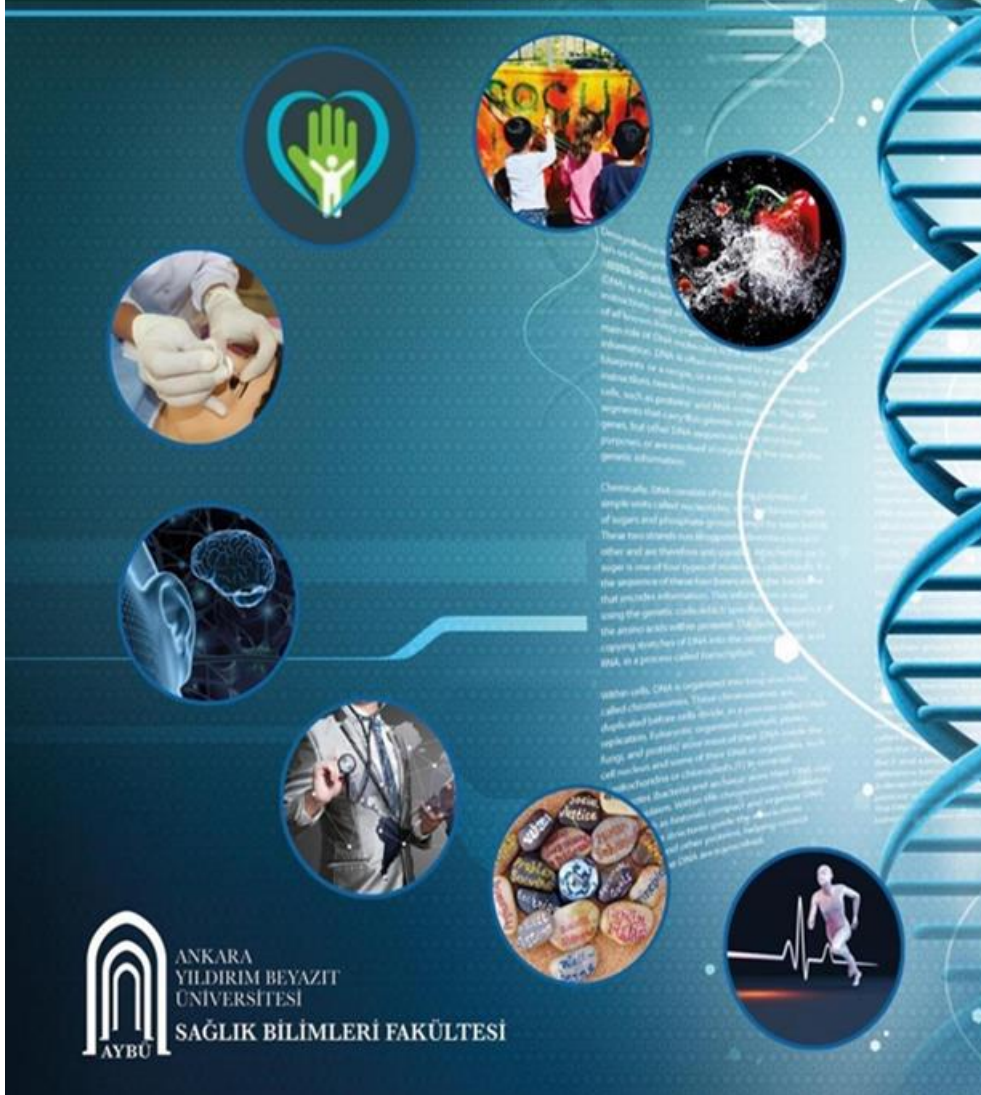


TÜRKİYE SAĞLIK BİLİMLERİ VE ARAŞTIRMALARI TURKISH JOURNAL OF HEALTH SCIENCES AND RESEARCH DERGİSİ

Cild/Volume: 04

Sayı/Number: 01

Yıl/Year: 2021



ANKARA
YILDIRIM BEYAZIT
UNIVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

Derginin Sahibi

Prof. Dr. İbrahim AYDINLI

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan V.

Bas Editör

Doç. Dr. Nazan TORUN

Ankara Yıldırım Beyazıt Bölümü, Sağlık Yönetimi Bölümü

Editör Yardımcıları

Doç. Dr. Sena KAPLAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Banu MÜJDECİ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Odyoloji Bölümü

Teknik Editör

Arş. Gör. Yasemin ATEŞ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Mizanpaj Editörleri

Arş. Gör. Kerim Kaan GÖKÜSTÜN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Hilal MECİT, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Biyoistatistik Editörleri

Prof. Dr. Selim Yavuz SANİSOĞLU, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Pervin DEMİR, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Yazım Dili Editörleri

Arş. Gör. Kürşad KARAKOÇ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Çiğdem ÖNEN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Sevilay BAŞ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Yazı İşleri Müdürü

Doç. Dr. Hilal TÜZER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Redaktörler

Arş. Gör. Elmas AKIN ALTINCI, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Dr. Sibel PEKSOY, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Dr. Kübra YILMAZ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi (TUSBAD), Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin bir yayınıdır.

Bilimsel Danışma Kurulu

Prof. Dr. Nazan AKTAŞ, Selçuk Üniversitesi, Konya, Türkiye
Prof. Dr. Yeşim BAKAR, İzmir Bakırçay Üniversitesi, İzmir, Türkiye
Prof. Dr. Mehmet GÜNAY, Gazi Üniversitesi, Ankara, Türkiye
Prof. Dr. Ayşegül GÜVEN, Başkent Üniversitesi, Ankara, Türkiye
Prof. Dr. İsmail Hakkı DEMİRCİOĞLU, T.C. İçişleri Bakanlığı Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi, Ankara
Prof. Dr. Sevim SAVAŞER, Biruni Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU, Atılım Üniversitesi, Ankara, Türkiye
Doç. Dr. Müdriye YILDIZ BIÇAKÇI, Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye
Doç. Dr. Tarık TUNCAY, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Editör Kurulu

Prof. Dr. Cengiz ÖZBESLER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü
Prof. Dr. Baki YILMAZ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Spor Bilimleri Bölümü
Prof. Dr. Ali İhsan AKGÜN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü
Doç. Dr. Yahya ÖZDOĞAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü
Doç. Dr. Sena KAPLAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü
Doç. Dr. Banu MÜJDECİ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Odyoloji Bölümü
Doç. Dr. Şeyda TOPRAK ÇELENAY, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü
Doç. Dr. Fatma Elif KILINÇ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Çocuk Gelişimi Bölümü
Doç. Dr. Nazan TORUN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü
Doç. Dr. Hilal TÜZER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Adres: ‘‘Etlık Doğu Kampsüsü’’ Ayvalı Mahallesi Gazze Caddesi Keçiören Belediyesi Yüzme Havuzu Üstü

Keçiören/ANKARA

E-mail: saglikbilfakulte@ybu.edu.tr

Tel: (0312) 324 1555/ 1908/1909/1910/1911

Belgegeçer (Faks): (0312) 906 2967

Derginin Bu Sayısında Görev Alan Hakemlerimiz

Ayşegül KOÇ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Çiğdem SARI, Gazi Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Esra KARACA ÇİFTÇİ, Beykent Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Esra KILIÇ CEYHAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Evrin KIZILAR, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Gözde ARITICI, Acıbadem Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Gülşay YAZICI, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Gülendam HAKVERDİOĞLU YÖNT, Kıbrıs İlim Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Hicran ÇETİN GÜNDÜZ, Başkent Üniversitesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programı

Hilal TÜZER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Lale AKAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Mehmet Zeki AVCI, Kıbrıs İlim Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Nural ERZURUM ALİM, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Sema KOÇAŞLI, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Sena KAPLAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Sevil ŞAHİN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Sibel PEKSOY, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Yahya ÖZDOĞAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Covid-19 Teşhisi Almış ve Almamış Bireylerin Özgecilik Tutumları Üzerine Nitel Bir Araştırma

Meral TİMURTAŞ¹, Nilay GEMLİK²

ÖZ

Amaç: Empatik ve yardımsever duygularla oluşan özgecilik bulaşıcı hastalıklarla mücadelede bireyleri güdüleyen duygulardan biridir. Araştırmanın amacı salgın döneminde Covid-19 teşhisi almış ve almamış bireylerin özgeci davranışlarını incelemektir.

Yöntem: Çalışmamız nitel bir araştırma olup deseni olgu bilimdir. Örneklem, kartopu örnekleme ve kolay ulaşılabilir durum örnekleme ile seçilmiştir. Katılımcılara salgın dönemindeki özgeci eylemlerine yönelik açık uçlu altı soru yöneltilmiştir. İçerik analizi ve betimleyici analiz yapılmıştır.

Bulgular: Covid-19 teşhisi almayan bireylerin teşhis alanlara göre daha az maddi yardımlarda bulunduğu görülmüştür. Teşhis alan bireylerin salgın tedbirlerine uyumu daha çok salgın bilinciyle ilişkilendirilmiştir Her iki grubun salgın döneminde en fazla sağlık çalışanları ile ilgili empati yaptığı görülmüştür.

Sonuç: Özgecil tutumun salgın tedbirlerine uyumu arttırmasının yanı sıra bağış ve yardım gibi davranışları da etkileyebildiği görülmüştür. Araştırma sonuçları özgeciliğin salgınla mücadeledeki prososyal moderatör rolünü açıklamaya katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Covid-19; Empati; Özgecilik; Salgınlar

A Qualitative Research on The Altruistic Behavior of Individuals With and Without Covid-19 Diagnosis

Meral TİMURTAŞ¹, Nilay GEMLİK²

ABSTRACT

Aim: Altruism, created with empathy and feeling helpful, is one of the emotions that motivate individuals to fight against infectious diseases. The study aimed to examine the nature of altruistic behavior and how it differs in individuals with and without Covid-19 during the epidemic period.

Method: This study was qualitative research and its pattern was phenomenology. The snowball sampling and easily accessible case sampling were selected for data collection Six open-ended questions were asked to participants regarding the altruistic actions during the epidemic period. Content analysis and descriptive analysis were done.

Results: Individuals who were not diagnosed with Covid-19 had less financial assistance than those diagnosed. Both groups showed their empathy mostly for health workers during the epidemic period.

Conclusion: The altruistic behaviors affected individuals' attitudes towards pandemic measures as well as donations and helping attitudes. The results of this study can contribute to explaining the moderator role of altruism in fighting against the epidemic.

Keywords: Altruism; Covid 19 Pandemic; Empathy; Epidemics

¹Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, Türkiye

²Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, Türkiye

Sorumlu Yazar: Meral TİMURTAŞ

E-posta adresi: meraltimurtas1@gmail.com

ORCID No: 0000-0002-8382-1976

Gönderi Tarihi: 25.06.2020

Kabul Tarihi: 02.02.2021

GİRİŞ

Özgecilik Kavramı

Özgecilik kavramı felsefe ve sosyal bilimlerin birçok alanında irdelenmiş bir konudur. Post modernizmin etkisiyle refah, faydacılık, bireysellik gibi kavramların toplum kültürüne derinden yansımalarıyla beraber literatürde daha fazla tartışılmaya başlanmıştır. Fransızcada 'altru-isme' terimi ilk Auguste Comte tarafından *Système de Politique Positive* eserinde kullanılmıştır. Diğerleri için anlamına gelen altruizm (özgecilik) 1850'lerden itibaren sosyal bilim yazınında popülerleşmeye başlamıştır (1). Özgecilik genelde Türkçede diğerkâmlık, yardımseverlik ve elseverlik kavramları ile eş anlamlı (2); bencillik (egoizm) kavramıyla ise karşıt anlamlı (3) olarak kullanılmaktadır. Özgecilik en geniş anlamıyla başkalarının çıkar ve faydalarını desteklemek anlamına gelir (4). Ayrıca özgecilik herhangi bir beklenti ummaksızın ve yine dışsal bir yaptırım müdahalesi olmadan yerine getirilen ahlaki olarak gelişmiş bir prososyal davranış biçimidir (5).

Çağımızda insanların bireysel menfaatleri doğrultusunda hareket etmesi hatta sosyal ilişkilerini bu doğrultuda dinamize etmeleri

oldukça yaygın hale gelmiştir. Bu nedenle özgeci davranış geniş bir spektrumda ortaya çıkmaktadır (6). Karadağ ve Mutağçılarının aktardığına göre Leeds özgeci davranışın üç özellik çerçevesinde oluşması gerektiğinin altını çizmiştir. Bunlar; mutlaka ve asgari bir bireye fayda sağlaması, gönüllülük esasına dayanması ve başlatıcı olarak ödül mekanizmasının işlememesidir (7). Ödülden kasıt özgeci davranıştan dolayı doğacak herhangi bir faydanın varlığıdır. Özgecilik kuramcılarının özgeci eylem sonunda gerçekleştirilecek gösteriş yapma dürtüsü dahil tüm faydalar eylemin özgeci olmasını ortadan kaldıracağına altını çizmektedir. Bazı teorisyenlere göre özgecilik, insanın eylemleri sonucunda dış kaynaklardan sağlanacak herhangi bir ödül beklentisi olmadan başkalarına yardımda bulunmaktır. Bir başka ifadeyle çıkar elde etme fikriyle bağış yapma veya birilerine gösteriş yapmak için para yardımında bulunma özgeci davranışın özünü bağdaşmamaktadır (8). Bireyler karşısındaki kişi veya kişilerin bakış açısını anlayarak empati ve sempatilerini geliştirirler. Bu da özgeci davranışlarının tutuma dönüşmesinde önemli rol oynar (9, 10). Özgeci davranışta motivasyon ve niyetler sonuçlardan daha

önemlidir. Örneğin başkası için iyi niyetle bir eylemde bulunmanıza rağmen sonucu istediğiniz gibi olmadığı durumlarda özgeciliği azaltmamaktadır. Hatta Monroe'e göre özgeci davranış kişinin refahını azaltma riski taşımaktadır. Bu şekilde hem özgeci davranışta bulunan hem de kişinin veya toplumun refahını iyileştiren eylemler genel olarak kolektif davranış olarak kabul edilmektedir (11). Özgeci davranışta motivasyon ve niyetler sonuçlardan daha önemlidir. Örneğin başkası için iyi niyetle bir eylemde bulunmanıza rağmen sonucu istediğiniz gibi olmadığı durumlarda özgeciliği azaltmamaktadır (11). Bu özgecil davranışının ahlaki değerinin amacına ulaşip ulaşmamasından daha kıymetli olduğunu gözler önüne sermektedir.

Özgeciliğin Yardımseverlik ve Empati ile İlişkisi

Sosyal psikolojide tanımlandığı gibi özgecilik başkası odaklıdır. Birincil amacı başkalarının refahını arttırmaktır (12, 13). Bu nedenle özgecilik empatik, prososyal ve yardımsever davranışların itici güç olmasıyla şekillenir (14). Empati, “(a) bir başkasının duygusal durumundan etkilenme ve paylaşma, (b) diğerinin durumunun nedenlerini değerlendirme ve (c) bakış açısını benimseme,

diğeriyle özdeşleşme” olarak tanımlanır (15). Empati bireyin diğerlerinin duygu ve davranışlarını anlamayı ve nasıl olduğunu hissetmeyi sağlamaktadır (16). Bu bilişsel ve duygusal farkındalık hali ise özgecil davranışının ortaya çıkmasını tetiklemektedir (17). Dolayısıyla kavramsal olarak bencillikten özgeciliğe giderken empati önemli bir basamak olarak kabul edilmektedir (18). Nitekim önemli kanıtlar, müşkül durumdaki bir kişiye empati hissetmenin o kişiye daha fazla yardım edilmesine yol açtığı fikrini desteklemektedir (19, 20). Hoffman tarafından “yardım etmek veya paylaşmak gibi bilinçli olarak kendi çıkarını gözetmeksizin diğerlerinin iyiliğini artıran davranış” olarak tanımlanan özgecilik yardımseverlik kavramından bağımsız düşünülmemelidir (21).

Özgecilik ve Covid-19

Literatürdeki yaklaşımların bütünü özgeciliğin sağlayacağı bireysel ve toplumsal faydayı irdelemektedir. Bu bağlamda, özgeciliğin yaratacağı kolektif fayda toplum sağlığını ilgilendiren bir problemde psikososyal çözüm önerilerine eklenebilir. 2019 Aralık ayının sonu itibarıyla ilk Çin'in Wuhan şehrinde ortaya çıkan

SARS-CoV-2 virüsünün sebep olduğu COVID-19 pandemi beklenmedik bir hızla onlarca ülkeye yayılmıştır. (22). Mayıs 2020 itibariyle 295.000'den fazla insan hayatını kaybetmiştir (<https://covid19.who.int/>) ve vaka sayısı artmaya da devam etmektedir. Bu çapta bir pandemi ile ulusal ve bireysel düzeyde mücadele ederken tıbbi, ekonomik, sosyolojik ve psikolojik enstrümanlar bir arada kullanılmaktadır. Bunlardan bazıları çok gerekli olmadıkça kişilerin sağlık kuruluşlarına başvurmaması, tıbbi maske kullanımı, sosyal izolasyon, kısmi sokağa çıkma yasakları gibi bir dizi uygulamadır (22, 23).

Bireyler arası doğrudan temas virüslerin bulaşmasını tetikler ve bireyler bu hastalıkların çoğunun bulaşma olasılığını azaltmak için önleyici davranışlarda bulunabilirler. Bireylerin şahsi olarak aldıkları önlemler pandeminin kontrol altına alınmasına yardım etmektedir. Bu önlemlerin hayata geçirilmesinde özgecilik farklı şekillerde rol oynamaktadır (24). Holmes ve arkadaşları Covid-19 pandemisinin psikolojik ve sosyal etkilerine yönelik uzun dönemli stratejileri belirledikleri çalışmada virüsle mücadelede özgeciliğin etkin bir araç olduğunu ortaya koymuşlardır (25). Wilson'ın

yaptığı çalışmada bulaşıcı bir hastalıkta özgeciliği yüksek bireylerin başkalarına virüs bulaşmasını önlemek için daha fazla hassasiyet gösterdiklerini saptamıştır (24). Ayrıca Brooks ve arkadaşları, pandemilerle ilgili yaptıkları derleme çalışmada, toplum yararı söz konusu olduğunda kendini karantinaya almanın özgecil yanına vurgu yapmışlardır. Özgeci güdülenmenin karantina gibi stresli bir durumu kolaylaştıracağını ortaya koymuşlardır (26). Covid-19 pandemisi boyunca maske kullanımının irdelendiği başka bir makalede ise maske kullanımının sadece kendini korumadan ibaret olmadığını bireyin özgeci davranışının bir sonucu olarak toplumsal dayanışmayı arttıracığı belirtilmiştir (27).

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü ve Amacı

Empatik ve yardımsever duygularla oluşan özgecilik bulaşıcı hastalıklarla mücadelede bireyleri güdüleyen duygulardan biridir. Özgeciliğin pandemiler veya halk sağlığı bağlamında araştırıldığı çok az sayıda çalışma olduğu görülmektedir (28). Bu nedenle literatürde Covid-19 pandemisiyle mücadelede özgecil davranışın rolü hakkında ampirik kanıtlar sağlamak

için bir alan bulunmaktadır. Bu araştırma Covid-19 teşhisi almış ve almamış bireylerin salgın dönemindeki özgeci davranışlarının niteliğini ve farklarını incelemek amacıyla yapılmış nitel bir araştırmadır. Covid-19 teşhisi almış ve almamış bireylerin salgın dönemindeki özgeci davranışları ve bunlarının nedenlerinin araştırılması dolayısıyla araştırma deseni olarak Olgu Bilim (Fenomenolojik) kullanılmıştır. Olgu bilim deseni bir olgunun arka planındaki müşterek anlamını ve nedenlerini bireylerin deneyimlerinden yola çıkarak açıklamayı sağlayan bir nitel araştırma desenidir (29).

Araştırma Soruları

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin sorular yaş, cinsiyet, meslek ve eğitim durumundan oluşmaktadır. Araştırma soruları literatürdeki özgeçiliğin yardımseverlik ve empati ilişkisinden hareketle oluşturulmuştur. Covid-19 teşhisi almış ve almamış bireylerin özgeci tutumlarını ve nedenlerini belirlemek amacıyla altı adet açık uçlu soru sorulmuştur. Bir adet soru (dördüncü soru) teşhis sonrası ile ilgili olduğundan Covid-19 geçirmemiş bireylere yöneltilmemiştir.

Açık uçlu sorular şu şekildedir;

1. Soru: Covid-19 salgının ilan edilmesinden itibaren çevrenizdekilere karşı daha fazla yardımsever olduğunuzu düşünüyor musunuz? Neden?
2. Salgından etkilenen kişilere maddi veya manevi ne gibi yardımlarda bulundunuz?
3. Karantina, maske kullanımı, sosyal mesafe gibi tedbirlere uyumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz? Uyumunuzun veya uyumsuzluğunuzun nedenleri nelerdir?
4. Teşhis aldıktan sonra aldığınız bireysel tedbirlerin virüs bulaşmadan önceye göre farklılıkları nelerdir?
5. Salgından itibaren ve teşhis aldıktan sonra empati yaptığınız durumlar neler olmuştur?
6. Covid-19 geçirdikten sonra plazma bağışında bulundunuz mu? Bulunmayı düşünür müsünüz?

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul Anadolu Yakası'nda bir kamu hastanesinden Covid-19 teşhisi almış bireyler ve İstanbul Anadolu Yakası'nda yaşayan Covid-19 teşhisi almamış bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem seçimi için amaçlı örnekleme yöntemlerinden

faaydalanılmıştır. Kartopu örnekleme ve kolay ulaşılabilir durum örnekleme ile seçilmiş 15 Mart 2020 ve 15 Mayıs 2020 tarihleri arasında İstanbul ilinde Anadolu Yakası'nda bir kamu hastanesinden Covid-19 teşhisi almış araştırmaya katılmayı kabul eden 10 katılımcı ile salgın döneminde İstanbul Anadolu Yakası'nda yaşayan Covid-19 teşhisi almamış araştırmaya katılmayı kabul eden 10 katılımcıdan oluşmaktadır. Katılımcıların demografik bilgileri şu şekildedir; covid-19 teşhisi almış katılımcıların %60 erkek %40 kadınlardan oluşmaktadır. Yaş ortalaması genel olarak 35'tir. Covid-19 teşhisi almış katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde %20'si lise mezunu, %10'u ön lisans, %40'ı üniversite mezunu, %30'unun ise lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Covid-19 teşhisi almamış katılımcıların %30'u erkek %40'ı kadınlardan oluşmaktadır. Yaş ortalaması genel olarak 35'tir. Covid-19 teşhisi almamış katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde %20'si ilköğretim mezunu, %50'si üniversite mezunu, %30'unun ise lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir.

Verilerin Analizi

Araştırma verileri yarı yapılandırılmış görüşme tekniğiyle, çalışmaya katılmayı gönüllük esasına dayanarak kabul eden, bireylerden toplanmıştır. Veriler yüz yüze ve görüntülü bilgisayar görüşmesi ile elde edilmiştir. Veri kaybını önlemek için katılımcılardan alınan izin ile ses kayıtları yapılmıştır. Görüşmeler yaklaşık kırk beş dakika sürmüştür.

Elde edilen veriler ses kayıtları ve yazılı notlardan çözümlenerek yazıya dönüştürülmüştür. Araştırmanın geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirmesi inandırıcılık, aktarılabilirlik ve tutarlılık kavramları ile yapılmıştır (30). İnanırıcılık boyutunda katılımcı kontrolü, araştırmacıların aralıklı toplantılar ve araştırma verileri toplanırken yapılan tekrar sorgulamalar gibi tekniklerle sağlanmıştır. Bulguların aktarılabilirliğini sağlamak için veri toplama ve analiz süreçleri açıklanmıştır. Ayrıca, tema ve alt temalardaki ifadelerin doğallığı korunmaya çalışılarak okuyucuya sunulmuştur. Araştırma tutarlılığını sağlamak için görüşme soruları hazırlanırken danışman ve uzman kişilerin görüşleri alınmış, görüşme sırasında benzer süreçlerde katılımcılara benzer perspektiflerle

sorular sorulmuş akabinde elde edilen veriler sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (31).

Verilerin analizi için içerik analizi yapılmıştır. İçerik analizi araştırmacının belirlediği kategorilere göre verilerin ayrıştırılması ve sayılmasıdır (32). Yorumlama ve ilişkilendirmeyi güçlendirmesi için betimsel analiz yapılmıştır. Betimsel analiz sebep-sonuç çıkarımları ve karşılaştırmalar için kullanılan bir nitel veri analiz türüdür (33).

BULGULAR

Yapılan içerik analizi ve betimsel analiz ile bulgular saptanmıştır. Covid-19 salgının bireyler üzerindeki özgeci davranışlara etkileri özgeciliğin yardımseverlik ve empati boyutlar doğrultusunda araştırılmıştır. Bu bağlamda tema analizinde ana temaları yardımseverlik ve empati oluşturmuştur. Alt temalar ise; Covid-19 teşhisi almış ve almamış bireylerde yardımseverlik artış ve azalış nedenleri, Covid-19 teşhisi almış ve almamış bireylerin yaptığı maddi ve manevi yardım türleri, Covid-19 teşhisi almış ve almamış bireylerin karantina, maske kullanımı, sosyal mesafe gibi tedbirlere uyumluluk nedenleri, Covid-19 teşhisi almış ve almamış bireylerin karantina, maske kullanımı,

sosyal mesafe gibi tedbirlere uyumsuzluk nedenleri, teşhis aldıktan sonra bireysel tedbirlere uyum farklılıkları ve tüm katılımcıların empati yaptığı durumlardan oluşmaktadır. Bu alt temalara ilişkin bulgular tablolar halinde sunulmuştur. İfadelerin söylem sayıları katılımcı ifadelerinden sonra veya cümle sonunda verilmiştir. Verilerin hangi tabloya ait olduğu ise paragraf sonunda belirtilmiştir. Ss kısaltması söylem sayısını belirtmektedir.

Covid-19 teşhisi almış %50'si salgın itibariyle yardımseverliğinin arttığını %50 ise herhangi bir değişim göstermediğini belirtmiştir. Covid-19 teşhisi almış katılımcılarının hiçbiri salgın döneminde yardımseverlik davranışlarında bir azalış olduğunu belirtmemişlerdir. Covid-19 teşhisi almış katılımcıların salgın itibariyle yardımseverlik artış nedeni sorusunda en yüksek söylem sayısı acıma ve merhamet duygusunun artışıdır (ss:3). Sonraki nedenler olarak ise ölümü hatırlama ve vicdani yükümlülük hissetme belirtilmiştir (ss:1,1). Yardımseverliğin değişme nedeni olarak en fazla tekrarlanan ifade ise hayatının genelinde yardımsever olduğunu düşünme ve bunun salgın döneminde değişmediği

görüştür (ss:4). Salgın döneminde yardımseverliğin değişmeme nedenleri olarak gösterilen durumlardan bir diğeri bulaş riskinden dolayı insanlardan uzak durmaktır (ss:1),(Tablo 1). Covid-19 teşhisi almamış bireylerin %50'si salgın itibariyle yardımseverliğinin arttığını, %30'u azaldığını ve %20'si ise herhangi bir değişim göstermediğini belirtmiştir. Yardımseverliğinin arttığını düşünen Covid-19 teşhisi almamış katılımcıların sunduğu nedenler; mesleki birikiminin getirdiği farkındalık (ss:1), bireysel olarak içe dönüşün ruhsal etkisi (ss:1), salgından maddi olarak etkilenen insanların farkına varma (ss:1), telekomünikasyon iletişiminin artması yoluyla çevreden daha fazla haberdarlık ve salgını hassas bir şekilde takip etmektir (ss:1). Yardımseverliğinin azaldığını düşünen Covid-19 teşhisi almamış katılımcıların sunduğu nedenler; bulaşma ve bulaştırma korkusundan dolayı insanlardan uzak durma (ss:3), yardımı devlet organlarının yükümlüğü olarak görmedir (ss:2). Yardımseverliğinin değişmediğini düşünen Covid-19 teşhisi almamış katılımcılar ise kendilerini hayatlarının genelinde yardımsever olduğunu bunun değişmediğini belirtmişlerdir (ss:2). Ayrıca

virüsün bulaşma ve bulaştırma korkusundan dolayı insanlardan uzak durmak (ss:1) ve çevrede Covid-19 teşhisi almış kimsenin olmaması (ss:1) bir başka neden olarak ileri sürülmüştür (Tablo 2).

Covid-19 teşhisi almış katılımcıların yapmış olduğu yardım türleri arasındaki en yüksek söylem sayılı yardımlar sırasıyla; psikolojik destek ve bilgilendirici uyarılar (ss:5), maddi yardım (ss:4), yemek yardımı (ss:2), tıbbi bilgi ve deneyimini paylaşmaktır (ss:2). Görev tanımı dışında olmasına rağmen yaşlı hastaların öz bakımıyla ilgilenmek, dezenfektan ve maske yardımı, sosyal medyada moral verici paylaşımlar adlı yardımlarsa birer kez tekrar edilmiştir. Covid-19 teşhisi almamış katılımcıların yapmış olduğu yardım türleri ise sırasıyla psikolojik destek ve bilgilendirici uyarılar (ss:9), maddi yardım (ss:3), yemek yardımı (ss:2), dernek çalışmalarında yer almak ve yardım dağıtımını yapmaktır (ss:1), (Tablo 3).

Covid-19 teşhisi almış katılımcılarının karantina, maske kullanımı, sosyal mesafe gibi tedbirlere uyumluluk nedenleri arasındaki en yüksek söylem sayılı ifade salgın bilincine sahip olmak ifadesidir (ss:7). Mesleki bilgi ve alışkanlık (ss:4) ile virüsün bulaşmasından ve bulaştırmaktan korkmak

ifadeleri ise dörder kez tekrar edilmiştir (ss:4). Covid-19 teşhisi almamış katılımcılar için uyum nedenleri arasındaki yaşam standartları ve olanakların tedbirleri uygulamaya uygun olması en fazla tekrarlanan ifadedir (ss:4). Covid-19 teşhisi almamış katılımcılar için diğer uyumluluk nedenleri sırasıyla sosyal medyadan ve resmî açıklamalardan etkilenmek (ss:2), sağlık çalışanı olmak (ss:2), tedbirleri uygulamayı kolaylaştıran kişilik yapısıdır (ss:2), (Tablo 4).

Covid-19 teşhisi almış katılımcılar için uyumsuzluk nedenleri arasında söylem olarak daha fazla tekrar edilenler vakaların azalması sonucu rehavete kapılmak (ss:2) ve tedbirleri koruyucu bulmamak ifadeleridir (ss:2). Şehir değiştirmek (ss:1) ve maske kullanımını koruyucu bulmamak ise diğer nedenlerdir (ss:1). Covid-19 teşhisi almamış katılımcıların ise maske kullanımıyla ve edinimi ile ilgili sunduğu nedenler ön plandadır (ss:3), (Tablo 5).

Covid- 19 teşhisi alan bireylerin teşhis aldıktan sonra salgın tedbirlerini uygulama farklılıkları arasında söylem sayısı en fazla olan ifade başkalarına bulaştırmamak için sosyal mesafeye daha fazla dikkat etmektir (ss:6). Diğer teşhis

sonrası tedbirlere uyum farklılıkları ise bağışıklık kazandığını düşünerek tedbirleri uygulamanın azalması (ss:4), maske kullanımına özenin artması (ss:2) ve salgın bilinci kazanmak (ss:2), teşhis aldıktan sonra eve dışardan getirilen her ürünün temizlenmeye başlanmasıdır (ss:1). Covid-19 teşhisi alan katılımcıların %30'u teşhis almanın ve devamındaki sürecin tedbirlere uyum açısından farklılık yaratmadığı görüşündedirler (Tablo 6).

Covid-19 teşhisi almış katılımcıların yaptığı empati yaptığı durumlar şöyle sıralanabilir; hasta ve yaralıları daha iyi anlama (ss:5) ile ilgili, genel olarak sağlık çalışanları ile ilgili (4), işsiz kalan ve ekonomik sıkıntı yaşayan insanlar ile ilgili (ss:4), salgından psikolojik olarak çok etkilenenler ile ilgili (ss:2), panik atak ve anksiyete sahibi insanlar ile ilgili (ss:1), yaşlıların karantina ve yalnızlığı ile ilgilidir (ss:1). Covid-19 teşhisi alan katılımcıların empati yaptığı durumların %70'nin sağlık çalışanları, hastalar, yaralıları, hastaneler ile ilgili olduğu görülmüştür. Covid-19 teşhisi almamış katılımcıların empati yaptığı durumlar ise şunlardır; genel olarak sağlık çalışanları ve yaşadıkları zorluklarla ilgili (ss:6), hasta ve yaralıları daha iyi anlama (ss:2), virüsten ölen

insanların yalnız defnedilişi ve ailelerinin veda edemeyişi (ss:2), çocuk sahibi olan Covid-19 hastaları ile ilgili (ss:1), temizlik takıntısı olan insanlarla ilgili (ss:1), hasta olduğunu bilmeden

ailesine bulaştıran insanlar ile ilgili (ss:1), marketlerdeki stok hücumu ve açlık çeken insanlar ile ilgili (ss:1), mahkumlar gibi özgürlüğü kısıtlanmış insanlar ile ilgilidir (ss:1), (Tablo 7).

