *Listeria monocytogenes* varlığı yönünden analiz edilmiştir. ISO 16654 ve ISO 11290-1'e göre gerçekleştirilen analiz

sonucunda, 70 adet marul örneğinin 2 (%2,86) tanesinde *E. coli* O157 ve 1 (%1,43) tanesinde de *L. monocytogenes* tespit edilmiş olup marul örneklerinin patojenleri bulundurduğu ve mikrobiyolojik kalitenin de düşük düzeyde olduğu bildirilmiştir (30).

Gıda ile ilişkili olmayan ortamlarda gıda kaynaklı patojenlerin moleküler ekolojisi ile ilgili bilgi eksikliğini gidermek amacıyla, Kuzey Colorado'daki beş noktadan (bozulmamış doğal ortam) ilkbahar, yaz ve sonbahar mevsimlerinde 2 yıl boyunca örnekler toplanmış minimal antropojenik verilere sahip gıda kaynaklı patojenler bozulmamış doğal ortamlardan izole edilmiştir. *Listeria*, *Salmonella* ve Shiga toksin üreten *Escherichia coli* (STEC)'nin tespiti için toprak, su, sediment, yüzey toprağı ve vahşi yaşam dışkı örnekleri mikrobiyolojik olarak analiz edilmiş ve elde edilen izolatlar alt tiplenmiş olup 3 örnek *Listeria monocytogenes* için pozitif olarak test edilmiş, 19 örnek diğer *Listeria* spp., 2 örnekten *Salmonella* izole edilmiş ancak 5 örnek ise O157 STEC içermiyordu ve *E. coli* O157:H7 bulunmamıştır. Bozulmamış doğal ortamlarda gıda kaynaklı patojenlerin mevcudiyetinin nadir bulunduğunu, belirli bir doğal alan içerisinde izole edilmiş organizmalar arasında genetik çeşitliliğin olduğunu ve bu konuda Kuzey Colorado iklimi ve topografyasının etkili olduğu bildirilmiştir (31).

Yapılmış olan bazı çalışmalarda, hastalığın bulaşmasında böceklerin de önemli birer vektör olduğu görülmüştür. Laboratuvar koşullarında yapılan araştırmalarda Enterohemorajik *Escherichia coli* (EHEC) O157:H7'nin ilk olarak *Musca domestica* L'den izole edildiği kayıtlara geçmiştir. 1997 yılında yürütülen bir araştırmada yaz ve sonbahar mevsimlerinde Hokkaido'daki Obihiro-City'deki 4 farklı çiftlikten toplam 310 sinek örneği toplanmış, örneklerden 5 tanesinin *E. coli* serotipi O157:H7 taşıdığı tespit edilmiştir. ELISA ve Vero hücre sitotoksinite deneyleri yapılarak elde edilen sonuçlara göre 1 sığır çiftliğinden 3 izolatın hem aktif Shiga-toksin tip 1 (Stx1) hem de 2 (Stx2) ürettiği kayıtlara geçmiştir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ayrıca ev sineklerinin de toksijenik EHEC O157:H7'yi taşıyabildiğini ve bulaşmada birer vektör olduğunu göstermiştir (32). Tarımsal üretim yapılan tarlalara yakın çiftliklerde bulunan özellikle Muscidae ve Calliphoridae familyalarında (hayvan dışkılarında gelişebilmeleri sebebiyle pis sinekler olarak bilinir) bulunan ve hızla çoğalma özelliğine sahip sineklerin *E. coli* O157:H7'yi hayvanların dışkıları aracılığı ile yeşil yapraklı bitkilere ulaştırdığı da kaydedilmiştir (33).

Hasat öncesi dönemde etmenin bulaşma yolları ile ilgili olarak toprak, su, çiftlik gübreleri, evcil ve yabani hayvanlar, hasat işlemini gerçekleştiren çalışanlar ve kullanılan hasat makinelerinin etkili olduğu bilinmektedir (34).

Sebzelerin kesilmesi veya parçalanması ev ortamında kullanılan ekipmanlarla çapraz kontaminasyon riskini artırmaktadır. *Escherichia coli* O157:H7 ve *Listeria monocytogenes* transfer (aktarma) hızları (Tr bıçakları ve marul yaprağı kesme arasında) araştırılmış ve yapraklı sebzelerin ardışık kesintileri esnasında bakteriyel transfer açısından bıçakla marul yaprakları arasın yarı mekanik bir model geliştirilmiştir. Her iki patojen açısından da maruldan bıçağa dağılımı düşük olduğu halde aksine eğer kullanılan ekipman etmen ile bulaşıksa bulaşmanın daha yüksek oranda ve daha riskli olabileceği belirtilmiştir. Yapılan bu çalışma ile geliştirilen model sayesinde yeşil yapraklı salataların hazırlanması sırasında risk değerlendirmesinin yapılabilmesi için faydalı bir araç olabileceği düşünülmektedir (35).

Escherichia coli O157:H7'nin modifiye atmosferde paketleme, depolama sıcaklığı ve süresinin hayatta kalma ve büyüme üzerindeki etkisinin araştırıldığı çalışmada parçalanmış marul, dilimlenmiş salatalık ve rendelenmiş havuç örneklerinde sebzelerin pH değerleri ve

duyusal özelliklerindeki değişiklikler izlenmiş % 3 oksijen ve % 97 azot içeren atmosfer altında ambalajlamanın, *E. coli* O157:H7 popülasyonu üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Ancak canlı *E. coli* O157:H7 popülasyonları, 5°C'de saklanan sebzelerde azalmış, 12 gün süreyle 21 °C'de saklanan sebzelerde canlı kalma süresinin 14 güne kadar uzadığı gözlenmiştir. *E. coli* O157:H7 popülasyonlarında en hızlı artışlar, 21°C'de saklanan marul ve salatalık örneklerinde meydana gelmiştir. Sebzelerin görsel görünümündeki değişiklikler *E. coli* O157:H7'nin büyümesinden büyük ölçüde etkilenmemiştir. *E. coli* O157: H7' nin ticari uygulamada işleme ve saklama koşullarına tabi tutulmuş çiğ salata sebzelerinde büyüme kabiliyetinin olduğu gözlenmiştir (36).

Escherichia coli O157:H7'nin neden olduğu su kaynaklı salgınlarda, yeterince klorlanmamış içme sularının kullanılması, kontamine olmuş göl ya da havuzlarda yüzme şeklinde bu patojenin neden olduğu su kaynaklı hastalıklarla ilgili endişeleri artırmaktadır. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki *E. coli* O157:H7' nin suda, özellikle düşük sıcaklıklardaki sularda uzun süre hayatta kalabilen dayanıklı bir patojen olduğunu suda canlı kalabilen fakat kültürlenemeyen (VBNC) bir duruma girebileceğini göstermektedir. Konuyla ilgili olarak 1991 yılında Missouri'de kaynak sularının dezenfeksiyon problemi sebebiyle 243 kişi etkilenmiş, 4 kişi de yaşamını kaybetmiştir. Aynı yıllarda Oregon'da gölde meydana gelen kontaminasyon nedeniyle 21 çocuk enfekte olmuş, Güney Afrika'da da içme ve sulama sularında oluşan kontaminasyon nedeniyle de *E. coli* O157:H7 vakaları o tarihlerde kayıtlara geçmiştir (37).

Escherichia coli O157:H7'nin hemolitik üremik sendromun (HUS) en önemli nedeni olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalar, HUS riskinin *E. coli* O157:H7 filogenetik ağacında farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur ancak yaş ile ilişkili rolü tam olarak bilinmemektedir. Washington State'de, 2004–2015'te bildirilen 1160 kültür onaylı *E. coli* O157:H7 vakasından elde edilen izolatların filogenetik soyunu belirleme çalışmaları yapılmıştır. Genelleştirilmiş tahmin denklemlerinin kullanılarak filogenetik soy ve HUS arasındaki ilişkiyi test etmek amacıyla insanlar açısından yaş faktörünün etki değiştirici olarak değerlendirildiği çalışmada 1082 *E. coli* O157:H7 hem filogenetik soy hem de HUS statüsündeki H7 vakaları (HUS n = 76) yaşa göre etki değişikliği göstermiştir. Soy Ib ile ilişkili bir soy, örneğin IIa ≥ 60 yaşındakilerde tersine etki gözlenirken filogenetik soy, sadece ≥ 10 yaş arasındakilerde HUS riski ile ilişkili görünmektedir. Ib 'ye göre IIa ve IIb de 0-9 yaş arası çocuklarda HUS ile ilişki gözlenmemiş ancak 10-59 yaş arası vakalar için, IIa ve IIb soylarının, Ib soyundan daha fazla HUS riski taşıdığı kaydedilmiştir. 10 yaşından küçük çocuklar arasında, en sık etkilenen yaş grubu olan soy, HUS'la olan ilişkiyi tam olarak açıklayamamaktadır. Bununla birlikte, soy sıklığı yaş grupları arasında değişiklik göstererek maruz kalma ve / veya erken hastalık belirtisinde farklılıklar olduğunu göstermektedir (38). Bakterinin enfeksiyona neden olabilme dozu kesin olarak bilinmeyip, meydana gelen salgınlara bulgularına göre, bilinen dozun 10-100 organizma gibi oldukça az seviyelerde bulunduğu vurgulanmaktadır (39,40).

Escherichia coli O157:H7 'nin farklı donma noktalarında hayatta kalma ve canlılığının kaybolduğu sıcaklık derecelerini belirlemek amacıyla dört *E. coli* O157:H7 suşu besinsiz fosfat tamponlu salin (PBS) çözeltisinde -20 °C'de 24, 48 ve 72 saat süreyle dondurulduktan sonra, dört suşun hepsinde hücre hasarı ve hatta ölümün meydana geldiği ve şiddetin zamana bağlı olarak suşlar arasında değişkenlik gösterdiği tespit edilmiştir. Dört suşun bir karışımı PBS'de dondurulduktan sonra 20, 30 ya da 37 °C'de eritildiğinde, hücre ölümü, artan çözülme

sıcaklığıyla beraber şiddetlenmiş, 72 saat süreyle donmuş E. coli hücrelerinin koloni sayıları, her sıcaklıkta 48 saat çözülme sırasında önemli ölçüde azaldığı gözlenmiştir (P <0.05). Yavaş çözülme işleminin E. coli O157:H7' nin hayatta kalması üzerindeki etkisini belirlemek için dondurulmuş suşlar farklı süreler boyunca (0, 2, 6 ve 12 saat) 4 °C'de yavaşça eritilmiş ve 37 °C, sırasıyla 5, 10 ve 30 dakika süreyle tutulmuştur. Sonuçlar, daha uzun süre yavaş eritmenin bakteriyel sağ kalım için daha faydalı olduğunu göstermiştir. Dondurulmuş E. coli, 4 °C'de 12 saat / 37 °C'de 5-30 dakika boyunca eritilmiş ve sonra sorbitol MacConkey agar (SMAC) üzerinde kültürlenmiştir. Triptoz soy agar (TSA) üzerinde kültürlendikten sonra daha yüksek bakteri sayımları tespit edilmiş, bu da yaralı hücrelerin bulunduğunu göstermiştir. Bu sayede yavaş çözülme işleminin donmuş gıdaların risk değerlendirmesi sırasında hayatta kalan bakterilerin, özellikle de yaralanan bakterilerin tespitlerinin ve kontrollerinin daha fazla dikkat edilmesi gerektiğini göstermiştir (41).

Yeşil yapraklı sebzelerin nakliyesi ve depolanması sırasında sıcaklığın E. coli O157H:7'nin gelişimine olan etkisini belirlemek için paketlenmiş sebzelerde dalgalanan sıcaklıkların mikrobiyal güvenlik ve ürün kalitesini olumsuz etkilediği kaydedilmiştir. 16 aylık süre boyunca, 4 coğrafi bölgeyi kapsayan 5 farklı noktada paketlenmiş yeşil yapraklı sebzeler için bir dizi zaman-sıcaklık profili elde edilmiştir. Yapılan hesaplamalar sonucunda patojenin taşıma ve depolama durumlarında <2 log CFU / g artış gösterdiği bununla birlikte, özellikle depolama sürecinin patojen gelişimini önemli ölçüde etkilediği belirtilmiştir (42).

Konvensiyonel ve organik olarak yetiştirilmiş marulların doğandıktan sonra Listeria monocytogenes ve Escherichia coli O157:H7 arasındaki etkileşimlerinin değerlendirildiği çalışmada 10 ±1 °C'de 8 gün süreyle muhafaza edilmesinin deneme süresince az, orta ve çok seviyede olan E. coli'nin gelişmesi ve canlılığı konusunda bir değişim olmadığını göstermiştir. Bu çalışmadan elde edilen verilerle taze kesilmiş sebzelerin gıda kaynaklı patojenlerle kontaminasyonunu önlemek için düzeltici önlemlerin gerekliliğini vurgulanmıştır (43).

Yenilebilir bitki filizleriyle ilgili sayısız gıda kaynaklı hastalık salgınlarına rağmen, çiğ filizlenmiş tohumların tüketimi İskandinavya'da sağlıklı yaşam tarzıyla bağlantılı olarak oldukça yaygındır. Evde filiz üretimi için farklı filizlenme modülleri piyasada bulunabilmektedir ve filizlenme konusundaki mevcut riskler hakkında yeterli bilgi sahibi olmadan satışları gerçekleşmektedir. Filizlenme sırasında, koşullar tohum oluşumu için olduğu kadar, aynı zamanda bakteriyel proliferasyon için de ideal olabilmektedir. Ayrıca, filizlenme için kullanılan tohumlar steril olmadığından, insan patojenleri filizlenme modülleri içerisinde çoğalabilmektedirler. Yapılmış olan bu araştırmayla, Escherichia coli suşu O157:H7' nin, ev filizlenmesi amacıyla tasarlanan iki tip üç katmanlı filizlenme modülünde dikey dağılımı değerlendirilmiştir. Organik çemen otu tohumu yapay olarak aşılansmış ve filizlenme modüllerinin üst veya alt katmanına aktarılmıştır. Kommensal bakteriyel biota yapay olarak sokulan bir suşun sağ kalımını etkileyebileceği gibi patojenleri de içerebildiği için, çemen tohumu üzerindeki kültürleştirilebilir bakteri türleri değerlendirilmiştir. Uygulamada üst veya alt tabakadaki tohumlara eklendiğinde, tüketicinin yapay olarak sokulan suşa maruz kalma riskini değerlendirmek için bir Beta-Poisson modeli kullanılmıştır. Aşılansan suşun tabakalar arasında yukarı ve aşağı doğru dağıldığını ve bakteriyel dağılma riskinin her iki yönde de yüksek olduğunu ve ayrıca tüketicilerinde patojenlerle karşı karşıya kalma tehlikesinin de yüksek olduğu bu sayede tespit edilmiştir (44).

Oman’da yapılmış olan bir çalışmada da incelenen 105 adet ithal taze meyve ve sebze örneklerinin %22’sinde, meyve örneklerinin de %7’ inde E. coli tespit edilmiş ayrıca bu çalışma sayesinde ürünlerin E. coli ile bulaşık olması sebebiyle ithalat ve ihracaat açısından uluslararası bir tehletin söz konusu olduğu kanaatine de varılmıştır (45).

Klinik Belirtiler

Halk sağlığı açısından neden olduğu kaygı verici olumsuzluklar sebebiyle önemli bir patojen olan Escherichia coli O157:H7 ilk olarak 1982 yılında fast food zincir restoranlarında yeterince pişirilmemiş hamburger etinin tüketilmesi sonucu oluşan kanlı ishal sebebi olarak kayıtlara geçmiştir (46,47,48). Hastalıkla ilgili semptomlar şiddetli karın ağrısıyla başlar ilk etapta sulu sonrasında kanlı diyareye dönüşmektedir. E. coli O157:H7 genellikle 2-4 gün süreyle kramplı karın ağrısı, mide bulantısı, gastroenteritis, kanlı diyare gibi semptomlara neden olur bazende tam tersi olarak herhangi bir semptom vermeden ya da orta şiddetli diyareler şeklinde varlığını sürdürebilmektedir (49).

E. coli O157:H7 serotipi diyare haricinde insanlarda 3 çeşit sendromda sebep olabilmektedir. (50, 51).

Hemorajik Kolitis (HC): Enfeksiyonun başlangıcı oldukça kuvvetli karın ağrısı ve sulu ishal şeklinde olup üçüncü günün sonrasında kanlı ishale dönüşmektedir. Enfeksiyon süresi yaklaşık 2-9 gün olabilmektedir (50,51,52,53). HC’li hastaların yaklaşık olarak % 10’u, akut böbrek yetmezliği, hemolitik anemi ve trombositopeni ile E. coli O157: H7’nin yaşamı tehdit eden bir komplikasyonu olan hemolitik üremik sendrom (HUS) gelişmektedir (39).

Hemolitik Üremik Sendrom (HUS): Küçük çocuklar ve yaşlılar riskli grup olarak kabul edilir, çocuklarda akut böbrek yetmezliğinin sebebi olarak bilinir. HUS belirtisi gösteren hastalarda akut renal yetmezlik, trombositopeni ve mikroanjipatik hemolitik anemiyi takip eden diyare oluşur ve böyle durumlarda % 5-10 oranında ölümle sonuçlanan olaylar gözlenebilmektedir (51,52). E. coli enfeksiyonlarının epidemiyolojisinin bilinmesi HUS hastaları için geliştirilmiş spesifik bir tedavi yöntemi olmadığı için önem teşkil etmektedir (55).

Trombotik Trombositopenik purpura (TTP) : Yetişkin insanlarda daha sık görülen bir durum olup HUS benzeri klinik belirtiler göstermektedir. Genel olarak HUS’tan farkı gözlenen nörolojik belirtiler daha yüksek olup beyinde meydana gelen kan pıhtıları sebebiyle ölüm oranının yüksek oluşudur (50,51).

Ancak tüm bunların dışında hastalar yaşamlarını sürdürseler de, hastalığın seyri böbrek yetmezliği şeklinde gelişmekte ve hayatlarının geri kalan dönemlerini diyaliz makinesine bağlı olarak devam ettirebilmektedirler (56).

Korunma ve Kontrol

Enfeksiyonu engellemek adına üretimden, gıdaların işlenmesine, hazırlanmasından dağıtım zincirine kadar olan tüm zaman diliminde izlenebilirlik sağlanmalı her türlü kontrol önlemleri alınmalıdır. Pastörizasyon konusu önemli olduğu için süt ürünleri ve meyve sularının tüketimine dikkat edilmeli ve yeteri kadar pişirilmemiş et ürünleri özellikle hamburgerlerin tüketiminden uzak durulmalıdır. Ülkemizde yaygın olarak tüketilen geleneksel et ürünlerinin başında Türk tipi sucuk ve pastırma gelmektedir. Bu nedenle İstanbul, Adapazarı, Afyon ve Kayseri’de yürütülen bir çalışmada üreticiler ve perakende satış yerlerinden alınan 132 adet

sucuk ve 66 pastırma örneğinde Salmonella spp. % 2.52 ve L. monocytogenes % 2.02 olarak tespit edilmiş ancak alınan örneklerin hiç birinde E. coli O157'ye rastlanmamıştır (57). Yaprakları taze olarak tüketilen filizlerin sebze ve meyvelerin birer inokulum kaynağı olması nedeniyle temiz yıkandığından emin olunmalı ve hijyen sağlanmalıdır. Sulama konusunda özellikle meyve ve sebzelerin sulanmasında kullanılan suların temiz su olmasına atık su ya da kirli su olmamasına dikkat edilmelidir. Çiftlik gübrelerinin kullanımı konusunda dikkatli olunmalı, çevrede bulunan çiftlikler ve hayvanların olduğu alanlara yakın yerlerde bulunan sularda yüzülmemelidir. Söz konusu patojen, asitlere karşı dayanıklı olduğundan dolayı fermente ürünlerde ve taze olarak tüketilen gıdalarda canlılığını sürdürebilmektedir. Küçük çocuklar ve yaşlı bakım merkezlerinde yaşayanlar riskli grup olduklarından kişiden kişiye bulaşma daha kolay olabilmektedir ve bu anlamda konunun öneminden dolayı gerekli tedbirler alınmalıdır. Salgınlarda klinik belirti görülmesizin patojen taşıyan personel de etmenin bulaşmasında etkili olabilmektedirler (58).

Marul dahil yeşil yapraklı sebzelerin gıda kaynaklı hastalıklardan Escherichia coli O157:H7 için potansiyel risk oluşturması sebebiyle kantitatif mikrobiyal risk değerlendirmeleri (QMRA), gıda kaynaklı patojenlerle ilişkili potansiyel riskleri değerlendirmek ve kontrol altına almak için etkin bir yol olarak görüldüğünden taze kesilmiş marulda E. coli O157:H7 için bir QMRA modeli geliştirmiş ve farklı potansiyel müdahale stratejilerinin halk sağlığı risklerinin azaltılmasındaki etkileri değerlendirilmiştir. Yapılan işlem taze kesilmiş marul üretimi ve tedarik zinciri, tarla üretiminden hem sulama suyu hem de ilk kontaminasyon kaynağı olarak bilinen toprak ile evde tüketim durumuna göre modellenmiştir. Temel model ABD'de 10 milyon porsiyon başına ortalama 1 hastalık ve yılda ortalama 2, 16 hastalık vakası olduğu tahmin edilmiş ve değerlendirme sonrasında tüm müdahale stratejileri (klor, ultrason ve organik asit, ışıklama, bakteriyofaj ve tüketici yıkama), bazal model öngörüsüyle karşılaştırıldığında tahmini ortalama hastalık vaka sayısını (11,4 – 17,9 kat azaltma) önemli ölçüde azalttığı gözlenmiştir. Duyarlılık analizleri; perakende ve ev depolama sıcaklığını, öngörülen hastalık vakalarını etkileyen önemli faktör olarak belirtmiştir. Geliştirilen QMRA modeli, etmen ile bulaşık taze kesilmiş marul tüketimi ile ilgili riskleri tahmin etmek için bir çerçeve sunmuş ve bu riski azaltmayı amaçlayan müdahale stratejilerinin değerlendirilmesine ve geliştirilmesine rehberlik edebileceği belirtilmiştir (59).

Kiraz domateslerde (Cherry domates) E. coli O157:H7 gelişimini engellemek ve kontrol altına almak için bakteriyofajların biyo-dezenfektanlar olarak kullanımını değerlendirmeyi amaçlayan bir çalışmada bu patojene karşı spesifikliği olan fajlar çoğaltılıp, titre edilip ve transmisyon elektron mikroskopu ile karakterizasyonu yapılmış ve ayrıca izole fajların, sanitasyon işleminden sonra domateslere daha sonra uygulanabilmesi için uygulanabilirliği de belirlenmiştir. E. coli O157:H7' nin viral partiküllerin varlığında veya yokluğunda ve izole edilen fajların litik spektrumunda in vitro davranışları da belirlenmiş ayrıca gıda sektöründe sıkça kullanılan bir bakteriyofajlar havuzunun ve bazı kimyasal dezenfektanların etkisi, E. coli O157:H7'nin gelişimi açısından karşılaştırılmış ve ömürleri arttırıcı maddeler olarak potansiyelleri, oda sıcaklığında saklanan domatesler için değerlendirilmiştir. Bakteriyofajlar 10^9 ila 10^{14} PFU / mL arasında değişen yüksek konsantrasyonlara ulaşmış ve ağırlıklı olarak Escherichia cinsine özgü olduğu gözlenmiş, Salmonella, Pseudomonas, Enterobacter ve Enterococcus için litik bir aktivite göstermemiştir. E. coli O157:H7'nin gelişmesinde bakteri havuzlarının temizleyici etkisi ile kimyasal temizleyicilerin arasında belirgin bir farklılık tespit

edilmemiş olup in vitro analizler sayesinde, bakteriyofajların mikrobiyal büyümeyi önemli ölçüde azalttığını ve bu nedenle biyolojik dezenfektanlar olarak potansiyel olduğunu göstermiştir (60).

Taze kesilmiş marul ve semizotu örneklerinde *Salmonella typhimurium* ve *Escherichia coli* O157:H7 canlılığının belirlenmesi, bu duruma olan antimikrobiyal etkilerinin tespit edilmesi amacıyla da dezenfeksiyon işlemleri için 0.01 ml / L, 0.032 ml / L veya 0.08 ml / L konsantrasyonlarında nane ve fesleğen esansiyel yağları kullanılmıştır. Dezenfekte olan örnekler aerobik koşullarda paketlenmiş ve +4 ° C'de 7 gün süreyle saklanmıştır. Elde edilen sonuçlar ışığında nane esansiyel yağı, fesleğen esansiyel yağına kıyasla patojenler üzerinde daha fazla antimikrobiyal etkide bulunmuştur. Ayrıca iki ayrı sebze de patojenlere karşı en etkin antimikrobiyal etki 0.08 ml / L konsantrasyonunda bulunmuştur (61).

Temizlenmiş ve doğranmış marul, iceberg marul, ıspanak ve lahanalar sebzeleri üzerine *L.monocytogenes*, *S.aureus*, *E.coli*, *S. typhimurium* ve *B.cereus* inoküle edilmiş 5, 10, ve 15 dakika süreyle sırayla 2, 5 ve 10 ppm ozon gazlamasıyla yıkama uygulamasının etkisi ve bu uygulama sonrasında sebzelerde oluşabilecek renk değişimlerinin incelendiği çalışmada, uygulama yapılan tüm sebze örneklerinde mikrobiyal yükte bir azalmanın gerçekleştiği görülmüş ozon konsantrasyonu ve uygulama süresi artırdıkça sebze örneklerindeki mikroorganizma miktarında da zamana bağlı olarak azalma gözlenmiştir. Uygulamada en yüksek mikrobiyal etki 10 ppm konsantrasyonunda 15 dk'lık uygulamalarda belirlenmiş olup 2, 5 ve 10 ppm konsantrasyonlarında ozonlu su uygulamasının sebzeler üzerinde renk değişimleri konusunda istatistiksel olarak önemli bir değişikliğe neden olmadığı belirtilmiştir (62).