Tablo 1: Covid-19 Teşhisi Almış Bireylerde Yardımseverlik Artış ve Değişme Nedenleri

Salgın İtibariyle Yardımseverliğinin Artış Nedenleri	Söylem Sayısı	Salgın İtibariyle Yardımseverliğinin Değişme Nedenleri	Söylem Sayısı
Acıma ve merhamet duygusunun artışı	3	Hayatının genelinde yardımsever olduğunu düşünme ve bunun değişmediğini belirtme	4
Ölümü hatırlama	1	Bulaş riskinden dolayı insanlardan uzak durma	1
Vicdani yükümlülük hissetme	1		

Tablo 2: Covid-19 Teşhisi Almamış Bireylerde Yardımseverlik Artış, Azalış ve Değişme Nedenleri

Salgın İtibariyle Yardımseverliğinin Artış Nedenleri	Söylem Sayısı	Salgın İtibariyle Yardımseverliğinin Değişme Nedenleri	Söylem Sayısı	Salgın İtibariyle Yardımseverliğinin Azalma Nedenleri	SS
Mesleki birikiminin farkındalığını arttırdığını belirtmesi	1	Çevrede salgından etkilenen kimsenin olmaması	1	Bulaş riskinden dolayı insanlardan uzak durma	3
Bireysel olarak içe dönüşle yardımsever hislerin artması	1	Hayatının genelinde yardımsever olduğunu düşünme ve bunun değişmediğini belirtme	2	Yardımları devlet organlarının yükümlüğü olarak görme	2
Salgından maddi olarak etkilenen insanları fark etmek	1				
Fiziksel temasın azalması ve telekomünikasyon iletişiminin artması	1	Bulaş riskinden dolayı insanlardan uzak durma	1		
Salgını en başından beri sıkı takip etmek bu konuya yönelik özel hassasiyet duyma	1				

Tablo 3: Covid-19 Teşhisi Almış ve Almamış Bireylerin Yaptığı Maddi ve Manevi Yardım Türleri

Covid-19 Teşhisi Almış Bireylerin Yaptığı Maddi ve Manevi Yardım Türleri	Söylem Sayısı	Covid-19 Teşhisi Almamış Bireylerin Yaptığı Maddi ve Manevi Yardım Türleri	Söylem Sayısı
Psikolojik destek ve bilgilendirici uyarılar	5	Psikolojik destek ve bilgilendirici uyarılar	9
Maddi yardım	4	Maddi yardım	3
Yemek yardımı	2	Yemek yardımı	2
Görev tanımı dışında olmasına rağmen yaşlı hastaların öz bakımıyla ilgilenmek	1	Dernek çalışmalarında yer almak, yardım dağıtımını yapmak	1
Dezenfektan ve maske yardımı	1		
Tıbbi bilgi ve deneyimini paylaşmak	2		
Sosyal medyada moral verici paylaşımlar	1		

Tablo 4: Covid-19 Teşhisi Almış ve Almamış Bireylerin Karantina, Maske Kullanımı, Sosyal Mesafe Gibi Tedbirlere Uyumluluk Nedenleri

Covid-19 Teşhisi Almış Bireyler için Uyum Nedenleri	Söylem Sayısı	Covid-19 Teşhisi Almamış Bireyler için Uyum Nedenleri	Söylem Sayısı
Salgın bilincine sahip olmak	7	Yaşam standartları ve olanakların tedbirleri uygulamaya uygun olması	4
Mesleki bilgi ve alışkanlık	4	Bulaştırmaktan ve bulaşmasından korkmak	3
Bulaştırmaktan ve bulaşmasından korkmak	4	Sosyal medyadan ve resmî açıklamalardan etkilenmek	2
Kişisel koruyucu ekipmanlara ulaşmada sorun yaşamamak	1	Sağlık çalışanı olmak	2
		Tedbirleri uygulamayı kolaylaştıran kişilik yapısı	2

Tablo 5: Covid-19 Teşhisi Almış ve Almamış Bireylerin Karantina, Maske Kullanımı, Sosyal Mesafe Gibi Tedbirlere Uyumsuzluk Nedenleri

Covid-19 Teşhisi Almış Bireyler için Uyumsuzluk Nedenleri	Söylem Sayısı	Covid-19 Teşhisi Almamış Bireyler için Uyumsuzluk Nedenler	Söylem Sayısı
Şehir değiştirmek	1	Uzun süreli maske takamamak	2
Maskeyi koruyucu bulmamak	1	Maskeyi koruyucu bulmamak	1
Rehavete kapılmak	2	Tedbirlerin uygulanışını mantıklı bulmamak	1
Vaka sayılarının azalması	2	Vaka sayılarının azalması	1
		Virüse bağışıklık kazanılması gerektiğini düşünmek	1
		Zorunlu haller pazara markete gitmek zorunda kalmak	1

Tablo 6: Teşhis Aldıktan Sonra Tedbirlere Uyum Farklılıkları

Farklılıklar	Söylem Sayısı
Başkalarına bulaştırmamak için sosyal mesafeye daha fazla dikkat etmek	6
Bağışıklık kazandığını düşünerek tedbirleri uygulamanın azalması	4
Farklılık olmadığını düşünmek	3
Maske kullanımına daha fazla özen göstermek	2
Salgın bilinci kazanmak	2
Dışarıdan eve getirilen her şeyi temizlemeye başlamak	1

Tablo 7: Covid-19 Teşhisi Almış ve Almamış Bireylerin Salgın Döneminde Empati Yaptığı Durumlar

Covid-19 Teşhisi Almış Bireylerin Yaptığı Empatiler	Söylem Sayısı	Covid-19 Teşhisi Almamış Bireylerin Yaptığı Empatiler	Söylem Sayısı
Genel olarak sağlık çalışanları ve yaşadıkları zorluklarla ilgili	4	Genel olarak sağlık çalışanları ve yaşadıkları zorluklarla ilgili	6
Hasta ve yaralıları daha iyi anlama	5	Hasta ve yaralıları daha iyi anlama	2
Salgından psikolojik olarak etkilenen insanlarla ilgili	2	Çocuk sahibi olan Covid-19 hastaları ile ilgili	1
Yaşlılar karantina ve yalnızlığı ile ilgili	1	Yaşlıların karantina ve yalnızlığı ile ilgili	1
Hastanedeki temizlik görevlisi ve yardımcı personelin maaşlarının bu dönemde değişmemesi ile ilgili	1	Virüsten ölen insanların yalnız defnedilişi ve ailelerinin veda edemeyişi	2
Panik atak ve anksiyete sahibi insanlar ile ilgili	1	Temizlik takıntısı olan insanlarla ilgili	1
İşsiz kalan ve ekonomik sıkıntı yaşayan insanlar ile ilgili	4	İşsiz kalan ve ekonomik sıkıntı yaşayan insanlar ile ilgili	1
		Hasta olduğunu bilmeden ailesine bulaştıran insanlar ile ilgili	1
		Marketlerdeki stok hücumu ve açlık çeken insanlar ile ilgili	1
		Mahkumlar gibi özgürlüğü kısıtlanmış insanlar ile ilgili	1

Tablo 8: Covid-19 Teşhisi Alan Bireylerin Plazma Bağışında Bulunmama Nedenleri

Plazma Bağışında Bulunmama Nedenleri	Söylem Sayısı
Bilgi ve bilgilendirilme eksikliği	5
Doğum yapmış olmak ve kadın olmak	1
Kronik sağlık problemleri	1
Resmi prosedürü beklemek	1

Covid-19 teşhisi alan bireylerin %80'i plazma bağışında bulunmamıştır. %20'si plazma bağışı yapmıştır. Plazma bağışında bulunmayan bireylerin %100'ü plazma bağışında bulunmaya gönüllü olduklarını, %50'si bu konuyla ilgili bilgilendirilmediği için yapmadığını, %30'u plazma bağışı için başvuru yaptığını fakat resmi prosedürünü beklediğini, %20'si ise sağlık sorunlarının, doğum yapmış olmanın ve kadın olmanın engel olacağını düşündüklerini belirtmiştir (Tablo 8).

TARTIŞMA

Covid-19 teşhisi almış katılımcıların %50'si yardımseverliklerinin arttığını bildirmiştir. Bunların nedenlerine ilişkin verilen cevaplarda ruhsal motivasyonlarını tetikleyen merhamet, acıma duygusu, vicdani duygular gibi temaların olduğu görülmüştür. Merhamet kavramı özgeciliğin dayandığı temel duygulardan biridir (34, 35). Özgecil eylem konseptinin temelini merhamet oluşturmaktadır (13, 36). Katılımcıların yardımseverliklerinin artışını merhamet ve ilişkili insani duygulara bağlamaları kavramsal olarak özgecilikle tamamen örtüşmektedir.

Covid-19 teşhisi almamış katılımcıların yardımseverlik artışının nedenlerine bakıldığında mesleki birikiminin getirdiği farkındalık, salgından maddi olarak etkilenen insanların farkına varma, telekomünikasyon iletişiminin artması yoluyla çevreden daha fazla haberdarlık ve salgın bilinci kazanmak temaları belirlenmiştir. Covid-19 teşhisi almamış katılımcıların yardımseverlik düzeylerinin artışını daha fazla çevresel ve zihinsel değişkenlerle ilişkilendirmiş oldukları görülmektedir.

Covid-19 teşhisi almış ve almamış bireylerin yardımsever davranışlarında azalmasının veya değişim yaşanmamasının nedenleri arasındaki ortak ifadenin bulaş riskinden dolayı insanlarla temastan kaçınmaları olduğu görülmüştür. Bu durum Nimmons'un önleyici özgecilik kavramıyla ifade ettiği bireylerin davranışlarını başkalarının sağlığı için endişe yaratacak durumlara göre şekillendirmesi ile açıklanabilir çünkü katılımcılar sadece kendilerine virüsün bulaşmasından değil bir başkasına bulaştırmaktan da çekinmektedirler (37). Covid-19 teşhisi almış ve almamış katılımcılardan %40'ı yardımsever davranışlarının değişmemesini hayatlarının genelindeki yüksek düzeyde

yardımsaver olmalarına bağladıkları görülmüştür. Covid-19 teşhisi almış katılımcılar arasında yardımsaverlik davranışının azaldığı görülmemiştir. Fakat teşhis almamış katılımcıların %30'u bulaş riskinden dolayı insanlardan uzak durma ve yardımı devlet organlarının yükümlüğü olarak görme nedenleriyle salgın döneminde daha az yardımsaver oldukları belirlenmiştir.

Covid-19 teşhisi almış ve almamış katılımcıların en fazla yaptığı yardım türünün aile ve yakınlarla psikolojik ve moral destek olduğu görülmektedir. Salgın döneminde artan endişe ve anksiyete bireyleri psikolojik olarak etkileyebilmektedir. Sosyal izolasyon, karantina, salgının seyri gibi birçok neden bunu tetikleyebilmektedir Kwok ve arkadaşlarının salgının psikolojik ve davranışsal tepkilerini ölçmek amacıyla yaptıkları çalışmada risk algısının yüksek olmasına bağlı olarak katılımcıların anksiyetinin yüksek olduğu görülmüştür (38). Brooks ve arkadaşlarının yaptığı sistematik derlemede incelenen çalışmaların çoğunda karantina döneminde travma sonrası stres belirtileri, konfüzyon ve öfke gibi olumsuz psikolojik etkiler bildirilmiştir (26). Salgının bu gibi psikolojik etkilerinin aile ve yakınlarda fark

edilmesi bireyleri manevi olarak daha fazla yardımsaver kıldığı söylenebilir. Covid-19 teşhisi almış ve almamış katılımcıların en fazla yaptığı ikinci yardım türü ise maddi yardımlardır. Covid-19 teşhisi almış bireylerin %59'u finansal kaynak gerektiren yardımlarda bulunurken Covid-19 teşhisi almamış bireylerin ise %35'i finansal kaynak gereken yardımlarda bulunmuştur. Teşhis almış bireylerin yaptığı yardımların teşhis almamış bireylere göre daha fiziksel ve somut olduğu görülmektedir.

Karantina, maske kullanımı, sosyal mesafe gibi tedbirlere uyuma bakıldığında tüm katılımcıların %70'inin tedbirlere uyduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Bostan ve arkadaşlarının Türkiye örnekleminde online anket yoluyla yaptıkları çalışmada bireylerin %66,8'inin sosyal mesafeye uyduğunu, %70'inin ise karantinaya uyduğu saptanmıştır. Karantina, maske kullanımı, sosyal mesafe gibi tedbirlere uyum kategorisinde teşhis almamış bireylerin dördü kendini uyumsuz olarak nitelerken teşhis almış bireylerin ikisi kendisini uyumsuz olarak nitelendirmiştir. Covid-19 teşhisi almanın hastalığın bulaşmasını önleyici tedbirlere uyumu arttırdığı söylenebilir (39). Wilson'ın HIV

pozitif ve negatif bireylerdeki önleyici davranışları özgecilerik bağlamında incelediği araştırmada HIV pozitif bireylerin önleyici davranışlara daha fazla uyduğu saptanmıştır (24).

Covid-19 teşhisi alan bireylerin %70'i teşhis aldıktan sonra uyumlarında farklılıklar olduğunu ifade etmiştir. Teşhis, tedavi süreci ve hastalıkla mücadelenin buna sebep olduğu düşünülebilir. Bu katılımcıların %20'sinin tedbirlere uyumunun rehavete kapılmak ve bağışıklık kazandığını düşünerek kişisel koruyucu ekipmanların kullanımını gibi nedenlerle azaldığı görülmüştür. Teşhisi sonrası tedbirlere uyumu pozitif yönde değişen bireylerin %80'in ise özgecilerik güdülerle daha fazla tedbirlere uyduğu görülmüştür. Bu özgecilerik güdüler salgın bilinci kazanmak ve başkalarına bulaştırmamak için daha dikkatli davranmak olarak ortaya çıkmıştır.

Empati yaygın olarak özgecilerik davranış için gerekli bir öncül olarak kabul edilir (38). Tüm katılımcıların empati yaptığı durumların başında sağlık çalışanları ve yaşadıkları zorluklar gelmektedir. Sağlık çalışanlarının salgın süresindeki mücadelesinin katılımcıların empatik duygularını harekete geçirdiği görülmüştür. Covid-

19 teşhisi almış ve almamış katılımcıların en fazla empati yaptığı ikinci durum ise hasta ve yaralıları ile ilgilidir. Bunu takiben yaşlılar, solunum ile ilgili kronik hastalığı olanlar, virüse karşı savunmasız gruplarla ilgili empati yapıldığı görülmüştür. Bu sonuçlar Pfattheicher ve arkadaşlarının Covid-19 pandemisindeki empati eylemini araştıran Almanya, Birleşik Krallık ve ABD örnekleminde yaptıkları çalışmanın empatinin en fazla savunmasız, yaşlı hasta bireyler için yapıldığı sonuçlarıyla örtüştüğü söylenebilir (41). Covid-19 teşhisi almış ve almamış katılımcıların empati çeşitliliğine bakıldığında teşhis almamış bireylerin daha çeşitli cevaplar verdiği görülmüştür. Covid - 19 teşhisi alan katılımcıların yaptığı empati temalarının %70'i sağlık çalışanları, hastalar ve hastaneler ile ilgilidir. Bu durumda tedavi sürecindeki yaşantılarının etkili olduğu düşünülebilir.

SONUÇ

Bu araştırma özgecilerik salgın dönemindeki yansımalarını yardımseverlik, tedbirlere uyum ve empati perspektifinde Covid-19 teşhisi almış ve almamış bireylerin karşılaştırılması ile ele almıştır.

Özgecilik COVID-19 salgınına karşı koruyucu eylemleri harekete geçiren zihinsel bir faktör olarak düşünülmektedir. Çünkü özgecilik sosyal mesafe, karantina ve kişisel koruyucu ekipmanların kullanımını arttırmanın yanı sıra bağış ve yardım gibi davranışları da etkilemektedir (42). Araştırma sonuçları özgeciliğin etkisini yardımseverlik niyeti ve yardımlar, salgın tedbirlerine uyum ve empati yapılan durumlarla açıklamaktadır. Bu bağlamda araştırma sonuçları literatürdeki, özgeciliğin salgınla mücadeledeki moderatör rolünü açıklamaya katkı sağlayabilir.

KAYNAKLAR

1. De Wispelaere J. Altruism, impartiality and moral demands. *Critical Review of International Social and Political Philosophy*. 2002;5(4):9-33.
2. Mert A, Gülmez E. Özgecilik ile benlik ayrımlaşması arasındaki yordayıcı ilişkinin bazı değişkenlerle incelenmesi. *Electronic Turkish Studies*. 2018;13(11).
3. Ümmet D. Üniversite öğrencilerinde özgecilik davranışının transaksyonel analiz ego durumları ve yaşam doyumu bağlamında incelenmesi. 2012.
4. Scott N, Seglow J. *Altruism*: McGraw-Hill Education (UK); 2007.
5. Bierhoff HW. Donor and recipient: Social development, social interaction, and evolutionary processes. *European Journal of Social Psychology*. 1987;17(1):113-30.
6. Oliner SP. Altruistic personality: rescuers of Jews in Nazi Europe: Simon and Schuster; 1992.
7. Karadağ E, Mutaftçılar I. Prososyal davranış ekseninde özgecilik üzerine teorik bir çözümleme. *FLSF (Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi)*. 2009(8):41-69.
8. Macaulay J, Berkowitz L. *Altruism and helping behavior: Social psychological studies of some antecedents and consequences*: Academic Press; 1970.
9. Schwartz SH, Howard JA. Internalized values as motivators of altruism. *Development and maintenance of prosocial behavior*: Springer; 1984. p. 229-55.
10. Eisenberg N, Fabes RA, Spinrad TL. *Prosocial development*. *Handbook of child psychology*. 2007;3.
11. Monroe KR. A fat lady in a corset: Altruism and social theory. *American Journal of Political Science*. 1994:861-93.

12. Batson CD. Addressing the altruism question experimentally. *Altruism and altruistic love: Science, philosophy, and religion in dialogue*. 2002:89-105.
13. Post SG, Underwood LG, Schloss JP, Hurlbut WB. *Altruism and altruistic love: Science, philosophy, and religion in dialogue*: Oxford University Press; 2002.
14. Batson CD, Dyck JL, Brandt JR, Batson JG, Powell AL, McMaster MR, et al. Five studies testing two new egoistic alternatives to the empathy-altruism hypothesis. *Journal of personality and social psychology*. 1988;55(1):52.
15. De Waal FB. Putting the altruism back into altruism: the evolution of empathy. *Annu Rev Psychol*. 2008;59:279-300.
16. Cournoyer BR. *The social work skills workbook*: Cengage Learning; 2016.
17. Scott N, Seglow J. *Altruism*. Maidenhead. England: McGraw-Hill Education. 2007.
18. Burks DJ, Youll LK, Durtschi JP. The empathy-altruism association and its relevance to health care professions. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 2012;40(3):395-400.
19. Batson CD, Batson JG, Slingsby JK, Harrell KL, Peekna HM, Todd RM. Empathic joy and the empathy-altruism hypothesis. *Journal of personality and social psychology*. 1991;61(3):413.
20. Eisenberg N, Miller PA, Schaller M, Fabes RA, Fultz J, Shell R, et al. The role of sympathy and altruistic personality traits in helping: A reexamination. *Journal of personality*. 1989;57(1):41-67.
21. Hoffman ML. Psychological and biological perspectives on altruism. *International Journal of Behavioral Development*. 1978;1(4):323-39.
22. Dikmen AU, Kına MH, Özkan S, İlhan MN. COVID-19 Epidemiyolojisi: Pandemiden Ne Öğrendik. *Journal of biotechnology and strategic health research*. 2020;4:29-36.
23. Bhimraj A, Morgan RL, Shumaker AH, Lavergne V, Baden L, Cheng VC-C, et al. *Infectious Diseases Society of America guidelines on the treatment and management of patients with COVID-19*. *Clinical Infectious Diseases*. 2020.
24. Wilson N. Altruism in preventive health behavior: at-scale evidence from the HIV/AIDS pandemic. *Economics & Human Biology*. 2018;30:119-29.
25. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*. 2020.
26. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020.
27. Cheng KK, Lam TH, Leung CC. Wearing face masks in the community during the COVID-19 pandemic: altruism and solidarity. *The Lancet*. 2020.
28. Dickie M, Messman VL. Parental altruism and the value of avoiding acute illness: are kids worth more than parents? *Journal of Environmental Economics and Management*. 2004;48(3):1146-74.
29. Gürbüz S, Şahin F. *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık. 2016.
30. Özdemir M. Nitel veri analizi: Sosyal bilimlerde yöntem bilim sorunsali üzerine bir çalışma. *Eski Şehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2010;11(1):323-43.
31. Arastaman, Gökhan, İnci ÖZTÜRK FİDAN, and Tuncer Fidan. "Nitel araştırmada geçerlik ve güvenirlik: Kuramsal bir inceleme." *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 15.1 (2018): 37-75.
32. Savin-Baden, Maggi, and Claire-Howell Major. "Qualitative Research: The Essential Guide to Theory and Practice." *Qualitative Research: The Essential Guide to Theory and Practice Routledge* 10 (2013): 11.
33. Yıldırım A, Şimşek H. *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*: Seçkin Yayıncılık; 2003.

34. McGaghie WC, Mytko JJ, Brown WN, Cameron JR. Altruism and compassion in the health professions: a search for clarity and precision. *Medical teacher*. 2002;24(4):374-8.
35. Piliavin JA, Charng H-W. Altruism: A review of recent theory and research. *Annual review of sociology*. 1990;16(1):27-65.
36. Krebs DL, Van Hesteren F. The development of altruism: Toward an integrative model. *Developmental Review*. 1994;14(2):103-58.
37. Nimmons D, Folkman S. Other-sensitive motivation for safer sex among gay men: expanding paradigms for HIV prevention. *AIDS and Behavior*. 1999;3(4):313-24.
38. Kwok KO, Li KK, Chan HH, Yi YY, Tang A, Wei WI, et al. Community responses during the early phase of the COVID-19 epidemic in Hong Kong: risk perception, information exposure and preventive measures. *MedRxiv*. 2020.
39. Bostan S, Erdem R, Öztürk Y, Kılıç T, Yılmaz A. The Effect of COVID-19 Pandemic on the Turkish Society. *Electron J Gen Med*. 2020; 17 (6): em237. 2020.
40. Cohen R. Altruism: human, cultural, or what? *Journal of Social Issues*. 1972;28(3):39-57.
41. Pfattheicher S, Nockur L, Böhm R, Sassenrath C, Petersen MB. The emotional path to action: Empathy promotes physical distancing during the COVID-19 pandemic. 2020.
42. Feng Y, Dong D, Zong M, Yang Z, Qiao Z. When altruists cannot help: The influence of altruism on mental health during COVID-19 pandemic. 2020.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Hemşirelerin Mesleki Riskleri ve Hastane Enfeksiyonları İle İlgili Bilgi Düzeyleri ve Uygulamaları

Zerife ORHAN¹, Arzu KAYIŞ¹, Mehtap OMAÇ SÖNMEZ², Şermin İNAL³, Esra KAYA⁴, Murat ARA⁴

ÖZ

Amaç: Hastane enfeksiyonları hastalar için risk olduğu kadar sağlık çalışanları içinde büyük önem taşımaktadır. Bu çalışma hastane enfeksiyonlarının yayılmasında önemli yeri olan hemşirelerin görevleri gereği enfeksiyonların gerek kendilerine bulaşmasını, gerekse hastane içerisinde yayılmalarını engelleyici enfeksiyon kontrolü ve koruyucu önlemler hakkında bilgileri ve klinik içi uygulamalarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. **Yöntem:** Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı özelliktedir. Araştırmanın evrenini üniversite hastanesinde kliniklerde çalışan 330 hemşire oluşturmaktadır. Araştırma minimum örneklem büyüklüğü 178 olarak belirlenmiştir. Araştırma verileri araştırmacılar tarafından hazırlanan anket aracılığı ile yüz yüze uygulanarak toplanmıştır. Araştırmaya hastanede bulunan kliniklerden 10 hemşire rastgele seçilmiş, hemşirelere gündüz ve gece mesainde ulaşılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 130 hemşire araştırmaya dahil edilmiştir. Veriler anket yöntemi ile toplanmıştır ve SPSS 22.0 programında analiz edilmiştir. Veriler %95 güven aralığında, p<0.05 olarak anlamlı kabul edilmiştir. **Bulgular:** Hemşirelerin yaş ortalamaları 26.0±0.5 olup, %84.6'sı kadındır ve %55'i lisans mezunudur. Meslekte çalışma yılı ortalaması 5.0±0.3'tür. Hemşirelerin kişisel koruyucu önlemler ve el hijyenine yönelik bilgi düzeylerinin standart önlemler çerçevesinde yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin hastane enfeksiyonları için sıklıkla aldığı önlem eldivendir (%84.2). Hemşirelerin %95.4'ü tarafından maske, bone ve gözlük gibi diğer araçların kullanılması enfeksiyona karşı koruyucu bariyer olarak bildirilmiştir. Hemşirelerin %42.6'sı okul müfredatından, %39.5'i hastane hizmet içi eğitimden hastane enfeksiyonları ile ilgili bilgi edindiğini bildirmiştir. Hastane enfeksiyonlarını önleme çalışmalarının yeterli olmadığını düşünenler %67, kendisinin yeterli bulmayanlar ise %48'dir. Hastanelerde enfeksiyon kontrolü için yetersizliklerin en önemli nedeni sorulduğunda birinci sırada malzeme eksikliği (%68.7) gelmektedir. **Sonuç:** Hemşirelerin hastane enfeksiyonları korunma ve önlenmesinde önemli rol oynadıkları bilinmektedir. Hemşirelerin bilgi düzeylerini arttırmak önemlidir ancak tek başına yeterli değildir. Hastane enfeksiyonları için koruyucu önlemlerin alınabilmesi için gerekli malzemelerin sağlanması ve hastane enfeksiyon önleme kurallarına uyulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Enfeksiyon, Hemşire, Risk

Nurses' Knowledge Levels and Practices Regarding Their Occupational Risks and Nosocomial Infections

ABSTRACT

Aim: Nosocomial infections are of great importance for healthcare professionals as well as risks for patients. This study was conducted in order to determine the information about infection control and preventive measures, and in-clinical practices of nurses, who have an essential role in the spread of nosocomial infections, to prevent infections from spreading to them and others in the hospital. **Method:** The research is cross-sectional and descriptive. The universe of the study consists of 330 nurses working in clinics in the university hospital. The minimum sample size of the study was determined as 178. The research data were collected by applying face to face questionnaire which is prepared by the researchers. In the study, 10 nurses from the clinics in the hospital were randomly selected, and the nurses were reached at day and night shifts. 130 nurses who agreed to participate in the study were included in the study. The data were collected by questionnaire method and analyzed in SPSS 22.0 program. The data were considered significant with a 95% confidence interval, p < 0.05. **Results:** The average age of the nurses is 26.0±0.5, 84.6% of them are women, and 55% of them are undergraduate. The average working year in the profession is 5.0±0.3. It was determined that the nurses' level of knowledge on personal protective measures and hand hygiene is high within the framework of standard measures. The common precaution nurses take for hospital infections is gloves (84.2%). The use of other tools such as masks, bonnets, and glasses was reported by 95.4% of the nurses as a protective barrier against infection. 42.6% of the nurses reported that they got information about hospital infections from the school curriculum, and 39.5% from the hospital in-service training. Those who think that the prevention of hospital infections are not sufficient are 67%, and those who do not find it sufficient are 48%. When asked the most critical reason for insufficiencies for infection control in hospitals, lack of material (68.7%) comes first. **Conclusions:** It is known that nurses play a significant role in the protection against nosocomial infections and prevention of them. It is essential to increase the knowledge levels of nurses, but it is not sufficient alone. Necessary materials should be provided, and nosocomial infection prevention rules should be followed in order to take preventive measures for nosocomial infections.

Keywords: Infection, Nurse, Risk

¹ Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Tekniker Bölümü

² Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

³ Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi

⁴ Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Sorumlu Yazar: Zerife ORHAN

E-posta adresi: zarife70@hotmail.com

ORCID No: 0000-0003-2154-3074

Gönderi Tarihi: 02.11.2020

Kabul Tarihi: 17.12.2020

GİRİŞ

Küresel olarak, sağlık kurumlarının 59 milyondan fazla çalışanı bulunmakta ve hastalara çeşitli hizmetler sunulmaktadır. Bu kurumlarda yapılan iş ve verilen hizmetler gereği tehlikeli ve yüksek riskli iş yeri olarak sınıflandırılmaktadır (1). Sağlık kurumları, çalışanların sağlığını ve hayatını önemli derecede tehlikeye atan tehlikeli ajanlara, yüksek düzeyde maruz kalma ile karakterize edilir (2). Araştırmalar, hemşirelerin sağlık sektöründe çalışanlar içerisinde yüksek riskli mesleki tehlikelere maruz kalma riskinin yüksek olduğunu göstermektedir (3,4). Sağlık kurumlarındaki tehlikeler Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından fiziksel, biyolojik, mekanik, ergonomik, kimyasal ve psiko-sosyal olarak sınıflandırılmıştır (5). Yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının mesleki yaralanma ve hastalanma riskinin en üst sıralarında olmasına rağmen, mesleki yaralanma ve hastalanma riskinin azaltılabileceğini veya ortadan kaldırılabileceğini göstermiştir (6). Sağlık çalışanlarının meslek hastalıklarına yakalanmaları ve yaralanmalarına neden olan faktörler, sağlık bakım çalışanlarının ihmali ve dikkatsizliği, koruyucu ekipman eksikliği, yetersiz sayıda

personel, aşırı iş yükü, temel güvenlik ve hijyen kurallarına uymamadır (6). Bu durumlar, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin, Sağlık çalışanlarının bulaşıcı materyallere maruz kalmalarını ve bulaşıcı materyallerin kullanımını önlemek için standart önlemler geliştirmelerini sağlamıştır (7). Standart önlem kılavuzlarına uymanın, sağlık kurumlarındaki sağlık çalışanları arasında mesleki hastalıkların ve yaralanmaların azaltılmasında etkili olduğu bildirilmiştir (8). DSÖ'ye göre, hastanede yatan her 100 hastanın, 10'u gelişmekte olan 7'si ise gelişmiş ülkelerde olmak üzere en az bir sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyona maruz kalmaktadır (9). Yapılan bir çalışmada, hastanede yatan ve diğer sağlık sorunları nedeniyle tedavi gören hastaların yılda yaklaşık 1.7 milyonunun hastane enfeksiyonuna yakalandığını ve bu hastalardan 98.000'den fazlasının hastane enfeksiyonu nedeniyle öldüğü tespit edilmiştir (10). Hemşirelik, başkalarının bakımı ile büyük ölçüde ilgilenen bir meslektir. Bu sebeple hemşirelerin kendilerini ihmal etme eğilimi de fazladır. Kendini ihmal eden hemşirelerde mesleki yaralanmalar, iş gücü kaybı ve sağlık çalışanlarının hizmetlerini sunma yeteneğinin

azalmasına neden olmakta ve sunulan sağlık hizmeti niteliğini olumsuz etkilemektedir (11). Enfeksiyonun nereden kaynaklandığına bakılmaksızın, hastanedeki sağlık personelinin her bir üyesi, hastaların bakımının mümkün olduğu kadar nitelikli olmasından sorumludur (12). Sağlık çalışanlarının standart önlemlerle uyumu, hasta ve sağlık çalışanlarında sağlıkla ilişkili enfeksiyonları önlemek ve kontrol altına almak için etkili bir araç olarak kabul edilmiştir (13). Hemşirenin bilgi eksikliği, enfeksiyonların önlenmesinde bir engel olabilir (12). Hasta ile en fazla karşılaşan ve hastaya temas eden hemşire kaynaklı faktörlerin bilinmesi enfeksiyon kontrolü ve önlenmesinde ayrıca önemlidir. Bu çalışma hastane enfeksiyonlarının yayılmasında önemli yeri olan sağlık personelinin görevleri gereği enfeksiyonların gerek kendilerine bulaşmasını, gerekse hastane içerisinde yayılmalarını engelleyici önlemlere uyma konusundaki bilgileri ve uygulamalarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir üniversite hastanesinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Üniversite hastanesinde toplam 530 hemşire çalışmaktadır. Araştırma konusu hemşirelerin hastane enfeksiyonları bilgi düzeyleri ve klinik uygulamalarda almış oldukları standart önlemler olması sebebiyle idari birimler ve klinik dışında çalışan toplam 200 hemşire araştırma kapsamı dışında bırakılarak araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırma kriterlerine uyan, kliniklerde çalışan toplam 330 hemşire araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Evreni belirli örneklem yöntemi kullanılarak %95 güven aralığında minimum örneklem büyüklüğü 178 hemşire olarak hesaplanmıştır. Veriler haftanın her günü gündüz mesaisi ve gece mesaisi olmak üzere iki vardiya şeklinde kliniklere gidilerek gündüz ve gece mesaisinde çalışan hemşirelere ulaşılarak toplanmıştır. Gündüz mesaisinde 5 hemşire gece mesaisinde 5 hemşire olmak üzere her klinikten 10 (toplam 20 klinik) hemşireye ulaşılması planlanmıştır. Kliniklerde çalışan hemşireler basit rastgele yöntem ile seçilmiş ve toplamda

araştırmaya gönüllü katılan 130 hemşire dahil edilmiştir. Araştırma kapsama oranı %73'tür.