2. SONUÇ

E. coli O157:H7 enfeksiyonlarının önlenmesi ve patojenlerin bulaşma riskini azaltmak için öncelikli olarak çiftlik gübrelere kullanımına dikkat edilmeli gübreyle bulaşma yollarını minimum düzeye düşürmek amacıyla hayvancılık uygulamalarında düzenlemeler (hayvanların beslenme sistemleri, sağlık kontrolleri, cins tercihi) yapılması uygulanacak yöntemlerin başında gelebilir. *E. coli* O157:H7 enfeksiyonlarına karşı tedbir almak amacıyla özellikle kesim işlemleri sırasında hijyen kurallarına ve ilgili prosedürlere (örneğin; soğuk zincir, saklama koşulları...) dikkat edilmeli, et ve et ürünlerinden hazırlanan gıdalar iyice pişirilmeli, meyve suları, süt ve süt ürünleri pastörize edilmelidir. Gıda işletmelerinde ve üretim tesislerinde Tehlike analizi kritik kontrol noktası (HACCP) kuralları uygulanmalıdır. Bunun yanı sıra bulaşma riski yüksek olan sebzeler içinde temizlik konusuna dikkat çekilmelidir. Vektör böceklerle mücadele ve yabancı ot mücadelesi konusuna da önem verilmeli, hasat sırasında kullanılan alet ekipmanın hayvan gübresi ile kontamine olmamasına özen gösterilmelidir. Enfeksiyonun oluşumu ve önlenmesi adına hastanelerde, yaşlı ve çocuk bakım merkezlerinde, gıda işletmelerinde ve besinlerin tüketime hazırlanmasında görev alan personel düzenli olarak dönem dönem eğitime alınmalıdır. Kullanma sularının özellikle içme sularının mikrobiyolojik kalitesi kontrol edilip hijyen ve kalitesine dikkat edilmelidir. Ayrıca kontamine olmuş göl ve sularda yüzülmemesine özen gösterilmelidir.

Kontaminasyon oluşumuna zemin hazırlayan sebeplerin bilinmesi, yaşanabilecek olumsuzlukların riskini azaltmayı amaçlayan proseslerin ve teknolojilerin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır).

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

1. Chaudry, M.A., Bibi, N., Khan, M., Khan, M., Badshah, A., Qureshi, M.J. (2004). Irradiation treatment of minimally processed carrots for ensuring microbiological safety. *Radiation Physics and Chemistry*, 71, 169–173.
2. Seow, J., Agoston, R., Phus, L., Yuk, H. (2012). Microbiological quality of fresh vegetables and fruits sold in Singapore. *Food Control*, 25, 39-44.
3. Leichert LI. (2011) Proteomic methods unravel the protein quality control in Escherichia coli. *Proteomics*, 11: 3023- 3035.
4. Baysal B. Escherichia coli. İçinde: Cengiz T, Mısırlıgil A, Aydın M (editörler). *Tıp ve Diş Hekimliğinde Genel ve Özel Mikrobiyoloji*, 1. Baskı. Ankara, Güneş Kitabevi, 2004: 454- 458.
5. Erdem B. Enterobacteriaceae. İçinde: Ustaçelebi Ş, Mutlu G, İmir T, Cengiz T, Tümbay E, Mete Ö (editörler). *Temel ve Klinik Mikrobiyoloji*, 1. Baskı. Ankara, Güneş Kitabevi, 1999: 480- 485.
6. Şahin İ, Başoğlu B. *Gıda Mikrobiyolojisi*, 2. Baskı. Bursa, Dora Basım- Yayın- Dağıtım Ltd. Şti., 2011: 34- 38.
7. Bilgehan H. *Klinik Mikrobiyoloji Özel Bakteriyoloji ve Bakteri Enfeksiyonları (Uygulama Konuları İle)*, 10. Baskı. İzmir, Barış Yayınları Fakülteler Kitabevi, 2000: 1- 16.
8. Levinson, W. (2008). *Tıbbi Mikrobiyoloji ve İmmünoloji*. Ankara: Öncü Basımevi, 136-140.
9. Anonim (2015). <http://www.cfsan.fda.gov/~mow/chap15.html>. (Erişim Tarihi: 8 Mart 2015).
10. Chapman, P. A., Siddons, C. A., Wright, D. J., Norman, P., Fox, J., Crick, E. (1993). Cattle as a Possible Source of Verocytotoxin-Producing *E.coli* O157:H7 Infections in Man. *Epidemiol. Infect.*, 111, 439-447.
11. Hilborn, E. D., Jonathan, H., Mermin, H., Patricia, A., Mshar, P.A., James, L., et al. (1999). A multistate outbreak Escherichia coli O157 H7 infections associated with consumption of mesculun lettuce. *Archives of Internal Medicine*, 59, 1758-1764.
12. Şahin, C. (2005). Gastroenteritli Olgularda *E. coli* O157:H7 Serotipinin Araştırılması. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
13. Karapınar, M., Gönül, S. A. (1998) Gıda kaynaklı hastalıklar. İçinde: Ünlütürk A, Turantas F. *Gıda Mikrobiyolojisi*, 1. Baskı. İzmir, Mengi Tan Basımevi, 109- 164.
14. Kudva, I. T., Hatfield, P. G., Hovde, C. J. (1996). Escherichia coli O157: H7 in microbial flora of sheep. *Journal of Clinical Microbiology*, 34: 431- 433.
15. Çiçek E, Savaşan S. (2010). Ege Bölgesi'ndeki sığırların süt ve dışkı örneklerinden *escherichia coli* O157:H7 izolasyonu ve verotoksinlerinin belirlenmesi. *Etlik Veteriner Mikrobiyoloji Dergisi*, 21: 51- 56.

16. Chapman, P. A., Siddons, A., Wright, D. J., Norman, P., Fox, J., Crick, E. (1993). Cattle as a possible source of verocytotoxin-producing *Escherichia coli* O157 H7 infections in man. *Epidemiology of Infection*, 111, 439-447.
17. Campbell, G. A., Mutharasan, R. (2004). Detection of pathogen escherichia coli O157: H7 using self-excited PZT-glass microcantilevers. *Biosensors Bioelectronics*, 15: 75-82.
18. Abdul-Raouf, U. M., Ammar, M. S., Beuchat, L. R. (1996). Isolation of escherichia coli O157:H7 from some egyptian foods. *Food Microbiology*, 29: 423- 426.
19. Conedera, G., Dalvit, P., Martini, M., Galiero, G., Gramaglia, M., Goffredo, E., et al. (2004). Veretotoxin-producing *Escherichia coli* O157 in minced beef and dairy products in Italy, *International Journal of Food Microbiology*, 96: 67-73.
20. Chapman, P. A., Cerdan Malo, A. T., Ellin, M., Ashton, R., Harkin, M. A. (2001). E.coli O157 in cattle, and sheep at slaughter, on beef and lamb carcasses and in raw beef and lamb products in South Yorkshire, *International Journal of Food Microbiology*, 64: 139- 150.
21. Hilborn, E. D., Jonathan, H., Mermin, H., Patricia, A., Mshar, P.A., James, L., et al. (1999). A multistate outbreak *Escherichia coli* O157 H7 infections associated with consumption of mesculun lettuce. *Archives of Internal Medicine*, 59, 1758-1764.
22. Seow, J., Agoston, R., Phus, L., Yuk, H. (2012). Microbiological quality of fresh vegetables and fruits sold in Singapore. *Food Control*, 25, 39-44.
23. Meng, J., Doyle, M. P. (1998). Emerging and evolving microbial foodborne pathogens. *Bulletin Institute of Pasteur*, 96, 151-154.
24. Anonim (2018): Marula bağlı *E. coli* salgını Amerika’da ölümlere neden oluyor. <https://doktorumnedio.com/enfeksiyon-hastaliklari/marula-bagli-e-coli-salginini-amerikada-olumlere-neden-oluyor/> (Erişim Tarihi: 8 Haziran 2018).
25. Berger, C. N., Sodha, S. M., Shaw, R. K., Griffin, P. M., Pink, D., Hand, P., et al. (2010). Fresh fruit and vegetables as vehicles for the transmission of human pathogens. *Environmental Microbiology*, 12(9), 2385-2397.
26. Rocchi, G., Capozzi, M. (1999). Enterohemorrhagic *Escherichia coli* O157:H7 infection, *Recenti Prog Med*, 90(11), 613-618.
27. Albiñ, A., Eriksson, E., Wallen, C., Aspán, A. (2003). Verotoxinogenic *Escherichia coli* (VTEC) O157:H7 – A Nationwide Swedish Survey of Bovine Faeces. *Acta Veterinaria Scandinavica*, 44, 43-52.
28. Birdal, E., AK, S. (2018). Marmara Bölgesi’ndeki süt işletmelerindeki ineklerde ve çevrede *E. coli* O157:H7 varlığının saptanması. *Anadolu Çevre ve Hayvancılık Bilimleri Dergisi*, 3(2), (85-90).
29. Yıldırım, Z., Ceylan, Ş., Öncül, N. (2015). Tokat piyasasında satışı sunulan tavuk etlerinin mikrobiyolojik kalitesinin belirlenmesi. *Akademik Gıda*, 13(4), 304-316.
30. Kara, R., Acaröz, U., Gürler, Z., Soylu, A., Küçükkurt O. (2019). Taze Marul Örneklerinde *Escherichia coli* O157 ve *Listeria monocytogenes* Varlığının Belirlenmesi. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (16), 871-873.
31. Ahlstrom, C. A., Manuel, C. S., Den Bakker, H. C., Wiedmann, M., Nightingale, K. K. (2017). Molecular ecology of *Listeria* spp., *Salmonella*, *Escherichia coli* O157:H7 and non-O157 Shiga toxin-producing *E. coli* in pristine natural environments in Northern Colorado. *Journal of Applied Microbiology*, 124, 511-521.
32. Iwasa, M., Makino, S., Asakura, H., Kobori, H., Morimoto, Y. (1999). Detection of *Escherichia coli* O157 H7 from *Musca domestica* (Diptera: Muscidae) at a cattle farm in Japan. *J. Med. Entomol.*, 36, 108-112.
33. Talley, J. L., Wayadande, A. C., Wasala, L. P., Gerry, A. C., Fletscher, J., DeSilva, U., et al. (2009). Association of *Escherichia coli* O157 H7 with filth flies (Muscidae and

- Calliphoridae) captured in leafy greens fields and experimental transmission of *Escherichia coli* O157 H7 to spinach leaves by house flies (Diptera: Muscidae). *Journal of Food Protection*, 72, 1547-1552.
34. Dallaire, R., Vasseur, L., Leblanc, D. I., Tranchant, C. C., Delaguis, P. A. (2006). Methodological approach for assessing the microbial contamination of fresh produce from harvest to retail. *Food Protection Trends*, 2, 218-225.
 35. Zilelidou, E. A., Tsourou, V., Poimenidou, S., Loukou, A. (2015). Modeling transfer of *Escherichia coli* O157 H7 and *Listeria monocytogenes* during preparation of fresh-cut salads: Impact of cutting and shredding practices. *Food Microbiology*, 45, 254-265.
 36. Abdul-Raouf, U. M., Beuchat, L. R., Ammar, M. S. (1993). Survival and growth of *Escherichia coli* O157 H7 on salad vegetables. *Applied and Environmental Microbiology*, 59, 1999-2006.
 37. Wan, G., Doyle, M. P. (1998). Survival of enterohemorrhagic *E.coli* O157 H7 in water. *Journal of Food Protection*, 61(6), 662-667.
 38. Tarr, G. A. M., Shringi, S., Oltean, H. N., Mayer, J., Rabinowit, P., Wakefield, J., et al. (2018). Importance of case age in the purported association between phylogenetics and hemolytic uremic syndrome in *Escherichia coli* O157:H7 infections. *Epidemiology and Infection*, 146, 1550–1555.
 39. McCarthy, J., Holbrook, R., Stephens, P. J. (1998). An improved direct method for the enumeration of stressed *E.coli* O157:H7 from food. *J.Food Prot.*, 61(9), 1093-1097.
 40. Peacock, E., Jacob, V. W., Fallone, S. M. (2001). *E.coli* O157:H7: Etiology, Clinical Features, Complications, and Treatment. *Nephrology Nursing Journal*, 28(5), 547-554.
 41. SaiSai, J., XianJing, W., JingJing, M., XiaoYan, J., HuanYun, Y., JinLong, T., et al. (2018). Survival of frozen *Escherichia coli* O157:H7 after thawing. *Shipin Kexue / Food Science*, 39(6), 82-87.
 42. Zeng, W., Vorst, K., Brown, W., Marks, B., Sanghyup, J., Perez-Rodriguez, F., et al. (2014). Growth *Escherichia coli* O157 H7 and *Listeria monocytogenes* in packaged fresh-cut romaine mix at fluctuating temperatures during commercial transport retail storage and display. *Journal of Food Protection*, 77(2), 197-206.
 43. Oliveira, M., Vinas, I., Anguera, M., Abadias, M. (2012). Fate of *Listeria monocytogenes* and *Escherichia coli* O157 H7 in the presence of natural background microbiota on conventional and organic lettuce. *Food Control*, 25, 678-683.
 44. Mulaosmanovic, E., Farkas, S., Vågsholm, I., Darlison, J., Sousa, M., Mogren, L., et al. (2019). Safety risks associated with dispersal of *E. coli* O157:H7 in home sprouting modules. *Food Science and Technology*, 101, 783-788.
 45. Al-Kharousi, Z. S., Guizani, N., Al-Sadi, A. M., Al-Bulushi, I. M. and Shaharoon B. (2016). Hiding in fresh fruits and vegetables: Opportunistic pathogens may cross geographical barriers. *Hindawi Publishing Corporation International Journal of Microbiology*, Article ID 4292417, 14 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2016/4292417>.
 46. Öz, F., Kaya, M., Aksu, M. (2002). Sucuk üretiminde farklı nitrit dozlarının ve starter kültür kullanımının *Escherichia coli* O157:H7'nin gelişimi üzerine etkisi. *Turkish Journal of Veterinary and Animal Science*; 26: 651-657.
 47. Varela-Hernández, J. J., Cabrera-Díaz, E., Cardona-López, M. A., Ibarra-Velázquez, L. M., Rangel-Villalobos, H., Castillo, A., et al. (2007). Isolation and characterization of Shiga toxin-producing *Escherichia coli* O157:H7 and non-O157 from beef carcasses at a slaughter plant in Mexico. *International Journal of Food Microbiology*, 113, 237-241.
 48. Park, S., Worobo, R., Durst, R. (2010). *Escherichia coli* O157:H7 as an emerging foodborne pathogen: A Literature Review. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 39(6), 481-502.

49. Pedritis, H., Kidder, G., Ogram, A. (2002). E.coli O157:H7, A potential health concern. University of Florida, 1-4
50. Ünlütürk, A., Turantaş, F. (1998). Gıda Mikrobiyolojisi, 1. Basım, Mengi Tan Basımevi, İzmir.
51. Dunn, J. R. (2003). The Epidemiology of Shiga – Toxigenic *Escherichia coli* O157:H7 in Louisiana Dairy Cattle, Beef Cattle and White – Tailed Deer.
52. Boerlin, P., Mceven, S. A., Petzold, F. B., Wilson, J. B., Jhonson, R. P., Gyles, C. L. (1999). Associations Between Virulence Factors of Shiga Toxin-Producing *Escherichia coli* and Disease in Humans, *Journal of Clinical Microbiology*, 37(3), 497-503.
53. Tsai, W. L., Miller, C. E., Richter, E. R. (2000). Determination of the Sensitivity of a Rapid *Escherichia coli* O157:H7 Assay for Testing 375-Gram Composite Samples, *Applied and Environmental Microbiology*, 66(9), 4149–4151.
54. Reilly, A. (1998). Prevention and control of enterohaemorrhagic *Escherichia coli* (EHEC) infections: memorandum from a WHO meeting. WHO Consultation on Prevention and Control of Enterohaemorrhagic *Escherichia coli* (EHEC) Infections, *Bulletin of the World Health Organization*, 76(3), 245–255.
55. Wang, G., Clark, C. G., Rodgers, F. G. (2002). Detection in *Escherichia coli* of the Genes Encoding the Major Virulence Factors, the Genes Defining the O 157:H7 Serotype and Components of the Type 2 Shiga Toxin Family by Multiplex PCR, *Journal of Clinical Microbiology*, 40(1), 3619-3619.
56. Bolton, D. J, Ennis, C., Brain, B., Monaghan, A. (2009). Serogroups and virulence genes in verocytotoxigenic *Escherichia coli* on beef farms and in the beef abattoir. An international conference organised by ProSafeBeef, March 25th to 26th, Dublin, Advancing Beef Safety through Research and Innovation, p: 59.
57. Büyükkunal, S. K, Şakar, F. Ş, Turhan, İ, Erginbaş, Ç., Sandıkçı, Altunatmaz, S., Yılmaz, Aksu, F., ve ark. (2016). Presence of *Salmonella* spp., *Listeria monocytogenes*, *Escherichia coli* O157 and Nitrate-Nitrite Residue Levels in Turkish Traditional Fermented Meat Products (Sucuk and Pastırma). *Kafkas Univ Vet Fak Derg*, 22(2), 233-236.
58. Reilly, A. (1998). Prevention and control of enterohaemorrhagic *Escherichia coli* (EHEC) infections: memorandum from a WHO meeting. WHO Consultation on Prevention and Control of Enterohaemorrhagic *Escherichia coli* (EHEC) Infections, *Bulletin of the World Health Organization*, 76(3), 245–255.
59. Pang, H., Lambertini, E., Buchanan, R.L, Schaffner, D.W, Pradhan, A.K. (2017). Quantitative microbial risk assessment for *Escherichia coli* O157:H7 in fresh-cut lettuce. *Journal of Food Protection*, 80(2), 302-311.
60. Lopez, M. E. S., Gontijo, M. T. P., Batalha, L. S, Mendonça, R. C. S (2018) . Bio-Sanitization Using Specific Bacteriophages to Control *Escherichia coli* O157:H7 in Cherry Tomatoes. *Advance Journal of Food Science and Technology*, 16, 92-101.
61. Karagözlü, N., Ergönül B., Özcan, D. (2011). Determination of antimicrobial effect of mint and basil essential oils on survival of *Escherichia coli* O157 H7 and *S. typhimurinum* in fresh-cut lettuce and purslane. *Food Control*, 22, 1851-1855.
62. Tümay, M. (2019). Ozonun, bazı yeşil yapraklı sebzelerde antibakteriyel etkisinin belirlenmesi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir.

Vulva Kanseri ve Vulvektomi Sonrası Hemşirelik Yaklaşımları

Vulva Cancer and Nursing Approaches After Vulvectomy

Hatice Gözde KESKİN^{1 A,B,C,D,E,F}, Tuğba TAHTA^{1 A,E,F,G}

¹Ankara Medipol Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Ankara, Türkiye

ÖZ

Vulva kanseri tüm genital kanserlerin %4-5'ini, jinekolojik kanserlerin de %1'ini oluşturur. Son yıllarda vulva kanseri insidansı artış göstermektedir. Vulva kanseri için tedavi ve bakımdaki önemli gelişmeler, özellikle ileri evre hastalığı olanlar için terapötik seçenekler hakkında yeni düşünme ve araştırma yöntemleri gerektirecektir. Bu derlemenin amacı, vulva kanserinde önceden tanımlanmış cerrahi sonrası semptomların erken saptanmasını ve değerlendirilmesinin önemi anlatılmaktadır. Ayrıca vulva kanserinde kanıta dayalı semptom giderici müdahalelerin kullanımıyla hemşirelik bakımına yönelik mevcut kanıtları özetlemektir. Vulva kanserinin biyolojisi hakkındaki en son araştırmaları vurgulamak ve hasta yönetimi için daha iyi stratejilerin geliştirilmesini kolaylaştırmaktır.

Anahtar Kelimeler: Vulva, Kanser, Hemşirelik.

ABSTRACT

Vulva cancer constitutes 4-5% of all genital cancers and 1% of gynecological cancers. Recently, the incidence of vulvar cancer has been increasing. Significant advances in treatment and care for vulvar cancer will require new thinking and research methods about therapeutic options, especially for those with advanced disease. The purpose of this review is to describe the importance of early detection and evaluation of pre-defined post-surgical symptoms in vulvar cancer. In addition, the use of evidence-relieving interventions in vulvar cancer is to summarize the present for nursing care. It is to emphasize research on the biology of vulvar cancer and facilitate the development of better strategies for patient management.

Key Words: Vulva, Cancer, Nursing.

1.GİRİŞ

VULVA KANSERİ

Vulva kanseri tüm genital kanserlerin %4-5'ini, jinekolojik kanserlerin de %1'ini oluşturur (1). Vulva kanseri çoğunlukla labia majörleri etkiler. Daha az sıklıkla, kanser labia minörleri, klitoris veya vajinal bezleri etkiler (2). Vulva kanseri genellikle birkaç yıl içinde yavaşça oluşur. Cildin yüzeyinde uzun süre anormal hücreler büyüyebilir. Bu duruma vulvar intraepitelyal neoplazi (VIN) denir. VIN vulva kanserine dönüştüğünde tedavi olmak çok önemlidir (3-5).

Vulva maligniteleri, özellikle son on yılda artan insidans göz önüne alındığında, ciddi bir jinekolojik sağlık endişesini temsil etmektedir. Birçok vulva kanseri başlangıçta enflamatuar durumlar olarak yanlış teşhis edilir. Bu durum tanıyı geciktirir ve prognozu kötüleştirir (6).

Vulva kanseri en sık 65-74 yaş arası kadınlarda teşhis edilir. 40 ile 60 yaş arasındaki vakalar daha sık görülmesine rağmen, esas olarak yaşlı kadınları etkiler (7). Son yıllarda vulva

Sorumlu Yazar: Hatice Gözde KESKİN

Ankara Medipol Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Ankara, Türkiye
gozdedogdu@hotmail.com

Geliş Tarihi: 22.04.2020 – Kabul Tarihi: 15.11.2020

Yazar Katkıları: A) Fikir/Kavram, B) Tasarım, C) Veri Toplama ve/veya İşleme, D) Analiz ve/veya Yorum, E) Literatür Taraması, F) Makale Yazımı, G) Eleştirel İnceleme

kanseri insidansı her beş yılda ortalama % 4,6 artmıştır; vulva kanseri 2018 yılında 1200 ölüme neden olmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki 100.000 kadın için üç ile dört arasında tahmin edilen insidansı, son yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Avrupa'da artmıştır (1-8).

Vulva kanseri için spesifik bir etyolojik ajan saptanmamıştır. Bu kanserlerin %90'ı yassı hücreli karsinomdur. Skuamöz hücreli karsinom ve melanom yaygın alt tiplerdir. Ancak bazal hücreli karsinom gibi diğer neoplazmalar görülebilir. Serviks, vagina ve vulva embriyolojik olarak ortak kökene sahip olduğu için aynı onkojenik ajana birden fazla yanıt olduğu düşünülmektedir. Vulva kanserlerin % 25- 40'ı, vajinal kanserlerin yaklaşık % 66'sı ve anal kanserlerin %70-90'ı Human Papilloma Virüs (HPV) enfeksiyonu ile ilişkilidir. Buradan yola çıkarak serviks kanseri etyolojisinde rol oynayan faktörlerin vulva kanseri için de risk faktörü oluşturabileceği ileri sürülmektedir (9). HPV aşısının uygulamaya sokulmasıyla klinik çalışmalar ile vulva intraepitelyal neoplazinin ve potansiyel olarak vulva kanserinin oluşumunun azaltılmasındaki klinik etkinliğini gösterdiği bildirilmektedir (10). İmmünoşüpresyon, artan yaş, vulvanın prekanser koşullarına sahip olması, vulvayı içeren bir cilt hastalığının bulunması ve sigara kullanımı vulva kanseri gelişme riski taşıyan diğer tıbbi durumlardır. Teşhise yol açan semptomlar ve durumlar spesifik değildir (11).

Vulva kanseri ilk evrelerinde belirti vermeyebilir. Genel olarak vulvada yanma, ağrı, kızarıklık, kaşıntı, renk değişikliği, döküntü, siğil ve deride kalınlaşma gibi belirtilerle karşılaşılır (12). Vulvada lezyonlar veya olağandışı görünen başka herhangi bir şey gibi hastalık belirtileri olup olmadığını kontrol edilmelidir. Vulvada görülen her şüpheli lezyondan biyopsi alınarak tanı kesinleştirilmelidir. Biyopsi en az 4 mm kalınlıkta olmalıdır. Biyopsi materyalinde mutlaka hücre tipi ve invazyon derinliği bildirilmelidir. Vulva kanseri teşhis edildikten sonra, kanser hücrelerinin vulva içinde veya vücudun diğer bölgelerine yayılıp yayılmadığını bulmak için pelvik muayene, kolposkopi, sistoskopi, proktoskopi, pelvik manyetik rezonans (MRI), bilgisayarlı tomografi (CT) taraması yapılmalıdır. Vulva kanserinde güncel tedavi ilkeleri hastanın yaşına, performansına, hastalığın evresine, tümörün yaygınlığına, lenf nodu durumuna, lezyonun lokalizasyonuna göre belirlenir (13).

Vulva kanseri tedavi şekilleri cerrahi, preoperatif ve postoperatif radyoterapi ve kemoterapiyi içerir. Tedavide amaç kadının cinsel işlevini kaybetmeden tüm kanseri ortadan kaldırmaktır. Radyasyon tedavisi, kanser hücrelerini öldürmek veya büyümelerini önlemek için yüksek enerjili x-ışınları veya diğer radyasyon türlerini kullanılan bir kanser tedavisidir. Kemoterapi, hücreleri öldürerek veya hücrelerin bölünmesini durdurarak kanser hücrelerinin büyümesini durdurmak için ilaçlar kullanan bir kanser tedavisidir. Son 20 yılda vulva kanserinin cerrahi tedavisinde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Geniş lokal eksizyon, erken evre hastalık için radikal vulvektominin yerini almıştır. Bu modifikasyonlar, morbiditeyi önemli ölçüde azaltırken onkolojik sonuçları korumuştur (11-14).

Vulva kanserinde ölüm oranları yaşla birlikte artmaktadır. Ölüm sayısı 2012-2016 yılları arasında yılda 100.000 kadın başına 0,5'tir. Göreceli sağkalım istatistikleri, kanser teşhisi konan hastaların sağkalımı ile aynı yaş, ırk ve cinsiyette olan ve kanser teşhisi konmamış genel popülasyondaki insanların sağkalımı ile karşılaştırılmaktadır. Hayatta kalma istatistikleri büyük insan gruplarına dayandığından, bireysel bir hastaya ne olacağını tam olarak tahmin etmek için kullanılamaz. Hiçbir hasta tamamen birbirine benzemez ve tedavi ve tedaviye yanıtlar büyük ölçüde değişebilir (7).

HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

1. Sağlık Eğitimi ve Danışmanlık

Kadınların vulva kanserinden korunması için kendi kendine vulva muayenesi (KKVM) yapmaları konusunda eğitilmelidirler. Ayrıca vulva kanseri olan kadınlarda olası değişiklikleri tanımlamak için vulvanın kendi kendine muayenesine aşına olmalıdır. Yeterli ışık kaynağı ve iyi konumlandırılmış bir ayna yardımıyla cilt kızarıklığı, şişme, koku, akıntı değerlendirilmelidir (15).