Araştırmanın Uygulanması

Araştırma Nisan-Mayıs 2018 tarihinde bir üniversite hastanesinde yürütülmüştür.

Veri Toplama Araçları

Veriler, literatür taraması yapıldıktan sonra araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu aracılığı ile toplanmıştır. Anket formu; sosyo-demografik sorulardan sonra hastane enfeksiyonları, kontrol önlemleri, el hijyeni, kişisel koruyucu ekipman, standart önlemler, izolasyon yöntemleri ilgili bilgilerden oluşan soruları (toplam soru) içermektedir. Sorular, "Doğru", "Yanlış" ve "Bilmiyorum" olarak değerlendirilmiştir. Sorular Enfeksiyon kontrolü ve koruyucu önlemler standartları doğrultusunda hazırlanmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı (Tarih: 11.10.2017; Oturum: 2017/16; Karar no: 02; Araştırmanın protokol kodu: 150) ve araştırmanın yürütüldüğü kurumdan yazılı izin alınmıştır (Tarih: 09.10.2017; İzin no: E.38628).

Ayrıca araştırma bilgilendirilmesi yapılarak hemşirelerden sözlü onamları alınmış olup, araştırma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür.

Verilerin Analizi

Araştırma verileri SPSS 22.0 programında analiz edilmiştir. Veriler ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde olarak sunulmuştur. Verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığı ve 0.05 hata payı ile anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Hemşirelerin yaş ortalamaları 26.0 ± 0.5 , %84.6'sı kadın, %54.6'sı lisans mezunu ve meslekte çalışma yılı ortalaması 5.0 ± 0.3 tür. Hemşirelerin %75.4'ü dahili kliniklerde çalıştığını ve %10.8'i 6 yıl ve üzerinde meslekte çalışma yıllarının olduğunu bildirmiştir (Tablo 1).

Tablo 1.Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	110	84.6
Erkek	20	15.4
Yaş		
≤25 yaş	53	40.8
≥26 yaş	77	59.2
Eğitim Düzeyi		
Meslek lisesi	44	33.8
Ön lisans	9	6.9
Lisans	71	54.6
Yüksek lisans	6	4.6
Çalışılan Klinik		
Dahili klinikler	98	75.4
Cerrahi klinikler	32	24.6
Çalışma Süresi		
2 yıldan az	61	46.9
3-5 yıl arası	55	42.3
6 yıl ve üzeri	14	10.8
Toplam	130	100.0

Hemşirelerin %80.8'i tüm hastaların enfeksiyon kaynağı olabileceğini ve temel standart önlemlerinin kendileri ve hastalar (%87.7) için alınması gerektiğini belirtmişlerdir. Hemşireler nozokomiyal enfeksiyonlarla ilgili olarak hastanede edinilen enfeksiyon olduğu (%87.7), nozokomiyal enfeksiyonun gelişme zamanı (%77.7), riskli bölgeler (%63.8) ve riskli kişiler (%70) ile invaziv işlemlerin enfeksiyon riskini artırdığı (%88.5) hakkındaki verilen mevcut bilgileri doğru olarak bildirmişlerdir (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelerin hastane enfeksiyon kontrolü ve standart önlemler ile ilgili bilgi düzeyleri

Hastane enfeksiyon kontrolü ve standart önlemler ile ilgili değişkenler	Doğru n(%)	Yanlış n(%)	Bilmiyorum n(%)
Tüm hastalar bakılmaksızın enfeksiyon kaynağıdır	105 (80.8)	22 (16.9)	3 (2.3)
Tüm sağlık çalışanları meslek enfeksiyonları riski altındadır	127 (97.7)	3 (2.7)	0 (0.0)
Ter dışında vücut sıvıları enfeksiyon kaynağı olarak görülmemelidir	97 (74.6)	27 (20.8)	6 (4.6)
Standart önlemler hastaları ve sağlık çalışanlarını korumak için gerekli tavsiyeleri içermelidir	124 (95.4)	5 (3.8)	1 (0.8)
Standart önlemler tüm hastalara uygulanmalıdır	114 (87.7)	12 (9.2)	4 (3.1)
Standart önlemler sadece vücut sıvısı ile temas eden sağlık çalışanları için uygulanmalıdır	20 (15.4)	109 (83.8)	1 (0.8)
Nozokomiyal enfeksiyonlar hastanede edinilen enfeksiyonlardır	114 (87.7)	10 (7.7)	6 (4.6)
Nozokomiyal enfeksiyonlar hastane yatıştan sonra 48 saat içinde gelişen enfeksiyonlardır	101 (77.7)	13 (10.0)	16 (12.3)
Bölgesel alanlar nozokomiyal enfeksiyonun neden olduğu bakteri kaynaklarının başında gelir	83 (63.8)	25 (19.2)	22 (17.0)
İleri yaş veya genç yaş nozokomiyal enfeksiyon riskini artırır	91 (70.0)	24 (18.5)	15 (11.5)
İnvaziv işlemler nozokomiyal enfeksiyon riskini artırır	115 (88.5)	10 (7.7)	5 (3.8)

Hemşirelerin kişisel koruyucu önlemler ve el hijyenine yönelik bilgi düzeylerine bakıldığında, el hijyenine yönelik uygulamalarda standart önlemler çerçevesinde araştırmaya katılan hemşirelerin bilgi düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin hastaya bakım öncesi, sırası ve sonrası el yıkama uygulamasında yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadıkları hemşirelerin %44.6'sının doğru, %46.2'sinin yanlış olarak cevapladığı görülmektedir. Hemşirelerin %95.4'ü tarafından

maske, bone ve gözlük gibi diğer araçların kullanılması enfeksiyona karşı koruyucu bariyer olarak bildirilmiştir. Hemşirelerin beşte bire yakını maske eldiven önlük gibi koruyucuların tekrar kullanımlarını doğru olarak bildirirken, her prosedürde eldiven kullanılması ile ilgili standart önlemin ne olduğu konusunda hemşirelerin %63.1'i doğru olarak bildirmiştir. Hemşirelerin %64.6'sı kesici delici yaralanma riski varsa eldiven kullanmanın standart önlemler içerisinde olduğunu bildirmiş, yaralanmaları önlemek için enjektör kapaklarının kapatılması gerektiğini bildirenler %35.4 ve kesici delici yaralanmaların rapor edilmesine gerek olmadığını düşünenler ise %16.9'dur. İzolasyon önlemlerine ilişkin soruları hemşirelerin çoğu doğru cevap vermişlerdir. Hemşirelerin hastane enfeksiyonları için sıklıkla aldığı önlem ise eldivendir (%84.2) (Tablo 3)

Tablo 3. Hemşirelerin kişisel koruyucu önlemler ve el hijyenine yönelik bilgi düzeyleri

Kişisel koruyucu önlemler ve el hijyenine yönelik değişkenler	Doğru n(%)	Yanlış n(%)	Bilmiyorum n(%)
El yıkama, sağlıkla ilgili enfeksiyonların görülme sıklığını ve bulaşan mikroorganizmaları azaltmaktadır	129(99.2)	1(0.2)	0(0.0)
Standart el yıkama, iki elin ve bileklerin yıkanmasını içerir	110(84.6)	18(13.8)	2(1.6)
Alkollü el antiseptiği ile elleri ovuşturma, eller kirlenmiş olsa bile el yıkama yerine geçer	25(19.2)	102(78.5)	3(2.3)
El yıkama ihtiyacının yerine eldiven kullanır	15(11.5)	114(87.7)	1(0.8)
Eldiven çıkarıldıktan sonra eller yıkanır	123(94.6)	5(3.8)	2(1.6)
Solunum yolu enfeksiyonlu hastalarla ilgilendikten sonra el yıkama gereklidir	112(86.2)	15(11.5)	3(2.3)
Standart el yıkamada: minimum süre: 20-30 saniye olmalıdır	126(96.8)	2(1.6)	2(1.6)
Bir hasta ile temas (veya bakım) öncesi ve sonrası ve sırasında el yıkama önerilir	58(44.6)	60(46.2)	12(9.2)
Maskeler, boneler ve eldiven gibi kişisel koruyucu ekipman, enfeksiyona karşı koruyucu bariyerler sağlar	124(95.4)	6(4.6)	0(0.0)
Kişisel koruyucu ekipman kullanımı, mesleki enfeksiyon riskini ortadan kaldırır	101(77.6)	21(16.2)	8(6.2)
Kişisel koruyucu ekipman, yalnızca laboratuvar ve temizlik ve kanla temas eden personelinin korunması için uygundur	6(4.6)	118(90.8)	6(4.6)
Kullanılmış kişisel koruyucu ekipmanlar, düzenli belediye atma sistemleri vasıtasıyla atılmalıdır	91(70.0)	12(9.2)	27(20.8)
Eldivenler aynı hasta üzerinde farklı prosedürler arasında değiştirilmelidir	92(70.8)	30(23.1)	8(6.2)
Aynı hastayla uğraşmak durumunda maskeler ve eldivenler tekrar kullanılabilir	27(20.8)	97(74.6)	6(4.6)
Standart önlemler her prosedür için eldiven kullanmamızı önerir	82(63.1)	42(33.3)	6(4.6)
Standart önlemler, kan veya vücut sıvısı ile temas riski bulunduğu zaman eldiven kullanmamızı önerir	104(80.0)	26(20.0)	0(0.0)
Standart önlemler kesici delici yaralanma riski varsa eldiven kullanmamızı önerir	84(64.6)	33(25.4)	13(10.0)
Enjektör kapakları kullanıldıktan sonra kapatılmalıdır	46(35.4)	79(60.7)	5(3.9)
İğne batması yaralanmaları rapor edilmeye gerek kalmadan yönetilebilir	22(16.9)	101(77.7)	7(5.4)
Standart önlemler sağlık çalışanlarının deri ile ilgili bir lezyonu varsa eldiven kullanmamızı önerir	106(81.5)	17(13.1)	7(5.6)
Sıçrama veya kan ve vücut sıvıları püskürme riski bulunduğu zaman, sağlık çalışanları maske, gözlük ve önlük giymelidir	123(94.6)	2(1.5)	5(3.9)
Solunum izolasyonunda N95 maske kullanılmalıdır	112(86.2)	11(8.5)	7(5.3)
Temas izolasyonunda hastanın yanına giderken mutlaka eldiven, önlük ve maske kullanılmalıdır	116(89.2)	14(10.8)	0(0.0)
Damlacık izolasyonunda hastanın tek kişilik odada olması gerekir	21(16.2)	103(79.2)	6(4.6)

Ek olarak tabloda yer verilmeyen verilere baktığımızda çalışmada hemşirelere hastane enfeksiyonları ve standart korunma önlemleri ile ilgili eğitim alıp almadıkları sorulduğunda tamamı eğitim aldığını bildirmiştir. Eğitimi ilk olarak nereden aldıkları sorulduğunda okul müfredatından 55'i (%42.6), kurum hizmet içi eğitimlerinden 51'i (%39.5), geriye kalanı ise 24'ü (%17.9) mesleki kurs ve sempozyumlardan aldığını bildirmiştir. Çalışma hayatları boyunca hemşirelerin 120'si (%92.3) çalıştıkları kurumlardan en az bir kez enfeksiyon kontrolü ve standart önlemler ile ilgili hizmet içi eğitim almıştır ve 104'ü (%80) bu eğitim ve müfredat içeriklerinin yeterli olduğunu düşünmektedir. Hemşirelerin 10'u (%7.7) ise birden fazla enfeksiyon kontrolü ve standart önlemler ile ilgili eğitim almıştır. Hastane enfeksiyonlarını kurumsal olarak önleme çalışmalarının yeterli olmadığını düşünenler 87 kişi (%67), kendisinin yeterli bulmayanlar ise 62 (%48) kişidir. Hastanelerde enfeksiyon kontrolü için yetersizliklerin en önemli nedeni sorulduğunda 89 kişi (%68.7) birinci sırada malzeme eksikliği (maske, eldiven, bone, önlük, gözlük, vs) olduğunu ifade etmiştir. Yine hemşirelerin 57'si (%43.8)

yeterli eğitim almadıklarını ve enfeksiyon kontrolü ve koruyucu önlemlere yönelik eğitim alma ihtiyacı hissettiklerini ancak tamamı kendince enfeksiyon kontrolü ve koruyucu önlemlere yönelik önlemleri aldıklarını bildirmişlerdir. Hemşirelerin bilgi düzeyleri ile sosyo-demografik özellikleri arasında karşılaştırma yapılmış ancak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Cinsiyet; X^2 : 0.486; $p=0.124$; Yaş; X^2 : 0.986; $p=1.171$, Eğitim Düzeyi; X^2 : 0.986; $p=0.889$ Çalışılan Klinik; X^2 : 0.897; $p=0.424$; Çalışma Süresi; X^2 : 0.881; $p=0.942$, Çalışma süresi; X^2 : 0.794; $p=0.559$).

TARTIŞMA

Standart önlemler, herhangi bir sağlık bakımı ortamında, hastanın şüpheli veya onaylanmış enfeksiyon durumundan bağımsız olarak, tüm hasta bakımı için geçerli olan minimum enfeksiyon önleme uygulamalarıdır. Bu uygulamalar hem sağlık çalışanlarını korumayı hem de enfeksiyonları hastalarına geçirmelerini önlemeyi amaçlamaktadır (14,15).

Çalışmamızda hemşirelerin hastane enfeksiyonunun çeşitli yönlerine ilişkin bilgileri genellikle yüksektir. Hemşirelerin büyük çoğunluğu bir sağlık çalışanının bir hastadan

alabileceği bazı enfeksiyonların ve standart önlemlerin farkında oldukları için temel standart önlemlerin kendileri ve hastalar için alınması gerektiğini belirtmişlerdir. Benzer yapılan çalışmalarda çalışmamızla uyumlu olarak hemşirelerin enfeksiyon kontrolü ile ilgili bilgi düzeylerinin iyi olduğu tespit edilmiştir (16,17). Fakat Gould ve arkadaşları (18) üç bakımevinde çalışan 173 hemşirenin, standart önlemler konusundaki bilgilerini düşük olarak değerlendirmişlerdir. Sarani ve arkadaşları (19) hastane enfeksiyonlarında standart önlemler hakkında hemşirelerin %43'ünün bilgi düzeyinin zayıf olduğunu tespit etmişlerdir. Nijerya ve Afrika'daki sağlık çalışanı anketleri ve gözlemleri, sağlık çalışanlarının standart önlemleri tutarlı ve doğru bir şekilde uygulayamadıklarını belgelemektedir (20,21).

Hastane enfeksiyonlarından koruyucu önlemler içerisinde en başta uygun el hijyeni yer almaktadır (22). Çalışmamız hemşirelerin çoğunun çeşitli durumlardaki el hijyeni konusunda iyi bilgiye sahip olduğunu göstermiştir. Çalışmamızla uyumlu olarak hemşirelerdeki el hijyeni bilgisinin iyi olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır

(23,24). Çalışmamızın aksine bu konuda hemşirelerin bilgisinin az olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (25,26). Çalışmamızda hemşirelerin hastaya bakım öncesi, sonrası ve sonrası el yıkama uygulamasında yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadıkları hemşirelerin %44.6'sının doğru %46.2'sinin yanlış olarak cevapladığı görülmektedir. Bu durum ellerin tahriş olması, önemsememezlilik, işlerin yoğunluğu, üşengeçlik, malzeme yetersizliği gibi durumlardan kaynaklanıyor olabilir.

Hemşirelerin daha pratik olduğunu düşünmeleri ve ellerin tahriş olması nedeniyle hastane enfeksiyonları koruyucu önlemler içerisinde el yıkama yerine eldiven kullanmayı tercih ettikleri de bilinmektedir. Eldivenler nozokomiyal enfeksiyonu azaltmada yararlı bir ek yoldur. Fakat hiçbir zaman el hijyeni yerine geçmez ve hatta yanlış kullanım sonucu hastane kaynaklı enfeksiyonların artmasına neden de olabilir; muayene eldivenine yerleşen bakteri, virüs ve diğer kirleticiler daha sonra ellerde yok edilmez, bu nedenle yanlış eldiven kullanımı (ellerin yıkanmadan eldiven giyilmesi, hastadan hastaya geçerken eldivenin değiştirilmemesi, aynı

eldivenin uzun süre ellerde bulunması, eldivenin çıkarılırken ellerin kontamine edilmesi ve eldiven çıkarıldıktan sonra ellerin yıkanmaması gibi) hastaları ve sağlık çalışanlarını çapraz kontaminasyon ve enfeksiyon riski ile karşı karşıya bırakmaktadır (27). Çalışmamızda hemşirelerin hastane enfeksiyonlarından korunmak için sıklıkla aldığı önlem eldivendir (%84.2). Ayrıca çalışmamızda hemşirelerin %95.4'ü tarafından maske, bone ve gözlük gibi diğer araçların kullanılması enfeksiyona karşı koruyucu bariyer olarak bildirilmiştir.

Hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumunun değerlendirildiği çalışmalarda, çalışmamızla uyumlu olarak hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumlarının oldukça yüksek olduğu bildirilmektedir (28–30). Araştırmamıza katılan hemşirelerin %67'si, hastane enfeksiyonlarını önleme çalışmalarının yeterli olmadığını %48'i ise kendisinin bu konuda yeterli olmadığını düşünmektedir. Hastanelerde enfeksiyon kontrolü için yetersizliklerin en önemli nedeni sorulduğunda birinci sırada malzeme eksikliği (%68.7) (maske, eldiven, bone, önlük, gözlük v.s) gelmektedir.

Cerrahi servislerde eğitilmiş hemşireler arasında hastane kaynaklı enfeksiyonların önlenmesinin bilgi düzeyi ve klinik uygulamalar üzerine tanımlayıcı bir çalışma yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda katılımcıların %98'inin hastane enfeksiyonlarından haberdar olduğu, %2'sinin hiç duymadığı belirlenmiştir. Çalışmada yaklaşık %78'inin hastane kaynaklı enfeksiyonları önlemek için gerekli önlemleri alırken %22'si önlem almadıklarını belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada %94'ü, nozokomiyal enfeksiyonların önlenmesi uygulamasında engelleri olduğunu belirtmiştir. Engeller arasında %26 kötü çalışma ortamı, %10 nozokomiyal enfeksiyonun önlenmesi hakkında yetersiz bilgi ve %58 el yıkamak için su eksikliği ve diğer maddi kaynakların yetersizliği bulunmaktadır. Çalışma, cerrahi servislerdeki eğitilmiş hemşirelerin çoğunun, hastane enfeksiyonlarının önlenmesi hakkında bilgi sahibi olduğunu, ancak ekipman eksikliği ve çalışma ortamının yetersizliği nedeniyle hepsinin pratik yapmadığını ortaya koymaktadır (31). Çeşitli ülkelerde hemşireler arasında mesleki tehlikelerle ilgili bilgi ve uygulamalar konusunda yapılan çalışmalar hemşirelerin bu konudaki bilgi

düzeylerinin iyi olduğunu ortaya koymuştur (11,32–34). Fakat aksini iddia eden birçok çalışma da hemşirelerin bu konudaki bilgi, tutum ve davranışlarının yetersiz olduğunu vurgulanarak hizmet içi eğitimlerle bilgilerini artırmalarını önermektedir (19,35–37).

Hastane kaynaklı enfeksiyonlar, tüm dünyada yaygın bir sorundur (38). Enfeksiyon kontrolü, sadece sağlık çalışanını korumak değil aynı zamanda nozokomiyal enfeksiyonları azaltmak ve böylece hasta güvenliğini artırmak amacıyla tüm sağlık profesyonelleri için kilit bir uygulama faktörüdür (39). Bu nedenle, güncel bilgi ve hemşirelik becerileri enfeksiyon kontrolünde önemli roller oynayabilir. Hemşireler, hasta bakımının ayrılmaz bir parçası olarak, günlük hizmet verdiği süreç içerisinde enfeksiyon kontrolünü uygulama fırsatına sahiptir (38). Hemşireler gerek eğitim müfredatları ve gerekse çalıştıkları kurum içerisinde yapılan eğitimler kapsamında enfeksiyon kontrolü ve standart koruyucu önlemler konusunda yeterli bilgi düzeylerine sahip olmalıdır. Hemşirelik müfredatı içerisinde yer alan dersler hasta güvenliği ile ilgili bilgi, beceri ve tutumların geliştirilmesinde önemli

bir rol oynar ve riskli durumlarla başa çıkmak için güvenli uygulama ve eylemlere katkıda bulunur (40). Ancak literatürde bilgi eksikliği ve yanlış uygulamalar nedeniyle gelişen mesleki riskler ve nozokomiyal enfeksiyonlar hala bildirilmektedir. Sıklıkla öğrenci hemşirelerin bilgisinin hastane enfeksiyonlarını önleme ve kontrolü için yetersiz ve tutarsız olduğunu vurgulayan çalışmalar bulunmaktadır (41–44). Bununla birlikte sağlık hizmetleri nedeniyle ortaya çıkan enfeksiyonların azaltılması ve enfeksiyon kontrol uygulamalarının yürütülmesine yönelik sağlık çalışanlarının bilgisini artırmak için periyodik aralıklarla eğitimsel müdahaleler yapılmasının gerektiği vurgulanmaktadır (19,45,46). Bu araştırmada hemşirelerin %42.6'sı okul müfredatından, %39.5'i hastane hizmet içi eğitimden hastane enfeksiyonları ile ilgili bilgi edindiğini bildirmiştir. Hemşirelerin tamamının okul müfredatından enfeksiyon kontrolü ve koruyucu önlemler hakkında bilgi almama nedeni Türkiye'de lise ve lisans düzeyinde iki farklı hemşirelik eğitiminin olması ve bazen de müfredat değişiklikleri olması nedeniyle olabilir. Farklı düzeyde eğitimin hemşirelerin nicelik olarak artışı sağlarken

hemşirelik hizmetleri niteliğini de olumsuz etkilediği görülmektedir. Yine hizmet içi eğitim alanların sayısı da oldukça düşüktür, bununla birlikte profesyonel yaşama başlarken oryantasyon eğitimlerinde veya standart olarak kurumun enfeksiyon kontrol politikalarını ve koruyucu önlemlerinin neler olduğunu bilmesi hemşirenin daha nitelikli sağlık hizmeti vermesini sağlayacaktır.

SONUÇ

Hemşirelerin hastane enfeksiyonlarından korunma ve önlenmesinde önemli rol oynadıkları bilinmektedir. Hemşirelik müfredatlarının mesleki uygulamalarda gerekli bilgi ve becerileri karşılayacak şekilde güçlendirilmesi, öğrencileri bu soruna duyarlı hale getirebilecek yeni eğitim stratejilerinin aranması önem arz etmektedir. Okul müfredatından sonrada çalışma hayatlarında hemşirelerin gerek bilgilerini tazelemek gerekse güncel bilgileri öğrenmeleri adına hizmet içi eğitimlere önem verilmesi gerekmektedir. Hemşirelerin bilgi düzeylerini arttırmak önemli olup, bu durum tek başına yeterli değildir. Hastane enfeksiyonlarında koruyucu önlemlerin alınabilmesi için gerekli malzemelerin sağlanması

ve hastane enfeksiyon önleme kurallarına uyulması gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının kendilerini tehlikelerden korumak için bir bariyer olarak eldivenin uygunsuz kullanımının hasta için enfeksiyon riskini arttırdığı ve el hijyenini azalttığı göz önünde bulundurulmalıdır.

BEYANLAR

Bu çalışma dokuzuncu Uluslararası İş Sağlığı ve Güvenliği kongresinde (6-9 Mayıs 2018)'de poster olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization [Internet]. Safe management of wastes from health-care activities [Cited 2020 November 17]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42175/9241545259.pdf;jsessionid=0B742D92FC3E77F27B6A5D4A0DD8E37B?sequence=1>. 1999;
2. Ford MT, Tetrick LE. Relations among occupational hazards, attitudes, and safety performance. *J Occup Health Psychol*. 2011;16(1):48–66.
3. Bell JL, Collins JW, Tiesman HM, Ridenour M, Konda S, Wolf L, et al. Slip, trip, and fall injuries among nursing care facility workers. *Workplace Health Saf*. 2013;61(4):147–52.
4. Awan A, Afzal M, Majeed I, Waqas A, Gilani SA. Assessment of knowledge, attitude and practices regarding occupational hazards among nurses at Nawaz Sharif Social Security Hospital Lahore Pakistan. *Saudi J Med Pharm Sci*. 2017;3:622–30.
5. World Health Organization [Internet]. Occupational health a manual for primary health care workers. [Cited 2020 November 17]. Available from: https://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehemhealthcareworkers.pdf. 2001;(_).
6. Amosu AM, Degun AM, Olanrewju MF, Aderibigbe KA, Health A, Centre IS. The Level of knowledge regarding occupational hazards among nurses in Abeokuta, Ogun State, Nigeria. *Curr Res J Biol Sci*. 2011;3(6):586–90.
7. Molinari JA. Infection control: Its evolution to the current standard precautions. *J Am Dent Assoc*. 2003;134(5):569–74.
8. Biadgilign S, Reda AA, Deribew A, Amberbir A, Belachew T, Tiyou A, et al. Knowledge and attitudes of caregivers of HIV-infected children toward antiretroviral treatment in Ethiopia. *Patient Educ Couns*. 2011;85(2):e89–94.
9. World Health Organization [Internet]. Health care-associated infections. Fact Sheet. [Cited 2020 November 17]. Available from: http://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf

10. Klevens RM, Edwards JR, Richards CL, Horan TC, Gaynes RP, Pollock DA, et al. Estimating health care-associated infections and deaths in U.S. Hospitals, 2002. *Public Health Rep.* 2007;122(2):160–66.
11. Amadhila J, Vyver JM Van der, Ashipala DO. Knowledge and practices among registered nurses on occupational hazards in Onandjokwe Health District: Oshikoto region, Namibia. *J Hosp Adm.* 2017;6(4):46–51.
12. Giri P, Kamble M, Kasat V, Phalke D. Knowledge about hospital-acquired infections amongst nursing staff of tertiary care teaching hospital in rural western Maharashtra, India. *Int J Med Sci Public Heal.* 2016;5(05):839–41.
13. Donati D, Biagioli V, Cianfrocca C, De Marinis MG, Tartaglino D. Compliance with standard precautions among clinical nurses: Validity and reliability of the Italian version of the compliance with standard precautions scale (CSPS-It). *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(1):121.
14. Punia S, Nair S, Shetty RS. Health care workers and standard precautions: perceptions and determinants of compliance in the emergency and trauma triage of a Tertiary Care Hospital in South India. *Int Sch Res Not.* 2014; 685072.
15. Ndu AC, Arinze-Onyia SU. Standard precaution knowledge and adherence: Do doctors differ from medical laboratory scientists? *Malawi Med J.* 2017;29(4):294–300.
16. Sodhi K, Shrivastava A, Arya M, Kumar M. Knowledge of infection control practices among intensive care nurses in a tertiary care hospital. *J Infect Public Health.* 2013;6(4):269–75.
17. Regina C, Molassiotis A, Eunice C, Virene C, Becky H, Chit-ying L, et al. Nurses' knowledge of and compliance with universal precautions in an acute care hospital. *Int J Nurs Stud.* 2002;39(2):157–63.
18. Gould D, Chamberlain A. Infection control as a topic for ward-based nursing education. *J Adv Nurs.* 1994;20(2):275–82.
19. Sarani H, Balouchi A, Masinaeinezhad N, Ebrahimitabas E. Knowledge, attitude and practice of nurses about standard precautions for hospital-acquired infection in teaching hospitals affiliated to Zabol University of Medical Sciences (2014). *Glob J Health Sci.* 2015;8(3):193–8.
20. Sadoh WE, Fawole AO, Sadoh AE, Oladimeji AO, Sotiloye OS. Practice of universal precautions among healthcare workers. *J Natl Med Assoc.* 2006;98(5):722–6.
21. Talashek ML, Kaponda CPN, Jere DL, Kafulafula U, Mbema MM, McCreary LL, et al. Identifying what rural health workers in malawi need to become HIV prevention leaders. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2007;18(4):41–50.
22. Larson E, Silberger M, Jakob K, Whittier S, Lai L, Della Latta P, et al. Assessment of alternative hand hygiene regimens to improve skin health among neonatal intensive care unit nurses. *Hear Lung J Acute Crit Care.* 2000;29(2):136–42.
23. Sharif A, Arbabisarjou A, Balouchi A, Ahmadidarrehsima S, Kashani HH. Knowledge, attitude, and performance of nurses toward hand hygiene in hospitals. *Glob J Health Sci.* 2015;8(8):57–65.
24. Pittet D. Improving adherence to hand hygiene practice: a multidisciplinary approach. *Emerg Infect Dis.* 2001;7(2):234–40.
25. Ghezalje TN, Abbasnejad Z, Rafii F, Haghani H. Nurses' knowledge, beliefs and practices towards hand hygiene. *HAYAT.* 2015;21(1):79–93.
26. Shinde M, Mohite V. A Study to assess knowledge, attitude and practices of five moments of hand hygiene among nursing staff and students at a tertiary care hospital at Karad. *Int J Sci Res.* 2014;3(2):311–21.
27. Tel H. Bir üniversite hastanesinde hemşirelerin eldiven kullanma ve el yıkama uygulamalarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg.* 2009;12(4):49–58.
28. Erden S, Kahraman BB, Bulut H. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumlarının değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2015;4(3):388–98.
29. Suliman M, Aloush S, Aljezawi M, AlBashtawy M. Knowledge and practices of isolation precautions among nurses in Jordan. *Am J Infect Control.* 2018;46(6):680–4.
30. Zencir G, Bayraktar D, Khorshid L. Bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.*, 2013;29(2):61–70.
31. Bhore NR. Disease burden of nosocomial infections and knowledge of nurses regarding the nosocomial infections: A Review. *Int J Nurs Res.* 2015;1(2):138–45.
32. Kamunge EW, Parasher RK, Cahill T, Zipp GP. Exploring knowledge, attitudes and practices of RNs regarding the spread of nosocomial infections. *Int J Infect Dis.* 2014;
33. Lopchan M, Gurung G, Rajbanshi L, Osti C, Baniya A. Knowledge and attitude towards infection control among supporting staffs of Chitwan Medical College, Bharatpur, Chitwan. *J Chitwan Med Coll.* 2017;6(1):40–7.
34. Salem OA. Knowledge and practices of nurses in infection prevention and control within a Tertiary Care Hospital. *Ann Med Health Sci Res.* 2019;9(1):422–5.
35. Alrubaiee G, Baharom A, Shahar HK, Daud SM, Basaleem HO. Knowledge and practices of nurses regarding nosocomial infection control measures in private hospitals in Sana'a City, Yemen. *Saf Heal.* 2017;3(1):1–6.
36. de Sousa ÁFL, Matos MCB, de Matos JGNF, Sousa LRM, Moura MEB, de Andrade D. Prevention and control of infection in professional nursing training: A descriptive study. *Online Brazilian J Nurs.* 2017;16(2):199–208.
37. Kalantarzadeh M, Mohammadnejad E, Ehsani SR, Tamizi Z. Knowledge and practice of nurses about the control and prevention of nosocomial infections in emergency departments. *Arch Clin Infect Dis.* 2014;9(4):e18278.
38. Fashafsheh I, Ayed A, Eqtait F, Harazneh L. Knowledge and practice of nursing staff towards infection control measures in the Palestinian Hospitals. *J Educ Pract.* 2015;6(4):79–90.
39. Abukhelaif AE. Personal protective equipment knowledge and practices among nurses working at Al-Baha King Fahad Hospital, Saudi Arabia. *J Health Commun.* 2019;4(1):1-6.
40. Silva AMBD, Bim LL, Bim FL, Sousa AFL, Domingues PCA, Nicolussi AC, Andrade D. Patient safety and infection control: bases for curricular integration. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(3):1170-7.
41. Bim LL, Bim FL, Silva AMB da, Sousa AFL de, Hermann PR de S, Andrade D de, et al. Theoretical-practical acquisition of topics relevant to patient safety: dilemmas in the training of nurses. *Esc Anna Nery.* 2017;21(4):e20170127.
42. Halboub ES, Al-Maweri SA, Al-Jamaei AA, Tarakji B, Al-Soneidar WA. Knowledge, attitudes, and practice of infection control among dental students at Sana'a University, Yemen. *J Int oral Heal JIOH.* 2015;7(5):15–9.
43. Hinkin J, Cutter J. How do university education and clinical experience influence pre-registration nursing students' infection control practice? A descriptive, cross sectional survey. *Nurse Educ Today.* 2014;34(2):196–201.
44. Van De Mortel TF, Kermod S, Prozano T, Sansoni J. A comparison of the hand hygiene knowledge, beliefs and practices of Italian nursing and medical students. *J Adv Nurs.* 2012;68(3):569–79.
45. Gaikwad UN, Basak S, Kulkarni P, Sande S, Cahavan S, Mudey G, et al. Educational intervention to foster best infection control practices among nursing staff. *Int J Infect.* 2018;5(3):e81531.
46. Massaroli A, Martini JG, Moya JLM, Bitencourt JV de OV, Reibnitz KS, Bernardi MC. Ensino do controle de infecções na graduação em saúde: opinião de experts. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 4):1723–31.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Otizm Spektrum Bozukluğu'nda Öncesi ve Sonrasıyla Tanı: Çocuk Gelişimci Bakış Açısıyla Bir İnceleme