Vulva cerrahisinden sonra kadınlar sıklıkla semptomlar ve ilgili sıkıntı yaşarlar. Semptomlar üç tipte kategorize edilebilir: bunlar yara ile ilişkili semptomlar (örn. Şişme, ağrı vb.), psikososyal semptomlar (örn. yorgunluk, suçluluk vb.) ve günlük yaşamdaki zorluklar (örn. oturma sırasında vb.) (16). İnsizyon ve genital bölge için mevcut bakım, yıkama alışkanlıkları ve tercih edilen bakım ürünleri değerlendirilmelidir. Genital bölge günde bir kez temiz suyla temizlemelidir. Sünger, fırça, sabun, duş jeli, köpük banyosu, deodorant, bebek mendili, bitkisel kullanımdan kaçınılması konusunda eğitilmelidir. Yaraya bağlı ağrı durumunda rahat kıyafetler ve yumuşak koltuklar önerilir. Ağrı azaltmanın tamamlayıcı yöntemi olarak müzik terapisi önerilebilir (15-17). Giysilerle ilgili zorluklar olması durumunda uygun giyinilmesi gerektiği, rahat, beyaz ipek veya pamuklu iç çamaşırı, tayt yerine rahat pantolon veya etek önerilmelidir. İç çamaşırı olmadan uzun etek giymek ve iç çamaşırı olmadan uyumak, özellikle evde rahat olabilir. Genel olarak, bireysel sorunlar değerlendirilmelidir. Uygun çözümler hasta ile tartışılmalıdır (15-18).

Klinik araştırmalardan elde edilen sonuçlar ile HPV aşısı programının, HPV ile ilişkili prekanserlerin ve kanserlerin oluşumunu azaltma potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir. Klinisyenler ve hemşireler, tüm HPV ile ilgili hastalıkların oluşumunu azaltmak için 9 ila 45 yaş arasındaki tüm kadınlara HPV aşısını önermelidir (10-19).

Belirsizlik nedenleri araştırılmalı ve hasta tanı, tedavi ve bakıma bağlı olarak yeterli bilgi almalıdır. Bireysel çözümler ve başa çıkma stratejileri belirlenmelidir (20).

2. Hastalık Algısı ve Öz Bakım Gücü

Öz bakım gücü, bireylerin sağlık durumlarının tıbbi, rol ve duygusal yönetimini ele almak için üstlendiği görevler olarak tanımlanabilir. Semptomlar (yaraya bağlı, psikososyal ve günlük yaşamdaki zorluklar) hastalık algısını ve öz bakım gücünü olumsuz etkileyebilir (4).

Zhang ve arkadaşları (2006) kanser tanılı olup iyileşen hastaların hastalık algısını inceledikleri çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların olumsuz hastalık algısının yüksek olduğunu saptamıştır (21). Küçükkaya ve Erçel (2019) yaptıkları çalışmada jinekolojik kanserli hastaların hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyi yüksek ve kişisel kontrol algılama düzeyi düşük bulmuştur (22). Süt'ün (2017) jinekolojik cerrahi operasyon öncesi hastaların hastalık algıları üzerine etkili faktörleri incelediği çalışmada, kanserli hastaların hastalığın negatif sonuçlarına ilişkin algılarının yüksek olduğu bulunmuştur (23).

Literatür bulguları jinekolojik kanserli hastaların öz bakım gücü ve hastalık algılarında benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda; hastalığın sonucuna, kişisel kontrole, tedavinin yararına, semptom şiddetine, endişeye, hastalığı anlama düzeyine, emosyonel duruma bağlı olarak olumsuz inançları yüksek olan vulva kanserli hastaların bakımından sorumlu olan

hemşirelerin, bireylerin öz bakımını arttırmaya yönelik olumlu hastalık algısı geliştirmesi ve öz bakım gücünü yükseltmesi gerekmektedir. Ayrıca hem hastalık algısını hem de öz bakım gücünü etkileyen kanser evresi ve metastaz durumuna yönelik olarak erken evrede hastalığın tanımlanması amacıyla bu alanda uzmanlaşan hemşirelerin aktif katılımının sağlanması önerilmektedir. Hastalık algısını ve öz bakım gücünü etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve bu faktörlerin ortadan kaldırılması veya etkilerinin azaltılması, bireyler ve aileler için eğitimlerin planlanması ve bireylerin öz bakım gücünün artırılmasına yönelik müdahalelerin desteklenmesi önemli hemşirelik müdahaleleridir.

3. Cinsel Bakım ve Eğitim

Jinekolojik kanser hastalarında cinsel işlevsellik önemli ölçüde etkilenir. Tedavi yöntemleri jinekolojik kanserli hastaların cinsel işlevlerini etkilemektedir. Bununla birlikte, çoğu hastaya farklı tedavi yöntemleri uygulanmaktadır ve farklı rejimlerin etkileri değerlendirilmemiştir. Ayrıca vulva, uterus ve over kanseri olan hastaların cinsel işlevleri hakkında dramatik veri eksikliği vardır. Vulva kanseri kadın cinsel organının dış yüzeyinde meydana gelen bir kanser tipidir. Genellikle geniş cerrahi eksizyon, hemi veya total vulvektomi ile tedavi edilir. Lenf düğümlerinin pozitif metastazlarında kemoterapi ve radyoterapi kullanılır. Çok az çalışma vulva kanseri olan hastalarda cinsel işlevselliği değerlendirmiştir (24-25). Kısmi veya total vulvektomi iyileşme sürecinde fibrozise bağlı vulva deformasyonuna neden olabilir. Genel olarak, önemli cinsel bozukluklar, tedaviden sonraki ilk yıl boyunca, özellikle cinsel uyarılma ve orgazm ile ilgili daha kalıcı problemlerle daha belirgindir (26).

Bazı hastalar vajinal stenoz yaşar ve cinsel ilişkiyi sağlamak için ek plastik cerrahi geçirebilirler. Potansiyel vulva şekil bozukluğunun yanı sıra, çoğu hasta cinsel uyarılma sırasında genital semptomların algılanmasında azalma yaşar (26). Ancak, bu alandaki bakım ve müdahaleler hala ihmal edilmektedir. Cinsellik nadiren sağlık uzmanları tarafından ele alınmakta ve cinsel işlev nadiren bir tedavi sonucu olarak değerlendirilmektedir. Çoğu sağlık uzmanı, jinekolojik kanserli kadınların çoğunun cinsel problemler yaşadığına inandıkları halde, sadece %20-35'i hastalarla cinsel sorunları tartışmıştır (28).

Vulva kanserinde cinsel eğitimin amacı kadının hastalığını kabul etmesini artırmak, bu durum ile ilişkili psikososyal morbiditeyi azaltmak, cinsellik hakkındaki yanlış anlamaların ve yanlış bilgilerin açıklığa kavuşturulmasına yardımcı olmak ve tecrit duygularını azaltmaktır (28). Hastalığın vücut imajı ve cinsel yaşam üzerindeki etkisi, vücudun öznel anlamı ve cinsellik hasta ile tartışılmalıdır. Gerekirse, vücut imajını tartışmak için başka randevular düzenlenmelidir. Hasta psikososyal ve psikoseksüel destek ve rekonstrüktif cerrahi olasılığı hakkında bilgi almalıdır (20).

4. Psikolojik Sonuçlar ve Yaşam Kalitesi

Vulva kanseri hastaları ameliyatın büyüklüğüne bağlı olmakla birlikte bireysel fiziksel ve psikolojik faktörlerden etkilenir. Hastalığın standart tedavisi olan radikal vulvektomi, geniş deformiteler ve psikoseksüel sorunlara dolayısıyla yaşam kalitesinin azalmasına neden olabilir (29). Hastayı ve partnerini şekil bozukluğu, eşlerin yakınlık ve ilişki kaygısı dahil olmak üzere çeşitli psikososyal faktörler etkileyebilir (26).

Evre IV hastalar için eğer mesane ve rektuma da yayılma varsa radikal vulvektomiye ek olarak pelvik egzantrasyon (vajina, uterus, fallop tüpleri, mesane ve rektumun çıkarılması)

uygulanır. Hastada stoma ve üriner yol (ostomi) açılır. Bu cerrahi hastada önemli derecede psikolojik sorun yaratır ve yaşam kalitesi etkilenir. Yaşam kalitesindeki bozukluklar tedavi sonucunu etkilemektedir. Vulva kanserinde psikolojik tedavi, tedavinin bütünleyici ve ayrılmaz bir bölümü olup, hastalığın fiziksel tedavisini tamamlayıcıdır. Psikolojik tedavi girişimleri, danışmanlık, eğitim veya psikoterapötik yollarla baş etme davranışını geliştirmek için uygulanır. Hasta kızgınlık, öfke, suçluluk gibi duygu ve tepkilerin rahat ifade edilmesi için ve hastalıkla ilgili düşüncelerini anlatması için cesaretlendirilmelidir (27-30).

5. Taburculuk Öncesi Eğitim Gereksinimleri ve Taburculuk Eğitimi

Taburculuk eğitimi, hastanın durumu ameliyat sonrası stabil hale geldiğinde ve hasta hastaneden çıkmadan önce başlatılır ve sürdürülür. Hasta eğitiminin çoğu alanlarında yeni teknolojiler geliştirilmesine karşın, yazılı eğitim materyalleri hasta eğitimde önemli bir yer tutmaktadır. Semptom günlüğü, semptomları tanımlamak, değerlendirmek, gözlemlemek ve yönetmek için hastalar için tavsiye edilir (16). Bununla birlikte hastanın okuma-yazma bilmesi ile yazılı eğitim materyallerinden yararlanması arasında pozitif bir ilişki vardır (30,31).

Cerrahi girişime bağlı korku ve kaygıya ek olarak cinsel fonksiyon, doğurganlığı yitirme, kadınlık rolünü kaybetme, beden imajının değişmesi ve ileostomi bakımına ilişkin farklı endişeler de yaşayabilecekleri göz önünde bulundurularak, hemşirelerin bu hastaların öğrenim gereksinimlerini saptama ve öğrenim gereksinimleri doğrultusunda hastaları ayrıntılı olarak bilgilendirme konusunda özel önem vermeleri gerektiği düşünülmektedir (4).

2. SONUÇ

Birincil rolü bakım sağlamak olan hemşireler, vulva kanseri hastalarını kaliteli ve sürekli bakım için iyileştirme müdahalelerinde yer almalıdır. Hemşireler hastanın potansiyel gücünü kullanmasını sağlamalıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

1. DeSantis, C.E., Siegal, R., Ma, J., Zou, Z., & Jemal, A. (2018). Cancer treatment and survivorship statistics. American Cancer Society. *CA Cancer J Clinic*, 64, 252–27.
2. Taşkın, L. (ed.) (2016). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Sistem Ofset Yayıncılık, Ankara.
3. Judson, P.L., Habermann, E.B., Baxter, N.N., Durham, S.B., & Virnig, B.A. (2006). Trends in the incidence of invasive and in situ vulvar carcinoma. *Obstet Gynecol*, 107(5), 1018e22
4. Zweizig, S., Korets, S., & Cain, J.M. (2014). Key concepts in management of vulvar cancer. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 28, 959-966.
5. Siegel R.L., Miller K.D., & Jemal A. (2017). Cancer Statistics. *CA Cancer J Clin*, 67:7-30.

6. Tan, A., Bieber, A.K., Stein, JA., & Pomeranz, M.K. (2019). Diagnosis and management of vulvar cancer: A review. *Journal of the American Academy of Dermatology*. doi:10.1016/j.jaad.2019.07.055
7. National Cancer Institute-Surveillance, Epidemiology and End Results. (2016). Cancer Stat Facts: Vulvar Cancer. <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/ovary.html>. Erişim: 30.10.2019.
8. Hampl, M., Deckers-Figiel, S., Hampl, J.A., Rein, D., & Bender, H.G. (2008). New aspects of vulvar cancer: changes in localization and age of onset. *Gynecol Oncol*, 109(3), 340e5.
9. Shindo, M., Ueda, Y., Kimura, T., & Matsuo, K. (2017). Diagnosis and management of vulvar cancer, in: D. Shoupe (Ed.), *Handbook of Gynecology*, 1st edit, New York. pp. 789–806.
10. Francis, J.A., Eiriksson, L., Dean, E., Sebastianelli, A., Bahoric, B., & Salvador, S.(2019). Management of squamous cell cancer of the vulva. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 41(1), 102-115.
11. Van der Zee, A.G.J., Oonk, MH., De Hullu, J.A., Ansink, AC., Vergote, I., & Verheijen, RH. (2008). Sentinel node dissection is safe in the treatment of early-stage vulvar cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*, 26(6), 884e91.
12. Reade, C.J., Eiriksson, L.R., & Mackay, H. (2014). Systemic chemotherapy in squamous cell carcinoma of the vulva: Current status and future directions. *Gynecol Oncol*, 132, 780-789.
13. Covens, A., Vella, E.T., Kennedy, E.B., Reade, C.J., Jimenez, W., & Le, T. (2015). Sentinel lymph node biopsy in vulvar cancer: Systematic review, meta-analysis and guideline recommendations. *Gynecol Oncol*, 137, 351-361.
14. Moore, D.H., Koh, W.J., Mc Guire, W.P., & Wilkinson, E.J. (2009). Chapter 20: vulva. In: Barakat, R.R., Markman, M., Randall, M.E., editors. *Principles and Practice of Gynecologic Oncology*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins;p. 555–90.
15. Kobleder, A., Raphaelis, S., Glaus, A., Fliedner, M., Mueller, M.D., Gafner, D., et al. (2016). Recommendations for symptom management in women with vulvar neoplasms after surgical treatment: An evidence-based guideline. *European Journal of Oncology Nursing*, 25, 68–76. doi:10.1016/j.ejon.2016.10.003
16. Senn, B., Mueller, M.D., Hasenburg, A., Blankenstein, T., Kammermann, B., Hartmann, A., et al. (2012). Development of a postsurgical patient-reported outcome instrument for women with vulvar neoplasia. *Oncol. Nurs.* 39 (6), E489eE498. <http://dx.doi.org/10.1188/12.ONF.E489-E498>.
17. Belhadj, H., Berek, J., Bermudez, A., Bhatla, N., Denny, L., Fujiwara, K., et al. (2014). FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and corpus uteri. *Int. J. Gynaecol. obstet.* 125 (2), 97e98. [http:// dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.02.003](http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.02.003)
18. Sheldon, L.K., Swanson, S., Dolce, A., Marsh, K., & Summers, J. (2008). Putting evidence into practice: evidence-based interventions for anxiety. *Clin. J. Oncol. Nurs.* 12 (5), 789e797. <http://dx.doi.org/10.1188/08.CJON.789-797>
19. Herrero, R., Hildesheim, A., Rodriguez, A.C, Wacholder, S., Bratti, C., Solomon, D., et al. (2008). Rationale and design of a community-based double-blind randomized clinical trial of an HPV 16 and 18 vaccine in Guanacaste, *Costa Rica Vaccine*, 26, 4795-4808
20. Beatty, LJ., Koczwar, a B., Rice, J., & Wade, TD. (2010). A randomised controlled trial to evaluate the effects of a self-help workbook intervention on distress, coping and quality of life after breast cancer diagnosis. *Med. J.* 193 (5), S68eS73.
21. Zhang, N., Fielding, R., Soong, I., Chan, KK., Tsang, J., Lee, V. et al. (2006). Illness perceptions among cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 24(3), 1295-304.

22. Küçükkaya, B., & Erçel, Ö. (2019). Jinekolojik kanserli hastalarda hastalık algısının öz-bakım gücüne etkisi. *Ege üniversitesi hemşirelik fakültesi dergisi*, 35(3), 137-145.
23. Süt, H.K. (2017). Jinekolojik Cerrahi Operasyon Öncesi Hastaların Hastalık Algıları Üzerine Etkili Faktörler. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 13, 83-90.
24. Green, M.S., Naumann, R.W., Elliot, M., Hall, J.B., Higgins, R.V., & Grigsby, J.H. (2000). Sexual dysfunction following vulvectomy. *Gynecol Oncol*, 77, 73-7.
25. Thuesen, B., Andreasson, B., & Bock, J.E. (1992). Sexual function and somatopsychic reactions after local excision of vulvar intra-epithelial neoplasia. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 71, 126-8.
26. Jensen, P.T. (2007). Gynaecological cancer and sexual functioning: Does treatment modality have an impact? *Sexologies*, 16(4), 279–285. doi:10.1016/j.sexol.2007.06.010
27. Chow, K.M., Chan, C.W.H., & Chan, J.C.Y. (2012). Effects of psychoeducational interventions on sexual functioning, quality of life and psychological outcomes in patients with gynaecological cancer. *JBL libraryof systematic reviews*, 10(58), 4077-4164.
28. Southard, N.Z., & Keller, J. (2009). The importance of assessing sexuality: A patient perspective. *Clin J Oncol Nurs*, 13(2), 213-7.
29. Köse, F., & Karabük, E. (2017). Surgical management of vulvar carcinoma. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, 10(2), 203-9.
30. Şirin, A., Kavlak, O. (ed.) (2015). *Kadın Sağlığı*, Nobel Yayıncılık, İstanbul.
31. Uzun, O., Ucuzal, M., & İnan, G. (2011). Post-Discharge Learning Needs of General Surgery Patients. *Pak J Med Sci*, 27(3), 634-637.
32. Beck, S. L., Brant, J. M., Donohue, R., Smith, E. M. L., Towsley, G. L., Berry, P. H., et al. (2016). Oncology nursing certification: relation to nurses' knowledge and attitudes about pain, patient-reported pain care quality, and pain outcomes. *Oncol Nurs Forum*, 43 (1), 67-76.

Koşuyu Etkileyen Biyomekaniksel Faktörler

Biomechanical Factors Affecting Running

Gül Öznur KARABIÇAK¹ A,B,C,D,E,F,G 

¹Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Aydın, Türkiye

ÖZ

Toplumda aerobik egzersizin sağlıklı yaşam ve yaşam kalitesine faydalarıyla ilgili bilincin artmasıyla birlikte tempolu yürüyüş ve koşu, toplumda giderek popüler hale gelen sporlar arasında yer almaya başlamıştır. Bu egzersizlere katılım arttıkça koşu ile ilgili hem akut hem kronik yaralanmaların insidansında doğal bir artış görülmektedir. Yaralanmaların hem önlenmesi hem de etkin bir şekilde tedavi edilebilmesi amacıyla yürüyüşün ve koşunun biyomekaniklerinin doğru bir şekilde anlaşılması önem taşır. Uygun koşu biyomekanikleri, kinetik halkanın tüm komponentlerinin senkronize hareketlerini içerir. Ayak; zemine uyum, denge ve propriosepsiyon ile birlikte itme fazı için gerekli itmeyi sağlar. Gövde ve pelvisteki uygun olmayan dizilim, vücut mekaniklerini etkiler, dolayısıyla yaralanmalara neden olur. Bu yüzden koşu boyunca tüm kinetik zincire etkileyen biyomekaniklerin anlaşılması ve dikkate alınması gereklidir. Bu yazıda kısaca yürüyüş ve koşu arasındaki biyomekaniksel farklılıklara ve koşma sırasında alt ekstremitede meydana gelen biyomekaniksel fazlara değinilecektir, sonrasında koşunun kinetik zincire etkisinden bahsedilecektir.

Anahtar Kelimeler: Koşu, Yürüyüş, Yaralanma, Kinematik, Kinetik

ABSTRACT

With the increasing awareness of the benefits of aerobic exercise on healthy lifestyle and quality of life in society, jogging and running are becoming increasingly popular in the community. As participation in these exercises increases, there is a natural increase in the incidence of both acute and chronic injuries related to running. An accurate understanding of the biomechanics of walking and running is important in order to prevent and effectively treat injuries. A proper running gait biomechanics includes the synchronized motion of all components of the kinetic chain. The foot provides adjustment to the ground, balance, proprioception and propulsion needed for take off. Abnormal alignment of the pelvis and the trunk affects body mechanics, consequently cause injuries. Therefore it's essential to understand the biomechanical effects on all the kinetic chain during running. This article will briefly address the biomechanical differences between walking and running, afterwards, the biomechanical phases that occur in the lower extremity during running will be discussed.

Key words: Running, Gait, Injury, Kinetics, Kinematics

1. GİRİŞ

1. KOŞU VE YÜRÜYÜŞ ARASINDAKİ TEMEL FARKLAR

Normal yürüyüş gibi koşu da duruş ve sallanma olmak üzere temel iki fazdan oluşur. Yürüyüşte duruş fazının hem başında hem de sonunda yer alan her iki ekstremitenin yerle temasta olduğu çift destek periyodu koşuda kaybolur. Koşuda yalnızca tek ayak yerle temastadır, ayrıca iki adet sallanma fazının başı ve sonunda süzülme fazı olarak adlandırılan ve her iki ekstremitenin yerle temasının olmadığı bir periyod yer alır (1). Bu değişiklik, duruş fazının süresinin kısalmasına, sallanma fazının ise artmasına neden olur. Yürüyüşün aksine öne

Sorumlu Yazar: Gül Öznur KARABIÇAK

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Aydın, Türkiye
guloznur@gmail.com

Geliş Tarihi: 16.08.2019 – Kabul Tarihi: 14.06.2020

Yazar Katkıları: A) Fikir/Kavram, B) Tasarım, C) Veri Toplama ve/veya İşleme, D) Analiz ve/veya Yorum, E) Literatür Taraması, F) Makale Yazımı, G) Eleştirel İnceleme

doğru hareket için gerekli olan güç, yerdeki bacadan değil öne doğru salınan bacak ve koldan sağlanır (1,2).

Koşucuların, yürüyüş yapanlara göre eklem ve kaslarına binen yük çok daha fazladır. Koşu ile ayak bileği, diz ve kalça eklem hareket alanında daha fazla artış kaydedilir. Lumbal bölge ve pelvis gibi diğer yapılar da bu durumdan etkilenir ve eklem hareket açıklıkları artar. Bu durum ise alt ekstremitte yaralanma riskini artırır (2).

Hızdaki artış artan adım uzunluğunu takip eden kadanstaki artış ile sağlanır. Hız arttıkça periyodlar arası geçiş süresi sıklaşır ve periyod süresi kısalır. Alt ekstremitenin hızı artar. Hareket kontrolü için gerekli eksentrik kasılma sebebiyle enerji harcaması artar. Bu durum koşulabilecek mesafenin kısalması ile sonuçlanır. Bu ihtiyaçları sağlamak amacıyla daha fazla normal eklem hareketi ve kas gücü gereklidir.

Yürüme ve koşmada ağırlık merkezi sinüzodial bir eğri halinde hareket eder, fakat koşmada vücut tüm periyod boyunca öne doğru eğilmiş bir şekilde hareket eder. Hız arttıkça alt ekstremitte eklemleri eklem hareket açıklığını artırarak ağırlık merkezinin vertikal yönde yer değişimini azaltmaya çalışır. Bu yüzden daha hızlı koşucular daha fazla esneklik ve eksentrik kas kuvvetine ihtiyaç duyarlar (2).

2. KOŞUDA YER ALAN PERİYODLAR

Koşu, duruş ve süzülme fazı olmak üzere 2 fazdan oluşur. Koşu esnasında çift destek periyodu hız ile beraber kaybolur. Ayağın yer ile temasının devam ettiği duruş fazı sonrası her iki ekstremitenin yerden temasının kesildiği süzülme fazı ile devam eder.

2.1. Duruş Fazı

Koşuda duruş fazı ayak teması ile başlar, orta duruş ve itme ile devam eder. Ayak teması sonrasında; kas, tendon, kemik ve tüm alt ekstremitte yere iniş esnasında oluşan şoku absorbe etme fonksiyonu görür (3).

Koşuda farklı ilk ayak temasları oluşabilir. Temel olarak üç tip ilk ayak teması mevcuttur:

Topuk vuruşu (Heel strike): Genellikle topuk laterali ve supinasyon ile başlar. Ayakkabı kullanan koşucularda sıklıkla kullanılan tiptir.

Orta ayak vuruşu (Midstrike): Ayağın bütünü ile ilk temas söz konusudur. Çıplak ayak koşucuları tarafından sıklıkla tercih edilir.

Önayak vuruşu (Forefoot strike): Koşuda hızın yüksek olduğu zamanlarda kullanılır. Bunun dışında sıklıkla supinasyonda koşanlar tarafından tercih edilir. Bazen topuk teması duruş fazı boyunca gerçekleşmez.

İlk temas sonrası, orta duruş fazında ise ayak bileğindeki dorsifleksiyonla birlikte kalça ve dizde fleksiyon hareketi meydana gelir. Böylece yere iniş esnasında oluşan stresler tüm alt ekstremitte tarafından absorbe edilir. Ayakta meydana gelen bu farklı ilk temas çeşitleri kalça ve dizde meydana gelen fleksiyon açısını ve dolayısıyla yüklenmenin miktarını değiştirmektedir.

Koşuda da yürümede olduğu gibi duruş fazında, subtalar pronasyon ve supinasyon hareketleri meydana gelir. Yere ilk temas esnasında hareketler ayağın pronasyonuna neden olan

subtalar eklem tarafından fasilite edilir. Ayrıca plantar fasya da gerilerek ayak tabanının genişlemesini sağlar (3).

Yürüyüşün pronasyon fazı, eksentrik kas kontraksiyonu ile tamamlanarak eklemlerde şok absorpsiyonu sağlanır. Supinasyon fazı ise özellikle gluteal konsentrik kas kontraksiyonunu içerir, hızlanma ve itmeyi sağlar.

Gastroknemius ve Rectus Femoris kasları süzülme sonrası yere inme sırasında oluşan enerji etkisini distalden proksimale iletir. Böylece iniş anında oluşan etki ve şokun azaltılması, tüm alt ekstremiteye dağıtılması sağlanır. Yapılan son çalışmalar bu yükün dağıtılması ve şok absorpsiyonunun koşuya bağlı kas yorgunluğu ile değişmediğini göstermektedir (3).

Orta duruş sonrası ayaktaki pronasyon, supinasyon hareketine dönüşerek itme fazını başlatır. Duruş fazının devamında itme fazında hamstring kasları kasılarak kısalır. Aşıl tendonu, soleus kaslarının kontraksiyon ve çekişi ile ayak bileği plantar fleksiyonu sağlanır ve itme hareketi oluşur. Ardından süzülme fazı başlar.

2.2. Süzülme (Uçuş) Fazı

Her iki ayağın yerle temasının olmadığı fazdır. Ayak yerden temasını kestikten sonra en aktif kaslar Rektus Femoris ve Tibialis Anterior kaslarıdır. Hamstringler ve kalça ekstansor kasları süzülme fazının sonunda aktifleşir. Hamstringler, Gastrosoleus kompleksi ve kalça ekstansor kasları süzülme fazı sonundan duruş fazına dek aktivite gösterir (4).

Süzülme fazı, Psoas ve diğer pelvik kasların kontraksiyonu ile ipsilateral pelvisin öne rotasyonu ve kalça fleksiyonunu içerir. Rektus Femoris kası orta süzülme fazında aktiftir. Quadriseps süzülme fazı sonunda aktifleşir. Ardından ayak yere doğru yaklaşarak duruş fazını başlatır. Aynı anda karşı ayak duruş fazını bitirmek üzeredir (2,4).