Sebahat AYDOS¹, Elif Satı ÇALIŞ²

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, otizm tanılı çocukların tanılama öncesi, tanılama süreci ve tanılama sonrasına ilişkin ihtiyaçlarının ve tanılanma sürecinde yaşadıkları sorunların çocuk gelişimci bakış açısı ile belirlenmesi ve önlenmesi için neler yapılması gerektiğine dair çözüm önerileri ortaya konulmasıdır. **Yöntem:** Nitel araştırma yöntemlerinden temel yorumlayıcı desen kullanılmıştır. Çalışma grubu hastanede çalışan beş çocuk gelişimciden oluşmaktadır. Veriler "Görüşme Formu" ile toplanmış ve içerik analizine tabi tutulmuştur. **Bulgular:** Bulgular altı tema altında toplanmıştır. Bu temalar, "Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların tanılanma süreçleri: uzun ince bir yol", "Otizm spektrum bozukluk tanısı olan çocukların çocuk gelişimcilere yönlendirildiği diğer tanı şüpheleri: yanlış hesap Bağdat'tan döner", "Otizm spektrum bozukluğu tanısı olan çocukların değerlendirilmeden önce muayene oldukları poliklinikler", "Otizm spektrum bozukluğu tanısı olan çocukların tanılama sürecinde yaşadıkları sıkıntılar", "Otizm spektrum bozukluğunun tanılanmasında yaş kriteri", "Erken tanıyı kolaylaştırmak için yapılması gerekenler" şeklinde oluşturulmuştur. **Sonuç:** Çalışma sonucunda; otizm tanısı alan çocukların tanıyı alana kadar zorlu ve uzun bir süreçten geçtikleri, bu süreci kolaylaştıran en önemli faktörün çocuğun başvurduğu hastanenin personel istihdamı olduğu, çocukların tanı almadan önce birçok farklı tanı ihtimali ile değerlendirildikleri, tanılanma öncesinde hem ailesinin hem de karşılaştığı sağlık personelinin otizm hakkındaki bilgi eksikliğinden kaynaklı tanılama yaşının uzadığı, tanının daha erken koyulabilmesi için daha düzenli değerlendirmelere ve başta aile hekimleri ve pediatristler olmak üzere sağlık personelinin otizme ilişkin bilgi ve farkındalık düzeylerinin artırılması gerektiği sonuçlarına ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Otizm, erken tanı, erken müdahale, çocuk gelişimci

Diagnosis Before And After Autism Spectrum Disorder: A Review Of The Child Development Specialist Overview

ABSTRACT

Aim: The aim of the study is to determine the pre-diagnosis, diagnostic process and post-diagnosis needs of children with autism and the problems experienced during the diagnosis process from a child development specialist perspective and to propose solutions for preventing them. **Method:** Basic interpretative pattern from quantitative research methods was used. The study group consists of five child development specialist working in the hospital. Data were collected with "Interview Form" and were subjected to content analysis. **Results:** Results were categorized under 6 themes. These themes are "Process of diagnosis for children with autism spectrum disorder: a long narrow road", "Other suspected diagnosis in which children diagnosed with Autism spectrum disorder referred to child development specialists: unsolved mistakes return", "Polyclinics where children with a diagnosis of autism spectrum disorder are examined before being evaluated", "The difficulties experienced by children with autism spectrum disorder during the diagnostic process", "Age criterion on determination of autism spectrum disorder", "Things to do to facilitate the early diagnosis process". **Conclusion:** According to the results of the study, it has been found that children who are diagnosed with autism go through a long and tough path, that the most important aspect facilitating the diagnosis process is the employees of the hospital, that children were evaluated with various possibilities before definitive diagnosis, the long duration before being diagnosed due to the lack of knowledge about autism of both the family and the healthcare professionals visited. It is necessary to have more organized evaluations and increased knowledge and awareness of healthcare professionals regarding autism, especially family physicians and pediatricians for early diagnosis.

Keywords: autism, early diagnosis, early intervention, child development specialist

¹ Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü

²Bursa Uludağ Üniversitesi İnegöl Meslek Yüksekokulu Çocuk Bakımı ve Gençlik Hizmetleri Bölümü Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı

Sorumlu Yazar: Sebahat AYDOS

E-posta adresi: aydos@ankara.edu.tr

ORCID No: 0000-0002-4587-3353

Gönderi Tarihi: 11.08.2020

Kabul Tarihi: 12.04.2021

'Otizm Kapsamında Bozuklukta Erken Tanı, Müdahale ve Çocuk Gelişimciler' adlı çalışma 29-31 Mart 2018 tarihlerinde Antalya'da düzenlenen II. Uluslararası Erken Çocuklukta Müdahale Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Otizm spektrum bozukluk Amerikan Psikiyatri Birliğinin son tanı ölçütü olan DSM 5'te; "Belirtileri erken gelişim evresinde başlayan, değişik biçimlerde kendini gösteren toplumsal iletişim ve etkileşimde süregiden eksikliklerin var olduğu, sınırlı yineleyici davranış örüntülerinin gözlemlendiği, toplumsal alanlarda, işle ilgili alanlarda ya da önemli işlevsel alanlarda klinik açıdan belirgin bozulmalara neden olan nörogelişimsel bir bozukluk" olarak tanımlanmaktadır (1). Bu nörogelişimsel bozuklukta erken tanılanmanın ve erken müdahalenin önemi diğer hastalıklar ve bozukluklarda olduğu gibi tartışmaya açılmayacak kadar gereklidir. Ancak yapılan çalışmalar göstermektedir ki bu bozukluğun tanılanmasında göz ardı edilemeyecek oranda gecikmeler yaşanmaktadır (2,3,4). Goin-Kochel ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada otizmlili bir çocuğa sahip olan ailelerin % 8'inin ilk klinik ziyaretlerinde çocukları için bir tanı aldığı; % 40'ının sevk edildikleri ikinci klinikte; %62'sinin ise üçüncü klinik ziyaretlerinde tanı aldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Bu tanının doğrulanması için ise ailelerin %25'inden fazlasının beş yıldan

fazla beklediği elde edilen sonuçlar arasındadır (2). Bu çalışmayı destekler nitelikte çalışmalar alan yazında yer almaktadır. (3,4) Ancak teşhis kriterleri her ne kadar net olarak belirlenmemiş olsa da otizm tanısının iki yaşından önce konulması mümkündür (5,6). Buna rağmen otizm için özel geliştirilmiş standart araçların olmaması/rutinde kullanılmaması ya da müdahaleye ilişkin gecikme gibi sebeplerden ötürü sürecinin okul öncesi döneme kadar uzayabildiği görülmektedir (7). Yapılan ampirik çalışmalar sonucu elde edilen bulgulara bakıldığında erken tanılanan çocuklarda ciddi bir müdahale ile iyileşmeler gözlemlendiği, hatta düzelmelerin görüldüğü öne sürülmüştür (8,9,10).

Otizm tanısının gecikmesi hem ebeveynlerin hastalığın getirdiği zorluklarla baş etmeleri açısından, hem de çocukların erken müdahale hizmetlerinden faydalanmalarını engellemesi ve dolayısıyla uzun vadede ciddi sonuçlara neden olması açısından çeşitli olumsuzlukları beraberinde getirmektedir (11). Erken teşhis ise erken müdahale programlarının kapısını açarak uzun vadedeki olumsuz sonuçların oluşmasını engellemektedir (6). Bu nedenlerle, semptomların görünmesi ile net teşhis arasındaki zamanı azaltacak tanı süreçlerinde

iyileşmelere ihtiyaç duyulmaktadır (2). Bu iyileşmelerin ise ülkemiz sağlık sistemi içerisinde var olan diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte, hastanelerde görev yapan çocuk gelişimciler ile mümkün olabileceği düşünülmektedir (12). Çocuk gelişimciler Sağlık Bakanlığı'na bağlı birçok hastanede (genelde devlet olmak üzere devlet ve özel hastanelerde) istihdam edilmekte, genel olarak doktor yönlendirmesi ile poliklinik hizmeti vermekte, gelişimsel değerlendirmeler yapmakta, gelişimsel sapmaları tespit etmekte, hem normal gelişim gösteren hem de özel gereksinimli çocuklar için gelişimsel destek programları hazırlamakta ve uygulamaktadır (13). Bu doğrultuda çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanları başta olmak üzere çocuk nörolojisi, pediatri, aile hekimliği gibi uzman doktorlarla birlikte çocuğun gelişimi bağlamında ortaklaşa çalışmaktadır. Bu ortaklaşa çalışmanın bir ayağında da otizm belirtisi gösteren çocuklar yer almaktadır.

Bu bağlamda bu çalışmanın amacı, çocuk gelişimcilerin deneyimleri bağlamında otizm tanıli çocukların tanılama öncesi, tanılama süreci ve tanılama sonrasına ilişkin ihtiyaçlarının ve tanılanma sürecinde yaşanan sorunların

belirlenmesi ve önlenmesi için neler yapılması gerektiğine dair çözüm önerileri ortaya konulmasıdır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Deseni

Araştırma nitel araştırma tekniklerinden “temel yorumlayıcı desen” üzerine kurgulanmıştır. Temel yorumlayıcı desen, herhangi bir felsefeye dayanmadan konuya ilişkin bilgi toplamayı ve bilgiyi yorumlamayı içermektedir (14).

Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubu amaçlı-uygun örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Amaçlı-uygun örneklemedeki seçim kriterlerinde kolay ulaşılabilirlik ön plandadır (15). Bu kapsamda bu araştırmanın çalışma grubu Ankara'da bulunan, Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastanelerinde çalışan ve otizm tanı konulma sürecinde aktif görev alan beş çocuk gelişimciden oluşmaktadır ve bu çalışmanın sonuçları çocuk gelişimciler ile yapılan görüşmelerden elde edilen veriler ile sınırlıdır. Çalışma grubunun tamamını kadın çocuk gelişimciler oluşturmaktadır ve her biri en az üç en fazla 12 yıllık mesleki deneyime sahiptir. Çalışma grubu olarak çocuk gelişimcilerin dahil edilmesinin

sebebi ülkemiz sağlık sisteminde son zamanlarda ciddi bir yer edinen meslek gruplarından biri olan çocuk gelişimcilerin hemen hemen her devlet hastanesinde kadrolarının bulunması, sürece ilişkin tanı öncesi, sırası ve sonrasında otizm spektrum bozukluğu tanısı konulan/şüphesi bulunan çocuklarla birlikte derinlemesine çalışma şanslarının olması ve süreçte aktif rol oynuyor ve gözlem yapıyor olmalarıdır. Çalışmanın örneklemini seçilirken hastanede çocuk gelişimi polikliniğinde ya da çocuk gelişimi ünitesinde aktif olarak çalışıyor olmak ve gelişimsel değerlendirme yapıyor olmak ölçütleri kullanılmıştır.

Veri Toplama Aracı

Çalışma kapsamında veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış ve çocuk gelişimi alanında hastanede çalışan bir uzman, çocuk gelişimi alanında akademik personel olan bir uzman ve nitel araştırmalar üzerinde çalışan bir uzman olmak üzere toplam üç uzman görüşüne bağlı olarak son hali verilmiş olan görüşme formu kullanılmıştır. Görüşme formunda toplamda 15 soru yer almaktadır. Soruların içerikleri ise çocuk gelişimcilerin sürece ilişkin deneyimlerini ortaya koymalarını amaçlayan, çocukların tanılama

sürecini, doktorların yönlendirme sürecini, çocuk gelişimcilerin sistem içerisindeki görevlerini içeren açık uçlu sorulardan oluşturulmuştur. Örnek olması açısından formda yer alan sorulardan birine aşağıda yer verilmiştir:

- “Soru Örneği: Otizmden şüphelendiğiniz bir hastaya ilişkin hastanın kapıdan giriş anından tanılanıp eğitime başlamasına kadar nasıl bir süreç izlediğinizi örnekler üzerinden anlatır mısınız?”

Veri Toplama Süreci

Araştırmanın veri toplama sürecinde öncelikle polikliniklerde ya da ünitelerde çalışan çocuk gelişimcilere ulaşılmış ve çalışma hakkında ön bilgilendirmede bulunulmuştur. Konuya ilişkin görüşme yapmayı kabul eden çocuk gelişimciler çalışmanın amacına ve görüşmenin detaylarına ve görüşmelerin ses kaydının alınmasına ilişkin bilgilendirilmiş ve hem sözlü hem de yazılı olarak onamları alınmıştır. Onamların alınmasının ardından görüşmeler her iki taraf için de uygun zaman dilimi için randevularla gerçekleştirilmiştir. Beş çocuk gelişimci ile yapılan görüşmeler, en az 19 dakika en fazla 41 dakika aralığında ortalama 36 dakika sürmüştür.

Verilerin Analizi

Çocuk gelişimcilerle yapılan görüşmeler ses kaydı olarak alınmıştır ve elde edilen ses kayıtlarının öncelikle deşifresi gerçekleştirilmiştir. Ses kayıtlarının deşifre edilmesinin ardından veriler öncelikle satır satır kodlanmıştır (açık kodlama). Satır satır kodlanan veriler çeşitli eksenler etrafında birleştirilmiştir (eksen kodlama). Eksen kodlar ise kendi içerisinde örtüşmeler ve ayrışmalar olarak düzenlenmiştir (seçici kodlama). Son olarak klasik kategoriler haline getirilen veriler soyutlanarak yorumlanmıştır. Araştırmanın geçerlik ve güvenilirlik özelliklerine bakıldığında (16) ise inandırılabilirliğin sağlanması için çocuk gelişimi alan uzmanlarının çalışmayı başlangıcında incelemeleri ve yorumlamaları istenmiştir. Çalışmanın referans yeterliği değerlendirilmiştir. İki ayrı görüşme daha yapılmış ve çalışmanın analizi sonucunda elde edilen kategorilere oturtulmuştur. Aktarılabilirlik için ayrıntılı betimlemelere yer verilmiştir. Onaylanabilirlik için ise analize ilişkin başka araştırmacıların görüşlerine başvurularak "Bu verilerden bu sonuçlar çıkar mı?" sorusunun cevabını vermeleri

istenmiştir. Ayrıca bulguların yorumlanması sürecinde doğrudan alıntılara yer verilmiştir.

BULGULAR

Araştırma kapsamında gerçekleştirilen görüşmelerde çalışma grubundan elde edilen veriler amaç bağlamında altı tema üzerinde değerlendirilmiştir.

Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocukların

Tanılanma Süreçleri: Uzun İnce Bir Yol

Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların tanılanma süreçleri başvurdukları hastanede çalışan çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı ile çocuk gelişimci olup olmaması durumuna göre ciddi değişkenlikler göstermektedir. Tanılama süreci çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanının bulunduğu hastanelerde diğerlerine nazaran daha kolay ve daha hızlı şekilde aşamalandırılmaktadır. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına doğrudan muayene olamayan çocukların tanılanma süreci ise diğerlerine göre daha uzun sürmektedir. Çocuk gelişimcilere çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ya da aile hekimleri tarafından yönlendirilen çocukların tanılama sürecine ilişkin elde edilen bulgulara bakıldığında ise çocuk

gelişimcilerde gerçekleştirdikleri gözlem, görüşme ve değerlendirmeler sonucunda çocuğun otizm belirtileri gösterdiği yönünde bir kanı oluşması durumunda, aileler doğru tanılamının gerçekleştirilebilmesi adına çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları kliniklerine yönlendirilmektedir. Bu sürecin detayına bakıldığında; çocuk gelişimciler kendilerine yönlendirilen çocuklara ve ailelerine belirli bir zaman dilimi ayırmaktadır. Bu zaman dilimi 30 dakika da olabilmekte ama 3 ay boyunca belirli periyodlar dahilinde devam eden 45 dakikalık seanslar şeklinde de gerçekleşebilmektedir. Bu durum çocuk gelişimcinin yaklaşımına, çocuğun ve ailenin ihtiyacına, çocukta gözlemlenen sapmaların doğru tespit edilebilirliğine ya da çocuğun görüşmeye uyum sağlayabilme durumları gibi değişkenlere göre farklılık göstermektedir. Bunun yanı sıra, aile ile ayrı, çocukla ayrı ya da aile–çocuk etkileşiminin gözlemlendiği seanslar da gerek duyulduğunda ya da çocuk gelişimcinin yaklaşımına göre sürece eklenmektedir. Aile ve çocuk ile birlikte geçirilen bu süreçte çocuk gelişimciler aileden detaylı öykü almakta, çocuğun evdeki davranışlarına, eğer gidiyorsa okuldaki

davranışlarına, akranları ile olan ilişkilerine ve gerekli gördükleri diğer konulara ilişkin bilgi toplamakta, ailelere çeşitli sorular yönlendirerek otizm belirtilerinin çocukta ne kadar var olduğu hakkında detaylı bilgi almaktadır. Bunun yanı sıra çocuk gözlemlenmekte ve çeşitli değerlendirme araçları kullanılarak çocuğun gelişimsel düzeyi tespit edilmektedir. Sonrasında ise elde ettiği bulgular sonucunda vardığı noktaya ilişkin aileyi ve çocuğu kendisine yönlendiren doktoru bilgilendirerek çocuğun bir sonraki basamağa yönlendirilmesini sağlamaktadır. Bu şekilde otizm şüphesi olan çocuğun tanılama süreci resmi olarak başlamaktadır. Doğru tanılama yapılabilmesi için çocuklar ihtiyaç duyulması durumunda işitme ya da sinir sistemi muayenesi gibi farklı değerlendirmelere de yönlendirilmektedir. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı muayenesinden sonra ise bu çocukların bir sonraki basamak olan heyet raporu alma süreci ortaya çıkmaktadır. Tanılama süreci raporun verilmesi ile sonlanmaktadır. Tanılama sürecinden sonra ailelerin Rehberlik ve Araştırma Merkezleri'ne yönlendirilmesi ile müdahale sürecinin eğitim ayağı da başlamaktadır.

“...Burada gerekli söylemleri yaptıktan sonra hastayı tekrar psikiyatrye yönlendiriyoruz ve bize de gönderen doktoru ile iletişime geçiyoruz ya telefon ediyoruz ya da yanına kadar gidiyoruz durum bu şekilde. Gerekirse gözlem notumuzu doktorumuza bırakıyoruz başvurduktan sonra da psikiyatride bu çocukların önce testlerini ister ya AGTE ya da WISC-R yapılır çocuklara ayrıca onun sonucuna göre puanlaması yapılır, aldıkları puanlara göre ya doğrudan yönlendiririz ya da bir süre belirli aralıklarla takip ederiz ailelere öneriler verip mesela çocuğu televizyondan tableten uzak tutmaları, çeşitli oyunlar oynamaları. Tabi şimdi anlattığım gibi basit değil bir danışmanlık programı yazıyoruz. Hepsini burada anlatayım mı? İşte onlardan sonra doktorla ortak karar verilir. Ondan sonra da sağlık kurulu, sonra da eğitim raporu çıkarılır...” (Ç3).

“...Biz burada ortalama 45 dakika ya da bir saat zaman ayırdığımız için daha genel bir değerlendirme yapma şansımız oluyor, ama

bu değerlendirmeler hep farklı. Bazen çok uzun da sürebiliyor ne bileyim çocukları belirli aralıklarla üç ay boyunca izlediğimiz de oluyor...” (Ç4).

“...Değerlendirmeni istiyor senden sonra da sevk edilmesi gerekiyorsa da sevk ediyorsunuz başka bir hastaneye, kliniğe, psikiyatrye. Aslında bu kısımda hani bir nevi doktorun düşüncesini senden sağlamasını yapmış oluyorsun sen doktorun. Yani bir şeyden şüpheleniyor. Sen de teyit ediyorsun bunu. Testle veya görüşmeyle, tecrübenden dolayı, mesleki anlamda veya sonrasında onu şey yapıyorsun, fikir birliğiyle birlikte doğru adımları atmış oluyorsun. Yani çocuğu oradan oraya oradan oraya anlamsız gezdirmenin veya kaybetmenin yerine doğru şeyleri adımları atmış oluyorsun, doğruca dinliyorsun aileyi anamnezini alıyorsun, çocuğu takip ediyorsun değerlendiriyorsun...” (Ç1).

Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Olan Çocukların Çocuk Gelişimcilere Yönlendirildiği

Diğer Tanı Şüpheleri: Yanlış Hesap Bağdat'dan

Döner

Elde edilen bulgular ışığında otizmlili çocukların çocuk gelişimcilere yönlendirildiği tanı kriterlerinde “gecikmiş konuşma” tanısı en büyük örüntüyü oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra davranış problemleri ve işitme problemleri diğer yoğun örüntüler arasındadır. Enürezis ya da hiperaktivite şüphesi ile yönlendirilen otizmlili çocuklar da bulunmaktadır. Otizmlili çocukların değişik tanı şüpheleri ile yönlendirilmelerinin yanı sıra zaman zaman farklı rahatsızlığı olan çocuklar da otizm şüphesi ile çocuk gelişimciye yönlendirilebilmektedir. Buna ilişkin en yoğun örüntü ise davranış problemleri ve işitme kaybı üzerinedir. Ancak görme sorunu olan çocuklar da zaman zaman doktorlar tarafından otizm ön tanısı ile çocuk gelişimcilere yönlendirilmektedir. Yapılan görüşmelerde çocukların çok az sıklıkta otizm ön tanısı ya da şüphesi ile çocuk gelişimcilere yönlendirildiği bulguları elde edilen önemli bulgulardandır.

“...Ya bana genelde çocuk konuşmuyor diye geliniyor ama bakıyorsun ki otizm ile ilgili bir sürü şey var sergiledikleri

davranış ve tavırlarda farklı oluyor...”
(Ç1).

“...Genellikle konuşmama diye geliyor veya duymama, duymuyormuş gibi davranma oluyor söz dinlememe aşırı hareketlilik olabiliyor. Tabii ki oluyor. Çok sık karşılaşıyoruz. Otistik davranışlar, belli her şeyinden ama konuşmuyor sadece onu önemsiyorlar işte aile de doktor da...” (Ç3).

“...İşitme sıkıntısı olan çocuklarla karşılaştık otizm diye gelip altından işitme engeli çıkan çocuklar da oldu...” (Ç4).

“...Hiperaktivite ile karıştırılabiliyor. Bazen çok hareketli diye getiriyorlar. Ama çocuğun derdi hareketlilik değil. Ama aslında dili bir iletişim aracı olarak kullanmıyor...”(Ç4).

“...Şöyle biz buna en çok konuşma ile ilgili gelen hastalarda karşılaşıyoruz ya da davranış sorunlarıyla da karşılaşıyoruz. Mesela çocuk bize davranış sorunu var diye gönderilmiş sağlam çocuktan yönlendirmiş olabilir ama hani görüşmelerden sonra tabii çocukla da çalıştığımız için aslında bunun bir davranış sorunu değil bir tanı

devamında otizm şeklinde ortaya çıkan şeyler olduğunu çok rahat öngörebiliyoruz...”(Ç5).

“...Genelde birçok davranış bozukluğuna bu otistik deyip gönderiyorlar...” (Ç2).

“...Eğer bir konuda ilgili ve bilgili bir hekimse çocuk hekimiyse yaygın gelişimsel bozukluk olabilir diye gönderiyor. Eğer bu terimlerle ilgili bu terimlere hakimse otizm şeklinde gönderebiliyor ama tabii bu durum çok ama çok nadir geliyor. Hiç bir şey bilmiyorsa doğrudan hastayı gönderiyor yani bunda bir sıkıntı var şeklinde. Tamamen hekimin bilgi düzeyiyle alakalı bir şey...”(Ç3).

“...Yok nadiren bilgililerle karşılaşıyoruz. Yani nadiren bu konuda otizm deyip ya da yaygın gelişimsel bozukluk. O şekilde gönderilenlerin de bir kısmı farklı tanımlarla gidiyorlar, yani otizm olmuyor. Bunun dışında zaten çoğu tanımlarla ilgili çok ifade kullanmıyorlar yani konuşamıyor diye gönderiyorlar ya da çok hareketli diye gönderiyorlar...”(Ç1).

Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Olan Çocukların Değerlendirilmeden Önce Muayene Oldukları Poliklinikler

Otizm tanısı olan çocukların geçmiş muayene deneyimlerine bakıldığında öncelikle aile hekimliği muayeneleri yoğun olarak karşılaşılan bulgudur. Ancak çocukların muayene olduğu diğer doktor gruplarına baktığımızda yoğun olarak çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı muayeneleri olduğu görülmektedir. Bunun yanında nörolojik muayeneler hatta gelişimsel pediatri kliniklerinin muayenelerinden geçen çocuklar da bulunmaktadır. Bu muayenelerin dışında otizmi olan çocukların özel hastanelerin çeşitli kliniklerinde, hatta psikolog görüşmelerinde kaydı olduğu bulgusu bir diğer eksen olarak karşımıza çıkmaktadır.

“...Çocuğun sistemden doktor kaydına baktığımızda şunu gördük bu çocuk hem ikiz eşi hem de prematüre olduğundan aslında birçok bölümde takip edilen çocuk. Mesela bunlardan bu çocuğu dört yaşına kadar gelişimsel pediatri almış bütün doktor notlarında normal gelişim yazıyor 13-14 kez nöroloji görmüş bu çocuğu onda

da normaldi yani kendinde baktıkları sistemin neyine göre normal yazdıklarını bilmiyorum işte normaldir yazıp bu çocuk gönderilmiş. Ama bu çocuk şimdi otizm tanılı, eğitimi de alıyor...”(Ç3).

“...Şöyle çoğunlukla burada bir tane özel hastane var oraya gidiyorlar oradaki çocuk hekimlerine psikiyatrist var ordaki psikolog çalışmaları oluyor öncesinde genelinin...”(Ç1).

Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Olan Çocukların Tanılama Sürecinde Yaşadıkları Sıkıntılar

Otizm tanısı olan çocukların tanılama sürecine ilişkin yaşadıkları problemler iki eksen üzerinde toplanmaktadır. Bunlardan birincisi ailesel ve çevresel sıkıntılar, ikincisi ise sağlık sistemine ilişkin yaşanan sıkıntılardır. Birinci eksen olan ailesel ve çevresel sıkıntıların içeriğine bakılacak olduğunda genel örüntünün çocuğun ihmali bağlamında olduğu fark edilmektedir. Bu bağlamda ebeveynlerin yanı sıra kök ebeveyn, akraba ve komşu ilişkileri de işin içine girmektedir. Çocuğun normal gelişim sürecine ilişkin bilgi sahibi olmayan ebeveynlerin çocuğun

davranışlarındaki sapmaları olağan davranış problemleri olarak sınıflandırdığı, çocuğun aile sağlığı sistemine kayıt ettirilmediği, ettirilse bile rutin kontrollerin sağlanmadığı, özellikle babaların çocukların sorunlarını görmezden gelmeye yatkın olduğu ve annelere bu konuya ilişkin müdahale hakkı tanımamaları ebeveynlerin ihmali boyutunda yaşanan sıkıntılardır. Ebeveynlerle bağlantılı olarak yaşanan sıkıntılara ilişkin bir diğer boyut ise çocuğun otizmlili olma durumunun reddedilmesi ve çocuğun tanılanmasına ilişkin gösterilen dirençtir. Aileler tanılama durumunda çocukların hayatlarının tamamının olumsuz şekilde etkileneceğini, toplum içerisinde sorunlar yaşayacağını, askere gitmek, evlenmek gibi toplumsal gereklilikleri yerine getiremeyeceğini düşünmekte ve çok ileriye yönelik çıkarsamalarda bulunup tanılamayı reddetmektedir. Kök ebeveynler ve akraba-komşu faktörü ise zaman zaman ailelerin çocuktaki sapmalarına ilişkin bakış açılarını sansürlemektedir. “Bunun babası da geç konuştu.”, “Amaaaann bizim çocuk da böyleydi sonra da susmak bilmiyorlar.”, “Tek çocuk ya ondan böyle şımarık.”, “Kız çocuğu erken konuşur, erkek çocuğu geç konuşur.” gibi geleneksel

kalıplaşmış söylemler sebebiyle aileler, çocuklarındaki sapmaların normal olduğunu düşünme çabası içerisinde girmektedir.

“...Komşu faktörü ya da aman bizimki de böyleydi böyle olmuştu hani hep genel söylemler vardır ya...”(Ç2).

“... Babalar bizde sıkıntı, bir kısmı var çocuğuna toz kondurmuyor, biz kısmı var önemsemiyor. Sonra ne oluyor? Anne koşturuyor ama baba istemiyor. Dediğim gibi bazen benim oğlum aslan, bazen de umurunda olmadığından...”(Ç1).

“...Herkes uzman gerçekten doktorlar bizler bir şey bilmiyoruz onlar biliyor. Anne-baba da onlara inanıyor yok bunun babası da böyleydi, yok erkek çocukmuş ne bekliyorlarmış, anne-baba da inanıyor işte belki de inanmak istiyor hani onu bilmiyorum ama böyle de geç oluyor işte olan senin çocuğuna oluyor farkında değil...”(Ç5).

Diğer eksene ilişkin içeriğe bakıldığında ise bu kısımda sisteme ilişkin ve personelin donanımına ilişkin olmak üzere iki boyutta algılanmaktadır. Siteme ilişkin yaşanan sıkıntıların başında

randevu alabilme sürecinin sıkıntılı ve uzun sürmesi gelmektedir. Bu genel örüntünün yanı sıra çocukların hastanede sıra beklemek zorunda olmaları, bu süreçte tanılarının özellikleri bağlamında sergiledikleri davranış problemleri sebebiyle çevreden gelen sesli ya da sessiz olumsuz tepkiler, heyet raporu alma sürecinin hem uzun hem de sıkıntılı bir şekilde işlemesi, personel eksikliği sebebiyle farklı hastanelere sevk edilmek zorunda kalmaları, sistem içerisinde hastaya ayrılan sürenin yetersiz olması, doktorların günlük bakmak zorunda bırakıldığı hasta sayısı sebebiyle olgu değerlendirmelerinde eksikler ya da kayıplar yaşanması, sistem içerisinde küçük yaşlardan itibaren ayrıntılı ve gelişimsel bir değerlendirme sisteminin mevcut olmaması, heyet raporlarının iki yıl gibi uzun süreler için çıkıyor olması sebebiyle sık takibe gerek duyan bu hastaların sistemden uzaklaştırılması gibi sıkıntıların bir kısmının zaman kaybına, bir kısmının yanlış tanılamaya neden olduğu elde edilen bulgular arasındadır. Bu durum da dolayısıyla müdahale sürecinin de ötelenmesine ya da yanlış bir eğitim modelinin belirlenerek çocuğa doğru olmayan bir yöntemle müdahale edilmesine neden olmaktadır. Personele

ilişkin yaşanan sıkıntılar bağlamında yapılan değerlendirilmede genel örüntü çocukların sıklıkla karşılaştıkları sağlık personelinin otizme ilişkin bilgilerinin olmaması ya da yetersiz olmasıdır. Farklı bir bakış açısıyla personel otizme ilişkin bilgi sahibi olsa dahi nasıl bir yönlendirme yapması gerektiğine ilişkin bilgi sahibi olamayabilmektedir. Bunun yanı sıra doktorların gelen hastaları genel değerlendirmeden çok hangi şikayetle geldiklerine odaklanması ve şikayet özelinde spesifik muayene gerçekleştirmesi de otizmliler olan çocukların karşılaştıkları personel bağlamındaki sorunlar arasında yer almaktadır.

“...Çünkü otizmliler çocuklara konuşma gecikmesi raporu çıkarıp eğitimde günlerce ellerinde kartlarla kelime çalıştıkları için çocuklarda aslında iletişim çalışılması gerekirken bu atlanmış oluyor bunlar özel eğitime gidiyor ilerleme yok çok karşılaştık aslında çocuğun ikinci üçüncü raporunda otizm raporu çıktığı oldu. Yıllarca çocuk yanlış eğitim ve rapor almış ancak 3. raporunda biri fark etmiş de aslında bu çocuk otistik demiş raporu çıkmış ve özel eğitime öyle devam etmiş...”(Ç2).