3. KOŞU ve KİNETİK ZİNCİR

Koşu esnasında ayak, ayak bileği, diz, kalça, pelvis, gövde ve üst ekstremitenin her biri aktif rol alır. Koşu ile birlikte artan alt ekstremitte hareketlerine pelvis, lumbal bölge eşlik eder. Pelvis, sakrum ve lumbal vertebralarda ekstremitelere koşu için gerekli stabiliteyi sağlar. Pelvis koşu siklusu boyunca rotasyonel, antero-posterior ve medio-lateral düzlemlerde simetrik bir hareket paterni izler. Artmış anterior pelvik tilt, aşırı lateral tilt ya da asimetric kalça hareketleri gibi pelvik halkayı içeren biyomekanik anomaliler koşucularda meydana gelen pek çok yaralanma ile ilişkilidir (2,3,5).

Koşu esnasında yalnızca alt ekstremitte değil, tüm vücut rol alır. Kalça ve alt ekstremitte hareketleri harekete izin vermesi ve yaralanmaların önlenmesi için kuvvetli ve stabil bir gövdeye ihtiyaç duyar. Üst gövdenin dinamik komponentleri kostalar, sternum, torasik ve lumbal vertebraları içeren ligament ve kaslardan oluşur. Abdominal, paraspinal, gluteal ve pelvik taban kaslarını içeren gövde kasları koşu ile meydana gelen etki kuvvetlerinin absorbe edilmesi ve dağıtılmasında; bununla birlikte koşu sırasında gövde hareketlerinin etkin ve kontrollü bir şekilde devamlılığının sağlanmasında rol alır (2,6). Artan hızla beraber elit sporcularda rekreasyonel koşuculara göre daha stabil bir gövde çalışmalarda dikkat çekmektedir. Bu yüzden gövde stabilitesinin koşucularda üstünde durulması ve kuvvetlendirilmesi yaralanmaları önlemede önemli bir yer tutar (7). Üst ekstremitenin koşu esnasında denge ve stabilitenin sağlanmasında önemli bir rolü vardır. Kural olarak her bir kol

süzülme fazında karşı bacağın hareketini dengeler. Ayrıca Hamner ve ark tarafından yapılan çalışmada duruş fazının itme kısmında vertikal açıl momentumun etkin bir şekilde dengelenmesinde rolü olduğu gösterilmiştir (8).

Koşu Ayakkabılarının Biyomekanik Etkileri

İlk temas sırasında ön ayak vuruşu yapanlarda meydana gelen diz fleksiyonu arka ayak vuruşu yapanlardan daha fazladır. Ön-Orta ayak vuruşu ile ilk temas kinematikleri karşılaştırıldığında ön ayak vuruşu ile koşanlarda duruş fazında oluşan diz fleksiyonu daha fazladır. Bu nedenle, arka ayak ile ilk temas edenlerde vertikal yüklenme daha fazla oluşmaktadır (9). 434 rekreasyonel koşucu üzerinde yapılan bir araştırmada sporcuların yaklaşık %90'ının arka ayak kullanarak ilk teması gerçekleştirdiği ve standart spor ayakkabısında arka ayakla ilk temasın daha sık tercih edilirken (%70) minimalist ayakkabı ile 9,2 kat daha fazla ön ayak vuruşu tercih edildiği saptanmıştır (10). Bu çalışma sadece koşu şeklinin değil zeminin de koşudaki önemini vurgulamaktadır. Ayrıca rekreasyonel sporcularda arka ayak temasının koşuda çok daha sık kullanılması aslında yaralanmaların bu grupta sık görülme nedenini de açıklamaktadır.

Duruş fazı topuk teması ile başladığında dorsifleksiyon pozisyonunda olan ayak-ayak bileği eklemi daha serttir ve ön ayak ya da orta ayak vuruşunda olduğu gibi çarpma kuvvetinin etkisini diğer eklemlere dağıtamaz. Bu durum oluşan etki kuvvetinin ayak bileği dorsifleksiyonu ve diz fleksiyonu ile kinetik rotasyonel enerji halkasına transfer edilememesinden kaynaklanır.

Farklı ayak basışlarının kullanımı alışkanlığa bağlı gelişir. Birbiri üzerine olan yaralanmaya neden olan risk faktörleri tanımlanmış olsa bile alışılmış koşu stillerinin değiştirilmesi zor ve faydalı değildir. Bu durumda kişinin doğal halinde yüklenme altında kalan kas, ligament gibi yumuşak dokularını kuvvetlendirmek daha iyi bir seçenek olarak görünmektedir (11,12).

Koşuda yürüyüşe göre ayağa üç kat daha fazla yük binmektedir. Bu yüzden ayağı korumak ve belli yüklenmeler altında ayakta oluşan yükleri nötralize ederek aslında yaralanmaları önlemek amacıyla ayakkabılar kullanılmakta ve tasarlanmaktadır.

Çıplak ayakla koşu sık kullanılmasına rağmen bu koşu ile ilgili yapılmış uzun dönem çalışmaların olmayışı sonuçların doğru bir şekilde değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır. Bu yüzden motor performans üzerine etkileri belirsizdir (13).

Gelişen teknoloji ile birlikte pek çok ayakkabı çeşidinin kullanımı dikkat çekmektedir. Koşuda kullanılan ayakkabılar; geleneksel, rocker bar ve minimalist tarz olarak kabaca sınıflanabilir. Rocker bar içeren koşu ayakkabıları prensip olarak itme fazını kolaylaştırarak koşu ekonomisi sağlaması amacıyla aşıl tendon yaralanması sonrası kullanılır. Fakat yapılan araştırmalar Rocker tabanlı ayakkabıların aşıl tendonuna binen yükü azaltmakla birlikte kalça ve dizde overuse tipi tekrarlayan yaralanmalara neden olabileceği yönündedir (14).

Minimalist ayakkabılar son dönemde çıplak ayak koşusunu taklit ederek hem koşu ekonomisi sağladığı hem de koşu kinematiklerinde çıplak ayak ile koşu etkisi yarattığı iddiası ile kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda minimalist ayakkabıların basış açılarını azalttığı; fakat basış paternini ya da vertikal yüklenmeyi değiştirmediğini göstermektedir. Ayrıca bu ayakkabıların geleneksel ayakkabılara göre daha fazla enerji harcamasına neden olduğunu gösteren çalışmalar literatürde göze çarpmaktadır (15-17).

Ayakkabıların koşu esnasında oluşan ve koşucularda yaralanmayı önleyen adaptif pronasyonu engellediğine yönelik çalışmalar mevcuttur. Bununla birlikte ayakkabı kullanımı duruş fazında meydana gelen ve şokların adaptasyonunu sağlayan kalça ve diz fleksiyonunu azaltarak yaralanma riskini artırabilir (18).

4. SONUÇ

Koşu da yürüyüşte olduğu gibi birbirini tekrarlayan ayaktaki pronasyon ve supinasyon hareketinden oluşur. Koşu esnasında meydana gelen farklı ilk temas türleri yaralanmalar ile ilişkilidir; fakat, ilk teması değiştirmek yerine mevcut duruma uyum sağlayarak yaralanmaya meyilli yumuşak dokuları kuvvetlendirmek çok daha yapıcı bir yaklaşım olarak ortaya çıkmaktadır. Koşu biyomekanisinde tüm kinetik zincirin birbiri ile olan ilişkisi, alt ekstremitenin yeterli eklem hareket kabiliyeti ve esnekliği kadar büyük önem taşımaktadır. Bu yüzden kinetik zincirde meydana gelen bir patomekani tüm koşu biyomekanisini etkiler. Özellikle gövde stabilitesinin koşucularda yaralanmanın önlenmesi ve performansın artırılması amacıyla önemi literatürde vurgulanmaktadır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

1. Alsancak, S. (2015). Yürüyüş terminolojisi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Derg*, 14(2), 1-5.
2. Nicola, T. L., & Jewison, D. J. (2012). The anatomy and biomechanics of running. *Clin Sports Med*, 31(2), 187-201.
3. Dugan, S. A., & Bhat, K. P. (2005). Biomechanics and analysis of running gait. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 16(3), 603-621.
4. Tom, N., & Novacheck, T. (1998). Review paper: The biomechanics of running. *Gait Posture*, 7, 77-95.
5. Chumanov, E. S., Heiderscheit, B. C., & Thelen, D.G. (2007). The effect of speed and influence of individual muscles on hamstring mechanics during the swing phase of sprinting. *J Biomech*, 40(16), 3555-3562.
6. Elliott, B. C., & Blanksby, B.A. (1979). A biomechanical analysis of the male jogging action. *J Hum Mov Stud*, 5, 42-51.
7. Preece, S. J., Mason, D., & Bramah, C. (2016). How do elite endurance runners alter movements of the spine and pelvis as running speed increases? *Gait Posture*. 46, 132-134.
8. Hamner, S. R., Seth, A., & Delp, S. L. (2010). Muscle contributions to propulsion and support during running. *J Biomech*, 43(14), 2709-2716.
9. Almeida, M.O., Davis, I.S., & Lopes, A.D. (2015). Biomechanical differences of foot-strike patterns during running: A systematic review with meta-analysis. *J Orthop Sport Phys Ther*, 45(10), 738-755.
10. Cheung, R. T. H., Wong, R. Y. L., Chung, T. K. W., Choi, R. T., Leung, W. W. Y., & Shek, D. H. Y. (2017). Relationship between foot strike pattern, running speed, and footwear condition in recreational distance runners. *Sport Biomech*, 16(2), 238-247.

11. Boyer, E. R., & Derrick, T. R. (2018). Lower extremity joint loads in habitual rearfoot and mid/forefoot strike runners with normal and shortened stride lengths. *Journal of sports sciences*, *36*(5), 499-505.
12. Miller, R. H., Edwards, W. B., Brandon, S. C. E., Morton, A. M., & Deluzio, K. J. (2014). Why don't most runners get knee osteoarthritis? a case for per-unit-distance loads. *Med Sci Sports Exerc*, *46*(3), 572-579.
13. Hollander, K., Heidt, C., Van Der Zwaard, B. C., Braumann, K. M., & Zech, A. (2017). Long-term effects of habitual barefoot running and walking: A systematic review. *Med Sci Sports Exerc*, *49*(4), 752-762.
14. Sobhani, S., van den Heuvel, E. R., Dekker, R., Postema, K., Kluitenberg, B., Bredeweg, S. W., & Hijmans, J. M. (2017). Biomechanics of running with rocker shoes. *Journal of science and medicine in sport*, *20*(1), 38-44.
15. Chen TLW, Sze LKY, Davis IS, Cheung RTH. (2016). Effects of training in minimalist shoes on the intrinsic and extrinsic foot muscle volume. *Clin Biomech*, *36*, 8-13.
16. Cochrum, R. G., Connors, R. T., Coons, J. M., Fuller, D. K., Morgan, D. W., & Caputo, J. L. (2017). Comparison of Running Economy Values while wearing no shoes, minimal shoes, and normal running shoes. *J Strength Cond Res*, *31*(3), 595-601.
17. Rice, H. M., Jamison, S. T., & Davis, I. S. (2016). Footwear Matters: Influence of footwear and foot strike on load rates during running. *Med Sci Sports Exerc*, *48*(12) 2462-2468.
18. Francis, P., Ledingham, J., Clarke, S., Collins, D. J., & Jakeman, P. (2016). A comparison of stride length and lower extremity kinematics during barefoot and shod running in well trained distance runners. *J Sport Sci Med*, *15*(3), 417-423.

İyileştirici Bir Tebessüm: Mizah

A Therapeutic Smile: Humor

Seher ÇEVİK AKTURA^{1 A,B,E,F}, Gürkan ÖZDEN^{2 D,E,F},

Seyhan ÇITLIK SARITAŞ^{2 E,F,G}

¹İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik AD, Malatya, Türkiye

¹İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Malatya, Türkiye

ÖZ

Mizah, olayların komik ve eğlenceli tarafını görmeye çalışmaktır. Mizah, bireylerin bilişsel düzeylerini değiştirerek farklı bir perspektiften düşüncelerine yardımcı olur. Mizah duygusu negatif bir olayla karşılaşılabilir bile pozitif bakış açısı geliştirmeyi sağlar. Mizah beden ile ruhu kapsayan ve birbirine bağlayan bir enerji olarak değerlendirilebilir. Literatür, hemşireliğin ilk yıllarından itibaren az da olsa mizah kullanımının varlığını ortaya koymaktadır. Gelişen zamanla beraber hemşirelerin rolleri de değişmekte, mizah stili ve uygulamaları da tedavi ve bakımda kullanılmaya başlanmıştır. Mizahın sağlık üzerinde etkileri olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır. Mizahın bireye fiziksel, duygusal, sosyal ve bilişsel olarak birçok yararı vardır. Hastaların stres ve anksiyetesini azaltmak, baş etme mekanizmalarını daha iyi kullanmalarını sağlamak ve pozitif etkileşimlerini arttırmak amacıyla yapılan espri ve şakaları içermektedir. Mizah eğlenceli karikatürler, hikayeler, komik videolar, hemşirelerin hastalarla iletişim kurarken yaptığı şakalar ve hastane palyaçoları gibi farklı şekillerde olabilmektedir. Hastaya yapılacak girişimler sırasında dikkatini başka yöne çekmek, anksiyetesi yüksek hastayı rahatlatmak ya da hastanın tedaviye, tanıya veya ortama uyumunu arttırmak gibi hemşirelik bakımı alanlarında mizah kullanımı yaygınlaşmalıdır. Bu derlemenin amacı mizahın hemşirelik alanında kullanım amaçlarını incelemektir.

Anahtar Kelimeler: Mizah, Hasta, Hemşirelik.

ABSTRACT

Humor is trying to see the funny and entertaining side of the events. Humor helps individuals to think from a different perspective by changing their cognitive levels. It provides a positive perspective even if a sense of humor is encountered. Humor can be considered as an energy that explains and connects the body and spirit. The literature reveals the existence of a small amount of humor use since the early years of nursing. With the developing time, the roles of nurses also change, and humor style and practices have started to be used in treatment and care. There are studies showing that humor has effects on health. Humor has many benefits to the individual physically, emotionally, socially and cognitively. Humor can take different forms such as funny cartoons, stories, funny videos, jokes made by nurses while communicating with patients, and hospital clowns. The use of humor should become widespread in nursing care areas such as distracting attention during interventions on the patient, relieving the patient with high anxiety, or increasing the patient's adaptation to treatment, diagnosis or environment. The purpose of this review is to examine the uses of humor in nursing.

Key Words: Humor, Patient, Nursing.

1.GİRİŞ

Mizah, yüzyıllardır araştırma ve felsefe gibi alanların ilgi konusu olmuş ayrıca gerginliğin azaltılması, pozitif etkileşimin sağlanması ve sosyal birlikteliğin oluşturulması gibi

Sorumlu Yazar: Seher ÇEVİK AKTURA

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik AD, Malatya, Türkiye
seherrcvk@gmail.com

Geliş Tarihi: 04.05.2020 – Kabul Tarihi: 20.10.2020

*Bu çalışma "II. Uluslararası Battalgazi Multidisipliner Çalışmalar Kongresi" nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Yazar Katkıları: A) Fikir/Kavram, B) Tasarım, C) Veri Toplama ve/veya İşleme, D) Analiz ve/veya Yorum, E) Literatür Taraması, F) Makale Yazımı, G) Eleştirel İnceleme

tıp alanında da kullanılmaya başlanmıştır (1). Mizah, karşılaşılan olay ve durumların komik ve eğlenceli taraflarını görebilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (2). Başka bir ifade ile mizah kendisine gülünebilme, komik olma özelliği olan ruh halidir. Mizah duygusu negatif bir olayla karşılaşılsa bile pozitif bakış açısı geliştirmeyi sağlar. Mizah beden ile ruhu kapsayan ve birbirine bağlayan bir enerji olarak değerlendirilebilir (3). Mizah, her türlü toplumsal bağlamda meydana gelen evrensel bir insan faaliyetidir. Kahkaha bile tek başına, kişinin olumlu duygularını ifade etmek ve diğerlerinde olumlu tepkiler uyandırmak için kullanılan bir sosyal iletişim biçimidir (2). Sağlık alanında hastaya yapılacak girişimler sırasında dikkatini başka yöne çekmek, anksiyetesi yüksek hastayı rahatlatmak ya da hastanın tedaviye, tanıya veya ortama uyumunu arttırmak gibi çeşitli amaçlarla kullanılmaya başlanmalıdır. Bu derlemenin amacı mizahın hemşirelik alanında kullanım amaçlarını detaylı olarak incelemektir.

Mizah Kullanımının Tarihçesi

Literatür, hemşireliğin ilk yıllarından itibaren az da olsa mizah kullanımının varlığını ortaya koymaktadır. Florence Nightingale tarafından benimsenen “profesyonel” tavır, hemşirelerin daha az gülmelerine neden olmuştur. Kendisinin mizahi yönünün güçlü olduğu düşünülmese de rağmen, profesyonel olarak, bu algıya karşı tedbir amacıyla öğrencilere “... ciddi, güvenilir, dürüst, iffetli ve temiz...” olmalarını vurgulayarak çok kısıtlı bir mizah kullanımına işaret etmiştir (4,5). Bunun yanı sıra Nightingale “Hemşirelik Notları” kitabında (1860) “ağrı dolu deneyimlerin üstesinden gerçek bir kahkaha ile daha iyi gelinebileceğini” belirtmiştir (6). 1940’larda, 50’lerde ve 60’larda literatürde ara sıra “hemşirelik mizahı” olduğuna dair kanıtlar vardır, ancak çoğunlukla öğrenci hemşirelerin karikatürlerle ya da hemşirelerin karşılaştıkları sıkıntılar karşısında fıkralarla ve içinde olunan durumla eğlenmeleri şeklindedir. Fakat bu süreçte mizah hemşirelik mesleğinin işlevsel bir aracı olarak görülmemiştir. Hemşirelik mesleğinin mizahı ciddiye aldığına dair ilk kanıt 1960’ların ortalarında ortaya çıkmıştır. Hemşirelik ve hemşirelik bakımı uygulamalarıyla, mizah kavramına ilişkin ilk güvenilir araştırma, hemşirelik eğitimi müfredatına zihinsel sağlık içeriğini entegre etmek için kullanılmaya başlanmıştır. Hemşire araştırmacı Vera Robinson, hastalıkların yarattığı stres ile başa çıkmayı incelemek amacıyla yaptığı çalışmalarda mizah kavramını incelemeyi seçmiştir (4). 1970’lerin sonuna doğru ise mizah sağlık alanı uygulamaların kullanılabilecek uygun bir yöntem/araç olarak görülmeye başlanmıştır. Seksenli yıllarda kişinin kendini çok ciddiye almaması ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. 1995 yılında ise Buxman hemşirelik alanında terapötik mizahın uygulanması ile ilgili araştırma ve denemelerin ilk derlemesini düzenlemiş ve yayınlamıştır. Derlemeye katkısı bulunanların hepsi hemşire olup, odakları ya hemşirelerin kendileri için mizah ya da hasta bakımı için mizahtır (4). 1982 yılında mizah kullanımını teşvik etmek amacıyla “Nurses for Laughter” derneği kurulmuş, sonraki yıllarda “The Association for Applied and Therapeutic Humor (AATH)” adını almıştır. İlk Uluslararası Mizah Konferansı 1976’da Galler’de düzenlenmiştir fakat 1979’da Los Angeles’ta düzenlenen İkinci Uluslararası Mizah Konferansı’na hemşireler katılmıştır (2,5).

II. Dünya Savaşından önce annelik rolü ile özdeşleşen hemşirelik, tıbbi ve teknolojik ilerlemeler ile modern dünyanın özel ve farklı rollerini üstlenmiştir (2). Bu süreçten sonra hemşirelerin rolleri de değişmiş olup, mizah stili ve uygulamaları da tedavi ve bakımda kullanılmaya başlanmıştır. Böylelikle hemşirelik bakımında mizah önem kazanmıştır ve önemli

bir hemşirelik girişimi olarak kabul edilmeye edilmiştir (7,8). İlk kez hastaların sağlığını geliştirmek amacıyla Coser tarafından kullanılan terapötik mizah günümüzde hemşirelik bakımının bir parçası olmuştur (2,7).

Sağlık Üzerine Etkileri ve Kullanımı

Mizahın sağlık üzerindeki etkisi teorik olarak Martin ve Gremigni tarafından modellenmiş ve karmaşık bir süreç olduğu vurgulanmıştır (9,10). Mizahi kahkahalar, bilim adamlarının her zaman anlamada zorluk çektiği yaşlanmayan bir olgudur. Bu karmaşıklıklar, mizahın bilişsel, fizyolojik, felsefi ve psikolojik yönlerini içerir. Freud, bireyin cinsellik ve saldırganlık gibi sosyal tabuları ifade etmek için mizah yüklü davranışları bir yol olarak kullandığını açıklamıştır (11). Ziv, mizahın kendi eksikliklerinden kaçınmakla ilgili kaygıyı önlemek için sıklıkla savunma mekanizması olarak kullanıldığını iddia etmiştir (12).

Mizah, birçok etkileşimde sosyalleşmeye ve iletişime izin verir ve genellikle iki boyutta tanımlanır: mizahın uygulanması ve mizah yaratılması. Örneğin, bir kişi iyi bir mizah anlayışına sahip olduğuna dikkat çekerse, bu genellikle kişinin bu niteliklerden birine veya her ikisine sahip olduğu anlamına gelir. Herkes bireysel olarak özgürce gülme potansiyeline sahiptir, ancak bazıları bunu açıklık ve yaratıcılık kapasitelerine bağlı olarak baskılayabilir. Diğerleri ise bir kayıp nedeniyle kederli olmaları, kronik olarak depresyonda olmaları, mizahı anlayamamaları veya genel olarak duygularını kontrol etmeleri ve gizli yaşamaları nedeniyle mizahı kullanmayı uygun görmeyebilirler. Mizah yokluğu, çeşitli yaşam koşullarının bir yan ürünü olarak tanımlanmıştır (13).

Fizyolojik mekanizmalar açısından, kahkahalar kalbin daha hızlı atmasını sağlar, hayati organlara kan akışını artırır ve beynin kimyasal dengeyi ve vücuttaki hipofizi değiştirmesine neden olan besin maddelerinin dağılımını iyileştirir. Böylelikle endorfin ve dopamin üretebilir. Bunun sonucunda ise depresyonun azaltılması ve pozitif düşünce geliştirilebilir (14,15). Genel olarak mizahın insanların sağlığı ve yaşamındaki faydaları şu şekilde sıralanabilir: refahı destekler; zor ve hoş olmayan durumların üstesinden gelmeye yardımcı olur; rollerini eşitleyerek insanları bir araya getirir; duyguları paylaşmaya yardımcı olur; umut sağlar; rahatlamayı teşvik eder; Doğal öldürücü hücrelerin (NK) aktivitesini artırarak ve immünoglobulin düzeylerini artırarak gerginliği, stresi ve rahatsızlığı azaltır, ağrıya toleransı artırır ve bağışıklık sistemini güçlendirir (16-18). Hemşirelik Girişimleri Sınıflamasına (NIC) göre mizah, hemşirelerin kişinin komik, eğlenceli veya mizahi olanı algılamasına, takdir etmesine ve ifade etmesine, ilişkiler kurmasına, gerginliği gidermesine, öfkesini gidermesine ve başa çıkmayı kolaylaştırmasına yardımcı olan bir girişim olarak tanımlanır (19). Beck'in hemşirelik uygulamalarında mizah kullanımını üzerine yaptığı araştırmada beş tema sunulmaktadır: Mizah zor durumları kolaylaştırır, mizah bağlılık yaratır, mizah etkili bir terapötik iletişim tekniği olabilir, mizah planlanabilir veya kendiliğinden olabilir, mizahı paylaşmak kalıcı etkiler yaratır (7). Mizah ve sağlık arasında hem doğrudan hem de dolaylı bir ilişki mevcuttur, fakat her mizah türü belirli bir araştırma gerektirir ve sağlık üzerinde farklı etkiler gösterir (20). Hemşirenin bakım bağlamında mizah kullanımına ilişkin algıları, mizahın çok kişisel bir şey olduğunu göstermektedir. Bir kişiyi güldüren şey, bir başkasında rahatsızlık ve acıya neden olabilir (16). Bu durum, mizahın sahip olabileceği paradoksal karakteri ortaya koymaktadır, yani bir kişide mizah nedeni olan şey bir başkası için olmayabilir. Bu anlamda

mizah kullanımı çok yönlü bir olgu olması nedeniyle her duruma uygun olmalıdır (17). Mizah asla hastalara zorlanmamalıdır ve mizah kullanan sağlık profesyonellerine, hastaların ve aile üyelerinin trajik haberlerle karşı karşıya olabilecekleri veya sevilen birinin kaybına üzülmüyor olabilecekleri konusunda dikkatli olmaları öğretilmelidir (22).

Mizah farklı şekillerde olabilmektedir. Eğlenceli karikatürler, hikayeler, komik videolar, hemşirelerin hastalarla iletişim kurarken yaptığı şakalar, hatta bazı ülkelerde doktorların hasta reçetelerine hastane palyaçolarını yazmaları örnek olarak verilebilir (3). Sağlık bakımında mizah ve kahkaha, hastanın ruh halini ve yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Hemşireler, hasta bakımında mizah kullanmada geleneksel olarak doktorlardan daha aktif bir rol oynamıştır (21). Bazı hastanelerde, personel ve gönüllüler için mizah kartları ve çeşitli yöntemler kullanılarak hazırlanan resmi mizah programları vardır. Mizah kartları standart hastane kartlarına benzer, bunların yanında hastaları güldürmek için mizahi kitapları, videokasetleri gibi gereçlerde kullanılabilir. Mizah kullanmak ve hastaların gülmesine izin vermek, onları en azından geçici olarak fiziksel acıdan uzaklaştırma potansiyeline sahiptir. Mizah ile ilgili yapılan araştırmaların çoğu çocuk hemşireliğinde yapıldığı görülmektedir (23,24). Sağlık hizmetlerinin yanında, mizah ile ilgili uygulamalar pozitif psikoloji alanında kullanılmıştır (25,26). Sağlıkla ilgili çalışmaların bazıları huzurevlerindeki yaşlı bireylerle (27,28), kanser hastalarıyla (29,30) ve depresyondaki bireylerle (31) yapılmıştır. Sağlık alanında mizah ve kahkaha kullanma, tedavi sırasında hastaların ve sağlık hizmeti sunucularının öznel iyi oluşlarını ve çevreleri ile ilgili olma potansiyelini artırır (32,33).

Mizah kanser, hipertansiyon ve inme gibi stres ile yakından ilişkili hastalıkların yönetiminde de kullanılabilir. Mizah ve kahkaha ortamdaki gergin ve soğuk havayı dağıtan bir “buz kırıcı” gibi görev yapar. Örneğin, HIV/AIDS gibi konularda yapılan eğitimler sırasında doğru kullanılan mizah bir bağlama aracı olabilir ve hastaların rahatlamasını sağlayarak öğrenmeyi kolaylaştırır (36,37). Avusturalya’daki bir bakım evinde, 9-12 haftalık süreyle 398 hastaya kahkaha ve mutluluğu arttırmak için komik şarkı ve dans seanslarını içeren palyaço ziyaretleri yapılmıştır. Ziyaretlerden sonra deney grubunun anksiyete ve ajitasyonunda önemli oranda azalma olduğu bulunmuştur (27). Warren ve Spitzer çeşitli ülkelerdeki sağlık kurumlarında kullanılan farklı türdeki hastane palyaçosu uygulamalarını incelemiş ve mizahın yaşlılar ve yaşam sonu bakım hastalarına olumlu etkilerinin yanında, diğer hastalar, sağlık profesyonelleri ve ailelerin üzerinde de pozitif bir etkiye sahip olduğunu vurgulamışlardır (42). Sağlık hizmetlerinde sadece farklı tür palyaçolar değil, aynı zamanda farklı mizah stilleri de kullanılmaktadır (43).

Klinik hemşirelik uzmanlarının yardımı ile yürütülen bir araştırmada 32 hastanın mizah hakkındaki görüşleri 6 ay boyunca haftalık olarak değerlendirilmiştir. Hastalar aldıkları tanıya göre; akciğer kanseri, prostat kanseri, meme kanseri ve inme şeklinde dört odak grubuna ayrılmışlardır. Araştırmanın sonucu hastalar için mizahın anlamlı bir terapötik etkileşim geliştirmede önemli olduğunu ortaya koymuştur (44). Mizah ayrıca hastaların yaşamlarının stres yüklü, zorlayıcı veya istenmeyen durumlar gibi çeşitli yönleriyle ilgili bir başa çıkma mekanizması gibi görünmektedir. Demjen, online bir platformdaki kanserli bireylere ilişkin verileri analiz etmiştir. Analiz sonucunda hastaların kanser ve sebep olduğu komplikasyonlarla başa çıkmak için birçok yaratıcı ve farklı yolla içinde buldukları durumla dalga geçtiklerini bulduğunu belirtmiştir (40). Terapötik mizahın kanser hastalarına ilişkin etkililiğinin sonuçları

farklılık göstermektedir; Mizah içeren bir iletişim tekniği olan Smile-Sun tekniğinin bazı hastalarda bağışıklık düzeylerini artırdığı gösterilmişken, bazı hastalarda da mizah çalışmalarının etkisiz olduğu bildirilmiştir. Bu heterojen sonuçların, uygulanan farklı mizah türlerinin bir sonucu olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, yaşam kalitesi ölçeklerinden alınan skorların genel olarak pozitif yönde arttığı görülmüş ve mizahın başa çıkma mekanizması olarak kullanılabilmesine dair sonuçlara ulaşılmıştır (45). Ayrıca mizah sadece hastanın stresini azaltmak için değil aynı zamanda hasta yakınları ve sağlık ekibi arasındaki iletişimi pekiştirmek için de kullanılabilir (8). Koç ameliyat öncesi dönemdeki çocukların ve ailelerinin anksiyete düzeylerini incelediği çalışmada, 7 ile 14 yaş arası 64 çocuk hasta ve ailelerine ameliyattan önce eğitilmiş palyaço hemşireler tarafından 5 dakikalık palyaço ziyareti yapılmıştır. Çalışma sonucunda anne ve babaların anksiyete düzeyinde anlamlı düzeyde azalma kaydedilirken, çocukların anksiyete seviyesinde önemli bir farklılık görülmemiştir (41). Linge ve arkadaşlarının yoğun bakımda çalışan 8 hemşire ile yaptıkları araştırmada, hemşireler hem hasta ve yakınları ile hem de diğer çalışanlar ile aralarında mizahı kullandıklarını ifade etmişlerdir. Hemşireler mizah kullanmanın hasta takibi, hasta viziti ve teslimleri sırasında özellikle yararlı olduğunu vurgulamışlardır (38). Ülkemizde ise bakım ve tedavi uygulamalarında mizah kullanımı henüz istenilen seviyede değildir. Tuğut ve Kaya'nın 163 hemşire ile yaptıkları bir çalışmada hemşirelerin sadece %14.5'nin terapötik mizah hakkında bilgi sahibi olduğu bildirilmiştir (39).

Mizah henüz sağlık hizmetleri alanında tam olarak oturtulamamıştır ve mizahın sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir bileşeni olarak kullanılmasını destekleyen bilimsel eğitimler hala yeterli düzeyde değildir (46). Ek olarak, fiziksel sağlığın belirli mizah tarzlarıyla ilişkisini inceleyen deneysel araştırmalarda güvenilir kanıtlara ulaşılamamıştır (47). Hasta-hemşire ilişkisinde mizah hastaların zorluklarla yüzleşmelerine, hastalıkları ile başa çıkmalarına ve hayatlarını değiştiren durumları atlatmalarına yardımcı olur. Ancak her bireyin mizahı aynı derecede benimseyip kullanmayacağı da unutulmamalıdır. Nerede kullanılırsa kullanılсын mizah, bireyin kültürel, dini ve bireysel değerleri göz önünde bulundurulmalı ve birey üzerindeki etkileri mutlaka değerlendirilmelidir (3).

2. SONUÇ

Farklı sonuçlar olmakla beraber hasta bakımında mizah kullanmanın psikolojik, fizyolojik ve sosyal birçok faydası vardır. Mizah ve kahkaha, hemşireler ve hastalar arasında daha insani, karşılıklı ve samimi bir bağ kuran, içtenlik ve özgünlük sunan doğal duygu ifadeleridir. Hastaların kendi bakımlarına katılması, anksiyetelerinin azaltılması ve pozitif etkileşim düzeylerinin artması sağlanarak karmaşık durumları yönetme ve çözmede oldukça yararlı bir araç olarak kullanılabilir. Ayrıca hastaların baş etme mekanizmalarını daha iyi kullanması sağlanarak daha kaliteli bir bakım almaları sağlanabilir ve memnuniyet düzeyleri artırılabilir. Mizah eğitim ve kişiselleştirilmiş stratejiler gerektirdiği için hemşireler tarafından dikkatlice kullanılmalıdır.

Finansal Destek

Herhangi bir finansal destek bulunmamaktadır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

1. Hulse, J.R. (1994). Humor: A nursing intervention for the elderly: Used appropriately, humor can aid in education, reduce stress, and relieve the depersonalization many elderly people feel. *Geriatric Nursing*, 15(2), 88-90.
2. Buxman, K. (2018). How one mad scientist grasped the profound potential of humor and changed the face of nursing. *Humor*, 31(2), 329-337.DOI: 10.1515/humor-2018-0020
3. Koç, S. (2016). The Compassionate Touch in Intensive Care: Humor and Smiling. Aslan, F.E., Olgun, N. Intensive Care Selected Symptoms and Management of Findings. 1st Edition (s. 113-27). Nobel Medical Bookstores, Ankara.
4. Robinson, V. (1995). Humor in nursing: A hysterical perspective. Buxman, K., LeMoine, A. Nursing perspectives on humor. 1st ed.USA: Power Publications.
5. Schwartz, E.A. (2010). Humor and health care: The laughter prescription. 2nd ed. Brockton, MA: Western Schools.
6. Kelly, L. (1981). Dimensions of professional nursing. 4th ed. New York: Macmillan.
7. Beck, C.T. (1997). Humor in nursing practice: a phenomenological study. *Int J Nurs Stud*, 34(5), 346-352.doi:10.1016/s0020-7489(97)00026-6.
8. Aydın, A. (2005) Nursing and humor. Journal of Cumhuriyet University School of Nursing, 9(1):1-5. <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/1118.pdf>
9. Martin, R. (2008). Humor and health in The Primer of Humor Research. Raskin, V.1st ed. (ss.479–522).Berlin: Mouton de Gruyter.
10. Gremigni, P. (2012). Humor and Health Promotion. 1st ed. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
11. Sigmund Freud 1856-1939 (1905). Jokes and their relation to the unconscious / Sigmund Freud; translated from the German and edited by James Strachey. W. W. Norton & Company.
12. Ziv, A. (1988). Teaching and learning with humor: Experiment and replication. *J Exp Educ*, 57(1), 5-15.
13. Goldstein, J.,& Ruch, W. (2018). Paul McGhee and humor research. *Humor*, 31(2), 169-181.
14. Yun, O.B., Kim, S.J., & Jung,D. (2015). Effects of a clown–nurse educational intervention on the reduction of postoperative anxiety and pain among preschool children and their accompanying parents in South Korea. *J Pediatr Nurs*, 30(6), 89-99.doi: 10.1016/j.pedn.2015.03.003.
15. Mora, R.R., & García, M.R. (2008). Therapeutical value of laughter in medicine. *Medicina clinica*, 131(18), 694-698.doi: 10.1157 / 13129114.
16. Haydon, G., & Riet, P. Van Der. (2014). A narrative inquiry: How do nurses respond to patients' use of humour? *Contemporary Nurse*, 46(2), 197–205. <https://doi.org/10.5172/conu.2014.46.2.197>
17. Sousa, L.M.M., Marques-Vieira, C.M.A., Antunes, A.V., Frade, M. de F.G., Severino, S.P.S., & Valentim, O.S. (2019). Humor intervention in the nurse-patient interaction. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 1078–1085. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0609>

18. Tremayne, P. (2014). Using humour to enhance the nurse-patient relationship. *Nursing Standard*, 28(30), 37–40. <https://doi.org/10.7748/ns2014.03.28.30.37.e8412>
19. Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). Nursing interventions classification (NIC). St. Louis: Elsevier.
20. Simpson, J.M., & Snow, S.J. (2017). Why We Should Try to Get the Joke: Humor, Laughter, and the History of Healthcare. *The Oral History Review*, 44(1), 77-93. doi:10.1093/ohr/ohw110.
21. Beach, W.A., & Prickett, E. (2017). Laughter, humor, and cancer: Delicate moments and poignant interactional circumstances. *Health communication*, 32(7), 791-802. doi:10.1080/10410236.2016.1172291
22. Grant, W.M. (2017). Humor in Medicine: A Literature Review of Humor's Potential Therapeutic Value in Health Care. <https://scholarworks.uark.edu/psycuht/11>.
23. Sridharan, K., & Sivaramakrishnan, G. (2017). Therapeutic clowns in pediatrics: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials-corrigendum. *Eur J Pediatr*, 176(2), 289-289. doi:10.1007/s00431-016-2832-5.
24. Perkaş, E., & Özmert, E. (2017). An assessment on the reduction of children's hospital anxiety: The hospital clown project. *Journal of Child Health and Diseases*, 60(3), 83-87.
25. Ruch, W., & Hofmann, J. (2017). Fostering humour. Ruch, W., Hofmann, J. Positive psychology interventions in practice. 1st ed. (ss. 65-80). Springer, Cham.
26. Ruch, W., & McGhee, P.E. (2014). Humor intervention programs. Schueller S, Parks A. Handbook of Positive Psychological Interventions. 1st ed. Oxford: Wiley-Blackwell.
27. Goodenough, B., Low, L.F., Casey, A.N., Chenoweth, L., Fleming, R., Spitzer, P., et al. (2012). Study protocol for a randomized controlled trial of humor therapy in residential care: the Sydney Multisite Intervention of Laughter Bosses and Elder Clowns (SMILE). *Int Psychogeriatr*, 24(12), 2037-2044. doi:10.1017/s1041610212000683.
28. Kim, S.H., Kook, J.R., Kwon, M., Son, M.H., Ahn, S.D., & Kim, Y H. (2015). The effects of laughter therapy on mood state and self-esteem in cancer patients undergoing radiation therapy: a randomized controlled trial. *JACM*, 21(4), 217-222. doi: 10.1089/acm.2014.0152
29. Itami, J. (2000). A Trial Psychosomatic Treatment for Cancer: Meaningful Life Therapy. *Journal of International Society of Life Information Science*, 18(1), 162-171. doi: 10.18936/islis.18.1_162.
30. Venter, M., Venter, C., Botha, K., & Strydom, M. (2008). Cancer patients' illness experiences during a group intervention. *J Psychol Afr*, 18(4), 549-560. doi: 10.1080/14330237.2008.10820234.
31. Shahidi, M., Mojtahed, A., Modabbernia, A., Mojtahed, M., Shafiabady, A., Delavar, A., et al. (2011). Laughter yoga versus group exercise program in elderly depressed women: a randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*, 26(3), 322-327. doi: 10.1002/gps.2793.
32. Martin, R.A. (2019). Humor. Gallagher, MW., Lopez, SJ. Positive psychological assessment: A handbook of models and measures. 1st ed. (305–316).
33. Ruch, W., Proyer, R.T., & Weber, M. (2010). Humor as a character strength among the elderly. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(1), 13-18. doi:10.1007/s00391-009-0090-0.
34. Kuiper, N., Kirsh, G., & Maiolino, N. (2016). Identity and intimacy development, humor styles, and psychological well-being. *Identity*, 16(2), 115-125. doi: 10.1080/15283488.2016.1159964
35. Maiolino, N., & Kuiper, N. (2016). Examining the impact of a brief humor exercise on psychological well-being. *Transl Issues Psychol Sci*, 2(1), 4. doi: 10.1037/tps0000065.

36. Zorlu, H., & Gündüz, Ö. (2019). Psikoterapide Mizah. *JCBPR*, 8(3), 190–199.
37. Woodbury-Farina, M.A., & Antongiorgi, J.L. (2014). Humor. *Psychiatric Clinics*, 37(4), 561-578.
38. Linge-Dahl, L.M., Heintz, S., Ruch, W., & Radbruch, L. (2018). Humor assessment and interventions in palliative care: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 19(9):1-12. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00890890.
39. Tuğut, N., & Kaya, D. (2017). The Relationship Between Nurses' Using Therapeutic Humor and Problem Solving Skills. *Dokuz Eylül University E-Journal of Nursing Faculty*, 10(3), 131-136. <http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/article/view/364>
40. Demjen, Z. (2016). Laughing at cancer: Humour, empowerment, solidarity and coping online. *Journal of Pragmatics*, 101(1), 18-30. doi:10.1016/j.pragma.2016.05.010.
41. Koç, S. (2011). Determining the effect of hospital clowns on anxiety levels of children and their parents in the pre-operative period. *Journal of Education and Research in Nursing*, 8(3), 26-31. https://www.journalagent.com/kuhead/pdfs/KUHEAD_8_3_26_31.pdf
42. Warren, B., & Spitzer, P. (2011). Laughing to longevity—the work of elder clowns. *The Lancet*, 378(9791), 562-563. doi:10.1016/s0140-6736(11)61280-4.
43. Ruch, W., Heintz, S., Platt, T., Wagner, L., & Proyer, R. T. (2018). Broadening humor: comic styles differentially tap into temperament, character, and ability. *Frontiers in Psychology*, 9, 6. doi:10.3389/fpsyg.2018.00006.
44. McCreaddie, M., & Payne, S. (2014). Humour in health-care interactions: a risk worth taking. *Health Expectations*, 17(3), 332–344. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00758.x>
45. Bennett, P.N., Parsons, T., Ben-Moshe, R., Weinberg, M., Neal, M., Gilbert, K., et al. (2014). Laughter and Humor Therapy in Dialysis. *Seminars in Dialysis*, 27(5), 488–493. <https://doi.org/10.1111/sdi.12194>
46. Sanchez, J.C., Echeverri, L.F., Londono, M.J., Ochoa, S.A., Quiroz, A.F., Romero, C.R., et al. (2017). Effects of a Humor Therapy Program on Stress Levels in Pediatric Inpatients. *Hospital Pediatrics*, 7(1), 46–53. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2016-0128>
47. Mendiburo-Seguel, A., Paez, D., & Martinez-Sanchez, F. (2015). Humor styles and personality: A meta-analysis of the relation between humor styles and the Big Five personality traits. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(3), 335–340. <https://doi.org/10.1111/sjop.12209>

Vitamin D ve Antikanserojenik Etkileri

Vitamin D and Its Anticarcinogenic Effects

Murat ARI¹

¹AydınAdnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Biyokimya (Tıp) AD, Aydın, Türkiye

ÖZ

Vitamin D, yağda ve organik çözücülerde çözünen, fakat suda çözünmeyen, sahip olduğu reseptörleri aracılığıyla her organ ve dokuya ulaşarak önemli görevler yapması sebebiyle hormon benzeri görev yapan bir grup sterol olarak ifade edilir. Kalsiyum ve fosfor metabolizmasının devamlılığının sağlanmasında majör rol oynar. Yapılan pek çok çalışmada, D vitamininin aktif formu olan 1,25-OH₂D₃'ün aynı zamanda hücre proliferasyonu, apoptotik ve antioksidan etkilerinin de olduğu ortaya çıkarılmıştır. Bu derlemenin amacı, vitamin D ve metabolitlerinin herkes tarafından bilinen majör rolünün yanı sıra kanser ve buna bağlı olarak otoimmün hastalıklar, bağışıklık sistemi ile ilgili ilişkilerini vurgulamaktır.

Anahtar Kelimeler: Vitamin D, Antioksidanlar, Kanser.

ABSTRACT

Vitamin D is identified as a hormon-like group of sterols, dissolved in oil and organic solvents, but do not dissolve in water act as hormones, because it reaches every organ and tissue through their receptors and perform important tasks. It plays a fundamental role in maintaining calcium and phosphorus metabolism. Many studies have revealed that the active form of vitamin D (1,25-(OH)₂D₃) has also cell proliferation, apoptotic and antioxidant effects. The purpose of this review is to highlight the major role of vitamin D and its metabolites, as well as cancer and their relation to autoimmune diseases, immune system.

Key Words: Vitamin D, Antioxidants, Cancer.

1.GİRİŞ

Vitamin D, en genel ifadeyle yağda ve organik çözücülerde çözünen, fakat suda çözünmeyen bir grup sterol olarak tanımlanmaktadır (1). Günümüze kadar hormon olarak mı, yoksa vitamin olarak mı değerlendirilmesine dair tartışmalar süregelmekteydi. Fakat sahip olduğu reseptörleri aracılığıyla her organ ve dokuya ulaşarak önemli görevler üstlenmesi sebebiyle araştırmacılar tarafından prohormon olarak tanımlanmaktadır (2). Vücutta meydana gelen çeşitli metabolik değişikliklerle vitamin D'nin aktif formu olan kalsitriola dönüşür. Kalsitriol, kalsiyum ve fosfor metabolizmasında önemli rol oynayan bir hormondur. Vitamin D'nin majör görevi, kalsiyum homeostazında önemli görev yapmasıdır. Serum ve vücut sıvılarında kalsiyum miktarını artmasını sağlayıp, buna bağlı olarak kemik büyümesine yardımcı olur. Kalsiyum metabolizmasında rol alan diğer hormonlar, parathormon ve kalsitonindir (3). Vitamin D, sadece omurgalılar için esansiyeldir. Vitamin D'nin bazı bitkilerde ve ışına maruz bırakılmış mayalarda bulunan D₂ formu (ergokalsiferol) ve hayvanlarda ve balık yağında doğal olarak bulunan D₃ formu (kolekalsiferol) olmak üzere 2 çeşit formu

Sorumlu Yazar: Murat ARI

Aydın Adnan Menderes Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Aydın, Türkiye.
muratari60@gmail.com

Geliş Tarihi: 20.05.2020 – Kabul Tarihi: 20.11.2020

Yazar Katkıları: A) Fikir/Kavram, B) Tasarım, C) Veri Toplama ve/veya İşleme, D) Analiz ve/veya Yorum, E) Literatür Taraması, F) Makale Yazımı, G) Eleştirel İnceleme

bulunmaktadır. Her iki form da hem diyetle alınabilir, hem de sentetik olarak üretilebilir (4,5). Bu iki form normalde inaktiftir. Karaciğer ve böbrekte meydana gelen iki adet hidroksilasyon basamağıyla aktive edilir. Vitamin D'nin aktif formu olan 1,25 dihidroksikolekalsiferol (kalsitriol) aracılığıyla hedef organları böbrekler, ince bağırsaklar ve kemikler aracılığıyla vücudumuzda serum kalsiyum ve fosfor düzeyleri düzenlenir (6). Bu derlemede vitamin D'nin temel fonksiyonlarının yanı sıra özellikle hücre proliferasyonu inhibe etmesi ve apoptozu indüklemesi gibi pek çok antikanserojen etkileri vurgulanmak istenmiştir.

Parathormon ve Kalsitoninin Kalsiyum Metabolizmasındaki Rollerini

Parathormon (PTH)

Parathormon, paratiroid bezinden salgılanan bir hormondur. Direkt etkisini, düşük kalsiyum düzeyi ile (hipokalsemi) sentezi uyarılıp bu şekilde plazma kalsiyum düzeylerini arttırarak gerçekleştirir. Yüksek kalsiyum düzeyi ile de (hiperkalsemi) inhibe olur. İndirekt etkisini ise, böbreklerde bulunan 1- α -hidroksilaz enziminin aktivasyonu ile D vitaminin inaktif formu olan 25-OH₂-D₃'ü, aktif formu olan 1,25(OH)₂D₃'e dönüştürerek bağırsaklardan kalsiyum geri emilimini arttırır, bu sayede plazmada serum kalsiyum dengesi korunmuş olur (7,8)

Kalsitonin

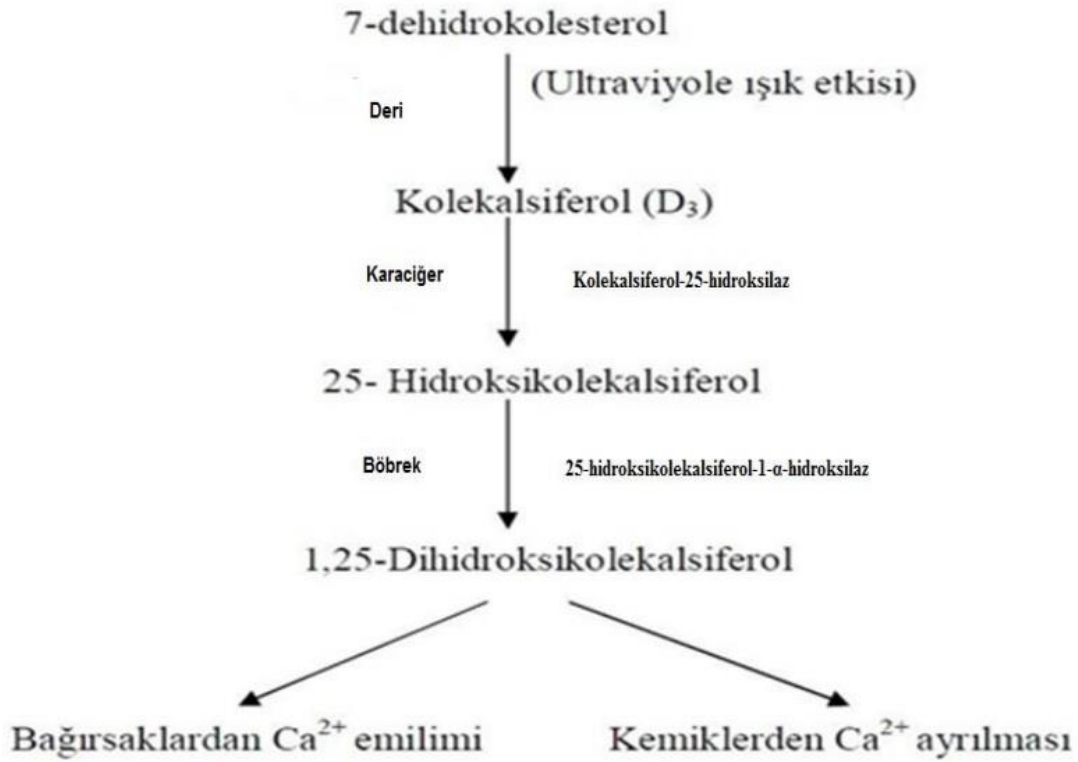
Tiroid bezinden salgılanan, plazmada kalsiyum değeri artış gösterdiğinde (hiperkalsemi) stimüle olan, azaldığında ise redükte olan bir hormondur. Bu yüzden PTH ve kalsitoninin kemik üzerine etkileri birbirlerinin anatagonistiği şeklindedir. Fakat sadece fosforun renal tubuler reabsorbsiyonun azaltılması görevinde aynı yönde etki göstermektedirler (9).

Vitamin D Metabolizması

D₂ ve D₃ vitamini normalde inaktiftir. Bunların aktif görev yapabilmeleri için karaciğer ve böbreklerde meydana gelen birtakım enzimatik reaksiyonlarla hidroksilasyona uğraması gerekir. Kolekalsiferolün ilk hidroksilasyon basamağı, karaciğerde kolekalsiferol-25-hidroksilaz enzimi aracılığıyla 25. karbondan başlar. Bu hidroksilasyon sonucunda 25-hidroksikolekalsiferol oluşur. Esas aktivasyon basamağı olan ikinci hidroksilasyon basamağı ise böbreklerde gerçekleşir. 25-hidroksikolekalsiferol, 1,25-dihidroksikolekalsiferol enzimi tarafından katalizlenir ve bu ikinci hidroksilasyon sonucunda 1,25-dihidroksikolekalsiferol oluşur. 1,25-dihidroksikolekalsiferol, D vitamininin en aktif formudur ve bütün etkilerinden sorumludur. Ancak bu formun yarılanma ömrü 15 saat civarı olduğu için, yarılanma ömrü 10 gün civarı olan 25-hidroksikolekalsiferol, daha çok depo formu gibi düşünülebilir (4). Vitamin D metabolizması şekil.1'de gösterilmiştir (10).