“...Sağlık sistemini eleştirecek olursak çok fazla hasta bakıyorlar polikliniklerde bizim pediatri ya da psikiyatri klinikleri 70 80 hasta bakıyor...”(Ç4).

“...Belki o küçük yaşlardaki ayırt ediciliği görmek gerekiyor daha ayrıntılı değerlendirmelerin olması önemli...”(Ç5).

Otizm Spektrum Bozukluğunun Tanılanmasında Yaş Kriteri

Otizmin tanılanmasına ilişkin yaş genel olarak 3+-1 şeklinde değerlendirilmiştir. Bunun sebebi tamamen ailelerin çocuktaki konuşma algısına dayanmaktadır. Aileler çocukların üç yaşına kadar konuşmamasını normal görmekte ve bu bağlamda çocuğun konuşmaması onlar için bir sorun teşkil etmemektedir. Çocuğun konuşmamasının artık bir sorun haline geldiği süreçte -ki bu aileden aileye kardeşinin konuştuğu yaş ya da toplumsal cinsiyetçi ön yargılar gibi kriterlerden kaynaklı 2-4 yaş arasında değişiklik göstermektedir-problem olarak algılanmakta ve sağlık sistemi içerisine çocuk bu şekilde dahil edilmektedir. Konuşan olgularda ise durum farklılaşmakta ve tanılama yaşı yedi yaşına kadar uzayabilmektedir. Çocuğun

konusması durumunda diğer normal gelişimden sapma örüntüleri aileler tarafından farklı kılıflarda değerlendirilmekte, çocuk bir şekilde “problemlili” etiketi ile anaokulu sürecini atlatmakta ve ancak ilkokula başlama sürecinde aile gerçeğe yüz yüze gelebilmektedir. Genel tanılama yaşı bu şekilde seyrederken farklı şekillerde sistemin içerisine dâhil olarak çocuk gelişimcilerle karşılaşma durumu söz konusu olan çocuklarda tanılama yaşı ciddi oranda aşağılara inmektedir. Ciddi spesifik belirtiler gösteren vakalarda (işitme problemi olmadığı halde ismine dönmeme, kalabalık içerisinde aşırı tepkisel davranışlar, ileri boyutta iletişim sorunları, stereotipik hareketler vb.) tanılama yaşı 13 aya kadar düştüğü gözlenmiştir ancak bu durum istisnadır. Fakat çocuk gelişimcilerin karşılaştıkları vakalarda ortalama 18 ay civarında doğru tanıya ulaşabildikleri ifade edilmiştir. Bu da sisteme geç dahil olan çocukların ortalama olarak bir buçuk yıllık bir kayıplarının olduğunu ortaya koymaktadır.

“...1,5 yaş tanı koymada idealdir çünkü bakmıyor adına dönmüyor sürekli huzursuz bir çocuk, eeee oyunlara katılmıyor çünkü oyun kurduğu bir dönem artık araştırmıyor

takip etmiyor bunların hepsi bizim için bir sinyal ama ben en erken 18 aylık bir bebek biliyorum...”(Ç3).

“...Genele baktığımızda 3 yaş civarı geliyor aileler. Eğer çalışan anne baba ise işte ilk kreşe başlama döneminde, kreş yönlendiriyor. Çünkü aile o zamana kadar görmemiş dikkat etmemiş, çocuk konuşsun işte bakıcıyla, anneanneyle, babaanneyle olmuyor deyip kreşe veriyor. O da orda anlaşılıyor...”(Ç5).

“...Bizde benim ortalama karşılaştığım üç yaş, daha sonrası değil. Onun da temelinde hep bu çocuk konuşmuyor diye geldikleri için üç yaş...”(Ç1).

“...Konuşan ama yedi yaşında okul olgunluk ölçeği yapacağım bir çocuk, yedi yaşında konuşan bir otistikti konuştuğu için göz ardı edilmişti mesela o çocukta hiç bir zaman ygb spektrumu düşünülmedi anneyle konuştuğumuzda direkt annesinin çantasını ısırma başladı yani o kadar kontrolsüzdü yanındaki kişi çocuğu dışarı götürdü...”(Ç1).

Otizm tanısının konulmasında, tanı yaşının yukarılara doğru çıkmasının nedenlerinden biri de eğreti gelin durumudur. Otizm belirtileri gösteren çocukların kök ebeveynleri başta olmak üzere aile ile iletişimde olan, geleneksel bakış açısına sahip yetişkinler, çocuğun farklılıklarını, gelişimsel gecikmelerini ya da normalden sapmalarını görmezden gelmekte, onlara ilişkin bir savunma mekanizması geliştirmektedir. Çocuğu korumaya yönelik bir çaba içerisine giren yetişkinler (babaanne ya da baba), bu süreçte çocuğun eksikliklerini kendileri düzeltmekte, sürekli olarak çocuğu tolere etmektedir. Çocuğun yapamadığı şeylere ilişkin çocuğun annesini suçlamakta, annenin yetkinliğini aşağılamakta ve çocuğuna doğru bakım veremediği üzerine sürekli olarak konuşmakta, annenin ise çocuğa ilişkin söz söylemesine fırsat vermemektedir. Bu yetişkinler aynı zamanda anneyi sürekli olarak diğer anneler ile kıyaslamakta ve annesinin çocuğa doğru bakım veremediğini ifade etmektedir. Çocuktaki gelişimsel gecikmeler ve normalden sapmalar bu şekilde örtbas edilmektedir. Bunun sonucunda da çocuğun tanısının konulması ötelenmekte ve tanı yaş ortalaması da bu şekilde yükselmektedir.

“...Bizde babaanne her şeyi en iyi bilir biliyorsunuz. Anne geliyor derdi var ama söyleyemiyor baba yanında, kadın ağlıyor niye ağladığı belli değil işte babayı çıkarıp çocukla anneyle konuşunca anlaşılıyor. Anne aslında çok istemiş doktora gelmeyi ama kaynanasıyla yaşıyor her kafadan bir ses çıkıyormuş işte o bir şey söylüyor komşu bir şey söylüyor onun çocuğu şöyle bunun çocuğu böyle kadına laf kalmıyor ki...”(Ç1).

“...Valla büyükşehir falan diyoruz ama gelinlerin hala sıkıntılarının biri kayınvalide. Ben çok gördüm kayınvalidesi yüzünden çocuğu doktora getirememiş...”(Ç5).

Erken Tanıyı Kolaylaştırmak İçin Yapılması Gerekenler:

Erken tanıyı kolaylaştırmak için yapılması gereken çalışmalar iki bağlam üzerinden yönlendirilmektedir. Bunlardan birincisi aileye ilişkin, diğeri ise sağlık sistemine ilişkindir. Ancak her iki bağlamı da ortaklaştıran kavram eğitim faktörüdür. Ailelere ilişkin yapılması gerekenler bağlamında öncelikle ailelerin konuya ilişkin farkındalığının artırılması

İçin pre-peri-postnatal eğitimlerin içeriklerine otizme ilişkin farkındalık eğitimleri eklenmesine, çocuğun normal gelişim eğrisi ve bunlardan sapmaların nasıl tespit edileceğine, hangi yaşlarda neleri yapması gerektiğine, hangi davranışların normal, hangi davranışların normalden sapma hangi davranışların hangi sıklıkta yapıldığında normalden sapma olarak değerlendirilmesi gerektiğine ilişkin eğitim verilmesine, gerekmesi durumunda bu eğitimlerin zaman zaman tekrarlanmasına ve yalnızca annelerin değil babaların da eğitimlere dahil edilmesine ilişkin gereklilik ortaya konulmuştur. Sağlık sistemine ilişkin yapılması gereken düzenlemeler ekseninde ise yine eğitim ön plandadır. Başta birinci basamak sağlık sistemi içerisindeki aile hekimlerinin, ebelerin ve hemşirelerin otizm ve tanı kriterlerine ilişkin bilgi düzeylerini artırıcı eğitimlerin gerçekleştirilmesine ilişkin gereklilik genel örüntüyü oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra doktor adayların rotasyonları arasına çocuk gelişimi polikliniklerinin/ünitelerinin de eklenmesi, doktor adaylarının belirtiler gösteren ya da tanı alan çocukları gözleme şansı elde ederek ayırıcı tanıya ilişkin bilgi sahibi olmalarına uygulamalı

fırsatlar tanınması, bu personelin yanı sıra çocukları daha uzun süreler gözleme şansı bulan sağlık personelinin (örn.: çocuk servisi hemşireleri) otizm tanı kriterlerine ilişkin eğitimlere tabi tutulması eğitimsel bağlamda erken tanıyı kolaylaştırmak adına yapılması gerekenler arasındadır. Eğitim örüntüsünün yanı sıra ortaya çıkan bir diğer önemli örüntü ise standardize testler ve gözlem olanağının oluşturulmasıdır. Çocukların belirli aralıklarla ya da spesifik olarak belirli yaşlarda belirli standart testlere tabi tutulmasının otizmin erken tanısında ciddi düzeyde etkili olacağı düşünülmektedir. Ancak bunun yanı sıra otizm özelinde Türk çocuklarına özel olarak geliştirilmiş bir değerlendirme aracının oluşturularak birinci basamak sağlık sisteminde yetkin kişilerce çocuklara uygulanan standart bir uygulama olmasının da tanıyı kolaylaştırabileceği oluşan örüntüler arasında önemli bir yer tutmaktadır. Bunların yanı sıra katılımcılar tarafından çocuğun doğumundan itibaren bir sağlık karnesi olması, çocuk gelişimi ünitelerinin/polikliniklerin fiziki şartlarının çocuk özelinde düzenlenmesi ve uygulamaların kolaylıkla yapılabilmesi ya da

doktorların zihnindeki kalıp ön yargıların kırılması gibi farklılaşan öneriler de yer almaktadır.

“...İki yaşta mesela bir konuda kesinlikle bir testten geçmelerini isterdim. Standart test uygulayıp Denver veya AGTE gibi değil de otizmlili ilgili bir standart test uygulardım. 0-3 yaşta her çocuğun mesela üç kere bu testten geçmesini önerebilirdim. Diyoruz ya Denver'ı altı yaşa kadar en az dört kere yaptırın. Yani bu şeyin tesadüfe değil de sisteme oturturulmasını isterdim mesela aile hekimlerinde böyle bir ölçek olsa çünkü üç yaşına kadar görüyor. En az iki yaşına kadar aşılarda en az 10 kez gidiyor hasta. Ama 0-3 yaşta aile hekimleri böyle bir test uygulayabilir. Biraz daha standardize bir test olabilir...”(Ç3).

“...Bir de hani mesela hastane içi rotasyonlarda ergen psikiyatri gibi ya da gelişimsel pediatri gibi hatta mesela sağlam çocuğa hatta asistan doktorlar bize de gelirler burada bizimle onlar da gözlemede yaparlar farkındalık oluşturmak adına belki bu asistanların eğitiminde çok böyle eğitimle desteklemek lazım, başka

yerde çocuğu o kadar uzun gözleme ya da böyle bir süre takip etme şansı yok...”(Ç4).

TARTIŞMA

Otizimde tanılama sürecinde çocukların yaşadıklarına ilişkin gerçekleştirilen bu araştırma sonucunda tanı sahibi çocukların sağlık sistemi sürecine ilişkin bütüncül bulgular elde edilmiştir. Bu bulgulardan ilki Otizmlili olan çocukların tanılama sürecinde, sürecin hızını belirleyen en büyük etkenin hastanın başvuru yaptığı sağlık kuruluşundaki personel istihdamı olduğudur. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı ve çocuk gelişimcilerin istihdam edildiği hastanelerde tanıma süreci hem zaman olarak hem de emek olarak kolaylaşmaktadır. Çocuk gelişimcilerin bilgi beceri ve yetenekleri arasında çocuğun gelişimsel değerlendirilmesi, gelişimsel ve eğitsel tanısının konulması, ailesine çocuk odaklı danışmanlık verilmesinin yer aldığı görülmektedir (17). Sağlık kuruluşlarında çocuk gelişimcilerin bulunması, hastanın nesnel düzeyde değerlendirilmesi ve aileye danışmanlık yapma noktasında hekimin yükünü hafifletmektedir (18). Alan yazındaki çalışama sonuçları ile çalışma

bulguları sentezlendiğinde, hastanelerde çocuk gelişimci istihdamının erken tanı ve bu sayede de müdahale şansını arttırdığı söylenebilir. Aynı zamanda tanılama süreci sonrasında ailelere eğitsel ve gelişimsel rehberlik yapan çocuk gelişimciler aileleri yönlendirmekte, onlara rehberlik etmekte ve otizm tanısı alan çocuğun sürecinin doğru yürütülmesine yardımcı olmaktadır.

Otizimli olan çocukların tanı almadan önce başta gecikmiş konuşmak olmak üzere birçok hastalıkla ya da rahatsızlıkla karıştırıldıkları görülmektedir. (19,20,21,22). Bunun yanı sıra tanı almadan önce birçok hekim tarafından muayenene edildikleri halde doğru şüphenin oluşmadığı ve doğru yönlendirmelerin yapılmadığı elde edilen bulgular arasındadır. Bu durumunun iki nedeni olabileceği düşünülmektedir. Birincisi bu hastalıkların/rahatsızlıklarının ayırıcı tanıların bir kısmının benzer olmasıdır.

Hastalıkların ayırıcı tanısına ilişkin benzerliklere baktığımızda bu belirtiler sözel olarak ifade edilirken benzer gibi görünüyorsa da, belirtilerin çocuklarda gözlemlenme durumlarının farklı olduğu düşünülmektedir. Örneğin yalnızca gecikmiş konuşması olan bir çocuğun alıcı diline

ilişkin bir problem görülmemektedir. Çocukta göz teması, ya da verilen komutları yerine getirme davranışı yaşına uygun seyretmektedir. Yalnızca sözel ifade becerilerine ilişkin gecikme mevcuttur. Fakat otizimli olan çocuklarda konuşamama durumu gelişimin bütünlük ilkesi ile değerlendirmeye alındığında görülecektir ki çocuğun ifade etme becerilerinin yanı sıra iletişim kurma, karşıdakini etkin dinleme, göz teması kurma, verilen komutları yerine getirebilme gibi hem alıcı dil hem de sosyal becerileri birlikte kullanması gereken etkinliklerde sıkıntı yaşamaktadır. Gelişim bir bütündür (23). Bu nedenle gecikmiş olarak değerlendirilen her beceri kendisi ile ilişkili olan diğer becerilerle birlikte ele alınmalı ve değerlendirilmesi de birlikte yapılmalıdır. Doğru tanılama için gereken gelişimsel değerlendirmeler, yapılması gereken görüşmeler ve gözlemler çok önemlidir.

Doktorlar tarafından muayene edilen çocuklarda doğru şüphenin oluşmamasının diğer nedenine baktığımızda, doktorların ayırıcı tanıların tamamına hakim olmaması ya da bu ayırıcı tanıları çocukta gözlemlenme/tespit etme şansının “farklı nedenlerden kaynaklı” olamayışıdır. Çocuk

gelişimcilerin birlikte çalıştıkları doktorlar bağlamında yaptıkları değerlendirme sonucunda oluşan genel örüntü çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının otizm tanı grubuna ilişkin bilgi yeterliliklerinin ve farkındalıklarının az olduğu yönündedir. Bu bağlamda aile hekimlerine ilişkin görüşe baktığımızda çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına kıyasla daha yüksek farkındalığı olan bir grup aile hekiminden söz edilse de yine genel örüntünün aynı şekilde bilgi ve farkındalığın yeterli olmadığı şeklinde kurulduğu görülmektedir. Her iki grup doktorun gerçekleştirdikleri yönlendirmeler değerlendirildiğinde farklı tanı şüpheleri ile yönlendirilen çocuklar arasında otizm belirtileri belirgin olan çocukların varlığının yoğun olduğu, ancak bunun yanı sıra az sayılarda yönlendirilen otizm tanı şüphesi olan hastaların da farklı rahatsızlık belirtilerinin olduğu belirtilmektedir. Ancak otizm tanısı konulan çocuklar arasında çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğinden ya da aile hekimliklerinden otizm şüphesi ile yönlendirilen hasta sayıları neredeyse yok denilecek kadar az olduğu da vurgu yapılan değerlendirmeler arasındadır.

Bu iki grup hekim arasındaki yönlendirme sayısındaki yoğunluk farkının aile hekimlerinin çocukları çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına nazaran daha uzun sürelerde görme ve gözleme şanslarının olmasına bağlanabilir. Bu bağlam içerisine bilgi yetersizliğinin yanı sıra ayrılan zaman ve ayrılan zamanın niteliği kavramları da işin içine girmektedir. Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının muayenelerini yüzeysel ve şikayete yönelik yaptığı, hasta öyküsünün yeterli düzeyde alınmadığı, etkin çevresel faktörlere ilişkin değerlendirme yapılmadığı ancak bu faktörlerin çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarınca sistemin onları zorunlu kıldığı kısıtlı süreden kaynaklı değerlendirilemediği, ya da uzmanlık sırasında bu konulara ilişkin yeterince bilgi sahibi olmadığı elde edilen bulguların içeriğinde yer almaktadır. Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları otizm tanısı konulan çocukları ilk gören sağlık çalışanları olmaları sebebiyle erken tanıda önemli rol oynamaktadır (7). Rollerini bu kadar önemli olan çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının maalesef çocuk gelişimi, gelişimsel gecikmenin erken tanısı, özel gereksinimleri olan çocukların tedavisi konularında eğitimi ve donanımı son derecede

kısıtlıdır (24). Yapılan çalışmalar sonucunda çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının otizm hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarına ilişkin bulgular elde edilmiştir (7). Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının otizm gibi ağır gelişimsel gecikmeler ile seyreden bir hastalığı tanıma oranına ilişkin yapılan başka bir çalışmada ise otizm tanısı alan ve sürekli bir çocuk sağlığı ve hastalığı uzmanına muayene olan çocukların yalnızca % 12' sinde belirtileri fark eden ve tanıyı koyan kişinin çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı olduğu belirlenmiştir (25). Yapılan bir araştırmada otizm tanısı konulan çocukların son bir yıl içerisinde 4-24 kez çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanına muayene olduğu ancak bunların yalnızca % 4'ünde çocukların otizm şüphesi ile çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına yönlendirildiği bulunmuştur (25). ABD'de 2001 yılında gelişimsel sorunların erken tanınabilmesi için standartlar getirilmiş olmasına rağmen 2006 yılında tanı koyma yaşının düşmediği görülmektedir. Bu sonuç, hekimlerin tıp eğitimleri sırasında bu konu ile ilgili yeterli bilgiyi alamadıklarını gündeme getirmektedir (25,26). Tersine bir durum ise çalışma bulgularında da karşılaşılan bir durum olan yanlış tanılamadır.

Otizm belirtileri kolaylıkla diğer hastalıklarla karıştırılabilmektedir. Örneğin konuşma gecikmesi olan çocuklar için çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları tarafından otizm tanısı konulması sebebiyle ailelerde gereksiz anksiyeteye neden olmaktadır (2).

Önleyici bakım hizmetlerinde gelişimsel değerlendirmelerin yapılması, gerçekten otizmi olan her çocuğu doğru tanılamak ve otizmi olmayan çocukların yanlış tanılanmasını engellemek için gerekli bir yöntemdir (27). Gelişimsel değerlendirme, her zaman sağaltımın en önemli süreçlerinden bir tanesi olarak görülmektedir (24). Ancak çoğu çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, zaman kısıtlamaları ya da gelişimsel değerlendirmeye yetkin olmayışları gibi nedenlerle rutin sağlık taramalarında gelişimsel tarama araçlarını sürekli kullanamamaktadır (28,29).

Otizmin doğru tanılanmasında çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının ve aile hekimlerinin önemi ve sorumluluğu büyük olsa da çalışma bulguları ve diğer araştırma bulguları (30, 26) göstermektedir ki bu sürece ilişkin doğru gitmeyen şeyler bulunmaktadır. Bunların yanı sıra

doktorların klinik çalışma koşulları değerlendirildiğinde bu gibi geniş kapsamlı, sürece yayılması gereken, tekrar tekrar gözlem gerektiren tanıları değerlendirmesi ve takip etmesi mümkün görünmemektedir.

Otizmlı çocukların tanılama sürecinde yaşadıkları sıkıntılarda ise hem ailesel ve çevresel bağlamda yaşananlar hem de sağlık sistemi bağlamında yaşananlar bize konuya ilişkin bilgi ve eğitim eksikliğini toplumun her kesiminde karşımıza çıktığını göstermektedir. Ailesel ve çevresel faktörler kısmen de olsa dar bir çerçevede geleneksel yapı ile açıklanabilir olsa da sağlık sistemi bağlamında karşımıza çıkan bilgi eksikliği sürece ilişkin müdahalede bu kadar basit şekilde bir eksene oturtulamamaktadır. Yapılan bir çalışmada görülmektedir ki sağlık personelinin çocukların takibini gerçekleştirirken önemsedikleri en önemli kriterler fiziksel büyüme ve motor gelişimle ilişkilidir. Diğer gelişim alanları ise değerlendirme içerisinde gerekli önemi bulmamaktadır. Otizm gibi daha çok davranışsal boyutta, iletişim becerilerinde ve alıcı ve ifade edici dil gelişiminde kendini gösteren tanılarda ise bu gibi değerlendirmelerin erken tanıyı güçleştirdiği bir

gerçektir. Bunun yanı sıra başka bir çalışmada da sağlık personelinin çocuklara ilişkin yaşadıkları zorluklar genel olarak gelişim alanları bağlamında ve çocukla iletişim kurma üzerinedir (31). Çocukların gelişimlerine ilişkin en yetkin sağlık personelinin çocuk gelişimciler olduğu düşünüldüğünde çocuk gelişimcilerin otizmin tanılama sürecini hızlandırması açısından mekanizmanın ihtiyaç duyduğu önemli dışlilerden biri olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Sağlık çalışanlarının “çocuk gelişimi, gelişimsel gecikmenin erken tanısı, özel gereksinimleri olan çocukların tedavisi” konusunda eğitimi ve donanımı oldukça kısıtlı olduğu için çocuğun gelişimi, değerlendirilmesi, gereksinimlerinin belirlenmesi ve çocuğa yaklaşım konularında kapsamlı eğitimler almış çocuk gelişimcilerin hastanelerde görev alması sağlık alanındaki bu açığı kapatmak için bir adım olabilir (24). Hastanelerde çocuk gelişimcilerin olması ailelerin daha kolay bir şekilde rehberlik almalarını da sağlayacaktır (18).

Çalışma kapsamında elde edilen bulgulara geri döndüğümüzde otizm tanısının çocuklara ortalama üç yaş civarında konulduğu görülmektedir.

Görüşme yapılan çocuk gelişimciler deneyimlerine istinaden vakadan vakaya değişmekle birlikte ortalama olarak 18 ay civarında tanı konulabileceğine ilişkin görüş bildirmişlerdir.

Otizme ilişkin belirtilerin daha erken yaşta gözlemlenebildiği bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada otizmlili çocukların DSM 4 tanı kriterlerini iki yaşında tam olarak karşıladığı sonucuna ulaşılmıştır (32). Ancak buna rağmen ülkemizde tanılama yaşı üç-dört, hatta istisnai vakalarda yediye bile çıkabilmektedir. Bir çalışmada ailelerin otizme ilişkin tanı kriterlerini bilmemeleri nedeniyle tanı yaşının ortalama dört ila altıya çıktığı dile getirilmiştir (33). Çalışma sonucunda elde edilen bulgular arasında ailelerin bilgi eksikliği ve çocuklarındaki normalden sapmaları reddettikleri sonuçları da bir önceki bulgu ile paralel seyretmektedir.

Erken tanı her hastalık ve rahatsızlık için ciddi derecede önem taşımaktadır. Her ne kadar tespit çocukların yaşı küçüldükçe zorlaşsa da erken tanı ve tedavinin otizmin prognozunu olumlu olarak etkilediği bilinmektedir (25). Dawson ve diğerleri tarafından yapılan bir çalışmada (32) gerçekleştirilen erken müdahale sonucunda erken

teşhis edilen ve eğitsel müdahale alan çocukların erken teşhis edilmeyen otizmlili olan çocuklara göre gelişimsel olarak daha ileri düzeyde olduğu saptanmıştır. Alana ilişkin yapılan son çalışmalar da göstermektedir ki çocuğun ve ebeveynin bireysel ihtiyaçlarına göre uyarlanmış erken, tutarlı ve uygun müdahale stratejileri ilerleyen süreçte elde edilen sonuçları iyileştirmektedir (27). Bu müdahalenin etkililiğinin de tanı yaşı ile doğrudan ilişkili olduğu düşünülmektedir

Erken tanıda en önemli faktör öncelikle ailenin konuya ilişkin bilincidir. Belirtileri ilk fark eden ya da ortaya çıkaran yaklaşık %70 olguda anne, baba ya da her ikisi olmuştur. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de, gelişimsel sorunu olan çocuklar ile baş edecek, onları tanıya ve tedaviye götürecek kişilerin sıklıkla bu çocukların ailesi olduğu görülmektedir (25).

Ancak çocukların doğumdan itibaren götürüldüğü başta aile hekimlikleri olmak üzere çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları da sürece ilişkin ciddi önemli rol üstlenmektedir. Yapılan bir çalışmada otizm tanısı alan çocuklarda tanı konmadan önce ailelerin belirtilere ilişkin şikâyet üzerine başvurdukları çocuk sağlığı ve hastalıkları

uzmanlarının %9,5'i çocuğun gelişiminin normal olduğunu, %9,1'inin yapılacak bir şey olmadığını, %32,4'ünün ise erkek çocuklarında olur böyle, konuşur daha, 6-7 yaşa kadar bekleyelim, ileride açılır gibi geleneksel söylemlerde bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır (25). Yüksek gelirli ülkelerde yapılan bir çalışmada ise çocuk hekimlerinin gelişimsel sorunları fark etmede bilgi beceri ve deneyimlerinin yeterli olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (34). Başka bir çalışmada ise ailelerin kaygılarını paylaştıkları çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının yalnızca %18,8'inin otizm belirtileni fark ettiği görülmüştür. Ailelere ayrıca, çocuklarının gelişimine ilişkin kaygılarını çocuk hekimleri ile paylaştıklarında hekimin nasıl bir tutum sergilediği sorulmuştur. Aileler kaygılarını paylaştıklarında çocuk hekimleri çocukların yalnızca %18,8'inin otizm belirtilerini fark etmiş ve ailenin düşüncesine katılmıştır (25).

SONUÇ

Çocuk gelişimcilerin deneyimleri bağlamında otizm tanılı çocukların tanılama öncesi, tanılama süreci ve tanılama sonrasına ilişkin ihtiyaçlarının ve tanılanma sürecinde yaşanan sorunların belirlenmesi ve önlenmesi için neler yapılması

gerektiğine dair çözüm önerileri ortaya konulması amacıyla gerçekleştirilen bu çalışma sonucunda; otizm spektrum bozukluğu tanısı alan çocukların bu tanıyı alana kadar zorlu ve uzun bir süreçten geçtikleri, bu süreci kolaylaştıran en önemli faktörün çocuğun ailesinin başvuru yaptığı hastanenin personel istihdamı olduğu, çocukların tanı almadan önce birçok farklı tanı ihtimali ile değerlendirmeye alındıkları, çocukların tanılanma öncesinde hem ailesinin hem de karşılaştığı sağlık personelinin otizm hakkındaki bilgi eksikliğinden kaynaklı tanılama yaşının uzadığı, tanının daha erken koyulabilmesi için daha düzenli değerlendirmelere ihtiyaç duyulduğu, ailelerin farkındalık düzeyinin artırılması gerektiği ve başta aile hekimleri ve pediatristler olmak üzere sağlık personelinin otizme ilişkin bilgi ve farkındalık düzeylerinin artırılması gerektiği sonuçlarına ulaşılmıştır.

KAYNAKLAR

1. DSM V. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub (2013).
2. Goin-Kochel RP, Mackintosh, VH, Myers BJ. How many doctors does it take to make an autism spectrum diagnosis?. Autism, 2006; 10(5), 439-451.
3. Karaaslan Ö, Goldberg J, Erbaş D, Turan Qian Y. (2014). Comparison of the Diagnostic Assessment Practices of Young Children with Autism in Turkey and USA. Conference on Research Innovations in Early Intervention (CRIEI) kongresinde sunulmuştur, San Diego, ABD.

4. Mandell DS, Novak MM, Zubritsky CD (2005). Factors associated with age of diagnosis among children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 116(6), 1480-1486.
5. Young R, Brewer N. Conceptual issues in the classification and assessment of autistic disorder. *International review of research in mental retardation*, 2002; 25, 107-134.
6. Moore V, Goodson S. How well does early diagnosis of autism stand the test of time? Follow-up study of children assessed for autism at age 2 and development of an early diagnostic service. *Autism*, 2003; 7(1), 47-63.
7. Özçelik AA, Soysal Ş, Arhan E, Demir E, Gücüyener, K, Serdaroğlu A. Autism spectrum disorder management practices and level of knowledge among general pediatricians. *Gazi Medical Journal*, 2015; 26(4).
8. Lord, C, Luyster R. Early diagnosis of children with autism spectrum disorders. *Clinical Neuroscience Research*, 2006; 6(3-4), 189-194.
9. Ekici B, Konuk FK, Dursun ŞS, Unay, ÖS, Tatlı B (2020). Neuroplay method combined with home-based Ayres sensory integration for autism: A case report. *J Surg Med*, 4(3), 246-7.
10. Ekici B, Bıçakçı MY, Gürkan EN, Unay ÖS, Tatlı B. Otizmde Ebeveyn Aracılı Yoğun Müdahale Yöntemi Nöroplay. *Çocuk Dergisi*, 19(3), 158-162.
11. Goin RP, Myers BJ. Characteristics of infantile autism: Moving toward earlier detection. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 2004; 19(1).
12. Taştepe T, Akyol AK. (2014). Hastanelerde görev yapan çocuk gelişimcilerin çalışma ortamları ile mesleklerine ilişkin görüşlerinin incelenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 29-54.
13. Akar Gençer A, Yüksel N. (2016). Sağlık Personelinin Hastanede Görev Yapan Çocuk Gelişimcilere Yönelik Görüşlerinin İncelenmesi. *Journal of International Social Research*, 9(43).
14. Merriam SB. Nitel araştırma: Desen ve uygulama için bir rehber. Nobel 2013.
15. Patton MQ. Nitel araştırma ve değerlendirme yöntemleri. *Pediatr Adolesc Med* 2014; 2000;154(3):261-6.
16. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry* 1985; (vol. 75).
17. Tercan H, Bıçakçı MY. Sağlık Bilimlerinde Transdisipliner Yaklaşım İçerisinde Çocuk Gelişimcinin Rolü. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2016; 157-168.
18. Akar Gençer A, Yüksel N. Sağlık personelinin hastanede görev yapan çocuk gelişimcilere yönelik görüşlerinin incelenmesi. *Journal of International Social Research*, 2016; 9(43).
19. ASHA (American Speech-Language-Hearing Association) (2019a). Late Language Emergence. Erişim Adresi: <https://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Late-Language-Emergence> (Erişim tarihi: 16.03.2021).
20. Ünver B, Öner Ö, Yurtbaşı P.(2015). Şizotipal Kişilik Bozukluğu ile Otizm Spektrum Bozukluklarının Ayrıcı Tanısı: Bir Olgu Sunumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26, 65-70.
21. Türkbay T, Zincir N. İşitme Kaybı Ve Yaygın Gelişimsel Bozukluk Birlikteliği: Bir Olgu Sunumu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 11 (1)
22. Kadak MT. (2019). Otizm Spektrum Bozuklukları-Güncel Bilgilerimiz Neler?. *OSB*, 12, 15.
23. Berk LE. *Infants, children, and adolescents*. Pearson Education New Zealand 2005.
24. Ertem İÖ. İlk üç yaşta gelişimsel sorunları olan çocuklar: üç sorun ve üç çözüm. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 2005; 6(02).
25. Erden G, Akçakın M, Doğan DG, Ertem İÖ. Çocuk Hekimleri ve Otizm: Tanıda Zorluklar. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*, 2010; 19(1), 9-15.
26. Finke EH, Drager KDR, Ash S. (2010). Pediatricians' perspectives on identification and diagnosis of autism spectrum disorders. *Journal of Early Childhood Research*, 8(254), 254-268.
27. American Academy of Pediatrics. American Academy of Pediatrics: health supervision for children with Down syndrome. *Pediatrics*, 2001; 107(2), 442.
28. Filipek PA, Accardo PJ, Ashwal S, Baranek GT, Cook EH, Dawson G, Levy SE. Practice parameter: screening and diagnosis of autism: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology*, 2000; 55(4), 468-479.
29. Sices L, Feudtner C, McLaughlin J, Drotar D, Williams M. How do primary care physicians identify young children with developmental delays? A national survey. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 2003; 24(6), 409-417.
30. Karaaslan Ö, Karaaslan D. (2016). Otizmli Çocukların Tıbbi Tanılama Sürecinde Yer Alan Uzman Doktorların Tanılamaya İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(2), 271-293.
31. Ülker P, Kahraman Ö, Ceylan Ş. Sağlık Personelinin Erken Müdahale Konusunda Annelerle Yaptıkları Çalışmalara İlişkin Değerlendirmeleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2015.
32. Dawson G, Osterling J, Meltzoff AN, Kuhl P. Case study of the development of an infant with autism from birth to two years of age. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 2000; 21(3), 299-313.
33. Göker H, Şahin İ, Tekedere H. Erken Çocukluk Döneminde Otizm Teşhisine Yönelik Dinamik Uzman Sistem Tasarımı. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 2015; 8(3), 167.
34. Bernal P, Estroff DB, Abouharham JF, Murphy M, Keller A, Jellinek MS. Psychosocial morbidity: the economic burden in a pediatric health maintenance organization sample. *Arch Committee on Children with Disabilities*. The pediatrician's role in the diagnosis and management of autistic spectrum disorder in children. *Pediatrics*, 2001; 107(5), 1221-1226.