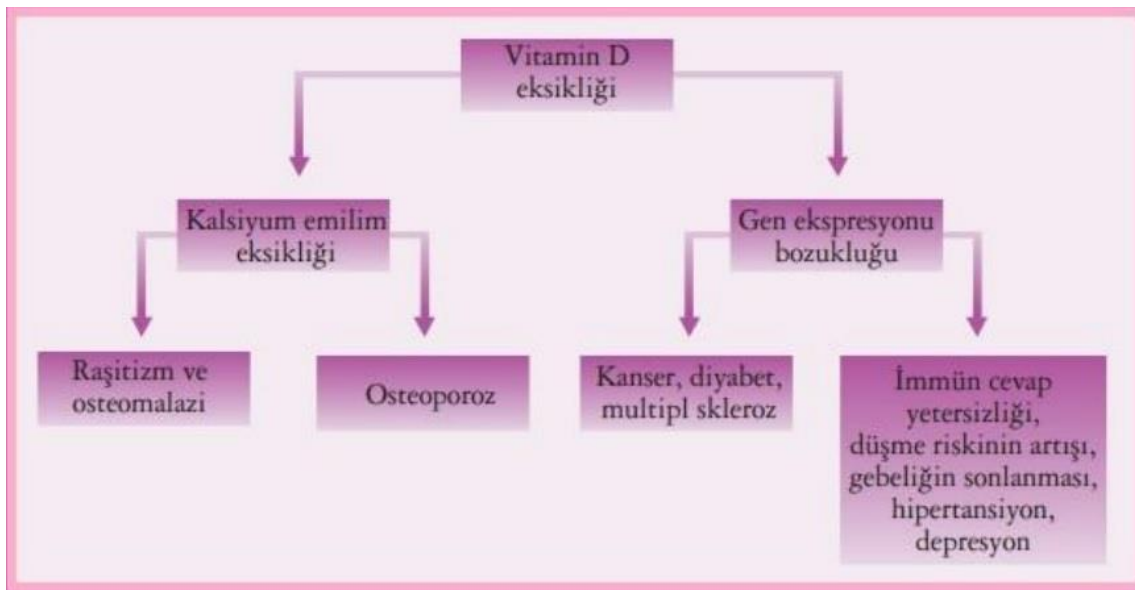
Vitamin D Eksikliği

D vitamini doğada çok geniş bir yayılım göstermez. Direkt olarak güneş ışınlarından ya da besinlerden alınabilir ya da D vitamini ihtiva eden maddeler, ultraviyole ışığa maruz bırakılarak D vitamini içeriği bakımından zengin hale getirilir. Güneş ışınlarından yeterli



Şekil 1. Vitamin D Metabolizması (10)

miktarda faydalanamamak, D vitamininin yetersizliğinin başlıca sebeplerindendir. D vitamini eksikliğinde, kalsiyum emilim eksikliğine bağlı çocuklarda ricketse, yetişkinlerde raşitizme, osteomalaziye ve osteoporoza sebep olabilmektedir. Gen ekspresyonu bozukluğuna bağlı olarak kanser, diyabet, multipl skleröz hastalıklar başta olmak üzere pek çok hastalığa sebep olabilmektedir. D vitamini eksikliğinde görülebilecek hastalık ve mekanizmaları şekil.2’de gösterilmiştir (11).



Şekil 2. Vitamin D Eksikliğinde Görülebilecek Hastalıklar (11).

Vitamin D'nin Antikanserojenik Etkileri

D vitamini doğuştan gelen bağışıklığın düzenlenmesinde önemli bir rol oynayan bir steroid hormon olarak ifade edilmiştir. Özellikle immun sistem üzerinde etkisi görüldüğü için başta kanser olmak üzere pek çok hastalık üzerinde koruyucu ve hatta tedavi edici etkisi görülmektedir (12,13). Vitamin D hem doğal, hem de kazanılmış bağışıklıkta etkin rol oynar. Vitamin D ve aktif metabolitlerinin bağışıklık sisteminin düzenlenmesinde etkileri ilk olarak 30 yıl önce kadar yapılan çalışmalarda ifade edilmiştir. Bunlar: insanlarda aktif olan inflamatuvar hücrelerde vitamin D reseptörünün (VDR) olması, aktif D vitamininin T hücre proliferasyonunu inhibe etme özelliği, akciğerlerde granülom oluşmasıyla oluşan tüberküloz ve sarkoidoz gibi hastalıklarda aktif hale gelen makrofajların 1- α hidrosilaz ekspresyonu ile aktif D vitaminini üretebilmesidir (14). Yapılan pek çok klinik, epidemiyolojik, in vitro hücre kültürü, in vivo hayvan çalışmalarında vitamin D ve analoglarının sadece bilinen kalsiyum metabolizmasının devamlılığını sağlamakla kalmadığı, aynı zamanda kalsemik olmayan antiproliferatif, apoptotik ve antioksidan etkileri sayesinde kanserin tedavisinde ve kansere karşı korunmada etkili olduğu da gözlemlenmiştir (15,16). D vitamininin vücudun sağlığının korunmasında ve buna paralel olarak pek çok hastalığın gelişimini inhibe ettiği bilinmektedir. Vitamin D'nin majör formu olan 25-hidroksikolekalsiferol formunu, aktif formu olan kalsitriolü çeviren 1- α -hidrosilaz enziminin immun sistem üzerinde etkilerinin görülmesi, vitamin D'nin biyolojik etkilerinin daha geniş bir yelpazede olduğunu ve bir antioksidan gibi etki gösterdiğinin kanıtıdır (17-19).

Vitamin D ve kanser ilişkisi ilk defa 1941 yılında yapılan bir çalışmayla ortaya çıkarılmıştır (20). Özellikle meme ve kolon kanseri ilişkisi dikkat çekmektedir. İn vitro hücre kültürü ve in vivo hayvan çalışmalarında vitamin D'nin aktif formu olan kalsitriolün hücre diferensiasyonunu arttırdığı, hücre proliferasyonunu inhibe ettiği, antiinflamatuvar, proapoptotik ve antianjiyogenik etkilerinin olduğu gösterilmiştir. Özellikle in vitro hücre kültürü çalışmalarında kalsitriolün VDR'ye bağlanarak hücre proliferasyonunu inhibe eden çeşitli genleri regüle ederek kanserli hücrelerin büyümesini inhibe ettiği gözlemlenmiştir (21,22) Kalsitriol, hücre döngüsünde yer alan p21 ve p27 ekspresyonunu uyarır, hücre adezyon molekülü olan e-kaderin ekspresyonunu uyararak DNA hasarının tamirini ve p53 miktarını arttırdığı gösterilmiştir (14). Buras ve arkadaşlarının 1994 yılında yaptıkları çalışmada, 10, 100 ve 1000 nM konsantrasyon vitamin D'nin meme kanseri hücre hattının (MCF-7) büyümesini anlamlı inhibe ettiğini gözlemlenmişlerdir (23). Brenner ve arkadaşlarının 1994 yılında Buras ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmayı referans alarak 1995 yılında yaptıkları çalışmada, verdikleri dozun 6. gününde, 10 nM konsantrasyonda vitamin D'nin MCF-7 hücre hatlarının büyümesini anlamlı bir şekilde inhibe ettiğini gözlemlenmişlerdir (24). 1996 yılında Campbell ve arkadaşlarının MCF-7 hücre hattı üzerinde vitamin D'nin antiproliferatif özelliğine baktıklarında, 100 nM konsantrasyonda vitamin D'nin 48. saatte MCF-7 hücre hattının büyümesini anlamlı inhibe ettiğini gözlemlenmişlerdir. 100 nM konsantrasyon vitamin D'nin apoptozu da indüklediği gözlemlenmiştir (25). Saraçlıgil ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları çalışmada D vitamininin MCF-7 hücre hattı üzerinde etkisi incelendiğinde, 48. saatte IC₅₀ değeri 145 nM olarak bulunmuştur (26). Murray ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları çalışmada ise IC₅₀ değeri 1.83 \pm 0,69 μ M olarak bulunmuştur (27). 2018 yılında Arı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise IC₅₀ değeri 48. saatte 2,053 μ M olarak bulunmuştur (28).

Aynı zamanda yapılan bazı çalışmalarda vitamin D'nin pek çok kemoterapötik ajanla da kombinasyon şeklinde kullanılmış ve daha güçlü sinerjetik etki gösterdiği anlaşılmıştır. Segovia-Mendez ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları çalışmada kalsitriol ve gefinitibin MCF-7 üzerine birlikte etkisini incelemişler ve kalsitriol-gefinitibin kombinasyonunun MCF-7 hücre hattı üzerinde güçlü sinerjetik etkiye sahip olduğunu gözlemlemişlerdir (29). Arı ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada oleuropein ve vitamin D'nin MCF-7 meme kanseri hücre hattı üzerinde sinerjetik etkisi olduğu gözlemlenmiştir (28). Tüm bu çalışmalar, vitamin D'nin kanser hücrelerine karşı başka kemoterapötik ajanlarla beraber kullanıldıklarında daha etkili olabileceğini göstermiştir (28).

Vitamin D'nin aktif formu olan kalsitriolün ve analoglarının insan kolon kanseri hücresinde de proliferasyon ve diferansiyasyonu inhibe ettiği gözlemlenmiştir (30). Zgaga ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları çalışmada, vitamin D'nin majör formu olan 25-(OH)₂-D₃'ün yüksek plazma seviyelerinde, VDR genine bağlı olarak kolorektal kanser sağkalımında daha etkili olduğu gözlemlenmiştir (31). Spina'nın 2005 yılında yaptığı in vivo çalışmada, yeterli ve düzenli D vitamini almış farelerde kolon kanseri büyümesinin anlamlı derecede inibe olduğu gözlemlenmiştir (32). Leysens ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları çalışmada, Caco-2, SW1417 ve SW480-ADH kolon kanseri hücre hatlarında, vitamin D'nin aktif formu olan 1,25(OH)₂D₃'ün belirli konsantrasyonlarda hücre proliferasyonunu azalttığı gözlemlenmiştir (33,34). Tangpricha ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları çalışmada önceden belirlenmiş, plazma seviyelerinde yeterli ve yeterli olmayan vitamin D bulunan farelere, kolon kanseri hücreleri enjekte edilmiş ve D vitamini eksikliği olan farelerde kolon kanseri tümörünün büyümesinin anlamlı olarak daha fazla olduğu gözlemlenmiştir (35). Aynı zamanda prostat kanseri hücrelerinde VDR ekspresyonu gösterilmiştir. Yapılan in vitro çalışmalarda kalsitriolün antiproliferatif ve profiferansiyatif etkiler göstererek prostat kanserini inhibe ettiği gözlemlenmiştir (36).

D vitamininin kanserdeki etkisi, büyük ölçüde epidemiyolojik gözlemlerle desteklenmiştir. Pek çok epidemiyolojik çalışma, güneş ışığının prostat, kolon, rektal, meme ve yumurtalık kanserine karşı koruyucu etkisi olduğunu göstermektedir. Coğrafi olarak güneş ışığının arttığı yerlerde kanser insidansı, özellikle meme ve kolon kanseri için için daha düşüktür (37). Araştırmacılar, kanda dolaşan D vitamininin kolorektal ve prostat kanserine karşı koruyucu etkisi olduğuna göstermişlerdir (38). Yapılan çalışmalar, üçlü negatif meme kanseri hastalarının %87'si yetersiz serum 25(OH)₂D₃ seviyelerinden kaynaklanmaktadır (39). İki ayrı retrospektif çalışmada kontrol grubuyla kıyaslandığında prostat kanseri gelişen hastaların vitamin D düzeylerinin daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (40). Benzer şekilde, düzenli olarak D vitamini alan kadınlarda, almanlara göre kolorektal kanser riskinin %67 daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (38,41).

Ancak randomize kontrollü çalışmalarda D vitamini ve analoglarının kanser insidansı ve mortalite üzerine anlamlı etkisi tam olarak gösterilememiştir (14,18). Trivedi ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptıkları çalışmada 65-85 yaş aralığındaki 2686 erkek ve kadından oluşan gruba 4 ayda bir 100.000 IU vitamin D₃ replasmanı yapılmış ve 5 yıllık takip yapılmıştır. 5 yılın sonunda plasebo ile kıyaslandığında kanser insidansında anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir (42). Yine randomize kontrollü yapılan başka bir çalışmada hastalara günlük 1000 mg Ca ve 400 IU vitamin D₃ verilmiş, 7 yıllık bir takip yapılmıştır. 7 yılın sonunda plasebo ile kıyaslandığında meme kanseri insidansı ve mortalitesinde anlamlı bir farklılık

gözlemlenmemiştir (43). Büyük ölçekli bir kohort çalışmada mide, böbrek, pankreas, endometrium, özefagus gibi nadir görülen kanserler ile 25(OH)₂D₃ arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (44).

Sonuç olarak, hücre kültürü in vitro çalışmalarda, kanser ile aktif vitamin D arasında anlamlı korelasyon gözlemlenmiştir. Bu çalışmalar epidemiyolojik çalışmalarla da desteklenmiştir. İn vivo hayvan çalışmalarında bu ilişki daha zayıf olarak saptanmıştır. Randomize kontrollü çalışmalarda ise anlamlı bir ilişki gösterilememiştir ve bu çalışmalar daha az sayıdadır. D vitamini ve kanser ilişkisini gösterecek daha fazla randomize kontrollü çalışmaya ihtiyaç vardır (45).

Başta meme ve kolon kanseri olmak üzere prostat, akciğer, deri, mesane, prostat, yumurtalık kanseri lösemide kanser hücre proliferasyonunu inhibe edici özelliği olduğunu gösteren pek çok hücre kültürü çalışması mevcuttur. Vitamin D'nin aktif formu olan kalsitriolün antikanser etkisinin mekanizması tablo. 1'de özetlenmiştir (46,47).

Tablo 1. Kalsitriolün Antikanserojenik Mekanizması (46,47)

Proliferasyon etkisi	P21 VE P27 ekspresyon artışı CDKs, siklinler, MYC ve RB ekspresyonunun azalışı
Apoptotik etkisi	BAX artışı BCL-2 azalışı Radyasyon ve kemoterapi duyarlılığının artışı
Diferansiyasyon etkisi	Miyeloid lösemi hücrelerinin monositlere ayrılması Kazein, lipitler, PSA, E-cadherin gibi diferansiyasyon faktörlerinin ekspresyonunun artışı
İnflamasyon etkisi	COX2, PG reseptörleri, stres kinaz ve NF- Kb sinyal yollarının ekspresyonunun inhibisyonu
İnvazyon ve metastaz etkisi	MMP9, α6 integrin, plasminojen aktivatör ekspresyonunun inhibisyonu
Anjiyogenez etkisi	H1F1 α, VEGF, IL-8, tenasin C, PGE2 S seviyelerinin azalışı

Vitamin D Toksisitesi

Vitamin D'nin eksikliğinde görülebilecek eksikliklerin yanı sıra vücuda fazla alınmasında ya da yanlış kullanımlar sonucu vitamin D intoksikasyonu da görülebilmektedir (48). Pek çok hastalığın önlenmesi veya tedavisi için olumlu olabilecek etkilerinden dolayı D vitamini kullanımı günümüzde ciddi bir popülerite kazanmıştır. Bu yüzden hekim önerisi olmadan kullanımların arttığı gözlemlenmiştir. Bu açıdan bakıldığında, vitamin D takviyelerinin hekim önerisi ile uygun dozda kullanılması konusunda toplumun bilgilendirilmesi önem teşkil eder. Hekim açısından bakıldığında da, hekimlerin gerekli laboratuvar bulguları olmadan hastalara yüksek doz vitamin D vermemeleri gerekir. Ayrıca ailelerin çocuklarının daha çabuk yürümesi veya diş çıkarması için yüksek doz vitamin D kullanımlarıyla ilgili hekimlerin aileleri bilgilendirmesi gerekmektedir (49). D vitamini intoksikasyonunun temel bulguları arasında sindirim kanalından fazla kalsiyum emilimi sonucu ortaya çıkan hiperkalsemi gelişimidir. Bunun yanı sıra hiperkalsiüri, hiperfosfatemi ve uzun dönem aralığında yumuşak doku, vasküler kalsifikasyonlar, nefrolitiazise de sebep olabilmektedir (48). Fazla kalsiyum alımı, sindirim sistemi, sinir, kalp, kas ve böbrekleri etkiler ve buna bağlı olarak, yorgunluk, kaslarda ileri derecede güçsüzlük, hipotoni, karın ağrısı, bulantı, kusma, kabızlık, dehidratasyon, poliüri, peptik ülser, koma, bilinç bulanıklığı, böbrek

yetmezliği, hipertansiyon gibi bulgular gelişebilmektedir. Bu sebeple, vitamin D alımının pek çok hastalığa karşı etkili olmasına rağmen, gereğinden fazla alımına son derece dikkat edilmesi gerekmektedir (50).

Vitamin D düzeyi 30 ng/ml'nin (75 nmol/L) üzerinde ise yeterli, 20-30 ng/ml (50-75 nmol/L) aralığında ise yetersizlik, 20 ng/ml'nin (50 nmol/L) altında ise eksiklik olarak kabul görmektedir (51). Eğer 150 ng/ml'nin üzerinde olduğu durumlarda ise vitamin D intoksikasyonu olarak ifade edilmektedir (52). Perez-Barrios ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptıkları çalışmada D vitamininin önemi vurgulanmış, fakat yanlış kullanımına bağlı intoksikasyon etkilerinin özellikle yaşlılarda daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (53). Sarı ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları çalışmada yüksek doz vitamin D verilen 5 aylık kız çocuğunda hiperkalsemi gelişimini gözlemlemişlerdir (49). Aydın ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptıkları çalışmada 75 yaşındaki bir kadın hastanın D vitaminini yanlış kullanması sonucunda akut mental tablosunda değişiklikler gözlemlenmiştir (54). Bu açıdan bakıldığında yüksek doz D vitamininin vücut içerisinde ağır ve dirençli hiperkalsemi oluşturarak önemli morbidite ve hatta mortalite nedeni olabileceğini göz önünde bulundurarak, özellikle sağlık çalışanlarının, aileleri bu konuda bilgilendirmesi, gereksiz vitamin kullanımının her zaman sağlıklı olmayabileceği, hatta yüksek doz D vitamininin yarar yerine zarar verebileceği vurgulanmalıdır (55). D vitamini intoksikasyonundan dolayı oluşan hiperkalsemiye bağlı gelişen semptomlar ve bulgular tablo. 2'de gösterilmiştir (56,57).

Tablo 2. Vitamin D İntoksikasyonu Sonucu Oluşan Semptomlar ve Bulgular (56, 57)

Gastrointestinal	Mide bulantısı ve kusma Anoreksi, karın ağrısı Kabızlık Büyüme geriliği Pankreatit, peptik ülser
Böbrekler	Polidipsi, poliüri, dehidratasyon ve ateş Hematüri, hipernatremi, hipomagnezemi, hipokalemi Nefrolitiazis, nefrokalsinoz, distal renal tübüler asidoz Akut ve kronik böbrek yetmezliği
Merkezi Sinir Sistemi	Hipotoni, parestezi Derin tendon reflekslerinde azalma, baş ağrısı Mesiyal temporal skleroz Psikiyatrik bozukluklar (anksiyete, psikoz, halüsinasyon, depresyon)
Kardiyovasküler	Aritmi, bradikardi
Kas-İskelet Sistemi	Hipertansiyon, kardiyomiyopati Kas zayıflığı Kemik ağrısı Osteopeni/ osteoporoz Osteopetroz
Gözler	Konjonktival kalsifikasyon
Deri	Metastatik kalsifikasyon

2. SONUÇ

Günümüzde özellikle in vitro deneysel olarak yapılan pek çok çalışmada vitamin D'nin artık antikanser etkilerinin olduğu açıkça ifade edilmiştir. Gereğinden fazla vitamin D alımının toksik etki yapabileceği göz önünde bulundurulursa, hiperkalsemik etkilerinin ortaya çıkmadığı

dozlarda diyetle alınan vitamin D, kanser tedavilerinde tekli ya da başka bir ajan ile kombine şekilde kullanılabileceği görüşü bilim dünyasına umut vermektedir. Ancak günümüzde hangi hastaya, ne gibi risk faktörleri göz önünde bulundurularak, hangi dozda, ne sıklıkla verileceği ile ilgili bir guideline henüz bulunmamaktadır. İn vitro çalışmalarda kanser ile aktif vitamin D ilişkisi gösterilmesine rağmen, randomize kontrollü çalışmalarda bu ilişki zayıf ya da gösterilememiştir. Bu sebeple gelecekte vitamin D ve kanser ilişkisini gösterecek özellikle randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

1. Hochberg, Z. (2004). Requirements for vitamin D in an indoors culture. *Highlights*, 12, 19-23.
2. Rusinska, A., Pludowski, P., Walczak, M., Borszewska-Kornacka, M., Bossowski, A., & Chalebna-Sokol, D. (2018). Vitamin D supplementation guidelines for general population and groups at risk of vitamin D deficiency in Poland-Recommendations of the Polish society of pediatric endocrinology and diabetes and the expert panel with the participation of the national specialist consultants and representatives of scientific societies-2018 update. *Frontiers in Endocrinology*, 9, 246.
3. Dittmer, K. E., & Thompson, K. G. (2011). Vitamin D metabolism and rickets in domestic animals: A review. *Veterinary Pathology*, 48(2), 389-407.
4. Montgomery, R., Conway, T. W., Spector, A.A. (2000). *Biyokimya olgu sunumlu yaklaşım*. Ankara: Palme Yayıncılık.
5. Holick, M. F. (2007). Vitamin D deficiency. *N Engl J Med*, 357(3), 266-81.
6. Gow, A. G., Else, R., Evans, H., Berry, J. L., Herrtage M. E., & Mellany, R.J. (2011). Hypovitaminosis D in dogs with inflammatory bowel disease and hypoalbuminaemia. *Journal of Small Animal Practice*, 52,411-418.
7. Potts J. T. (2005). Parathyroid hormone: pastandpresent . *J. Endocrinol*, 187(3), 311-325.
8. Human, K.L., & Lane, N.E. (2006). Parathyroid hormone update. *Rheum Dis Clin North Am*, 32, 703-19.
9. Rubin, M. R. (2002). "The anabolic effects of parathyroid hormone" *Osteoporos Int*, 13, 267-77.
10. Kimball, S., Fuleihan, G. H., & Vieth, R. (2008). Vitamin D. A growing perspective. *Crit Rev Clin Lab Sci*, 45(4), 339-414.
11. Akbel, E. (2005). Yüksek protein içeren diyetle beslenen sıçanlara atkestanesi ekstresi verilmesinin kemik ve kalsiyum metabolizmasına etkileri. (Yayımlanmamış Doktora Tezi) Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar, Türkiye.
12. Dawson-Hughes, B., Dallal, G. E., Kral, E.A., Haris, S., Sokol, L. J., & Falconer, G. (1991). Effect of vitamin D supplementation on winter time and overall bone loss in healthy postmenopausal women. *Ann Int Med*, 115, 505-12.
13. Tezcan, I. (2012). D Vitamini ve immün sistem. *Türkiye Klinikleri*, 8(2), 66-8.
14. Bikle, D. (2009). Nonclassic actions of vitamin D. *J Clin Endocrinol Metab*, 94(1), 2634.

15. Yang, S., Li, A., Wang, J., Liu, J., Han, Y., Zhamg, W., et al. (2018). Vitamin D receptor: A novel therapeutic target for kidney diseases. *Curr Med Chem*, 25, 3256-3271.
16. Fleet, J. C., De Smet, M., Johnson, R., & Li, Y. (2012). Vitamin D and cancer: A review of molecular mechanisms. *Biochem*, 441-6176.
17. Chesney, W.R. (2010). Vitamin D and magic mountain: The anti infectious role of vitamin. *J. Pediatr*, 156(5), 698-703.
18. Mokhtari, Z., Hekmatdoost, A., & Nourian, M. (2017). Antioxidant efficacy of vitamin D. *Journal of Parathyroid Disease*, 5(1), 11-6.
19. Murray, A., Madden, S. F., Synnott, N., Klinger, R., O'Connor, D., O'Donnovan, N., et al. (2017). Vitamin D receptor as a target for breast cancer therapy. *Society for Endocrinology*, ERC-16-0463.
20. Apperly F.L. (1941). The relation of solar radiation to cancer mortality in North America. *Cancer Research*, 1, 191-195.
21. Manson, J. E., Mayne, S. T., & Clinton, S. K. (2011). Vitamin D and prevention of cancer-ready for prime time? (perspective). *N. Engl J Med*, 364,1385-1387.
22. Deeb, K. K., Trump, D. L., Johnson, C. S. (2007). Vitamin D signaling pathways in cancer: potential for anticancer therapeutics. *Nat Rev Cancer*, 7, 684-700
23. Buras, R. R., Schumaker, L. M., Davoodi, F., Brenner, R. V., Shabahang, M., Nauta, R. J., et al. (1994). Vitamin D receptors in breast cancer cells. *Breast Cancer Research and Treatment*, 31, 191-202.
24. Brenner, R. V., Shabahang, M., Schumaker, L. M., Nauta, R. J., Uskokovic, M. R., Evans, S. R., et al. (1995). The antiproliferative effect of vitamin D analogs on MCF-7 human breast cancer cells. *Cancer Letters*, 92, 77-82.
25. Campbell, M. S., Narvaez, C. J., Tenniswood, M., & Welsh, J. (1996). 1,25-Dihidroksivitamin D₃ induces morphological and biochemical markers of apoptosis in MCF-7 breast cancer cells. *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Bioogy*, 58(4), 367-376.
26. Saraçlıgil, B., Ozturk, B., Unlu, A., Abusoglu, S., & Tekin, G. (2017). The effect of vitamin D on MCF breast cancer cell metabolism. *Bratislava Medical Journal*, 118(2), 101-106.
27. Murray, A., Madden, S. F., Synnott, N., Klinger, R., O'Connor, D., O'Donnovan, N., et al. (2017). Vitamin D receptor as a target for breast cancer therapy. *Society for Endocrinology*, ERC-16-0463.
28. Ari, M., Karul, A., & Sakarya, S. (2018). Investigation of antiproliferative, apoptotic and antioxidant effects of oleuropein and vitamin D on breast cancer cell lines (MCF-7). *MDPI. Proceedings*, 2, 1534; doi:10.3390/proceedings2251534
29. Segovia-Mendoza, M., Diaz, L., Gonzalez-Gonzalez, M. E, Martínez-Reza, I., García-Quiroz, J., Prado-Garcia, H., et al. (2015). Calcitriol and its analogues enhance the antiproliferative activity of gefi-tinib in breast cancer cells. *The Journal Steroid Biocheistry and Molecular Biology*, 148, 122-131.
30. Rosen, C. J., Adams, J. S., Bikle, D. D., Black, D. M., Demay, M. B., Manson, J. E, et al. (2012). The nonskeletal effects of vitamin D: An endocrine society scientific statement. *Endocrine Reviews*, 33(3), 456-492.
31. Zgaga, L., Theodoratou, E., Farrington S. M., Din, F. V., Ooi, L. Y., Glodzik, D., et al. (2014). Plasma vitamin D concentration influences survival outcome after a diagnosis of colorectal cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 32 (23), 2430-2439.
32. Spina, C. (2005). Colon cancer and solar ultraviolet B radiation and prevention and treatment of colon cancer in mice with vitamin D and its Gemini analogs. *J Steroid Biochem Mol Biol*, 97(1-2), 111-120.

33. Leyssens, C., Marien, E., Verlinden, L., Derua, R., Waelkens, E., Swinnen, J. V., et al. (2015). Remodeling of phospholipid composition in colon cancer cells by $1\alpha,25(\text{OH})_2\text{D}_3$ and its analogs. *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, 148, 172-178
34. Feldman, D., Krishnan, A. V., Swami, S., Giovannucci, E., & Feldman, B. J. (2014). The role of vitamin D in reducing cancer risk and progression. *Nat Rev Cancer*, 14(5), 342-357.
35. Tangpricha, V., Spina, C., Yao, M., Chen T. C., Wolfe, M. M., & Holick, M. F. (2005). Vitamin D deficiency enhances the growth of MC-26 colon cancer xenografts in Balb/c mice. *J Nutr*, 135, 2350-2354.
36. Washington, M. N., & Weigel, N. L. (2010). 1α -25-dihydroxyvitamin D₃ inhibits growth of VCaP prostate cancer cells despite inducing the growth-promoting TMPRSS2:ERG gene-fusion. *Endocrinology*, 151, 1409-1417.
37. Nair-Shalliker, V., Clements, M., Fenech, M., & Armstrong, B. K. (2012). Personal sun exposure and serum 25-hydroxy vitamin D concentrations. *Photochem Photobiol*, 89: 208-14.
38. Feskanich, D., Ma, J., Fuchs, C. S., Kirkner, G. J., Hankinson, S. E., Hollis, B. W., et al. (2004). Plasma vitamin D metabolites and risk of colorectal cancer in women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 13, 1502-8.
39. Schwartz, Z., Graham, E. J., Wang, L., Lossdörfer, S., Gay, I., Johnson-Pais, T. L., et al. (2005). Phospholipase A2 activating protein (PLAA) is required for $1\alpha,25(\text{OH})_2\text{D}_3$ signaling in growth plate chondrocytes. *J Cell Physiol*, 203, 54-70.
40. Liu, G., Wilding, G., Staab, M. J., Horvath, D., Miller, K., Dresen, A., et al. (2003). Phase II study of 1α -hydroxyvitamin D₂ in the treatment of advanced androgen-independent prostate cancer. *Clin Cancer Res*, 9(11), 4077-83.
41. Wactavski-Wende, J., Kotchen, J. M., Anderson, G. L., Assaf, A. R., Brunner, R. L., O'sullivan, M. J., et al. (2006). Women's health initiative investigators. Calcium plus vitamin D supplementation and the risk of colorectal cancer. *N Engl J Med*, 354(7), 684-96.
42. Trivedi, D. P., Doll, R., & Khaw, K. T. (2003). Effect of four-monthly oral vitamin D₃ (cholecalciferol) supplementation on fractures and mortality in men and women living in the community: randomised double blind controlled trial. *BMJ*, 326, 469.
43. Anderson, L. N., Cotterchio M., Vieth R., & Knight J. A. (2010). Vitamin D and calcium intakes and breast cancer risk in pre-and postmenopausal women. *Am J Clin Nutr*, 91, 1699-1707.
44. Helzlsouer, K. J., & VDPP Steering Committee. (2010). Overview of the cohort consortium vitamin D pooling project of rarer cancers. *American journal of epidemiology*, 172(1), 4-9.
45. Kızır, M. (2013). D vitamini immun sistem, deri ve kanser ilişkisi. *S.D.Ü Tıp Fak. Derg*, 20(4), 158-161.
46. Sintov, A. C., Yarmolinski, L., Dahan, A., & Ben-Shabat, S. (2014). Pharmacological effects of vitamin D and its analogs: recent developments. *Drug Discovery Today*, 19(11), 1769-1774.
47. Berkovich, L., Ben-Shabat, S., & Sintov, A. C. (2010) Induction of apoptosis and inhibition of prostate and breast cancer growth by BGP-15, a new calcipotriene-derived vitamin D₃ analog. *Anticancer Drugs*, 21, 609-618.
48. Hossein-Nezhad, A., & Holick, M. F. (2013). Vitamin D for health: A global perspective. *In: Mayo Clinic Proceedings*. 88 (7), 720-55.

49. Sarı, E., Bülbül, L., Bencer, M., Akçay, T., Özkul Sağlam, T., & Hatipoğlu, S. (2014). Yüksek doz D vitamini alımı sonucu hiperkalsemi gelişen olguda pamidronat tedavisi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 48(4),322-324.
50. Balkan, F & Ünal, O. K. (2013). D vitamini intoksikasyonu. *Balkan ve Ünal Genel Tıp Derg.* 23(3), 90-2.
51. Holick, M. F. (2009). Vitamin D Status: Measurement, Interpretation, and Clinical Application. *Annals of Epidemiology*, 19(2),73-8.
52. Hossein-Nezhad, A., & Holick, M. F. (2013). Vitamin D for health: A global perspective. *In: Mayo Clinic Proceedings*, 88 (7); 720-55.
53. Pérez-Barrios, C., Hernández-Álvarez, E., Blanco-Navarro, I., Pérez-Sacristán, B., & Granado-Lorencio, F. (2016). Prevalence of hypercalcemia related to hypervitaminosis D in clinical practice. *Clin Nutr.* 35(6): 1354-1358.
54. Aydın, A. E., & Dokuzlar, E. (2018). Geriatrik bir olguda D vitamini intoksikasyonuna bağlı gelişen akut mental değişiklik. *Geriatric Bilimler Dergisi*, 1(2), 73-78.
55. Buluş, D., İnan, Y., Demet, E., & Andıran, N. (2016). D Vitamini intoksikasyonuna bağlı hiperkalsemi: Olgu Sunumu. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*. 4, 277-279.
56. Alikasifoğlu, A. (2008). Çocukluk yaş grubunda D vitamini intoksikasyonu. *Danone Enstitüsü Beslenme Serileri*, 2, 57-61.
57. Mesa, J. M., Sanmartí, A. S., Obiols, G. A., Lucas, A. M., Garcíá, F. B., Ribera, E. P., et al. (1983). Vitamin D intoxication in 3 cases of hypothyroidism. *Rev Clin Esp*, 171(4), 297-299

Pediyatrik Onkoloji Hastalarda Beslenme

Nutrition in Pediatric Oncology Patients

Melike DURMAZ¹ A,E,F , Hasan KÜÇÜKKENDİRİCİ² B,G 

¹Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

ÖZ

Organizmanın sağlıklı bir şekilde hayatta kalması ve devamlılığını sürdürebilmesi için beslenme önemlidir. Özellikle beslenmenin yeterliliği, hastalıklardan korunma ve iyileşme sürecini etkileyen önemli unsurlardan biridir. Pediyatrik onkoloji hastalarında hastalığa bağlı olarak; besin alımının yetersizliği, emilimi ve metabolize olmasının gerilemesi hastalığın ilerleyişini de olumsuz etkilemektedir. Pediyatri onkoloji hastalarında beslenmenin yeterliliğinin sağlanması ile; malnütrisyonun önlenmesi, kemoterapinin daha kolay tolere edilmesi, enfeksiyonların önlenmesi, komplikasyonların azalması, iyileşmenin hızlanması ve hastanın yaşam kalitesinin artması sağlanabilmektedir. Bu noktada sağlık ekibinin etkisi büyüktür. Özellikle hemşirelik bakımı, ailenin eğitimi, takibi; hasta ve ailesini bu konuda destekleyen önemli bir unsurdur. Bu nedenle sağlık çalışanları (hekim, hemşire), bu tür hastalarda beslenme durumunu değerlendirmeli, beslenme desteğini sağlamalı ve eğitim ve takibini yapabilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Onkoloji, Pediyatri, Malnütrisyon

ABSTRACT

Nutrition is important for the organism to survive and maintain its health. Especially the adequacy of nutrition is one of the factors that affect the prevention and recovery process of diseases. Depending on the disease in pediatric oncology patients; insufficiency of nutrient intake, reabsorption and regression of metabolism adversely affect disease progression. Ensuring the adequacy of nutrition in pediatric oncology patients; prevention of malnutrition, easier tolerance of chemotherapy, prevention of infections, reduction of complications, acceleration of healing and improvement of patient's quality of life. At this point, the impact of the medical team is great. Especially nursing care, family education, follow-up; This is an important element supporting the patient and his family in this regard. Therefore, health workers (physicians, nurses) should evaluate the nutritional status of such patients, provide nutritional support, and be able to provide training and follow-up.

Key words: Cancer, Oncology, Pediatrics, Malnutrition

1. GİRİŞ

Küresel Beslenme Organizasyonu, beslenmeyi organizmanın sağlıklı bir şekilde hayatta kalması ve devamlılığını sürdürebilmesi için gerekli besin öğelerinin belli miktarlarda alınması olarak tanımlamakta ve bireyin hayatında vazgeçilmez olduğunu vurgulamaktadır (1). Beslenme, yaşam sürecinin her anında önemli olup özellikle büyüme ve gelişmeye devam eden organizma için daha önemlidir (2-4). Beslenme bozukluğuna sebep olan pek çok konjenital ve edinsel durum vardır, bunlardan biri de kanser hastalığıdır (5).

Sorumlu Yazar: Melike DURMAZ

Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı Konya/TÜRKİYE
melikebiryoldurmaz@gmail.com

Geliş Tarihi: 05.07.2019 – Kabul Tarihi: 20.10.2020

*Bu çalışma, 15-17 Kasım 2018 tarihleri arasında Sakarya'da gerçekleştirilmiş olan "5.Ulusal 1.Uluslararası Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi" kapsamında poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Yazar Katkıları: A) Fikir/Kavram, B) Tasarım, C) Veri Toplama ve/veya İşleme, D) Analiz ve/veya Yorum, E) Literatür Taraması, F) Makale Yazımı, G) Eleştirel İnceleme

Günümüzde, çocuklarda da görülebilen ve ölüme neden olan hastalıkların başında gelen onkolojik hastalıklar çocuğun besin alımını, emilimini ve metabolizmasını olumsuz etkileyerek beslenmenin kötüleşmesine neden olmaktadır. Sağlık bakanlığı kanser istatistik merkezi verilerine göre çocuklarda ilk sırada lösemi (%35.5), ikinci sırada sinir sistemi tümörleri (%18.5) ve üçüncü sırada lenfoma tümörleri (%13) yer almaktadır (6). Kanser, sağlıklı hücre metabolizması üzerinde istenmeyen etki oluşturarak vücut sistemini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca, çocukların metabolizması yetişkinlere göre daha farklı olup, kanser tedavisi sırasında da büyüme ve gelişmelerinin devam etmesi istenmektedir (7). Pediatrik onkoloji hastasında hem büyüme ve gelişme açısından hem de hastalıkla birlikte, tedavinin etkin olabilmesinde beslenme oldukça önemli bir yere sahiptir. Bazı durumlarda beslenme hızlı bir şekilde bozulabilmektedir. Beslenmenin bozulması kansere bağlı olarak gelişebildiği gibi kanser tedavisine bağlı olarakta değişim gösterebilir (8,9). Tedavi sırasında enerji alımının azalması, metabolik gereksinimin artması, büyüme ve gelişmenin sürdürülmeye çalışılması, kullanılan ilaçlar, uygulanan diyet menüsü, fiziksel hareket ve iştaha azalma da beslenmenin bozulmasına neden olan unsurlardandır (10,11). Beslenmenin bozulmasıyla çocukta; iştah ve kilo kaybı, ağrı, yorgunluk, çabuk doyma hissi, bulantı, kusma, tat değişiklikleri, gastrointestinal sistem fonksiyonlarında bozulma, stomatitis, diyare ve malabsorbsiyon ve malnütrisyon gibi pek çok sorun görülebilmektedir (10,12). Bu nedenle malnütrisyonun ve oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ve erken dönemde fark edilmesi oldukça önemlidir (12,20).

Protein, enerji, eser elementler, yağ ve vitamin eksikliğini kapsayan farklı derecelerde yetersiz beslenme olarak tanımlanan malnütrisyon, çocukluk dönemi kanserlerinde sık görülmekte ve birçok komplikasyona neden olmaktadır (13,14). Literatüre göre bu hasta grubunda malnütrisyon prevalansının yüksek olduğu belirtilmektedir (8-10,15,16). Malnütrisyon, pediatri kanser hastasında, tanı sırasında teşhis edilebilmekte veya tedavi sırasında gelişebilmekte ya da sonrası ortaya çıkabilmektedir (17,18). Malnütrisyonun erken dönemde tespit edilmesi, en kısa sürede uygun tedavi ve klinik izleminin yapılması son derece önemlidir. Çünkü beslenmesi bozulan ve malnütrisyon gelişen çocuğun klinik sorunlarında artış gözlenmektedir. Bu sorunlar: immün sistemde bozulma, ilaç metabolizmasında değişimler, enfeksiyonda artma, yara yeri iyileşmesinde gecikme, yaşam kalitesinde bozulma, genel iyilik halinde kötüleşme, yatış süresinde uzama, tedavi etkinliğinde azalma, hastalığa bağlı relaps, mortalite, morbidite ve sağlık bakım maliyetinde artışa neden olabilmektedir (10-19,20-23). Hem hastalığın tedavi başarısını artırmak hem de hastalık nedeniyle gelişebilecek komplikasyonları önlemede malnütrisyonun engellenmesi önemlidir (21). Uluslararası beslenme rehberleri (ASPEN, ESPEN) hastanın kliniğe yatış sırasında malnütrisyon açısından ilk değerlendirmenin yapılmasını ve belli periyotlarla düzenli izlemini önermektedir. (22,23,55). Malnütrisyon durumunun belirlenmesinde farklı araçlar kullanılmaktadır (24,25). Literatürde malnütrisyon prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalarda kullanılan standartların farklı olması nedeniyle birbirinden değişik sonuçlar bildirilmiştir (25). Bununla ilgili olarak, Loeffen ve ark. (2015)'in sistematik çalışmasında 269 kanser teşhisi alan çocuğun tanı sırasında %5.2'sinde malnütrisyon varlığı tespit edilmiş ve beslenmenin bozulmasıyla sağkalım oranının azaldığı saptanmıştır (21). Dişçi ve ark. (2018), 170 pediatri onkoloji hasta ile yapmış oldukları çalışmada akut malnütrisyon oranının %39,5 olduğu, malnütrisyonun en fazla kemoterapi tedavisi sonrası 3. ve 6. ayda görüldüğü tespit edilmiştir. Waterlow ve Gomez sınıflaması kullanılarak yapılan bir çalışmada malnütrisyon oranı %29,8 iken, başka bir çalışmada %8 ile

%60 arasında değiştiği bildirilmiştir (26,27). Hindistan’da akut lenfoblastik lösemi (ALL) ve nonHodgkin lenfoma (NHL) tanılı pediatrik hastalarda akut malnütrisyon oranının %65 olduğu sonucuna ulaşılmıştır (28). Beser ver ark. (2019) yaptığı çalışmada ise; hastanede yatarak tedavi alan 1513 çocuk malnütrisyon yönünden değerlendirilmiş ve çocukların %11.2’sinde akut malnütrisyon, %16.2’sinde kronik malnütrisyon varlığı tespit edilmiştir. Buna göre pediatri onkoloji hastasında malnütrisyon gelişme oranı oldukça yüksek bir değerde olduğu görülmektedir (10,44). Tablo 1’de malnutrisyona neden olan faktörler yer almaktadır. Malnütrisyon gelişmesiyle birlikte, antikör üretilmesinin azalmasına bağlı enfeksiyonlara yatkınlık, yara iyileşmesinde gecikme, halsizlik ve hastanede kalış süresinde uzama, morbiditenin, mortalitenin artması ve komplikasyon gelişme riskinde artış görüldüğü ve hastaların yaklaşık %20’den fazlasının, kanserden çok beslenme ilişkili komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybettiği vurgulanmaktadır (21,23,30).

Tablo 1. Malnütrisyonu Neden Olan Faktörler (31)

1-Oral besin alım miktarının azalması
2-Kanserin lokal/sistemik etkisi
3-Psikolojik ve psikosozal faktörler
4-Kanser tedavisinin etkileri
a) Cerrahi
b) Kemoterapi
c) Radyoterapi

Pediatrik Onkoloji Hastasında Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Beslenme durumunun değerlendirilmesinde anamnez, fizik muayene, antropometrik değer, laboratuvar bulguları ve risk ölçüm araçları kullanılmaktadır. Bu yöntemler kullanılarak beslenmenin değerlendirilmesindeki amaç; malnütrisyon hastaların belirlenmesi, beslenme desteğine ihtiyacı olanların tespit edilmesi, vücut bileşenleri içeriğinin değerlendirilmesi ve beslenme desteğinin etkinliğinin izlenmesidir (32-34). Buna göre; hasta öyküsü ayrıntılı bir şekilde alınmalıdır. Hastanın 24 saatlik sürede tüketmiş olduğu besin miktarı, besin alım şekli, alım sıklığı, iştahsızlık, kilo kaybı, fiziksel yorgunluk, erken doyma hissi ve varsa eşlik eden başka hastalıkların varlığı dikkatli bir şekilde sorgulanmalıdır. Hasta öyküsü ve fizik muayenenin yanında, hastanın klinik durumuna ilişkin ölçüm parametreleriyle birlikte (antropometrik ölçümler, plazma proteinleri ve immün sistem testleri vb.) değerlendirilmelidir (34,35).

Fizik muayene sırasında çocuğun genel görünümü, cilt rengi, cilt bütünlüğü, oral kavite mukozası ve dişler ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmeli ve hasta takibinde boy ve kilo ölçümü doğru şekilde yapılmalıdır. Hastanın ne kadar süre içerisinde kaybettiği kilo malnütrisyonun değerlendirilmesinde kullanılan önemli parametrelerdendir. Kaybedilen kilonun ortalama değeri, bir hafta içinde %1-2, bir ay içinde %5 veya altı ayda %15’in üstünde ise bu durum ciddi derecede kilo kaybı olduğunu göstermektedir (35). Kilo kaybı değerlendirmesinde triseps, biceps, subskapular ve suprailak bölge kullanılarak cilt altı kalınlığı ölçümü yapılarak değerlendirilmelidir. Çocuklarda triseps bölge kullanımı yaş arttıkça sık kullanılmakta ve çocuktaki vücut yağ miktarını göstermektedir. Triseps cilt kıvrım kalınlığı 1 ila 4 yaş arasındaki çocuklarda 5mm.’den az olması malnütrisyon olarak kabul edilmektedir (26-31). Vücut Kitle

İndeksi (Body Mass Index-BMI); Vücut bileşenlerin yansıtılmasında kullanılan indeks olup, ağırlık (kg)/boy (m²) formülüyle hesaplanmaktadır. BMI vücut yağı ile ilgilidir ve yaş aldıkça bu değer değişkenlik göstermekte, ayrıca her ülkenin kendi çocuklarına ait vücut kitle indeksi kullanılmasının gerekliliği vurgulanmaktadır (17,18). Hastanın beslenmesi hakkında bilgi veren diğer bir parametre laboratuvar bulgularının (albümin, transferin, prealbümin, retinol bağlayıcı protein ve azalmış lenfosit durumu) değerlendirilmesidir. Karaciğer tarafından sentezlenen albümin, plazma onkotik basıncını sağlamakta ve stres, enfeksiyon, kemoterapik ajanlar, enteropati ve karaciğer yetmezliklerinde albümin düşüşü görülmektedir. Hastanın albümin 3g/dl'nin altında olması malnütrisyon varlığını düşündürmekte, aynı şekilde transferinde yine karaciğerden sentezlenen bir β - globülin olup, plazmada demirin taşınmasında rol almakta ve serumdaki düzeyi beslenme faktörlerinden ve demir metabolizmasından etkilenmektedir (18,31,36). Bu parametrelerin değerlendirilmesi sonucunda, hastanın gereksinimi olan enerji miktarı ve uygulanması planlanan yöntemin hangisi olduğuna karar verilmektedir. Böylece hastanın beslenme yöntemi ve desteğinin sağlanması için farklı çözümler ve planlamalar üretilmekte ve bunlardan biri de hastaya sunulacak nitelikli hemşirelik bakımınıdır (37). Hemşirelik bakımı hastanın klinik durumuna ve hastalığın seyrine göre değişiklik gösterebilmektedir. Hastaya etkin ve kaliteli hemşirelik bakımının planlanmasında, girişimlerin uygulanmasında ve sunulmasında pediatri hemşiresi bu değerlendirme araçlarından faydalanmalıdır (19,23,44). Pediatri hasta grubunun beslenme değerlendirilmesinde kullanılan tarama araçları Tablo 2'de gösterilmektedir.

Pediyatrik Onkoloji Hastalarında Beslenme Desteği ve Yöntemleri

Çocuğun beslenme durumunun değerlendirilmesi sonucunda, besin tüketiminin azalmasına neden olan durum, çocuğun klinik durumu ve temel besin gereksinim hesaplamaları ile tedavi planlanmakta ve destek yöntemi başlatılmaktadır (39,40). Çocuğa beslenme yöntemlerinin başlanmasında önemli bazı kriterler vardır. Bunlar;

- Son 6 ay içerisinde % 5' den fazla kilo kaybı
- Boya göre ağırlığın (zayıflık) 10 persentilden düşük olması
- Kan albümin düzeyinin 3 g/dl' nin düşük olması
- Kol çevresinin yaş ve cinsiyete göre 10 persentilden düşük olması
- Boya göre ağırlığın (zayıflık) normal değerlerin 2 persentil düşmüş olması
- İdeal vücut ağırlığın %90'ın altında olması (31).

Beslenmenin düzenlenmesinde hastada varolan malignitenin getirdiği ek gereksinimler de planlamada dikkate alınmalı ve bu parametreler ışığında interdisipliner ekip olarak hastaya özel beslenme planının hazırlanması, uygun destek yöntemiyle beslenmesi, beslenme durumunun izlenmesi ve bakımı sunulmalıdır (17,35).

Oral Beslenme Desteği

Oral beslenme desteği sağlarken, çocuğun mevcut durumu dikkate alınarak planlama yapılmalı ve girişimler uygulanmalıdır. Mümkünse oral yolla besin alımı önerilmeli ve bu konuda çocuk/ebeveyn desteklenmelidir. Ancak kemoterapi, radyoterapi, kemik iliği nakli ve cerrahi tedavi sonrasında birçok istenmeyen etki (bulantı, kusma, anoreksi, tat değişiklikleri ve mukozit) gelişebilmektedir (17,23). Bu yan etkiler çocuğun gereksinimi olan besin öğelerini sadece oral alım ile karşılamada yetersiz kalabilmekte ve böyle bir durum da diğer beslenme

Tablo 2. Pediatrik Hastalarda Beslenme Risk Durumunun Belirlenmesinde Kullanılan Tarama Araçları (24)

Tarama Ölçüm Aracı	Ölçüm Aracı Hakkında Bilgi	Ölçüm Aracının Bileşenleri					
		BKİ	Ağırlık/Yaş Ağırlık/Boy	Kiloda Değişim/Kayıp	İştah/ Besin Alımı	Klinik Bilgi	Diğer
E-KINDEX Electronic Kids Dietary Index	Sağlıklı çocuklar için elektronik araç olup obezite riski ile ilgili beslenme davranışlarının tespit edilmesinde kullanılır.				x		x ¹
IMCI Integrated Management of Childhood Illness	DSÖ tarafından gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık çalışanları tarafından kullanılmak üzere tasarlanmıştır.					x ²	
NRST-CF Nutrition Risk Screening Tool for Children and Adolescents with Cystic Fibrosis	Yatan veya ayakta tedavi alan kistik fibrozlu çocukların beslenme durumunun değerlendirilmesinde kullanılmak üzere tasarlanan bir tarama aracıdır.	x	x	x		x ³	
NutriSTEP Nutrition Screening Tool for Every Preschooler	Ebeveyn tarafından okul öncesi çocukların beslenme durum değerlendirilmesinde kullanılmak üzere geliştirilmiş bir araçtır.		x		x		x ^{4,5,6}
NutriSTEP Toddler Nutrition Screening Tool for Every Preschooler - Toddler	NutriSTEP'in modifiye edilmiş versiyonu olup, 18-35 aylık çocuklar için ebeveyn tarafından kullanılabilir bir ölçüm aracıdır.		x ⁷		x ⁸		x ^{4,5,6}
PNRS Pediatric Nutrition Risk Score	Akut yetersiz beslenme riski olan 1 aydan büyük ve hastanede yatan çocuklar için geliştirilmiştir.				x	x ^{3,9,10}	
PNST Pediatric Nutrition Screening Tool	Hastanede yatan çocuklarda beslenme değerlendirilmesinde kullanılmaya uygun ölçüm aracıdır.		x	x	x		x ¹¹
PMST Paediatric Malnutrition Screening Tool	2 ila 17 yaş arası hastanede yatan çocuklar için STAMP'ın modifiye edilmiş versiyonudur. Hem yetersiz hem de aşırı beslenme durumu olan çocuklarda kullanımı için geliştirilmiştir.	x	x		x		

Tablo 2. Pediatrik Hastalarda Beslenme Risk Durumunun Belirlenmesinde Kullanılan Tarama Araçları (24) (Devamı)

Tarama Ölçüm Aracı	Ölçüm Aracı Hakkında Bilgi	Ölçüm Aracının Bileşenleri					
		BKİ	Ağırlık/Yaş Ağırlık/Boy	Kiloda Değişim/Kayıp	İştah/ Besin Alımı	Klinik Bilgi	Diğer
PYMS Paediatric Yorkhill Malnutrition Score	1 yaşından büyük hastaneye yatarak tedavi uygulana çocuklar için geliştirilmiştir.	×		×	×	× ³	
SCAN Nutrition Screening Tool for Childhood Cancer	Kanser tanısı olan çocuklar için kullanımı uygun araçtır.			×	×	× ^{3,9}	
STAMP Screening Tool for the Assessment of Malnutrition	2-17 yaş arası hastanede yatarak tedavi gören çocuklar için geliştirilmiştir.	×	×		×	× ³	
STAMP (Mod) Screening Tool for the Assessment of Malnutrition in Pediatrics - Modified	STAMP'ın modifiye edilmiş versiyonu olup, ayakatna tedavi gören çocuklar için tasarlanmıştır.	×	×		×	× ³	
STRONGkids Screening Tool for Risk on Nutritional Status and Growth	Hastanede yatan çocuklar için önceden kullanılan beslenme araçlarına alternatif kullanımı basit olan bir araçtır.		×	×	×	× ^{9,10}	× ¹²

1. Diyet alışkanlıkları, pişirme teknikleri, yemek menüsü.
2. Şiddetli zayıflamaya eşlik eden her iki ayak bileğinde ödem varlığı.
3. Beslenme alımını etkileyen hastalık tanısı ve şiddeti, hastanın klinik durumu veya yoğun medikal tedavi uygulaması.
4. Diyet alışkanlıkları ve davranışları (Yeme davranışı, besin seçimi ve nedenleri, beslenme uygulamaları, yeme ve beslenme bozuklukları).
5. Fiziksel aktivite ve sedanter yaşam durumu.
6. Besin güvenliği ve zamanı.
7. Ebeveyn/bakım vericinin kilo ve büyüme ile ilgili endişesi.
8. Ebeveyn/bakım vericinin beslenme becerileri ile ilgili endişesi.
9. Beslenme bozulmasına neden olan gastrointestinal semptom varlığı.
10. Besinlerin tüketilmemesine neden olan ağrı ve diğer belirtilerin bulunma varlığı.
11. Görünür şekilde aşırı kilolu olma durumu.
12. Önceden beslenme destek yöntemleri alma durumu.