DERLEME

Doğum Travmasının Anne ve Bebek Bağlanması Üzerine Etkisi

Esra ALTUN¹, Sena KAPLAN²

ÖZ

İnsan hayatında değişime neden olan en anlamlı olaylardan biri gebelik ve doğumdur. Bu değişim kadının ve erkeğin ebeveyne dönüşüm sürecidir. Doğum, kadının hayatını fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etkileyen çok yönlü ve önemli yaşam deneyimidir. Anne ve bebek bağlanması, gebelik döneminde gelişmeye başlayan ve sonrasında bireylerin hayatları boyunca etkisi altında kalacağı, sosyal hayattaki kişiler arası ilişkilerini etkileyen soyut bir kavramdır. Anne, baba ve bebek arasında geliştirilen olumlu bağlanmanın devamlılığı sosyal hayatın sağlıklı gelişimi için oldukça önemlidir. Bu bağlanmanın gelişmesini etkileyen birçok etken bulunmaktadır. Doğum deneyimi de insan yaşamında önemli etkilere neden olan bağlanma kavramının şekillenmesine öncülük etmektedir. Doğum deneyiminin insan üzerindeki kalıcı ve güçlü etkisi, olumlu ve olumsuz sonuçlara neden olabilmekte, özellikle travmatik doğum algısı gelişen kadınlarda anne ve bebek bağlanması olumsuz etkilenebilmektedir. Doğumun anne açısından travmatik duruma dönmesini engellemek için hemşirenin riskli grubu tanımlaması, değerlendirmesi, kadın ve ailesine destek olması oldukça önemlidir. Bu çalışmada; anne bebek bağlanması kavramına ve anne bebek bağlanmasının travmatik doğum algısı ile ilişkisini literatür bağlamında incelemek, kadın doğum hemşiresinin sorumluluklarına dikkat çekmek hedeflenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Anne-bebek bağlanması; Hemşirelik; Travmatik Doğum Algısı

Effects of Birth Trauma on Mother-Infant Bonding

Esra ALTUN¹, Sena KAPLAN²

ABSTRACT

Pregnancy and birth are one of the most significant events that cause changes in human life. This change is the transformation process of men and women into parents. Birth is a multidimensional and important life experience that affects a woman's life physically, psychologically, and socially. Mother-infant bonding is an abstract concept that starts to develop during pregnancy, that influences individuals throughout their lives, and that affects interpersonal relationships in social life. The continuity of positive bonding between mother, father and the infant is very important for a healthy development of social life. There are many factors that affect the development of this bond. Birth experience also shapes the formation of the bonding concept, which has important effects on human life. The permanent and strong effect of the birth experience on humans can cause positive and negative consequences, especially in women with a perception of traumatic birth, the mother-infant bonding may be negatively affected. In order to prevent the birth from becoming a traumatic situation for the mother, it is very important for the nurse to identify the risky group, evaluate it, and support the woman and her family. This study aims to draw attention to mother-infant bonding by examining the relationship between mother-infant bonding and the perception of traumatic birth in the context of the literature, and to draw attention to the responsibilities of the obstetric nurse.

Keywords: Mother-infant bonding; Nursing; Traumatic birth perception

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Ankara, Türkiye

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye

Sorumlu Yazar: Sena KAPLAN

E-posta adresi: ataykaplan@yahoo.com **ORCID No:** 0000-0002-1677-5463

Gönderi Tarihi: 29.10.2020

Kabul Tarihi: 09.11.2020

GİRİŞ

Kadının hayatındaki en önemli yaşam olaylarından biri gebelik ve doğum deneyimidir. Gebelik; hem kadın için hem de bebek için gelişimsel bir süreçtir. Kadının gebeliği süresince bebeğine bağlanması ve annelik rolünü benimsemesi oldukça önemlidir. Gebelik süresince kadının bebeğine bağlanması için fizyolojik, psikolojik, sosyolojik yönden birçok değişim meydana gelmektedir (1,2,3). Gebelik sürecince yaşanan bu değişimler gebenin bebeğe karşı daha duyarlı olmasına, ona sevgi ve şefkat göstermesini sağlamaktadır (4).

Doğum, kadın ve çevresini kısa ve uzun vadede etkileyen bir yaşam olayıdır. Birçok kadın için doğum güzel hatırlanan bir deneyim iken, doğuma yönelik beklentilerin karşılanmaması doğum eyleminin olumsuz bir eylem olarak zihinde işlemesine neden olabilmektedir. Kadının doğum eylemini; kendisi ve bebeği için ölüm ya da yaralanma tehdidi olarak algılaması, travmatik doğum algısı olarak tanımlanmaktadır. Travmatik doğum algısı, kadının anne olarak kendisini yetersiz görmesine neden olmakta ve öz yeterliliğini olumsuz yönde etkilemektedir (1).

Bu derlemede; anne bebek bağlanması kavramına ve anne bebek bağlanmasının travmatik doğum algısı ile ilişkisini literatür bağlamında incelemek, kadın doğum hemşiresinin sorumluluklarına dikkat çekmek hedeflenmiştir.

BAĞLANMA KAVRAMI

İnsan, yaşamının sürekliliği için çevreyle etkileşim halinde olmak zorundadır. Bu etkileşimin niteliğini ise bağlanma kavramı açıklamaktadır. Bağlanma, sağlıklı duygusal-etkileşimsel ilişkiler kurabilme ve bu ilişkinin devamlılığını sürdürebilme sürecidir. Bağlanma kuramına göre; kişi kendisi için önemli olan başka bir kişi ile güçlü duygusal bağlar kurmakta ve etkileşime geçmektedir (5).

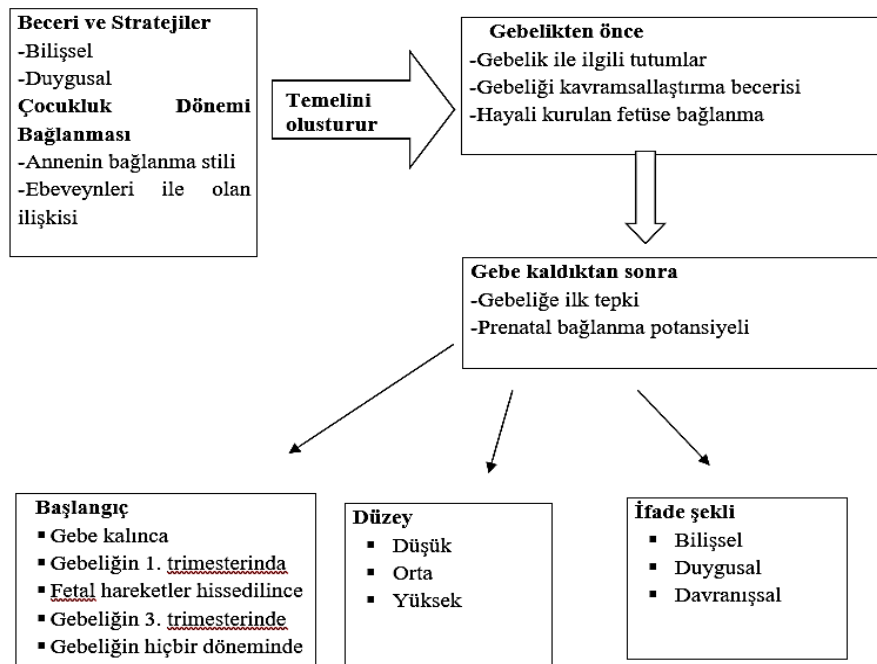
Bağlanma, intrauterin dönemde başlamakta ve hayat boyu gelişerek devam etmektedir. Gelişimsel olarak yeni doğan, ihtiyaçlarını karşılamak için yetişkine bağımlıdır. Bu nedenle bakım verecek kişiye ihtiyaç duymaktadır. Bağlanma teorisinin kuramcısı John Bowlby (1988), bir bebeğin birincil bakım veren figürüne/annesine arzu ettiği yakınlığı kurması ve bu yakınlığı devam ettirmesi için gösterdiği her tür davranışı bağlanma davranışı olarak tanımlamaktadır (6).

Bağlanma davranışlarının evrimsel açıdan,

bebeğin kendini tehlikelerden korumayı hedeflediğini öne sürmektedir. Yeni doğanın duygusal ve fiziksel ihtiyaçları arttıkça bağlanmada artmaktadır (5,6,7).

Doan ve Zimmerman (2003) prenatal bağlanmanın gelişimsel modelini geliştirmişlerdir. Doan ve Zimmerman prenatal bağlanmayı, gebelik öncesi dönemde anne ile fetüs arasında soyut bir kavram olarak oluşturduğunu, temelde de bireyin çocukluk döneminde ebeveynleriyle olan ilişkisinden etkilenerek şekillendiğini belirtmektedirler. Kadının oluşturduğu bağlanma ilişkisi, kendi annesinin bağlanma stili ile ilişkili olduğunu açıklamaktadır (8). Gebelikten önce; kadının gebelik ile ilgili duygu ve düşünceleri, gebeliği

kavramsallaştırma becerileri ve doğacak olan bebeğin hayalini kurma, prenatal bağlanmanın potansiyelini oluşturduğunu savunmaktadırlar. Gebe kaldıktan sonra kadının hayatındaki durumsal değişiklikler prenatal bağlanmayı etkileyebilmektedir. Fetüsün hareketlerinin hissedilmesi, ultrason ile görüntülenmesi, kalp atışının duyulması, daha önceki gebelik deneyimleri gibi durumsal faktörler prenatal bağlanmanın şeklini belirleyebilir. Bu süreçte gelişen prenatal bağlanma düşük, orta veya yüksek düzeyde şekillenir. Prenatal bağlanma bilişsel, duygusal, davranışsal açıları ile sağlık uygulamaları açısından ifade edilebilir (Şekil. 1).



Şekil. 1: Prenatal bağlanmanın gelişimsel modeli (8)

Prenatal dönemde bebeğin anne ve babasıyla geliştirdiği sağlıklı bağlanma, bireyin hayatını etkileyen kişiler arası ilişkilerinin belirlenmesinde rol oynamaktadır. Toplum sağlığını etkileyen bağlanma sürecinin tam ve etkili gelişmesi, bebek ve ebeveyn arasındaki bağlanma ile yakından ilişkilidir (5,9).

Anne- Bebek Bağlanması

Anne ve bebek arasında kurulan ve iki tarafında karşılıklı olarak haz duyduğu bağlanma anne ve bebek bağlanması olarak tanımlanmaktadır. Bowlby (1951) tarafından; anne ve bebek arasında gelişen eşsiz, sürekli, yakın temasın olduğu bir kavram olarak ifade edilmektedir. Anne ile bebek arasındaki bu eşsiz ilişki, doğum öncesinde başlamakta ve doğumdan sonraki günlerde de artarak devam etmektedir (6). Gebelik haftası ilerledikçe var olan anne- bebek bağlanması artmaktadır. Anne, bebeğin fiziksel, emosyonel ve bilişsel alanda birincil ihtiyaçlarını karşılayan, primer bakımdan sorumlu olan kişidir. Bu bakım bağlılığı, bağlanmanın oluşumunda kilit oluşturmaktadır (2,5,6). Gebeliğin başlangıcından doğuma kadar fetüsün büyüme ve gelişiminin tamamlandığı, aynı zamanda annede hem fiziksel

hem de duygusal değişimlerin olduğu prenatal dönem/ doğum öncesi dönem kadınların anneliğe hazırlandığı, bağlanmanın temellerinin atıldığı dönemdir (10). Kadın bu dönemde bebeğini düşünmekte, hayal etmekte ve onunla etkileşime girmektedir. Anne bağlanması, ilk kez bebeğini kaybeden annelerin yaşadığı yoğun üzüntüyü araştıran Kennell tarafından öne sürülmüştür. Araştırmaya alınan kadınlar daha önce hiç görmedikleri bebeklerini görmek istemişlerdir ve yas süreci yaşamışlardır. Uzun süre birlikte yaşadıkları insanları kaybetmiş gibi tepkiler verdikleri gözlemlenmiştir (10,11). Bu araştırma sonucu, anne- bebek bağlanmanın prenatal dönemde başladığını göstermektedir.

Prenatal dönemde kadınların vücutlarında meydana gelen fizyolojik ve hormonal değişimler kadınları annelik rolüne hazırlamaktadır. Karın bölgesinin büyümesi, annenin artık bebeğini hissetmesi, meme dokusunun bebek beslenmesi için gün geçtikçe gelişmesi gibi değişimler anne- bebek bağlanmanın gelişimi desteklemektedir. Anne adayı büyümeye başlayan bebeği için koruyucu bir tavır sergilemeye başlamaktadır. Onun gereksinimlerini karşılama endişesi

taşımakta ve planlar yapmaya başlamaktadır. Gebelik sürecinde başlayan bu sorumluluk içeren davranışlar, anne- bebek bağlanmanın başladığını gösteren belirtilerdir (12,13).

Anne- bebek bağlanması; bebeğin ultrason ile görüntülenmesi, bebeğin kalp atışının duyulması, gebelik ayının ilerlemesiyle vücudun değişimi, fetal hareketlerin hissedilmesi ile kuvvetlenmektedir (14). Gebelik sürecinde anne, bebeği hem kendisine ait bir parça olarak görmekte hem de bebeğin büyüdüğünü hissettikçe ayrı bir birey olarak algılamakta, onunla duygusal bir bağ kurmaktadır. Bununla birlikte annelerde karın kısmına dokunma, bebekle konuşma, doğum öncesi ve sonrası hayal kurma davranışları görülmektedir. Bu bağ anne ve bebek arasında oluşacak yakın ilişkinin temelini oluşturmaktadır (15,16). Gebelik sürecinde annenin koruyucu, bebeği sahiplenici içgüdüleri bebekle kurulan ilk temasla en kuvvetli halini almaktadır (16).

Anne- Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler

Anne- bebek bağlanması; bebeğin sağlıklı büyüme ve gelişmesi için zaman içinde gelişen, iki birey arasında yakınlığın temelini oluşturan önemli bir kavramdır. Anne- bebek bağlanması; annelik

rolünün oluşması, anneliğe uyum, annenin bebeğine sevgi ve ilgi göstermesi, onun bütün gereksinimlerini karşılaması, güvenlik ihtiyacının giderilmesi için önemlidir. Fetüs ile sağlıklı bir bağ kuran anne, bebeğin gereksinimlerinin farkındadır. Bu bağın sağlıklı ve güvenli kurulmasını engelleyen birçok faktör vardır (17).

Annenin yaşı, doğum sayısı ve sıklığı, yaşadığı çevre, kültürel yapı, sosyo-ekonomik durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu anne- bebek bağlanması üzerine etkili olmaktadır (18). Dereli ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada; 35 yaş üzeri gebe kalan, öğrenim düzeyi düşük olan, herhangi bir işte çalışmayan, gebeliğin planlı olmayan ve çok sayıda doğum yapmış kadınlarda anne- bebek bağlanmanın düşük olduğu belirlenmiştir (19). Yapılan diğer bir araştırmaya göre adölesan yaşta gebe kalan kadınlarda annelik kimliği geç oluştuğu görülmüştür (17,20).

Yapılan çalışmalar; kadının plansız gebe kalması, annelik rolüne hazır olmayışı, bebek bakımı konusunda kendine güvenmemesi, bebeğe zarar vereceğini düşünmesi, doğum öncesi bakım alma durumu anne- bebek bağlanmasını etkilediğini göstermiştir (1,17). Gebeliği planlı olan annelerin

bağlanma düzeyleri ile diğer anneler kıyaslandığında anne- bebek bağlanmanın planlı gebeliklerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (18). Bunun yanı sıra anne ile bebek arasındaki bağlanma düzeyi, annenin kendi annesiyle bebeklik döneminde kurmuş olduğu bağlanma düzeyinden etkilenmektedir. Prenatal bağlanmada kadının kendi ebeveyninde deneyimlediği bağlanmanın kalitesi, oluşturacağı bağlanmanın niteliğini belirlemektedir (17,21).

Anne- bebek bağlanmanın olduğu prenatal dönemde; kadının çevresinden ve eşinden gördüğü sosyal destek, psikolojik durumu, daha önceki gebelik öyküsü annenin ve bebeğin sağlıklı bir süreç geçirmesinde de önemli rol oynamaktadır. Corkindale' in yaptığı bir çalışmada, bağlanmanın; kadınların anksiyete durumu, eşin desteği, eş tarafından yönetilme ve eleştirilmenin etkilediği belirlenmiştir (16). Anne- bebek bağlanma, kadının ruhsal durumundan etkilenmektedir. Yapılan çalışmalar annenin var olan depresyon durumu ile bağlanma arasında ilişki olduğu göstermektedir. Ayrıca, gebelik döneminde anne ve babanın bebeğe yönelik gerçekçi hayalleri, babanında ebeveyn

olmadaki heyecanı, ailesi ile olan olumlu ilişkisi anne- bebek bağlanmayı etkilemektedir (17,21).

Anne ve bebek bağlanmasını etkileyen faktörler arasında riskli gebelikler ve prematür doğumlarda yer almaktadır. Yeni doğanın hasta olması, erken doğması, küvezde kalma süresini etkilemekte ve anne ile olan temasının gecikmesine neden olmaktadır. Anne ve yeni doğan arasındaki ilk temasın diğer yeni doğanlara göre göreceli olarak gecikmesi bağlanmayı etkilemektedir. Yapılan çalışmalara göre; prematür bebeklerde, miadında doğan bebeklere göre iletişim ve etkileşim sürecinde daha az tepki verdikleri görülmüştür (9,17,22).

Anne ve bebek bağlanmasında bebeğin sağlıklı oluşu, dış görünüşü, yüzü, hareketleri, çıkardığı seslerde anne ve bebek bağlanmasını etkileyen unsurlar arasındadır. Yapılan bir araştırmada; anne ve bebek bağlanmasında bebeğin görünümünün beğenilmemesi, hasta ve bedensel rahatsızlığı olan bebeklerin ebeveynleri tarafından kabul edilmemesi, bebeğe karşı bakımın yetersiz olduğu hatta ebeveynler tarafından bebeklerin red edildikleri görülmüştür (23).

Anne- bebek bağlanmayı olumsuz etkileyen faktörlerden bir diğeri ise; annenin travmatik doğum algısıdır. Doğum eylemi sırasında deneyimlenecek ağrının korkusu, doğum sırasında kendine ve bebeğine zarar gelecek korkusu, doğumun gerçekleşeceği koşullar, sağlık profesyonellerinde beklenen desteğin yetersizliği travmatik doğum algısının oluşmasını tetiklemektedir. Yapılan çalışmalarda; doğum korkusu ve travmatik doğum algısının anne- bebek bağlanması olumsuz etkilediği bildirilmiştir (23,24).

Travmatik Doğum Algısı

Doğum birçok kadın için çok önemli bir yaşam deneyimidir. Yapılan çalışmalara göre, kadınlar doğum eylemini “doğal, inanılmaz, fantastik, dünyaya yakınlık, dünyada çok önemli bir yaşam yolculuğu, olağanüstü bir yaşam deneyim” olarak tanımlarken (25), bazı kadınlar ise “stres kaynağı, hayal kırıklığı, suçluluk, endişe ve korku/ acı veren bir deneyim (26)” olarak ifade etmektedir. Doğum algısı, kadınların doğum olayındaki beklentilerini, doğum deneyimlerini ve doğum için seçtikleri yöntemleri etkileyen önemli bir algıdır. Algı durumunun negatif yada pozitif olarak

şekillenmesinde, bireylerin kişisel, çevresel ve kültürel yapısı rol oynamaktadır (1,27). Kadının geçmişte yaşadığı çocukluk dönemi, ebeveynleri ile olan ilişki durumu, oynadığı oyunlar, kardeşin varlığı ve bakımına katılma durumu gibi birçok faktörün algı durumunu etkilediği bilinmektedir. Kadınlar yaşadıkları doğum deneyimlerini pozitif, negatif ya da karışık duygu durumuyla karşılayabilmektedirler. Doğum korkusunun oluşmasında; geçmişte yaşanan olumsuz doğum deneyimleri, bilgi eksikliği, karar verme mekanizmalarının kullanılmaması, medya yönlendirmeleri, sağlık kuruluşuna yönelik eksiklikler, sağlık personellerinin davranışları, kültür ve inançlar ile aile büyükleri tarafından daha önceden yaşanmış olumsuz doğum hikayeleri rol oynadığı belirtilmektedir (28,29).

Travma; bir doku ya da organın yapısını ve biçimini bozan, dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yara, örselenme olarak tanımlanmaktadır (30). Bu durumda bireyler için dışarıdan bir travma nedeni ve olumsuzlukla sonuçlanan bir olgu mevcuttur. Doğum travması, diğer travmalardan farklıdır. Bu farklılığın oluşmasının sebebi ise genellikle olumlu sonuçlanmasından

kaynaklanmaktadır (31). Birçok kadın için doğum eylemi, olumlu beklentilerin olduğu, yaşamı değiştiren bir olaya tanıklık etmenin getirdiği duygularla karşılaşılırken; doğum eylemi sırasında yaşanan olumsuz olaylar sonucu travmatik bir olaya dönüşebilmektedir (25,26).

Kadının doğumu, kendisi veya bebeği için yaralanma yada ölüm tehdidi olarak algılaması travmatik doğum algısı olarak tanımlanmaktadır (32). Bu algıya yol açan fiziksel ve duygusal travma durumları bulunmaktadır. Doğum eyleminde anne ve bebeğinin etkileneceği durumlar; travay sürecinde induksiyon kullanımı, komplikasyonlu bir doğum, epizyotomi uygulaması, perine yırtıkları, kanama, fundal bası, doğum ağrısı, acil sezaryen, fetal hipoksi, doğum sırasında fetal sağlığı etkileyen anomalilerin oluşması fiziksel travmaya örnek olarak verilebilir (31,32,34). Bunun yanı sıra; kadınların daha önceki doğum deneyimindeki olumsuzluklar, doğum ağrısının çok yoğun yaşanmasına bağlı kadında kontrol kaybı duygusu, doğuma ait negatif duygular, komplikasyonlu bir gebelik geçirme, gebeliğin planlanmamış olması, yetersiz antenatal bakım alma, yetersiz sosyal destek, karar verme ve

yönetmede yetersizlikler, sağlık personeli tarafından yetersiz desteklenmek, bilgi ve iletişim eksiklikleri gibi nedenler duygusal travmaya yol açabilir (33,35). Ayrıca, doğum korkusu kadının, doğumda öz yeterlilik beklentilerini olumsuz etkilemektedir. Kadın doğum sırasında kontrol kaybı yaşamakta ve doğumda sunulan desteği yetersiz görerek doğumun travmatik olarak algılanmasına neden olabilmektedir (36).

Doğum eylemi birçok kadın için pozitif bir yaşam deneyimidir. Beklenenin aksine travmatik bir doğum deneyimi yaşayan kadının doğuma ait duyguları olumsuz etkilemekte, ileriye yönelik beklentilerini karşılamada yetersiz kalmaktadır. Kadınların doğum ile ilgili beklentileri kişisel, çevresel faktörlerle şekillenmektedir. Bu beklentiler olumsuz olarak oluşmuşsa daha sonraki doğumlar dehşet verici hale dönüşebilir (37). Daha önceki travmatik doğum deneyimi ve süregelen doğum süreci ilişkilendirildiğinde doğum tercihlerinin sezaryen ile şekillendiği görülmektedir. Travmatik doğum deneyimi sonrası doğum korkusu yaşayan kadınlarda sezaryen ile doğum 5,2 kat arttığı görülmektedir. Çakmak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada isteğe bağlı sezaryen doğumu tercih

edeceğini ifade eden kadınların tercih nedenleri şöyledir: %42,2 vajinal doğumdan korkma, %31,6 sezaryenin ağrısız olması %15,8 sezaryende anne ve bebeğin daha az zarar görmesi ve %10,5 vajinal doğumun daha riskli olduğunu düşünmedir (38,39).

Travmatik doğum deneyimleyen kadınlarda; suçluluk duygusu, doğumu sık sık hatırlama, korku ve panik atak durumları, bebeği ve eşini red etme gibi durumlarla karşı karşıya gelmenin yanı sıra anne- bebek bağlanmanın yetersiz ve güvensiz gelişmesine neden olduğu bilinmektedir. Kadının yaşamış olduğu travmatik doğum deneyimi, bir daha gebe kalmayı istememe, kürtaj olma, aile içi ilişkilerde çatışma, gebelikten korunmak için cinsel yaşamdan kaçınma, doğum tercihlerinin değişmesine neden olabilmektedir (32,40).

Travmatik doğumun olumsuz diğer bir sonucu ise kadın ve erkeğin ailevi ilişkilerinin etkilenmesidir. Kadın eşinden yeterince ilgi görmediğini düşünmektedir. Aynı şekilde olumsuz düşüncelere sahip olan kadın tarafından erkek de ihmal edildiğini düşünmektedir. Çevresinden ve eşinden yetersiz ilgi gördüğünü düşünür. Bununla beraber olumsuz aile ilişkileri sonucu cinsel isteksizlik, boşanmalar görülebilmektedir. Bu durum ileriki

dönemde kişi, aile ve toplum sağlığı için risk oluşturmaktadır (31).

Doğum sonu dönemde de travmatik doğumun oluşturduğu yıkıcı etkiler devam etmektedir. Annenin psikolojik dengesinin bozulmasına ve çevre ile uyumunda dengesizliklerin oluşmasına neden olmaktadır. Doğumu travmatik olan algılayan kadınlarda post-travmatik stres bozukluğu, post-partum depresyon görülme sıklığı artmaktadır (41,42). Olumsuz bir doğum deneyimi, gebenin kendini yetersiz görmesine, daha sonraki doğumlarında da doğum korkusuna neden olmaktadır. Türkiye’de ‘‘Travmatik Doğum Algısı Ölçeği’’ ile yapılan bir çalışmada, kadınların %26.9’unun yüksek düzeyde travmatik doğum algısı yaşadığı belirlenmiştir (43). Diğer bir çalışma; travmatik doğum deneyimi geçiren kadınlarda Post-travmatik Stres Sendromu gelişme oranının %3.1- %15.7 arasında olduğunu belirtmektedir (44).

Travmatik Doğum Algısı Gelişen Kadınlarda Anne- Bebek Bağlanması ve Hemşirelik Yaklaşımları

Doğum eylemi süreci multidisipliner bakım gerektiren bir süreçtir. Kadın hastalıkları ve doğum

uzmanları, ebe, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanlarının bir arada uyum içinde çalışması gereken bir süreçtir. Doğum eylemi süreci içinde ekip içerisinde sağlık profesyonellerinin, kadına ve eşlerine yardımcı olabilmesi için öncelikle kendilerine ait doğum ile ilgili olumsuz düşüncelerini değiştirmesi gerekmektedir. Ekip içerisindeki bütün personelin özellikle hemşirelerin kadına yönelik var olan risk faktörlerini belirlemesi, değerlendirmesi ve gerekli önlemlerin alınmasında rol ve sorumlulukları bulunmaktadır (31,43).

Hemşireler ve ebeler tarafından, sağlıklı ve planlı gebeliklerin oluşması için; birinci basamak koruyucu aile planlaması hizmetlerinin sunulması, bilgi eksikliğinin eğitimlerle giderilmesi gerekmektedir. Doğum öncesi, doğum anı ve doğum sonu dönemde kadınların düzenli ve sürekli takibinin yapılması önem taşımaktadır. Kadının daha önceki doğum deneyimi, şuan ki gebelikten beklentisi, doğum ile ilgili her alanda bilgi ihtiyacının belirlenmesi ve giderilmesi, gerekirse destek birimlere yönlendirilmelerin yapılması, ebe ve hemşirelerin sorumlulukları arasında bulunmaktadır (45,46).

Toplumsal baskının yüksek olduğu bölgelerde kadınlar kendilerini yeterince ifade edememektedir. Oluşan olumsuz etkilerin fark edilememesi ve tedavi edilememesi birçok kadında ve ailelerinde geri dönüşü olmayan durumlara yol açmaktadır (31,47). Sağlık profesyonelleri tarafından bulunulan toplum ve kültür göz ardı edilmemeli, kadın çevresiyle bir bütün olarak değerlendirilmelidir. Doğum eylemi sürecinde hemşirenin kadını aydınlatıcı bilgi vermesi, desteklemesi, var olan endişelerinin giderilmesi son derece önemlidir. Kadında geçmişte olumsuz yaşamış olduğu bir doğum eylemi öyküsü varsa kadının şuanadaki süreçte de anksiyete ve korku düzeyi yüksek olabilmektedir. Hemşire kadının kendini ifade etmesini desteklemeli, destek alanlarını belirlemeli ve gerekli ortamı oluşturmalıdır. Bu durumlarda kadınlara doğum ve doğum sonrası dönemde travmatik doğum algısına karşı baş etme yöntemleri sunulması önem taşımaktadır (45,46).

Anne ve bebek etkileşimi, sağlık profesyonelleri tarafından doğum sonrası en erken dönemde sağlanmalı ve emzirme konusunda destek olunmalıdır. İlk temas anne- bebek bağlanması

güvenli oluşmasında en önemli etkenler arasındadır. Aynı zamanda eş desteği sağlanması son derece önemlidir (41). Annenin kendini ifade etmesi konusunda cesaretlendirilmeli ve tercih ettiği yakınının yanında olması sağlanmalıdır. Gerekirse profesyonel destek alması sağlanmalıdır. Travmatik doğum deneyimleyen kadınların benzer deneyim yaşayan diğer kadınlarla etkileşim kurması ve destek grupları oluşturulması sağlanmalıdır. Gerekli bakım ve destek sağlanarak annelik rolüne uyum desteklenmelidir (47).

Doğum sonrası postravmatik stres bozukluğu açısından risk değerlendirilmesinin yapılması, belirlenmesi ve danışmanlık hizmetinin sunulması önemlidir. Taburculuk sonrası postravmatik stres bozukluğu açısından risk oluşturabilecek kadınların doğum sonrası ev ziyaretleri ile izlenmesinin devam etmesi, gerekirse profesyonel destek alması sağlanmalıdır. Bunun yanı sıra, doğum sonu izlemlerde babaların da depresyon açısından değerlendirilmesi ve taramalara dahil edilmesi önem taşımaktadır (41,47,48).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak doğum birçok kadın için olumlu bir deneyim olarak karşılanırken bazı kadınlar için

travmatik olarak algılanmaktadır. Travmatik doğum algısının hem kadının hem de bebeğinin sağlığını olumsuz etkilemesi nedeniyle anne-bebek bağlanmasının erken dönemde başlatılması ve devamlılığının sağlanması oluşabilecek olumsuzlukların engellenmesi için çok önemlidir. Bu nedenle doğum travmasının gelişmeden önlenmesinde, tanılanmasında ve var olan durumu tedavi etme sürecinde ekip çalışması çok önemlidir. Yaşamın bir parçası olan doğum eyleminin sağlıklı olması ve travmatik bir eyleme dönüşmemesi için kadın sağlığı hemşirelerine büyük görevler düşmektedir. Birincil amaç doğum travmasının oluşmasının önlenmesi, oluşmuş ise erken dönemde tespiti ve doğum sonu sunulan kaliteli bakım ile olumlu algıya dönüşmesinin sağlanmasıdır. Doğum sonu servislerinde çalışan hemşirelerin anne- bebek arasında pozitif bağ kurulmasını sağlamak için aşağıdaki önerilerden yararlanabilirler.

- Doğum sonu servislerinde çalışan hemşirelerin kadını, ailesi ile birlikte bütüncül olarak ele alması önemlidir. Ebeveynlerin stres faktörleri belirlenmeli ve ilgili birimler hakkında bilgi verilmeli, iletişime geçmesi desteklenmelidir.

- Doğum sonrası taburculuk öncesinde anne ile görüşülerek doğum algısı değerlendirilmelidir.
- Ebeveynlerin bebek ile etkileşimlerinin huzurlu, güvenilir olması için ortam oluşturulmalı, anne ve babanın bebek ile tene teması sağlanmalı, bebek ile iletişime geçmeleri desteklenmelidir.
- Anne ve babanın ebeveyn olarak var olan endişeleri belirlenmeli, kendilerini ifade etmeleri desteklenmelidir. Ebeveynlerin hayalini kurdukları bebekleri ile yeni doğan arasında zihinsel özleştirme desteklenmeli, bebeğin gereksinimlerine yönelik bilgilendirme sağlanarak farkındalık oluşturulmalıdır.
- Hemşirelerin ebeveyn ile bebek arasındaki etkileşimini izlemesi önemlidir. Bu aşamada doğum sonu depresyonun erken tanınması ve gerekli destek koşullarının sağlanması gerekmektedir.
- Ailelerin istedikleri zamanda istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları için taburculuk sırasında aile planlaması yöntemleri anlatılmalıdır. Ebeveynlere doğum sonu kontrollerin önemi

anlatılmalı ve kontrollere düzenli gelmeleri konusunda bilinçlendirilmelidir.

- Ebeveynlerin sosyal, çevresel ya da finansal sıkıntılarına yönelik ilgili kurum ve kuruluşlar hakkında bilgi verilmesi, yönlendirilmesi ve desteklenmesi sağlanmalıdır.
- Taburculuk eğitimi sırasında ebeveyn ile bebek bağlanmasının öneminden bahsedilmelidir. Anne- baba- bebek arasında oluşturulmuş güvenli bağlanma olumlu aile ilişkisi için çok önemlidir.

KAYNAKÇA

1. Aslan Ş, Okumuş F. Primipar kadınların doğum deneyim algıları üzerine doğum beklentilerinin etkisi. *Journal of health Science and Profession - HSP*. 2017; 4(1): 32-40.
2. Topaç Tunçel N, Kahyaoğlu Süt H. Gebelikte yaşanan anksiyete, depresyon ve prenatal distres düzeyinin doğum öncesi bebeğe bağlanmaya etkisi. *Jinekoloji -Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 2019;16(1): 9-17.
3. Bolsoy N, Çelik N, Şimşek HN. Doğum korkusu yaşayan kadınlarda psiko-eğitim obstetrik ve maternal sonuçları iyileştirir mi? Sistematik inceleme. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2019; 12(1): 82-90.
4. Bilgin Z, Alpar E. Kadınların maternal bağlanma algısı ve anneliğe ilişkin görüşleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2018; 5(1): 6-15.
5. Güleç D, Kavlak O. The study of reliability and validity of paternal-infant attachment scale in Turkish society. *Journal of Human Sciences*. 2013; 10(2): 170-181.
6. Bowlby J (1988) A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory. London, Routledge.
7. Aydemir H K, Alparslan Ö. Anne- bebek bağlanma ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması: Aydın örneği. *J.Contemp Med*. 2016; 6(3): 188- 199.
8. Golbasi Z, Ucar T, Tugut N. Validity and reliability of the turkish version of the maternal antenatal attachment scale. *Japan J Nurs Sci*. 2015; 12(2): 154-161.
9. Kavlak O, Şirin A. Maternal Bağlanma Ölçeği'nin Türk toplumuna uyarlanması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2009; 6(1): 188-202.
10. Kennell J.H, Slyter H, Klaus M.H. The mourning response of parents to death of a newborn infant. *The New England Journal of Medicine*. 1970; 283(7): 344-349.
11. Koopmans L, Wilson T, Cacciatore J, Flenday V. Support for others, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; 19(6): 1-22.
12. Alan DH, Çankaya S. Maternal obezitenin prenatal bağlanma üzerine etkisi. *Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018; 9(2): 118-123.
13. Nishikawa M, Sakakibara H. Effect of nursing intervention program using abdominal palpation of leopolds maneuvers on

- maternal-fetal attachment. *Reproductive Health*. 2013; 10(12): 1-7.
14. Mutlu C, Yorbik O, Tanju I, Çelikel F, Sezer R. Doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası etkenlerin annenin bağlanması ile ilişkisi. *Anatol. J. Psychiatry*. 2015; 16(6): 440-450.
 15. Akarsu Höbek R, Tuncay B, Alsaç Yüzer S. Anne-bebek bağlanmasında kanıt dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017; 6(4): 275-279.
 16. Yılmaz SD. ‘‘ Prenatal anne- bebek bağlanması’’. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2013; 10(3): 28-33.
 17. Nacar Hoca E, Gökkaya F. Bağlanma ve maternal bağlanma konusunda bir derleme. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*. 2019; 1(1): 50-56.
 18. Çoban A. (2003). Doğum sonrası anne- yeni doğan etkileşimini etkileyen bazı etmenlerin incelenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
 19. Dereli Yılmaz S, Kızılkaya Beji N. Gebelerin stresle başa çıkma ve depresyon düzeyleri. *Genel Tıp Dergisi*. 2010; 20(3): 99-108.
 20. Elkin N. Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2015; 24(6): 230-236.
 21. Koptur A, Emül Güler T. Fetüs ve yenidoğanda bağlanmanın iki yüzü: maternal ve paternal bağlanma ve hemşirelik. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2017; 33(3): 153-164.
 22. Güleşen A, Yıldız D. Erken postpartum dönemde anne bebek bağlanmasının kanıt dayalı uygulamalar ile incelenmesi. *TAF Prev Med Bull*. 2013; 12(2): 177-182.
 23. Şolt A, Savaşer S, Dolgun G. Doğum sayısının anne bebek bağlanmasına etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2017; 4(3): 236-243.
 24. Hergüner S, Çiçek S, Annagür A, Örs R. Doğum şeklinin doğum sonrası depresyon, algılanan sosyal destek ve maternal bağlanma ile ilişkisi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2014; 27(1): 15–20.
 25. Karström A, Nystedt A, Hildingsson I. The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with woman. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015; 15(251): 1-8.
 26. Etheridge J, Slade P. ‘‘Nothing’s actually happened to me.’’: the experiences of fathers who found childbirth traumatic *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017; 17(80): 1-15.
 27. Bilgin NÇ, Ak B, Potur DC, Ayhan F. Doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyeti ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Meslekleri Dergisi*. 2018; 5(3): 342-353.
 28. Newland LA, Coyl DD., Chen HH. Fathering and Attachment in the USA and Taiwan: Contextual Predictors and Child Outcomes. *Early Child Development and Care*. 2010; 180(1): 173-191.
 29. Serçekuş P, Okumuş H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*. 2009; 25(2) : 155-162.
 30. Türk Dil Kurumu. *Travma*. Erişim Tarihi: 30.08.2020. <http://tdk.gov.tr/https://sozluk.gov.tr/>
 31. Yalnız Dincel H, Etki Genç R. Travmatik doğumun önlenmesinde ebeğin rolü. *Life Sciences (NWSALS)*. 2019; 14(3): 64-73.
 32. Reed R, Sharman R, Inglis C. Women’s descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BioMedical Central Pregnancy and Childbirth*. 2017; 17(21): 2-10.
 33. Furuta M, Sandall J, Cooper D, Bick D. The relationship between severe maternal morbidity and psychological health symptoms at 6-8 weeks postpartum: a prospective cohort study in one English maternity unit. *BioMedikal Central Pregnancy Childbirth*. 2014; 7(14): 133.
 34. Foley S, Crawley R, Wilkie S, Ayers S. The birth memories and recall questionnaire (BirthMARQ): Development and evaluation. *BMC pregnancy and childbirt*. 2014; 14(1): 211.
 35. Ayers S, Jessop D, Pike A, Parfitt Y, Ford E. The role of adult attachment style, birth intervention and support in posttraumatic stress after childbirth: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*. 2014; 155: 295-298.
 36. Uçar T, Gölbaşı Z. Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; 4(2); 54-58.
 37. Öner S, Koçaş F. Mersinde 18-49 yaş arası bir grup kadında sezaryen sıklığı ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin [serial online]*. 2016; 15(5): 401-407.
 38. Dencker A, Taft C, Bergqvist L, Lilja H, Berg M. Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BioMedical Central Pregnancy and Childbirth*. 2010; 10(81): 1-8.
 39. Çakmak B, Arslan S, Nacar MC. Kadınların isteğe bağlı sezaryen konusundaki görüşleri. *Fırat Tıp Dergisi*. 2014; 19(3): 122-125.
 40. Nilsson L, Thorsell T, Hertfeltwahn E, Ekström A. Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nursing Research and Practice*, Article ID 349124. 2013; 6 pages.
 41. Aydın N, Yıldız H. Travmatik doğum deneyiminin etkileri ve nesiller arası aktarımı. *Journal of Human Sciences*. 2018; 15(1): 604-618.
 42. Kocabaşoğlu N, Çorapçioğlu Özdemir A, Yargıç İ, Geyran P. Türkçe ‘‘PTSD checklist – civilian version’’ (PCL-C) ölçeğinin geçerliliği ve güvenilirliği. *Yeni Sempozyum Dergisi*. 2005; 43(3): 126–134.
 43. Bay F. (2019). Kadınlarda travmatik doğum algısı ve postpartum depresyon ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
 44. Grekin R, O’Hara M.W. Prevalance and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analisis. *Clinical Psychology Review*. 2014; 34(5): 389-401.
 45. Greenfield M, Jomeen J, Glover L. What is traumatic birth? A concept analysis and literature review. *British Journal of Midwifery Journal*. 2016; 24(4): 254–267.
 46. Aktaş S, Pasinlioğlu T. Ebelere verilen empati eğitiminin postpartum dönemdeki annelerin beklentilerini karşılama, doğumu ve ebeği algılama düzeyine etkisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 2017; 14(2): 60-65.
 47. İşbir Gökçe G, İnci F. Travmatik doğum ve hemşirelik yaklaşımları. *KASHE*. 2014; 1(1): 29-40.
 48. Condon JT, Corkindalea C, Boyce P. Assessment of postnatal paternal–infant attachment: Development of a questionnaire instrument. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2008; 26(3): 195–210.

DERLEME

Pediatric Yoğun Bakımlarda Deliryum Yönetiminde Hemşirenin Sorumlulukları ve Roller*İlçim ERCAN¹, Evrim KIZILER²*

ÖZ

Deliryum, bilinç durumunda dalgalanmaya neden olan akut başlangıçlı mental bir durumdur. Yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören çocuk hastalarda, ortamın gürültülü ve sürekli aydınlık olması, tıbbi cihazların varlığı, sağlık ekibinin tekrarlayan müdahaleleri ve mekanik ventilasyon ihtiyacı gibi nedenlerle görülme sıklığı %80'e kadar çıkmaktadır. Çocuk hastalarda deliryum yüksek mortalite oranlarıyla ilişkili, sık görülen bir sağlık sorunu olmasına rağmen çocuk gelişim düzeylerindeki farklılıklar, bilgi eksikliği, yapılan çalışmaların azlığı ve rutin değerlendirmede aksamalar nedeniyle pediatrik deliryum vakaları sağlık ekibi üyeleri tarafından ya erken dönemde fark edilememekte ya da depresyon gibi farklı bir tanı ile karıştırılabilmektedir. Bu durumda tablo daha da ilerlemekte, çocukların oryantasyonu, düşünce süreçleri, uyku düzenleri bozulmakta, hastanede kalış süresi uzamakta ve hatta hasta kaybedilebilmektedir. Yoğun bakımda tedavi gören çocuk hastalarla tedavi ve bakım gereği sürekli temas ve iletişim halinde olan hemşireler, hastada oluşabilecek ufak bir değişikliğin bile fark edilmesi, pediatrik deliryumun erken dönemde tanınması ve tedavisinin sağlanmasında kritik rol oynamaktadır. Bu derlemede hemşirelerin pediatrik yoğun bakımlarda deliryum yönetimindeki sorumluluk ve rollerinin vurgulanması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Deliryum; Hemşirelik; Pediatrik Yoğun Bakım Ünitesi

Nursing Responsibilities and Roles in Delirium Management in Pediatric Intensive Care Unit*İlçim ERCAN¹, Evrim KIZILER²*

ABSTRACT

Delirium which causes fluctuations in consciousness is an acute mental state. Pediatric patients who treated in intensive care units, the incidence increases up to %80 because of noisy environment, permanent bright environment, presence of medical devices, repetitive interventions of healthcare team and need for mechanical ventilation. Although delirium is a common health problem associated with high mortality rates in pediatric patients, not be noticed by healthcare team in early period or is mixed up with a different diagnosis such as depression due to differences in developmental levels, lack of information, minority of studies and hitch of routine evaluation. In this case, the status progresses further, orientation, thought processes and sleep cycle decay, the duration of hospital stay is prolonged and even the patient may be died. Nurses, who are in constant contact and communication with pediatric patients who are treated in intensive care accordingly treatment and care, play a critical role in recognizing even a small alteration that occur in patient, early diagnosis of pediatric delirium and providing treatment. In this review, it is aimed to emphasize the responsibilities and roles of nurses in delirium management in pediatric intensive care units.

Keywords: Delirium; Nursing; Pediatric Intensive Care Unit

¹Acıbadem Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye.

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye.

Sorumlu Yazar: İlçim ERCAN

E-posta adresi: ilcimercan@hotmail.com

ORCID No: 0000-0001-7604-8447

Gönderi Tarihi: 28.11.2020

Kabul Tarihi: 02.12.2020

GİRİŞ

Deliryum, akut başlangıçlı, bilinç, dikkat ve farkındalıkta bozulma ile karakterize, tıbbi bir durumun ya da tedavinin sonucunda meydana gelen ve gün içinde belirtilerinde dalgalanma görülen organik ve mental bir sendromdur (1,2). Ciddi beyin fonksiyon bozukluğu ile karakterize olan deliryum sıklıkla yoğun bakım ünitelerinde görüldüğü için “yoğun bakım psikozu” ya da “yoğun bakım sendromu” olarak da adlandırılmaktadır (3,4). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5) ve Uluslararası Hastalık Sınıflamasına (ICD-10) göre deliryum tanısı için (a) akut gelişmesi, (b) dikkatte, bilişte ve farkındalıkta bozulma olması, (c) altta yatan başka bir tıbbi durumun sonucu olarak görülmesi, (d) belirtilerin gün içerisinde dalgalanma göstermesi ve (e) farklı nörokognitif bir durumla açıklanamaması gerekmektedir (5,6). Bilişsel gerilemeye, kendi kendine ekstübasyona, hastanın hospitalizasyon ve mekanik ventilasyon desteği süresinin uzamasına, mortalite ve morbidite oranlarının artmasına neden olan deliryumun pediatrik popülasyonda görülme sıklığı %10-60 arasında değişmekte; özellikle entübe olan ve

cerrahi operasyon geçirmiş çocuklarda %80'e kadar çıkabilmektedir (3-5). Pediatrik deliryum öncelik sırasına göre zaman, mekân ve kişi oryantasyonunun bozulmasına yol açmakla birlikte belirti ve bulgular deliryumun tipine göre de farklılık göstermektedir (7,8). Çocuklarda en sık görülen *hipoaktif deliryumda* tüm psikomotor faaliyetlerde ve uyanıklıkta azalma görülür (7). Çevreye karşı ilgisizdir, az konuşur, sık sık uyuklar, göz teması kurmazlar (4,6,7). *Hiperaktif deliryumda*; artmış otonomik ve sempatik sinir sistem aktiviteleri göze çarpar. Ajitasyon, sinirlilik, heyecanlılık, saldırganlık davranışlarına yansımıştır. Yatakta kalmak istemez, bağırır, kendisine ve çevresine zarar verecek davranışlarda bulunur. Çok belirgin illüzyonları, halusinasyonları, hezeyanları vardır. Kooperasyon kurmak güçtür (4,6,9). Her iki tip deliryumun yaşandığı *karma tipte* ise gündüz hipoaktif, gece hiperaktif deliryum belirtileri arasında dalgalanma gösterirler (4,6,7,9).

Deliryumun patofizyolojisi henüz tam olarak bilinmemesine rağmen; ortaya çıkan nörokognitif bozuklukları açıklamak için çeşitli teoriler vardır (7). Bu teorilerden birincisi geriye dönebilir

serebral oksidatif metabolizma bozukluğudur (10,11). Hipoksi, nörotransmitterlerde dengesizlik, inflamasyon, stres tepkisi, toksik ve metabolik nedenlerle serebral oksidatif metabolizma bozularak beyin fonksiyon bozukluğu belirtilerine yol açmaktadır (3,4,12). Başka bir hipoteze göre ise; başta asetilkolin, dopamin ve Gamma-aminobutirik asit (GABA) olmak üzere çoklu nörotransmitterlerin anormallikleri deliryuma neden olmaktadır (10,11). Dopamin nöronların uyarılabilirliğini artırırken, GABA ve asetilkolin azaltmaktadır. Bu dengede bozukluk olduğunda nöronal stabilite bozulmaktadır (4,9).

Pediyatrik deliryumun gelişiminde hastayı savunmasız hale getiren predispozan (yatkınlılaştırıcı) faktörler ile deliryum gelişimine akut olarak zemin hazırlayan presipitan (tetikleyen) faktörler birlikte rol oynamaktadır (Tablo 1) (13-15).

Predispozan faktörler arasında özellikle erken yaşta olma deliryum açısından önemli bir yere sahiptir (2). İki yaş altında kritik hastalığı olan çocuklarda deliryum görülme sıklığı %56'ya kadar çıkmaktadır (9). Enfeksiyonlar, ağrı, sepsis, metabolik bozukluklar, otoimmün hastalıklar, sıvı

elektrolit bozuklukları, yanık, malnutrisyon, hipoperfüzyon, hipoksi/anoksi ve hemodinamik dengesizlikler (hipotansiyon, ateş, hipotermi) çocuklarda önemli presipitan faktörler olarak ortaya çıkmaktadır (2,3,6,7,13). Yoğun bakım ortamında çoklu ilaç kullanımı da hem predispozan hem de presipitan deliryum nedeni olarak değerlendirilmektedir (2,5,6,13-15). Özellikle kritik sağlık durumu nedeniyle mekanik ventilasyon desteğine ihtiyaç duyan çocuklarda ağrıyı kontrol altına almak, sedasyon ve konfor sağlamak için sıklıkla kullanılan sedatifler, opioid analjezikler ve benzodiazepinin deliryum gelişimi için bağımsız ve güçlü risk faktörleri olduğu bilinmektedir (6,16,17).

Yoğun bakım ortamının gürültülü ve stresli olmasının deliryum gelişimindeki etkisine yönelik yapılan son çalışmalar, çevresel faktörlerin deliryum tablosunun gelişimine katkı sağladığını göstermektedir. Yoğun bakım ünitelerinin çocuğun alıştığı ortamdaki farklı ve gürültülü olması, parlak ışıklar, tıbbi cihazların varlığı, hasta odasında pencere bulunmaması ve sağlık profesyonellerinin tekrarlayan müdahaleleri önemli presipitan faktörlerdir (3,4,6,9,13).

Tablo 1: Pediyatrik deliryum risk faktörleri

<u>Predispozan Faktörler</u>	<u>Presipitan Faktörler</u>
Erken yaş	Yanıklar/Sıvı elektrolit dengesizlikleri
Erkek cinsiyet	Hemodinamik dengesizlikler
Gelişimsel gerilik	Mekanik ventilasyon
Psikolojik ya da duygusal bozukluklar	Oksijen yetersizliği
Kronik hastalık varlığı	Sedasyon, immobilité
Anksiyete bozukluğu	Sepsis
Aile öyküsünde deliryum olması	Metabolik bozukluklar
Bakım vericinin değişkenliği/ olmaması	Gürültü ve yüksek ışıklı çevre/ uykusuzluk

Tüm faktörler bir araya geldiğinde çocukların stresini artırması ve uyku-uyanıklık döngüsünde bozulmaya yol açması nedeniyle pediyatrik deliryum görülme sıklığı artmaktadır (4,6,9). Önemli presipitan faktörlerden olmasına rağmen yoğun bakımda kalış süresinin uzunluğu, ağrının kontrolünün sağlanamaması ve postoperatif dönemdeki fiziksel kısıtlamalar gibi tedavi süreci ve çevre ile ilişkili faktörler deliryum değerlendirmesi sırasında gözden kaçabilmektedir (1-3, 7).

Pediyatrik Deliryumu Tanılama ve Değerlendirme Araçlarının Kullanımı

Deliryumu erken dönemde tanılamak, çocukların tedavisinin sağlanması için oldukça önemlidir. Ancak literatürde deliryum belirti ve bulgularının çocuk yaş ve bilişsel özelliklerine göre çeşitlilik göstermesi, deliryuma ait davranışsal belirtilerin ağrı, stres ve yoksunluk sendromu ile örtüşmesi nedeniyle anlamlı belirti gösteren çocukların yalnızca üçte birinin tespit edildiği belirtilmektedir (3,5,7,13). Ayrıca çocuklarda deliryumun en sık görülen tipi olan hipoaktif deliryum belirtileri açısından sıklıkla depresyon tanısı ile karıştırılmaktadır (1,14). Kudchadkar ve arkadaşlarının (2014) pediyatri yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık profesyonellerinin deliryumu tanılamaya yönelik uygulamalarını değerlendirildiği araştırmada sağlık profesyonellerinin sadece %7'sinin rutin deliryum taraması yaptıkları, %71'inin hiç deliryum taraması yapmadıkları bildirilmekte olup deliryum değerlendirmesinin yetersizliği vurgulanmaktadır (18). Staveski ve arkadaşları (2018) pediyatri yoğun bakım ünitelerinde kalp cerrahisi sonrası deliryum

yönetimini inceledikleri çok merkezli bir çalışmada katılımcıların %94'ünün hastalarını pediatrik deliryum yönünden değerlendirilmediğini tespit etmiştir (19).

Yoğun bakım ünitelerinde DSM-V deliryum tanı kriterleri temel alınarak geliştirilen; her yaş ve gelişim düzeyine uygun, gelişim geriliği bulunan çocuklar için de pediatrik deliryumun spesifik değerlendirilmesinde kullanılabilen dört temel değerlendirme aracı bulunmaktadır. Yoğun Bakım Ünitesinde Pediatrik Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği, Yoğun Bakım Ünitesinde Okul Öncesi Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği, Cornell Pediatrik Deliryum Değerlendirme Ölçeği ve Pediatrik Anestezi Deliryum Skalası sedatize ve sözlü iletişim kurulamayan çocuklar için de deliryum değerlendirmesinde kullanılmaktadır (3,4,6,19,20). Staveski ve arkadaşları (2018) rutin pediatrik deliryum değerlendirmesi yaptığını bildiren katılımcıların %39'unun Yoğun Bakım Ünitesinde Pediatrik Konfüzyon Değerlendirme Ölçeğini (pCAM-YBÜ), %31'inin Cornell Pediatrik Deliryum Değerlendirme Ölçeğini kullandığını bildirmektedir (19). Bu değerlendirme araçlarının amacı yoğun bakımlarda pediatrik

deliryum değerlendirmelerinin hızlı, güvenli ve standart yapılmasını ve kolay tanılanabilir olmasını sağlamaktır (2). Değerlendirme araçlarının kullanımı ile pediatrik deliryum erken dönemde saptanmakta, akut değişiklikler fark edilmekte, sağlık profesyonellerinin deliryum farkındalığı artmakta, hata yapma ihtimali azalmakta, hastanın güvenliği artmakta ve sağlık profesyonellerinin arasındaki iletişim kolaylaşmaktadır (4).

Pediatrik Deliryumun Önlenmesi ve Yönetimi

Pediatrik deliryum yönetiminde temel nokta deliryum henüz gelişmeden önce nonfarmakolojik yöntemlerle önlenmesi ve geliştikten sonra altta yatan nedenin farmakolojik/nonfarmakolojik tedavisidir (3,6,7,16). Deliryumun önlenmesi için yapılması gereken en önemli uygulama ise deliryum gelişimine neden olan presipitan ve predispozan risk faktörleri ile hastada göğüs tüpü, endotrakeal tüp ve nazogastrik tüp bulunması, mesane kateterizasyonu, invaziv monitorizasyon, mekanik ventilasyon, dışkı ve idrar retansiyonu gibi iyatrojenik risk faktörlerinin kontrol altına alınmasıdır. Bu amaçla yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hastaların risk faktörleri açısından kapsamlı değerlendirilmesi önemlidir (21,22).

Nonfarmakolojik Yönetimi

Pediyatrik deliryumu önleme ve yönetimine ilişkin uygulamaların belirlendiği araştırmalarda hastanın erken mobilizasyonu, çevresel faktörlerin düzenlenmesini, sağlıklı uyku-uyanıklık döngüsünün sağlanmasını ve aile merkezli bakım verilmesini içeren nonfarmakolojik stratejiler üzerinde durulmaktadır (2,4,6,9,18).

Erken Mobilizasyon

Hastanın klinik durumu uygun ise erken mobilizasyon yoğun bakım ünitelerinde pediyatrik deliryumun görülme sıklığını ve komplikasyonlarını azaltmak için önerilmektedir. Erken mobilizasyonun sağlanması için; intravenöz ve foley kateter kullanımından kaçınılması ve aktif/pasif ROM egzersizlerinin yapılması gibi uygulamaları içeren özel bir protokol oluşturulması; hasta ve bakım vericilerinin yanı sıra tüm sağlık profesyonellerine immobilizasyonun zararları hakkında eğitim verilmesi önemlidir (6,23).

Pediyatri yoğun bakım ünitelerinde erken mobilizasyon uygulamasının etkilerinin incelendiği çalışmalarda erken mobilizasyonun çocukların işlevselliğini artırdığı, iyileştirici bir

ortam sağladığı, pediyatrik deliryum gibi tedavi ile ilişkili komplikasyonlarda anlamlı bir azalma olduğu ve hospitalizasyon süresini kısalttığı saptanmıştır (24,25). Benzer şekilde, Simone ve arkadaşları (2017) pediyatri yoğun bakım ünitelerinde hastalara uyguladıkları sedasyon ve erken mobilizasyon protokolü sonrasında pediyatrik deliryum görülme sıklığının %19,3' den %11,84'e düştüğünü tespit etmiştir (26).

Çevresel Faktörlerin Düzenlenmesi

Yoğun bakım ünitesindeki gürültü, sürekli ışık, kokular, invaziv olan ve olmayan müdahaleler, anlamlı sözel ve bilişsel uyaranların eksikliği, sosyal izolasyon, immobilizasyon, uyku bozuklukları, ısı, cereyan, ortamda pencere olmaması ve fiziksel kısıtlama uygulanması çevresel risk faktörlerini oluşturmaktadır (27,28). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yoğun bakım ünitelerinde ses seviyesinin gündüz 35 desibel, gece ise 30 desibelden düşük olmasını, monitör ve diğer tıbbi ekipmanlardaki alarm ses seviyelerinin kısılmasını ve üniteye her türlü gürültüyü kısıtlayacak önlemin alınmasını önermektedir (18). Weatherhead ve arkadaşları (2016) pediyatri yoğun bakım ünitelerinin kullanılmayan alanlarında bile

ses seviyesinin önerilenden yüksek olduğunu saptamış, gürültü nedeniyle çocukların bilişsel fonksiyonlarının bozularak deliryum görülme sıklığının artabileceğini vurgulamıştır (29). Benzer şekilde literatürde pediatri yoğun bakım ünitelerinde gürültünün uyku, stres ve iyileşme sürecini olumsuz etkileyerek pediatrik deliryum gelişmesine sebep olduğu, gürültü seviyesinin azalması ile deliryum görülme sıklığının azaldığı saptanmıştır (30,31).

Yoğun bakım ünitesinin aydınlatılmasının da sirkadiyen ritmi etkileyerek pediatrik deliryum gelişimine yatkınlığı artırması nedeniyle çocuk odalarının gün ışığını alacak şekilde planlanması ve uygun aydınlatmanın sağlanması için göz bandı kullanımı önerilmektedir (3,4,6,9,18). Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastalarda kulaklık ve göz bandı kullanımının uyku kalitesi üzerindeki etkisinin incelendiği araştırmalarda kontrol grubuna oranla deney grubunun uykuya daha kolay daldığı, deney grubunda yer alan hastaların uykularının daha az bölündüğü, kulaklık ve göz bandının birlikte kullanımının deliryum görülme sıklığını %53 oranında azaltabileceği bildirilmiştir (31,32,33).

Yoğun bakım ünitelerinde sosyal izolasyon ve duyuusal yoksunluk oryantasyonun bozulmasına neden olmakta ve deliryuma katkıda bulunmaktadır (3,6,18). Çocuğa ebeveynleri ve sağlık profesyonelleri tarafından günlük bakım faaliyetleri ve tedavisi hakkında sürekli bilgi sağlanarak oryantasyonu sağlanmalı ve iletişimi desteklenmelidir. Oryantasyonun sağlanması için özellikle büyük çocukların odasına takvim ve saat koyulması, daha küçük çocukların odasına gündüz güneş gece ay resminin asılması, odasının ve yatağının değiştirilmemesi de önerilmektedir (3,4,6,18). Ayrıca yoğun bakım ortamında bakım vericinin sürekliliğinin sağlanması, çocuğun sevdiği eşyaların (her zaman uyuduğu battaniye, emzik, oyuncak) getirilmesi, aile ve arkadaşlarının fotoğraflarının odasına asılması vb uygulamalar ile yoğun bakım ortamının tanıdık, güvenilir ve rahatlatıcı ev ortamına dönüştürülmesi korku ve kaygıyı azaltmaktadır (3,4,6,9,13,34). Kim ve arkadaşlarının (2019) pediatrik deliryum ile ilişkili faktörleri araştırdığı çalışmada tanıdık obje kullanılmasının pediatrik deliryum görülme sıklığını %24,5 azalttığı bildirilmiştir (34).

Sağlıklı Uyku-Uyanıklık Döngüsünün Desteklenmesi

Yoğun bakım ünitelerinde çocukların uyku-uyanıklık döngüsünün bozulması iyileşme sürecinin gecikmesine, stresin artmasına ve bilişsel fonksiyonlarının bozulmasına neden olarak pediatrik deliryum gelişmesini tetiklemektedir (4). Literatürde çocukların sağlıklı uyku-uyanıklık döngüsünün sağlanabilmesi için uygun aydınlatma ve gürültünün azaltılması gibi önlemlerin yanı sıra banyo, beslenme gibi konularda rutinlerinin sürdürülmesinin, tedavi ve bakımın toplu şekilde yapılarak çocuğa uyku ve dinlenme fırsatı tanınmasının önemi vurgulanmaktadır (4,6,9). Patel ve arkadaşları (2014) yoğun bakım ünitesinde nonfarmakolojik yöntemlerle uyku ölçümlerinde düzelme meydana gelen hastalarda deliryum görülme sıklığının %33'ten %14'e düştüğünü bildirmiştir (35). Benzer olarak, Atalan ve arkadaşları (2013) kalp cerrahisi geçiren hastalarda deliryum ve uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır (36).

Aile Merkezli Bakım Verilmesi

Yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören çocukların bakım sağlayıcılarından uzak kalması analjezik

gereksinimini artırarak, iyileşme sürecini yavaşlatarak ve hospitalizasyon süresini uzatarak pediatrik deliryum gelişimine yol açmaktadır (9,37,38). Aile merkezli bakım çocuğun bilişsel, fiziksel ve psikolojik fonksiyonlarını desteklemesinin yanına sıra ailenin sağlık profesyonelleri ile iş birliğini de artırmaktadır (38). Ebeveynler çocuklarının davranış değişikliklerini kolayca fark etmeleri ve sağlık profesyonellerini bilgilendirmeleri sonucunda pediatrik deliryumun tanınmasının gecikmesi önlenmektedir (9). Garrors ve arkadaşları (2019) yoğun bakım ünitelerinde aile varlığının hastalarının kaygı ve stresini azalttığını bildirmiştir (39). Ancak Rosa ve arkadaşları (2019) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada aile merkezli bakım uygulamasının pediatrik deliryum insidansına anlamlı derecede etki etmediğini tespit etmiştir (40).

Farmakolojik Yönetimi

Pediyatrik deliryumun yönetiminde en uygun farmakolojik yaklaşım pediatrik deliryumun gelişimine neden olabilecek ilaçlardan kaçınmaktır. Ancak kendisine ve çevresine zarar veren çocuklarda davranışsal bozuklukların kontrolü için farmakolojik müdahale gerekli

olmaktadır (4,6). Tıbbi tedavi çoğunlukla hasta ve ailenin rahatsızlığını en aza indirmek ve hastanın güvenliğini sağlamak için gereklidir. Hastayı sedatize etmek değil, bilinci açık, sakin, iletişim kurulabilir hale getirmek hedeflenmelidir (3,4).