yöntemlerin uygulanmasına neden olabilmektedir (12). Oral beslenmenin fizyolojik olması, düşük maliyetli ve komplikasyon oranının düşük olması tercih nedenlerindedir. Tedavi sonucu ortaya çıkan bulantı, kusma, mukozit ve tat değişiklikleri vd. tedavi edilmesinde iyi bir hemşirelik bakımının etkisi ayrı bir değere sahiptir (19). Örneğin mukoziti olan çocuğu beslemeden oral mukozaya lokal analjezik, rahatlatıcı sprey ve bakım sağlandıktan sonra yumuşak, akışkan ve serin besinlerle beslenmesi sağlanmalıdır. Ayrıca kemoterapik ajanlarla birlikte çocukta magnezyum ve potasyum fazla miktarda kaybedilmektedir. İdrarla atılan magnezyum ve potasyumu yerine koyabilmek için bu minerallerden zengin bir beslenme hazırlanmalı ve çocuğun tüketebilmesi için desteklenmelidir (5-7). Kemoterapi sırasında çocuğun az ve sık aralıklarla beslenmesi, ağır kokulu besinlerin verilmemesi, yapay glikoz oranı fazla olan sıvı alımın kısıtlanması, besinlerin sürtünmeyi azaltarak ağrıya neden olmayacak püre veya akışkan şekilde olması, serin/hafif soğuk verilmesi oral alımın artırılmasına katkı sağlayabilmekte, bununla birlikte besinlerin hazırlanmasında görsel anlamda eğlenceli ve neşeli tasarımlar halinde sunulan besinleri yemek çocuk için keyif verici bir beslenme şekline dönüşebilmektedir. Mümkünse çocuğa sunulan besinlerin yüksek kaloriye sahip olmasına dikkat edilmelidir. Kemoterapik ajanların uygulanması aşamasında ise, çocuğun severek yediği besinlerin daha çok ve sık aralıklarla verilmesi sağlanmalıdır (39-44). Tüm bu uygulamalarda tercih edilen besinlerin yanı sıra bar türü besin destekleri ve suplemantal sıvı içeceklerle enerji alımının artırılması beslenme açısından başarılı olduğu ifade edilmektedir (40,41). Ayrıca çocukların hastane ortamını ve yemeklerini tüketmekten hoşlanmamaları hastane sürecinde daha fazla beslenme sorunu yaşadıkları bildirilmiştir. Bu durum çocukların hastane ortamını ve yemeklerini tüketmekten hoşlanmadıkları ile ilgili olabilir. Bundan dolayı klinikte annelerin çocuklarına sevdiği yemeği pişirebilmek, gerektiğinde hastane yemeğine alternatif bir öğün hazırlamak ve tüketilen besin miktarını arttırabilmek adına ortak kullanıma açık bir mutfağın olması önemlidir (31,33). Yani çocuğun sevdiği ve istediği yiyecekleri dikkate alarak öğün sunabilen kurum politikaları uygulanmalıdır (40). Onkoloji hastası bir çocuğun besinlerinin hazırlanması ve sunumu da ayrı önem taşımaktadır; sebzeler tazeliğini kaybetmeden pişirilmeli, bakteriyel kontaminasyonu önlemek için vakumlu şişe içecekler tercih edilmeli, küflenmiş peynir, pastörize süt ve ürünlerinden kaçınılmalı, ince kabuklu, soyulamayacak, yıkanamayacak meyve ve sebzelerden uzak durulmalı ya da kaynamış suda haşlandıktan sonra tüketilmesi sağlanmalıdır. Kemoterapinin neden olduğu iştah kaybını azaltmak için mümkünse tedavi saatinin yemek saatiyle aynı saatte olmaması, çocuğun ebeveyn/bakım vericisiyle birlikte yemek yiyebileceği bir ortam sağlanması ve protein-kalori açısından besin değeri yüksek öğün hazırlanması önerilmektedir (40-44).

Enteral Beslenme Desteği

Çocuğun oral yolla beslenmesi sağlanamadığında gerekli vücut bileşenlerini yerine koyabilmek için enteral beslenme yöntemi tercih edilebilecek yöntemlerden biridir. Çocuğun GİS'i fonksiyonel ve enteral beslenmeyi tolere edebiliyorsa kullanımı uygundur (32-34). Enteral beslenmeyle intestinal mukoza bütünlüğü korunduğu için önerilen ilk tercih edilen beslenme yöntemidir (5). Diğer avantajları ise kolay ve pratik, ekonomik olması, komplikasyon gelişme riskinin az olması, damar yoluna ihtiyaç duyulmamasıdır (7,39). Enteral beslenmenin, üç aydan kısa sürecekse nazogastrik tüp ile daha uzun sürecekse gastrostomi açılarak uygulanması önerilmektedir. Nazogastrik, nazoduedonal, nazojejunal beslenme sondası

yardımla nazaogastrik tüp takılır. Katetere bağlı olarak bulantı, kusma, mide boşalmasında gecikme, diyare ve tüpün yer değiştirmesi gibi sorunlar oldukça sık görülebilmektedir. Enteral beslenme; profilaktik amaçlı kullanıldığında vücut için temel besin öğelerini karşılamakta ve kilo alımını da sağlamaktadır (5-7). Loeffen ve ark. (2015)'in yapmış oldukları çalışmada 133 hematolojik kanser tanısı alan çocuğun enteral beslenme desteği sonrası özellikle 0. ve 3. ay ölçümlerinde vücut kitle indeksi ve yağ yüzdesinde hızlı şekilde artış olduğu ve malnütrisyondan düzeltildiği belirtilmektedir (15). Bu bağlamda hastanın beslenmesinin sağlanması ve sürdürülmesinden pediatri hemşiresi sorumludur. Enteral beslenme desteğinde hemşirenin farklı görevleri bulunmaktadır. Bunlar: hastaya tüpün takılması-çıkarılması, doğru yere yerleştirilmesi, tüp bakımı, güvenliği, istenilen besinlerin hastaya belirlenen zamanda uygun şekilde verilmesi, ağız bakımının sağlanması, konforun sürdürülmesi, komplikasyonların önlenmesi ve ebeveyn/bakım verici eğitimlerini kapsamaktadır (19,37).

Parantral Beslenme Desteği

Beslenme gereksinimlerini karşılayamayan, vücut için gerekli besin bileşenlerin periferik/santral kateter aracılığıyla hastaya verilmesidir (42,43). Moyses ve ark. (2017)'in metaanaliz çalışmasında erken dönemde parenteral beslenmeye başlanmasıyla enfeksiyon, komplikasyon, morbidite ve mortalitede azalma, tedaviye yanıt ve etkinliğinde artış olduğu sonucu bildirilmiştir (43). Parenteral beslenme desteğinin ön şartı gastrointestinal sistemin fonksiyonel olmamasıdır. Parenteral beslenmeyi gerektiren endikasyonlardan bazıları; kemik iliği nakliyle birlikte şiddetli bulantı, kusma ve ishal varlığı, bağırsağın greft versus-host hastalığı, ileri evre mukozit, intestinal obstrüksiyon, psödoobstrüksiyon, dismotilite sendromu ve radyasyon enterittir. Venöz tromboz, enfeksiyon riski, hiperglisemi ve sıvı yüklemesi en sık görülen komplikasyonlarındandır.

Bu beslenme desteğinde etkinliğinin sağlanması ve ortaya çıkabilecek komplikasyonların engellenmesinde etkin hemşirelik bakımı oldukça önemlidir. Hastanın kateter bakımı, ağız bakımı, laboratuvar parametrelerin kontrolü (glikoz, üre, albümin, lipid vd), aldığı çıkardığı sıvı izlemi, beslenme sıvısının doğru şekilde korunması, komplikasyonların önlenmesi ve hasta/ebeveyn eğitimleri önemli hemşirelik girişimlerindedir (19,20,41-44).

Malnütrisyonlu Pediatri Onkoloji Hastasında Hemşirelik Bakımı

Onkolojik tanıya sahip çocuğun beslenme durumunun takip edilmesinde interdisipliner ekibin iş birliği oldukça önemlidir. Bu ekipte yer alan pediatri klinik hemşiresinin hem hasta ile daha fazla zaman geçirmesi, hem de hastanın tedavi, takip, eğitim ve danışmanlık gibi primer sorumluluklarında yer alması nedeniyle hemşirenin farklı rolleri bulunmaktadır. Özellikle hastanın yatarak tedavi alıyor olması, enfeksiyon varlığı, metabolik, renal, kardiyolojik ve onkolojik hastalıklara sahip olma ile malnütrisyon arasında önemli bir ilişki olduğu vurgulanmaktadır (45). Bu bilgiler ışığında hemşirelik bakımıyla enfeksiyon önlenmesinde, hastalık ve tedaviye bağlı komplikasyonların erken tanınmasında, iyileşmenin desteklenmesinde, yatış süresinin kısalmasında ve sağlık bakım maliyetlerinin azaltılmasında ciddi katkılar sunmaktadır. Bunların olabilmesi için hemşirenin hastaya sunacağı bireyselleştirilmiş bakımı bütüncül yaklaşımla sunması önemlidir. (44-47).

Ayrıca çocukta malnütrisyonun gelişmesiyle hastanede kalınan süre ve tekrar yatış oranlarında artış olduğu bildirilmektedir. Hem hastalık hem de hastanede olmak aile düzeninin değişmesine ve strese neden olabilmektedir (46,47). Kahrman ve ark. (2020) onkolojik tanıya sahip çocukların ebeveynleriyle yapmış olduğu çalışmada stres, korku, rutin iş yükü, finansal zorluk, hasta olan çocukla daha fazla ilgilenme, diğer çocuk ve ev işlerine daha az zaman ayırma, akraba, sosyal ilişkiler ve hobilere zaman ayıramama, iş yerinden daha sık izin alma ve yorgunluk durumlarında artış olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna bağlı olarak bakım vericilerin yaşam kalitesi ile birlikte fiziksel, psikolojik, duygusal ve işlevsel yönden sağlık durumları olumsuz etkilenmektedir (48-50). Ebeveyn/bakım vericilerin hastane yatış sürecinde gereksinim duydukları uygun ortamın sağlanması, fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden desteklenmesi, mali açıdan uygun finans kaynaklarına ulaşmada rehberlik edilmesi aile dinamiğine olumlu katkı sağlayacağı düşünülmekte ve hem sağlık kurumu hem de klinik hemşiresinin de içinde bulunduğu interdisipliner ekip üyeleri bu noktada destekleyici tutum ve davranış sergilemelidir. Ayrıca bu yönde iyileştirici sağlık politikaları geliştirilmeli ve klinik uygulamaya yansıtılmalıdır (48-51). Literatürde malnütrisyon gelişme durumları ile düşük sosyo-ekonomik düzey, bakım vericilerin yetersiz eğitim durumları ve yetersiz beslenme ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (52,53). Bu bağlamda çocuğun bakımından sorumlu pediatri hemşiresi, sosyo-ekonomik durumu ve eğitim düzeyi düşük olan çocuğun bakım vericilerine önemli konularda eğitim ve danışmanlık yapması gerekmektedir. Bunlar; hijyen kuralları ve ek olarak besinlerin hazırlanması, pişirilmesi ve saklanması içermektedir. Ayrıca, hastane ortamı da çocuğun beslenmesini olumsuz yönde etkilediği ve malnütrisyona dolaylı olarak neden olduğu unutulmamalıdır. Bu durumda hastane yemek menüsünün çocukların hoşlandığı ve severek tükettiği uygun ve günlük alması gereken besinlerden hazırlanması, denetlenmesi ve takip edilmesi de önemli başlıklardandır (19,37,45).

Çocuğun malnütrisyon gelişme açısından risk taşıması ve bu risk durumunun belli periyotlarda değerlendirmesinde, takip ve erken sürede tespit edilmesinde, malnütrisyonun neden olabileceği sorun ve komplikasyonların önlenmesinde, erken sürede tedavi edilmesinde pediatri hemşiresinin bu noktalarda da görevleri bulunmaktadır. Malnütrisyon ortaya çıkmadan erken dönemde tespit edilmesiyle birçok komplikasyon önlenerek tedavide başarı elde edilecektir. Malnütrisyonu tanılama da birçok tarama yöntemleri, sınıflama ve araç kullanılmaktadır (15,20,32). Hastaların beslenme durumunun belirlenmesinde kurum tarafından uygun tarama yöntemi belirlenmeli ve klinik hemşiresi tarafından kullanılmalıdır. Pediatri hemşiresi hastanın kliniğe yatışıyla beslenme durumunu değerlendirmeli, uygun beslenme desteğine karar verilmesi, uygulanması, sonlandırılması aşamalarında yer almalı ve önemli girişimlerini yerine getirmelidir (51). Yapılan bir sistematik derleme de, hastanın beslenmesinde sekiz standart hemşirelik girişiminin yapılması gerektiği belirtilmiştir (44). Bu standartlar;

- Tüm hastaların hastaneye yatış sırasında beslenme durumlarının belirlenen tarama aracı ile değerlendirilmesi ve izlenmesi,
- Hastaya özgü beslenme bakım planının oluşturulması ve uygun girişimlerin zamanında ve doğru şekilde uygulanması,
- Hastaların hastaneye yattıkları ilk 24 saatte besin tüketebilme becerenlerinin değerlendirilmesi,

- Hastaların gereksinimi olan destek ve bakımın sağlanabilmesi için klinik hemşire sayısının yeterli olması,
- Hastaların yemek/öğün zamanına dikkat edilmesi ve gerekli özenin gösterilmesi,
- Hastaların belirlenen sıklık ve uygun yöntemle ağız bakımının verilmesi ve desteklenmesi,
- Klinik hemşirenin beslenme konusunda özel eğitime sahip olması,
- Klinik hemşirenin interdisipliner ekip ile sinerjik halde çalışması sağlanmalıdır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Pediyatrik onkoloji hastalarında tanı aşamasından başlamak üzere;

- Kliniğe yatışı yapılan çocuğun malnütrisyon açısından değerlendirilmesi hemşire tarafından uygun ölçek/araçla yapılmalı ve belli periyotlarda izlenmeli,
- Çocuğun tüketmesi gereken tüm besinlerin uygun şekilde hazırlanması sağlanmalı,
- Çocuğun tükettiği besin miktarı izlenmeli ve uygun ortam hazırlanmalı,
- Besin alımına engel olan durumların ortadan kaldırılması ve sorunlara çözüm üretilmeli,
- Destek beslenme yöntemine (oral, enteral, parenteral) uygun hemşirelik bakımları doğru, eksiksiz ve zamanında yapılmalı,
- Malnütrisyon riski olan çocuğun ebeveyn/bakım vericisi sürece aktif katılımı sağlanarak planlı eğitim ve danışmanlık verilmelidir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

1. Fanzo, J., Hawkes, C., Udomkesmalee, E., Afshin, A., Allemandi, L., Assery, O., ... & Schofield, D. (2019). 2018 Global Nutrition Report.
2. Pekcan, G. (2008). *Beslenme Durumunun Saptanması*. 1.baskı, s.3-34, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 276, Ankara
3. Saner, G, Durmaz, Ö, Gökçe, S.(2010). "Protein-Enerji Malnütrisyonu", Neyzi, O., Ertuğrul, T.(Ed), *Pediyatri Kitabı*, 4. Baskı, (s.239-50). İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri
4. Erkan, T, Yalvaç, S, Erginöz, E, Çokuğraş, FÇ, Kutlu, T. (2012). "İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Yuvası'ndaki Çocukların Beslenme Durumlarının Antropometrik Ölçümlerle Değerlendirilmesi", *Türk Pediyatri Araştırma Dergisi*, (42),142-47.
5. Cohen, J, Wakefield. CE, Tapsell, LC, Walton, K, Cohn, RJ. (2017). "Parent, Patient and Health Professional Perspectives Regarding Enteral Nutrition in Pediatric Oncology." *Nutritional Dietetics*, (74), 476-87.

6. T.C Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2017). Türkiye Kanser İstatistikleri Raporu. Erişim Adresi: Erişim Tarihi: 04.04.2019).
7. Eker, İ, Gürsel, O, Kürekçi, AE.(2015). “Çocukluk Çağı Hematolojik Malignitelerinde Beslenme.” *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, (2), 152-9.
8. Bauer, J., Jurgens, H, Fruhwald, M.C.(2011). Important aspects of nutrition in children with cancer. *Advanced Nutrition*, (2),67-77.
9. Adıgüzel, T.K., Gürsel, O., Özel, G.H(2017). Lösemili Çocuklarda Beslenme Durumu: Tedavi Dönemi ile Tedavi Sonrası Dönem Farklı Mıdır? *Beslenme Diyetetik Dergisi*, 45(2),99-106.
10. Brinksma, A, Huizinga, G, Sulkers, E, Kamps, W, Roodbol, P, Tissing, W. (2012). “Malnutrition in Childhood Cancer Patients: A review on its Prevalence and Possible Causes.” *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, (83),249–75.
11. Tan, S.Y., Poh, B.K., Nadrah, M.H., Jannah, N.A., Rahman, J., Ismail, M.N.(2013). Nutritional status and dietary intake of children with acute leukaemia during induction or consolidation chemotherapy. *J Hum Nutr Diet*, (26),23-33.
12. Steele, C, Salazar, A, Rypkema, R.(2016). “Utilization of a Nutrition Support Algorithm Reduces Unnecessary Parenteral Nutrition Use in Pediatric Oncology Inpatients.” *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 116 (8), 1235-8.
13. Lingtak, C, Charlene, C, John, KD, Rose, AD, Peggi, G, Helaine, R, Thomas, RZ.(2014). “American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Research Agenda.” *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, (8),13-8.
14. Kaduka, L.U, Bukania1 Z.N, Opanga, Y, Mutisya, R, Korir, A, Thuita, V, Nyongesa, C, Mwangi, M, Bakaya, M.F.C., L, Muniu, E.(2017). “Malnutrition and Cachexia Among Cancer Out-Patients in Nairobi, Kenya”. *Journal of Nutritional Science*, 6 (63),1-10.
15. Hulst, M.J., Huysentruyt,K., Joosten, K.F.(2020). Pediatric screening tools for malnutrition: an update. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 23(3),203-9.
16. Rogers PC. (2014). Nutritional status as a prognostic indicator for pediatric malignancies. *J Clin Oncol*, (32),1293–4.
17. Andrassy R, Walter, WJ. (1998).”Nutritional Support of The Pediatric Oncology Patient Nutrition”,*Journaol of Nutrition*, 1(14),124-9.
18. Başaran, GA.(2004). “Kanser hastalarında beslenme.” *Klinik Gelişim Dergisi*, (17),24-32.
19. Pars, H.,Kazancı H., Bayram, G.S.(2020). Hastanede Yatan Çocuklarda Malnütrisyon Gelişme Durumunun Değerlendirilmesi. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*, 7(1), 15-22.
20. Chourdakis, M., Hecht, C., Gerasimidis, K., Joosten, KF., Karagiozoglou –Lampoudi. T., Koetse, HA., et al. (2016). Malnutrition risk in hospitalized children: use of 3 screening tools in a large European population. *Am J Clin Nutrition*, (103),1301–10.
21. Loeffen, E.A.H, Brinksma, A, Miedema, K.G.E, Bock, G.H, Tissing, W.JE.(2015). “Clinical İmplications of Malnutrition in Childhood Cancer Patients—*Infections and Mortality*.” *Support Care Cancer*, (23),143–150.
22. Kudubeş, A.A., Bektaş, M. (2017). Pediyatrik Onkoloji Hastalarında Yorgunluğun Yaşam Kalitesine Etkisi. *The Journal of Pediatric Research*, 4(3),96-102.
23. Selwood, K., Ward, E., Gibson, F.(2010). Assessment and management of nutritional challenges in children’s cancer care: A survey of current practice in the United Kingdom. *Eur J Oncol Nurs*, (14),439-46.
24. [https://www.andeal.org/topic.cfm?menu=5767&cat=5922#:~:text=Pediatric%20Nutrition%20Risk%20Score%20\(PNRS,by%20nursing%20or%20medical%20staff.](https://www.andeal.org/topic.cfm?menu=5767&cat=5922#:~:text=Pediatric%20Nutrition%20Risk%20Score%20(PNRS,by%20nursing%20or%20medical%20staff.;); (ErişimTarihi:19.06.2020).

25. Dişçi, E., Yıldırım, K.Z., Büyükavcı, M., Karakelleoğlu, C. (2018). Kanserli Çocuklarda Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi. *Journal of Currents Pediatri*,6(1),85-99.
26. Yarış, N., Akyüz, C., Coşkun, T., Kutluk, T., Büyükpamukçu, M. (2002). Nutritional status of children with cancer and its effects on survival. *Turk J Pediatr*, (44),35-9.
27. Srivastava, R., Pushpam, D., Dhawan, D., Bakhshi, S. (2015). "Indicators of Malnutrition in Children with Cancer: A Study of 690 Patients From a Tertiary Care Cancer Center." *Indian J Cancer*, (52),199-201.
28. Linga VG, Shreedhara AK, Rau ATK, Rau A. Nutritional Assessment of Children with Hematological Malignancies and Their Subsequent Tolerance to Chemotherapy. *Ochsner J*,(12),197-201.
29. Beser, O.F., Cokugras, F.C., Erkan, T., et al. Evaluation of malnutrition development risk in hospitalized children (2018). *Nutrition*,(48),40-7.
30. Yılmaz, B.O, Erdem, D., Kemal, Y. (2011)."Kanser Hastalarında Beslenme." İç Hastalıkları Dergisi,18 (3),133-43.
31. Yıldırım, T. (2004). "Kanserli çocuklarda beslenme durumunun değerlendirilmesi." Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları 2. Çocuk Kliniği, İstanbul.
32. Murphy, A.J, White, M., Viani, K., Mosby, TT.(2016). "Evaluation of the nutrition screening tool for childhood cancer (SCAN)". *Clinical Nutrition* ,(35),219-24 .
33. Öztürk, Ş.(2015). "Kemoterapi Alan Kanserli Çocuklarda Oral Mukozit Gelişimi ve Beslenme Durumu ile İlişkisi". Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
34. Sarhill, N.F., Mahmoud, D., Walsh., K.A, Nelson, S., Komurcu, M, Davis, S, LeGrand, O., Abdullah, L. (2003)."Evaluation of Nutritional Status in Advanced Metastatic Cancer." *Support Care*,(11),652–9.
35. Fearon, K., Strasser, F., Anker, S.D., Bosaeus, , Bruera, E., Fainsinger, R.L., Jatoi, A., Loprinzi, C., MacDonald, N., Mantovani, G., Davis, M., Muscaritoli, M., Ottery, F., Radbruch, L., Ravasco, P., Walsh, W.A., Kaasa, S., Baracos, V.E.(2011). "Definition and Classification of Cancer Cachexia: An International Consensus". *Lancet Oncology Science*,(12),489-95.
36. Taşkın, F, Çınar, S.(2009). "Onkoloji hastalarında beslenme." *İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi*,17(1),53-60.
37. Gürkan, A., Gülseven, B., (2013). Enteral beslenme: bakımda güncel yaklaşımlar. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 116-22.
38. Pizzo, P.A., Poplack, D.G.,Library, R. (2006). Principles and practice of pediatric oncology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
39. Çanga, N. (2013). "Solid Tümörlü Çocuklarda Kemoterapiye Bağlı Tat Değişimi Ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi". T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
40. Dinler, G.(2008). "Kanser Hastalarında Beslenme ve Hemşirelik Yaklaşımı" *Dirim Tıp Gazetesi*, (83), 56 - 63.
41. Çelebi, D., Yılmaz, E., (2019). *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (7), 714-731.
42. Blackmer, AB., Partipilo, ML. (2015). "Three-in-One Parenteral Nutrition in Neonates and Pediatric Patients: Risks and Benefits." *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*,30(3),337-43.
43. Moyses, H.E, Johnson, MJ, Leaf, AA, Cornelius, V.R(2013). "Early parenteral nutrition and growth outcomes in preterm infants: a systematic review and meta-analysis." *Am J Clin Nutr*, (97),816–26.

44. Jefferies, D., Johnson, M., Ravens, J. Nurturing and nourishing: the nurses' role in nutritional care (2011). *Journal of Clinical Nursing*. (20),317-30.
45. Joosten, KFM., Hulst, JM.(2008). *Prevalence of malnutrition in pediatric hospital patients. Curr Opin Pediatr*, (2),590-6.
46. Tolkacheva, N., Broese, M., Groenoui, V., Boer, A., Tilburg, T. (2011). The impact of informal care- giving networks on adult children's care-giver burden. *Ageing & Society*, (31),34-51.
47. Hopancı, B.D., Yıldırım, S.H., Yılmaz, M., eting l, N., Kantar, M. (2019). Nasogastric Tube Feeding Experiences in Pediatric Oncology Patients and Their Mothers. *Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 42(3), 287-93.
48. Kahrıman, İ., Demirbag, B.C., Bulut, H.K. (2020). An Evaluation of the Changes Experienced by the Parents of Children with Cancer. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1),448-56.
49. Jeong, Y. G., Myong, J. P., Koo, J.W. (2015). The modifying role of caregiver burden on predictors of quality of life of caregivers of hospitalized chronic stroke patients. *Disability and Health Journal*, 8(4), 619–625.
50. Rha, S.Y., Park, Y., Song, S. K., Lee, C. E., Lee J. (2015). Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients: The relationship and correlates. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(4),376–382.
51. Bekdemir, A., İlhan, N. (2019). Predictors of Caregiver Burden in Caregivers of Bedridden Patients. *The Journal of Nursing Research*, 27(3),1-9.
52. Mevlitoğlu, Ő.(2015). *Hastanede yatan çocuklarda malnütrisyon oranının ve nütrisyonel risk skorlamasının belirlenmesi*. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi).Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.
53.  zturk, Y., Büyükgebiz, B., Arslan, N., Ellidokuz, H.(2003). Effects of hospital stay on nutritional anthropometric data in Turkish children. *J Trop Pediatri*, (49),189-90.
54. Kondrup, J., Allison, S.P., Elia, M., Vellas, B., Plauth, M.(2003). Educational and Clinical Practice Committee, European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clin Nutrition*, (22), 415-21.
55. Corkins, M.R., Griggs, K.C., Groh-Wargo, S. (2013). American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Board of Directors; American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Standards for nutrition support: pediatric hospitalized patients. *Nutr Clin Pract*. (28),263-6.