Deliryum semptomlarının tedavisinde ideal bir ilaç tedavisi yoktur. Genellikle antipsikotik ilaçlar tercih edilmektedir. Antipsikotiklerin deliryum tedavisinde etkinliğini gösteren randomize kontrollü çalışmalar çoğunlukla erişkin popülasyon için yapılmış olmasına rağmen; pediatrik deliryumun farmakolojik yönetiminde de yaygın olarak kullanılmaktadır ve nörotransmitterlerdeki düzensizliği gidererek tedavide etki gösterdiği düşünülmektedir (3,4,22). Antipsikotiklerin sedatif etkisi vardır ve sağlıklı uyku-uyanıklık döngüsünün sağlanmasına da fayda sağlamaktadır. Ancak çocuk psikiyatristine danışılmadan başlanmaması gerekmektedir (3). Antipsikotikler gerekli durumlarda düşük dozda başlanmalı, yan etkileri mutlaka göz önünde bulundurulmalı, çocuğun tedaviye yanıtına, yapılan sürekli değerlendirmelere göre dozu ayarlanmalı ve tıbbi gereklilik durumu ortadan kalkınca dozu azaltılarak kesilmelidir (3,4,7).

Pediyatrik Deliryum Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Yoğun bakım hemşireleri, çocuklarla en fazla iletişimde olan ve onlara sürekli bakım veren sağlık profesyonelleri olarak çocuklardaki fizyolojik ve davranışsal her değişikliği kolayca fark edebilmeleri nedeniyle pediatrik deliryumun önlenmesi, erken tanınması ve müdahale edilmesi için kritik önemi bulunmaktadır (2,6,41). Bu nedenle hemşirelerin pediatrik deliryumu, risk faktörlerini, belirti ve bulgularını, değerlendirme ve yönetimini iyi bilmeleri gerekmektedir (6). Pediatrik deliryumun nonfarmakolojik yönetiminden primer sorumlu olan sağlık profesyonelleri hemşirelerdir (41). Hemşirelik bakımında nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımı pediatrik deliryumun ve komplikasyonlarının önlenmesini kolaylaştırmakta, farmakolojik yöntemlerin kullanımını da azaltmaktadır (2,22). Tıbbi tedavinin gerekli olduğu durumlarda ise hemşireler çocukları tedavinin yan etkilerine ve hedef sedasyon seviyesine yönelik takip etmektedir. Hemşirelerin çocuklarda gelişen davranışsal, fizyolojik ve bilişsel değişikliklere yönelik değerlendirmelerinin sonucunda hedef

sedasyon seviyesi için ihtiyaç duyulan tıbbi tedavinin dozunun ayarlanması önemlidir (2,20).

Hemşirelik bakımı planlanırken deliryumun tipinin de dikkate alınması gerekmektedir. Özellikle hipoaktif deliryum belirtileri gözden kaçabildiği ve depresyon ile karıştırılabildiği için tanınması daha zor olmakta ve uygun müdahale gecikebilmektedir (14,19,21). Hiperaktif deliryumda ise çocuklar sağlık profesyonelleri ile iş birliği yapmamakta ve yapılan uygulamaları reddetmektedir (42). Her iki deliryum tipi de yönetimi zor ve karmaşık bir süreçtir. Bu nedenle literatürde hemşirelerin pediatrik deliryum değerlendirmesinde standart bir değerlendirme formu kullanmaları, değerlendirme sonuçlarını nöbet teslimi sırasında devrederek bakımı standartlaştırması ve yapılan değerlendirmeler doğrultusunda çocuk psikiyatristi konsültasyonu istenilmesi önerilmektedir (1,6).

Hemşirelerin deliryum yönetiminde çocuğun kendini güvende hissetmesi ve içinde bulunduğu farklı ortamın tehlikeli olmadığını düşünmesi için primer hemşirelik uygulamasının önemi vurgulanmaktadır (20,43). Bakım veren primer hemşire çocuğa kendini tanıtarak tedavi süresince

hangi sağlık profesyonelinin hangi rolü üstlendiğini ve hangi uygulamanın neden yapıldığını açıklamalı, sakin ve yavaş konuşmalı, anlaşılır ve kısa cümleler kurmalı ve çocuğun bağımsızlığını desteklemelidir (20). Çocuğa ismiyle hitap etmek, göz teması kurmak oryantasyonunu desteklemekte ve güven sağlamaktadır. Aynı zamanda çocukların kendilerini ifade etmelerini sağlamak için açık uçlu sorular sorulması ve davranışsal ifadelerinin de dikkate alınması gerekmektedir (20, 44).

SONUÇ

Yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören çocuk hastalarda sık görülen deliryum; hospitalizasyon süresinin uzamasına, mortalite ve morbidite oranlarının artmasına neden olan önemli bir sendromdur (3-5,7). Görülme sıklığı yüksek olmasına rağmen pediatrik deliryumun tanınması gecikebilmekte, komplikasyonlar gelişebilmekte ve hastalar kaybedilebilmektedir (3-5). Yoğun bakım hemşireleri hastalarla en fazla iletişimde olan ve onlara sürekli bakım veren sağlık profesyonelleri olmaları nedeniyle pediatrik deliryumun önlenmesi, erken tanınması ve müdahale edilmesi için kritik önemi bulunmaktadır

(2,6,41). Bu derleme ile pediatrik deliryumun önlenmesi ve yönetimine ilişkin hemşirelerin rol ve sorumlulukları vurgulanmaya çalışılmıştır. Pediatrik deliryuma yönelik kanıt düzeyi yüksek bilgiler yeterli düzeyde olmadığından randomize kontrollü çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir. Pediatrik deliryumun önlenmesi ve etkin yönetilebilmesi için yapılan çalışmaların artırılması, araştırma sonuçlarının klinik uygulamaya yansıtılarak pediatrik deliryuma ilişkin protokoller ve bakım kılavuzlarının oluşturulması ve yoğun bakım hemşirelerine eğitim programları düzenlenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Flaigle MC, Ascenzi J, Kudchadkar SR. Identifying barriers to delirium screening and prevention in the pediatric icu: evaluation of picu staff knowledge. *J Pediatr Nurs*. 2016; 31(1): 81-4.
2. Traube C, Silver G, Reeder RW, Doyle H, Hegel E, Wolfe HA, et al. Delirium in critically ill children: an international point prevalence study. *Crit Care Med*. 2017; 45(4): 584-90.
3. Turkel S, Hanft A, Epstein D, Jacobson J. Review of Delirium in the pediatric intensive care unit. *J of Pediatr Intensive Care*. 2013; 2(4): 169-76.
4. Bettencourt A, Mullen JE. Delirium in children: identification, prevention, and management. *Crit Care Nurse*. 2019; 37(3): 9-18.
5. Ouimet S, Kavanagh BP, Gottfried SB, Skrobik Y. Incidence, risk factors and consequences of icu delirium. *Intensive Care Med*. 2007; 33: 66-73.
6. Norman S, Taha AA, Turner HN. Delirium in the critically ill child. *Clin Nurse Spec*. 2017; 31(5): 276-84.
7. Bryant K. Pediatric delirium in the cardiac intensive care unit identification and intervention. *Crit Care Nurse*. 2018; 38(4): 1-7.
8. Colville G, Kerry S, Pierce C. Children's factual and delusional memories of intensive care. *Am J Resp Crit Care Med*. 2008; 177(9): 976-82.
9. Holly C, Porter S, Echevarria M, Dreker M, Ruzehaji S. Recognizing delirium in hospitalized children a systematic review of the evidence on risk factors and characteristics. *Am J Nurse*. 2018; 118 (4): 24-36.
10. Çınar MA, Balıkcı A, Sertoğlu E, Ak M, Serdar MA, Özmenler KN. Deliryum patofizyolojisinde CRP, TNF- α ve IGF-1'in rolü. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2014; 51: 376-82.
11. Kaya E, Sönmez S, Barlas F. Deliryum. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 2013; 29 (Ek sayı 2):70-4.
12. Hipp DM. Pharmacological and non-pharmacological management of delirium in critically ill Patients. *Neurotherapeutics*. 2012; 9 (1): 158-75.
13. Hatherill S, Flisher AJ. Delirium in children and adolescents a systematic review of the literature. *J Psychosom Res*. 2010; 68(4): 337-44.
14. Franken A, Sebbens D, Mensik J. Pediatric delirium: early identification of barriers to optimize success of screening and prevention. *J Pediatr Health Care*. 2019; 33(3): 228-233.
15. Özdemir L. Yoğun bakım hastasında deliryumun yönetimi ve hemşirenin sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014; 1(1): 90-8.
16. İsta E, Beest H, Rosmalen J, Hoog M, Tibboel D, Beusekom B, et al. Sophia observation withdrawal symptoms- pediatric delirium scale: a tool for early screening of delirium in the picu. *Aust Crit Care*. 2018; 31(5): 266-73.
17. Patel AK, Biagas KV, Clarke EC, Gerber LM, Mauer E, Silver G, et al. Delirium in children after cardiac bypass surgery. *Pediatr Crit Care Med*. 2017; 18(2): 165-71.
18. Kudchadkar SR, Yaster M, Punjabi NM. Sedation, sleep promotion, and delirium screening practices in the care of mechanically ventilated children: a wake-up call for the pediatric critical care community. *Crit Care Med*. 2014; 42(7): 1592-600.
19. Staveski SL, Pickler RH, Lin L, Shaw RJ, Meinen-Derr J, Redington A, et al. Management of pediatric delirium in pediatric cardiac intensive care patients: an international survey of current practices. *Pediatr Crit Care Med*. 2018; 19(6): 538-43.
20. Traube C, Silver G, Kearney J, Patel A, Atkinson TM, Yoon MJ, et al. Cornell assessment of pediatric delirium: a valid, rapid, observational tool for screening delirium in the picu. *Crit Care Med*. 2014; 42(3): 656-63.
21. Traube C, Augenstein J, Greenwald B, LaQuaglia M, Silver G. Brief report neuroblastoma and pediatric delirium: a case series. *Pediatr Blood Cancer*. 2014; 61(6): 1121-3.
22. Thom RP. Pediatric Delirium. *Am J Psychiatry*. 2017; 12(2): 6-8.
23. Johnston C, Krebs VLJ, Carvalho WB, Sampaio MC. Early mobilization in picu: are we on time?. *Pediatrics in South America*. 2019; 5: 397-405.
24. Wiczorek B, Ascenzi J, Kim Y, Lenker H, Potter C, Shata NJ, et al. Picu up!: impact of a quality improvement intervention to promote early mobilization in critically ill Children. *Pediatr Crit Care Med*. 2016; 17(12): 559-66.
25. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2009; 373(9678): 1874-82.
26. Simone S, Edwards S, Lardieri A, Walker LK, Graciano AL, Kishk OA, et al. Implementation of an icu bundle: an interprofessional quality improvement project to enhance delirium management and monitor delirium prevalence in a single picu. *Pediatr Crit Care Med*. 2017; 18(6): 531-40.
27. Arend E, Christensen M. Delirium in the intensive care unit: a review. *Nurs Crit Care*. 2009; 14(3): 145-54.
28. Sarı N. Sağlık çalışanlarının yoğun bakımlarda deliryum yönetimlerinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2015.
29. Weatherhead J, Niedner M, Kahoud R, Kawai Y. Noise pollution in a pediatric intensive care unit. *Crit Care Med*. 2016; 44 (12): 350.
30. Kawai Y, Weatherhead JR, Traube C, Owens TA, Shaw BE, Fraser EJ, et al. Quality improvement initiative to reduce pediatric intensive care unit noise pollution with the use of a pediatric delirium bundle. *J Intensive Care Med*. 2019; 34(5): 383-90.
31. Rompaey BV, Elseviers MM, Drom WV, Fromont V, Jorens PG. The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: a randomized controlled trial in intensive care patients. *Crit Care Med*. 2012; 16(3): 1-10.
32. Guen ML, Robin AN, Lebard C, Arnulf I, Langeron O. Earplugs and eye masks vs routine care prevent sleep impairment in post-anaesthesia care unit: a randomized study. *Br J of Anaesth*. 2014; 112 (1): 89-95.
33. Yazdank AR, Zareie A, Hasanpour M, Kashef J. The effect of earplugs and eye mask on patients' perceived sleep quality in intensive care unit. *Iranian J Nursing Midwifery Res*. 2014; 19 (6): 673-8.
34. Kim HJ, Kim DH. Factors associated with Pediatric Delirium in the Pediatric Intensive Care Unit. *Child Health Nurs Res*. 2019; 25 (2): 103-11.

35. Patel J, Baldwin J, Bunting P, Laha S. The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care Patients. *Anaesth.* 2014; 69: 540–9.
36. Atalan N, Sevim ME. Postoperative delirium associated with prolonged decline in cognitive function and sleep disturbances after cardiac surgery. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi.* 2013; 21 (2): 358–63.
37. Tosun A, Tüfekci G. Çocuk kliniklerinde aile merkezli bakım uygulamalarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2015; 18 (2): 131-9.
38. Boztepe H. Pediyatri hemşireliğinde aile merkezli bakım. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci.* 2009; 1(2): 88-93.
39. Bauer PR, Rabinstein AA, Wilson ME. Family Visitation Policies in the ICU and Delirium. *JAMA.* 2019; 322 (19): 1923-5.
40. Rosa RG, Kochhann R, Barbosa MG, Cavalcanti AB, Pellegrini JAS, Ayres LO, et al. Effect of flexible family visitation on delirium among patients in the intensive care unit the icu visits randomized clinical trial. *JAMA.* 2019; 322 (3): 216-28.
41. Simonsen BY, Lisby M, Traube C, Skovby P. The cornell assessment of pediatric delirium: translation and inter-rater reliability in a danish pediatric intensive care unit. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2019; 63 (7): 900–4.
42. Schievelde JNM, Janssen JNF. Delirium in the pediatric patient on the growing awareness of its clinical interdisciplinary importance. *JAMA Pediatr.* 2014; 168(7): 595-6.
43. Smith HAB, Gangopadhyay M, Gobin CM, Jacobowski NL, Chestnut MH, Savage S, et al. The preschool confusion assessment method for the icu (pscam-icu): valid and reliable delirium monitoring for critically ill infants and children. *Crit Care Med.* 2016; 44(3): 592–600.
44. Şahin H. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin deliryum hakkındaki bilgi ve tutumlarının araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Trabzon, 2019.

DERLEME

İnfertilite ve Hemşirelik Yaklaşımı*Elif ÖZDEMİR¹, Sena KAPLAN²***ÖZ**

Pek çok toplumda evliliğin amaçlarından biri de çocuk sahibi olmak olarak algılandığı için, üreme kültürel, sosyal ve psikolojik yönden bir gereksinimdir. İnfertilite toplumsal bir sağlık sorunu olmakla birlikte, çiftleri ve özellikle kadınları biyolojik, fiziksel ve psikososyal yönden olumsuz etkileyen bir durumdur. Aynı zamanda infertiliteye yönelik uygulanan tedaviler çiftler için psikolojik yönden zorlayıcı, duygusal yönden oldukça stresli, ekonomik anlamda pahalı olmakla birlikte eş ilişkilerini de olumsuz etkileyebilen bir kriz durumudur. İnfertilite kliniğinde çalışan hemşirelerin infertilite tedavisi süresince çiftlerle birebir iletişimde oldukları için yaşanabilecek sorunları erken dönemde belirlemesi ve uygun hemşirelik yaklaşımını planlayarak çiftlere destek olması önem taşımaktadır. İnfertilite hemşiresinin verebileceği danışmalık, eğitim ve sosyal destek ile kriz anında oluşabilecek olumsuz etkiler azaltılabilmektedir. Bu derleme çalışmasında infertilitenin çiftler üzerine etkisinin literatür kapsamında incelenmesi ve infertilite hemşiresinin rolüne vurgu yapılması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşire; İnfertilite; Psikososyal yönü

Infertility and Nursing Approach*Elif ÖZDEMİR¹, Sena KAPLAN²***ABSTRACT**

Since one of the aims of marriage in many societies is perceived as having children, fertility is a cultural, social and psychological requirement. While infertility is a social health issue, it is also a condition that affects couples and especially women negatively in biological, physical and psychosocial aspects. At the same time, the treatments for infertility are crisis situations that are both psychologically challenging, emotionally stressful, economically expensive and that have negative effects on the relationships of couples. Since nurses working in the infertility clinic are in direct contact with the couples during the infertility treatment, it is important that they identify possible problems earlier and support the couples by planning the appropriate nursing approach. With the counseling, training and social support that the infertility nurse can provide, the negative effects that may occur in time of crisis can be reduced. In this compilation study, it is aimed to examine the effect of infertility on couples within the scope of the literature and to emphasize the role of infertility nurse.

Keywords: Infertility; Nursing; Psychosocial aspect

¹Ankara Üniversitesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Ankara, Türkiye.

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye.

Sorumlu Yazar: Sena KAPLAN

E-posta adresi: ataykaplan@yahoo.com

ORCID No: 0000-0002-1677-5463

Gönderi Tarihi: 05.12.2020

Kabul Tarihi: 08.12.2020

GİRİŞ

Üreme bir canlının soyunu sürmesi olayıdır. İnfertilite, kadın ya da erkek kaynaklı sorun ya da sorunlar nedeniyle üreme olayının olmamasıdır (1,2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre (3) infertilite; korunmasız, düzenli cinsel ilişki olmasına rağmen 12 ay veya daha fazla süre klinik bir gebelik oluşmaması olarak tanımlanmaktadır. Pek çok toplumda evliliğin amaçlarından biri de çocuk sahibi olmak olarak algılandığı için, üreme kültürel, sosyal ve psikolojik yönden bir gereksinimdir (4). Bu bakımdan infertilite sorunu yaşayan birçok evli çift toplum tarafından psiko-sosyal yönden baskı hissetmektedir (5). Soyunu devam ettirememesi ve üreme yeteneğinin olmaması infertil çiftlerde yetersizlik duygusu yaşamalarına neden olmaktadır (6). Yapılan çalışmalar da infertil çiftlerde ileri dönemde kaygı bozukluğu, depresyon, cinsel sorunlar, toplumsal izolasyon, benlik saygısında azalma, evlilik uyumunda bozulma gibi sorunların fertil çiftlere göre daha fazla görüldüğünü göstermektedir (7,8). Bu derleme çalışmasında infertilitenin çiftler üzerine etkisinin literatür kapsamında incelenmesi ve infertilite hemşiresinin rolüne vurgu yapılması amaçlanmıştır.

İnfertilite Tanımı ve Epidemiyolojisi

İnfertilite DSÖ (3) tarafından; korunmasız, düzenli cinsel ilişki bulunmasına rağmen 12 ay veya daha fazla süre ile klinik olarak bir gebelik oluşmaması olarak tanımlanmaktadır. İnfertilite primer ve sekonder infertilite olarak ikiye ayrılmakta olup, primer infertilite en az bir yıl korunmasız cinsel ilişkiye rağmen gebeliğin olmaması, sekonder infertilite ise daha önce gebeliğin olmasına rağmen son bir yıl içerisinde korunmasız cinsel ilişkide bulunup gebe kalınmaması olarak tanımlanmaktadır (9).

İnfertilite, global olarak toplumsal bir sağlık sorunu olduğu kabul edilmekle birlikte üreme döneminde olan çiftleri %9 ila %30 arasında etkilemektedir (10). DSÖ, dünyadaki infertil çiftlerin 60-80 milyon olduğunu bildirmektedir (11). İnfertilitenin görülme sıklığı, dünyada ülkeler arasında değişmekle beraber bölgeden bölgeye de değişiklik göstermektedir. Verilere göre, gelişmekte olan ülkelerde infertilite insidansının gelişmiş ülkelere göre daha yüksek oranda olduğu belirtilmektedir (12). Yapılan epidemiyolojik araştırmalar incelendiğinde; infertilite yaygınlığının özellikle Orta Doğu Avrupa, Güney Asya, Orta Asya ve Kuzey Afrika da oldukça yüksek düzeyde olduğu

saptanmıştır (13,14). İnfertilite prevalansını belirtmek üzere Felice ve ark. (10) tarafından yapılan bir uluslararası araştırmada infertilite oranının Amerika'da %15, Avrupa'da %15, Doğu Afrika'da %27, Orta Asya'da %17 olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra İngiltere'de yedi çiftten birinin infertilite tanısı almaktadır (15). Ülkemizde ise, 1.5 - 2 milyon infertil çift olduğu bildirmektedir (16). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 ve 2018 yılı (50) verilerine göre, 15-49 yaş arasında hiç çocuğu olmayan ve çocuk sahibi olmasının mümkün olmadığını belirten evli kadınların oranı %4'dür. Bunun yanı sıra aynı çalışmada doğum sonrası en az bir kez infertilite sorunu yaşayanların oranının 2013 yılında %11.2; 2018 yılında ise %12 olduğu belirtilmektedir (17).

İnfertilite Nedenleri

Fertil olan çiftlerde gebelikten korunmaya yönelik bir yöntem kullanımı bulunmadığında, gebe kalma ihtimali her ovulatuvar siklusta ortalama %20'dir (18). İnfertilite ise düzenli cinsel ilişki bulunmasına rağmen, 12 ay ve üzerindeki sürede gebeliğin olmamasıdır (19). İnfertilitede %40 ila %50 oranında kadına bağlı faktörler, %30 ila %40 oranında ise erkeğe bağlı faktörlerle

fertilizasyonun oluşmamaktadır. Açıklanamayan infertiliteye bağlı faktörler ise %15 oranında etkili olmaktadır (18). Bunun yanı sıra fiziksel, sosyo-ekonomik, psikososyal ve çevresel değişkenlere bağlı nedenler de fertilitiyi önemli ölçüde olumsuz etkilemektedir (20).

Literatür incelendiğinde infertiliteye neden olan kadın kaynaklı faktörlerin, ileri yaş, ilişki sıklığı, zamanlaması, sigara ve alkol- kullanımı, ağır egzersiz ve kilo değişimleri, aşırı strese maruz kalma, yetersiz beslenme, diyabet, hipertansiyon, astım gibi kronik hastalıkların, çevresel ya da mesleğe ait kurşun, civa, arsenik, radyasyon gibi toksik maddelere maruz kalma, antidepresan ve antihipertansif gibi ilaçların düzenli kullanımı ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar olduğu belirtilmektedir (20,21). Yapılan çalışmalarda, kadının yaşı ilerledikçe infertilite oranının da arttığı belirtilmiştir (22). Diğer bir çalışmada ise obezite sorunu yaşayan kadınlar, beden kitle indeksi 30kg/m^2 'nin altında olan kadınlarla karşılaştırıldığında gebe kalma süreçlerinin uzadığı belirlenmiştir (23). Bununla birlikte stres faktörü hem kadın hem de erkekte cinsel ilişki sıklığı ve lipidonun azalmasına neden olup, infertiliteye neden olduğu belirlenmiştir (24). Amerika'da yapılan bir

araştırmada, korunmasız ve düzenli cinsel ilişkide bulunan çiftlerde ileri yaşın, sigara ve alkol kullanımının, yetersiz beslenmenin, cinsel yolla bulaşan hastalıkların infertiliteyi etkileyen faktörler arasında olduğu belirlenmiştir (25).

Aynı zamanda kadınlarda infertiliteye neden olan diğer faktörler; konjenital gelişimsel faktörler, anovulasyon, polikistik over sendromu, luteal faz yetmezliği gibi overian sorunlar, uterusu ve serviksine ilişkin faktörler, tubal ve peritoneal faktörler, vulva ve vajene ait faktörlerdir (26). Polanya'da yapılan bir çalışmada (27), kadınlarda infertiliteye neden olan faktörler arasında; uterusun yapısal anomalilerinin %7.3, ovulasyon bozukluklarının %54.4, idiyopatik infertilitenin %22.3, endometriozisin %4.4, polikistik over sendromunun %19.9, tubal tıkanıklıkların %16.5 rol oynadığı belirlenmiştir.

İnfertiliteye neden olan erkek kaynaklı faktörler ise varikozel, kriptorşidizm, hipospadias, düşük testesteron seviyesi, orşit gibi yapısal ve hormonal bozukluklar, sperm yapısındaki değişiklikler, sperm sayısının ve libidonun azaldığı durumlar, ereksiyon bozukluklarıdır. Ayrıca diğer faktörler ise stres, iş yerinde radyasyon ya da kurşun, civa, x-ray gibi toksik maddelere maruz kalma,

skrotumun yüksek ısıya maruz kalmadır (26,53). Yapılan çalışmalarda erkek infertilite nedenleri arasında açıklanamayan infertilite %75.1 iken, varikozel %12.6 ve üriner enfeksiyonlar ise %66.6 olarak etkili bulunmuştur (28).

İnfertilitede Tedavi Yaklaşımı ve Yardımcı Üreme Teknikleri

İnfertilite tedavisi çiftlerin infertilite tanısı alındığında, tedaviye başlama kararı, tedavinin başarısız sonuçlanmasına verilen tepki, bu sürecin nasıl ilişkiye yansıdığı ve tedaviye yeniden karar verildiğinde tekrar yapılan denemeler tedavi sürecini belirlemektedir. Bu süreç basit bir tıbbi müdahale gibi görünse de derine inildiğinde tedavi aşamaları çifti çok yönlü etkilemektedir (29). İnfertilite tedavisi duygusal ve fiziksel zorluklara karşı çiftlerin aktif katılımını da gerektiren bir süreçtir. Tedavi süreci yoğun rutin ve cerrahi işlemlerin yanı sıra çiftlerin sağlık çalışanları ile sürekli iletişimde olmalarını gereken bir dönemdir (30).

İnfertilite tedavisinde öncelikli yaklaşım infertiliteye neden olan temel sorunun ortadan kaldırılmasıdır. Bu bakımdan stresli yaşam, uykusuzluk, beslenme bozukluğu, obezite, kullandığı ilaçlar, sigara ve alkol tüketimi gibi

infertiliteye neden olan sorunlara yönelik danışmanlık verilmeli ve yaşam şekli değişikliği sağlanmalıdır (31,32). Aynı zamanda bu basamak tedavi yaklaşımında infertiliteye neden olan sağlık sorununun tedavi edilmesi önem taşımaktadır. Mevcut sorun ovulasyon sürecine ait ise öncelikle ovulasyonun sağlanması önem taşımaktadır. Bu süreçte medikal ve cerrahi tedavi yöntemlerine başvurulmaktadır. Literatürde tıbbi ve cerrahi tedavi ile infertiliteye neden olan sorunların %85-90'ının çözüldüğü belirtilmektedir (26,33). İnfertilite tedavisinde ikinci basamak yaklaşım ise Yardımcı Üreme Tekniklerinin (YÜT) kullanılmasıdır (26). YÜT spontan olarak gebe kalamayan çiftlerin, gebe kalmaları amacıyla yapılan tüm tedavi işlemlerini kapsamaktadır (34). Günümüzdeki uygulamada kullanılmakta olan en yaygın YÜT yaklaşımları intrauterin inseminasyon (IUI), in-vitro fertilizasyon (IVF) ve embriyo transferi (ET) ve intrasitoplazmik sperm injeksiyonudur (ICSI) (35). IUI yöntemi, cinsel ilişki dışında erkekten elde edilen spermilerin kadının ovulasyon periyodunda kadın üreme sistemi içerisine bırakma işlemi olarak tanımlanmaktadır (36). Bir diğer YÜT olan IVF ve ET, bir laboratuvar ortamında erkeğe ait sperm

hücresi ile kadına ait matür ovumun fertilize edilmesi ve oluşan embriyonun uterusu transfer edilmesidir (34). ICSI ise önemli derecede erkek faktörünün bulunduğu veya nedeni açıklanamamış infertilite durumunda direk ovum içerisine özel işlemlerden geçirilmiş sperm hücresinin mikroenjeksiyonudur (34).

İnfertilite ve Uygulanan Tedavilerin Çiftler Üzerine Etkisi

Üreme potansiyeli konusunda karşılaşılan sorunlar özellikle infertil çiftleri olumsuz yönde etkilemekle beraber, ani ve beklenmedik bir yaşam krizi olarak yaşanabilmektedir. Aynı zamanda infertilite tedavi süreçleri çiftler için uzun bir süreye yayılan, stres oluşturan ve uyum mekanizmalarını zorlayıcı bir olay olmaktadır (19,37). Babore'nın (38), erkek ve kadınların infertiliteye yönelik yaklaşımlarının araştırıldığı çalışmada, infertil kadınların erkeklere oranla ruhsal yönden daha fazla yoğun duygular yaşadığı belirlenmiştir. Hasanpoor-Azghady ve ark. (39) yaptığı çalışmada, infertil kadınların anksiyete, yorgunluk, çaresizlik, depresyon, endişe ve umutsuzluk duygularını fertil kadınlara göre daha yoğun yaşadıkları saptanmıştır. Yapılan bir başka çalışmada, infertil kadınların %20'sinin yüksek düzeyde psikolojik stres yaşadıkları

belirlenmiştir (37). Anokye ve ark.'nın (40) çalışmasında infertilite yaşayan çiftlerde umutsuzluk, damgalanma ve sosyal izolasyonun diğer fertil çiftlere göre daha fazla yaşandığı saptanmıştır. İnfertil kadınların yaşadıkları duyguların incelendiği diğer bir çalışmada, infertilite sorunu yaşayan kadınlar kendilerini dışlanmış hissettiklerini ve çocuk sahibi olduklarında toplum tarafından kabul edileceklerini düşündüklerini ifade etmişlerdir. Bununla birlikte aynı çalışmaya katılan kadınlar cinselliğin görev olarak algılanmasından dolayı kendilerini çekici bulmadıklarını belirtmişlerdir (8,19). Shindel ve ark.'nın (41), infertil çiftlerle ilgili yaptıkları çalışmada infertil erkeklerde cinsel işlev sorunlarının ve buna bağlı depresyonun daha fazla görüldüğü belirlenmiştir.

Aynı zamanda infertiliteye yönelik uygulanan tedaviler çiftler için psikolojik yönden zorlayıcı, duygusal yönden oldukça stresli, ekonomik anlamda pahalı olmakla birlikte eş ilişkilerini de olumsuz etkileyebilen bir kriz durumudur (21,42). İnfertil kadınlar bu süreçte, tanı ve tedavi işlemleri, bu tedavilerin uzun sürmesi ve ağırlı olması, tedavinin başarısız olması gibi nedenlerle kontrol kaybı, suçluluk, kadınlık algısında ve benlik

algısında bozulma, yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon yaşayabilmektedir (4,5).

Bunun yanı sıra YÜT'de yaşanan başarısızlık sonrası kadınlar, cinsel istek ve ilgi düzeylerinin azaldığını bildirmişlerdir (18,30). Ozan ve Okumuş'un (43) yaptıkları nitel bir çalışmada infertil kadınlar sosyal çevresindeki kişilerden, tedaviye başladıklarını gizlediklerini ve tedavi sürecinin nasıl sürdüğü hakkındaki sorulara cevap vermek istemediklerini belirtmişlerdir. Aynı zamanda literatürde YÜT ile gebe kalan annelerde, intrauterin dönemde bebeklerinde sağlık sorunlarının gelişebileceğine yönelik kaygılarının doğal yol ile gebe kalan kadınlara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (29).

Dünyada ve Ülkemizde İnfertilite Hemşireliğinin Gelişimi

İnfertilite hemşireliği ilk kez Amerikan Hemşireler Birliği tarafından 1985 yılında tanımlanmıştır. 1987 yılında ise infertilite hemşirelerinin rollerinin tanımlanması ve bakım standartlarının oluşturulması amacıyla "Royal College of Nursing Fertilite Hemşireleri Grubu" kurulmuştur. Böylelikle grubun yapmış olduğu çalışmalar doğrultusunda infertilite hemşireliğinin standartları belirlenmiştir (44,45). Aynı zamanda Özel İlgi

Grubu (The Nurses Special Interest Group) 1990 yılında Avusturalya’da infertilite hemşireliğini ve standartlarını tanımlamak amacıyla kurulmuştur. Bu grup Avusturalya Fertilite Topluluğu (The Fertility Society of Australia) adı altında Avusturalya Fertilite Hemşireleri (Fertility Nurses Australia – FNA) adını alarak faaliyetlerini sürdürmektedir (45,46).

Japon İnfertilite Hemşireliği Ağı (Japan Infertility Nursing Network – JINN) ise 1999 yılında Japonya’da kurulmuş olup, infertilite hemşireliği sertifikasyon programlarının yürütülmesini organize etmektedir (47). İnfertilite alanında en az üç yıl çalışan hemşireler uzman infertilite hemşireliği sertifika programına başvurabilmekte ve yapılan sınavların ardından sertifikalandırılmaktadır (44).

Ülkemizde ise infertilite hemşireliğine yönelik kurs ve toplantı faaliyetlerini yürüten iki dernek bulunmaktadır. Bu derneklerden “İstanbul İnfertilite Hemşirelerin Grubu” 2006 yılında kurulmuş olup, 2008 yılında “Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği” olarak ismi değiştirilmiştir. “İnfertilite Hemşireliği Derneği” ise 2008 yılında Ege Üniversitesi Tıp Bebek

merkezinde çalışan hemşireler tarafından kurulmuştur (48).

İnfertilite hemşireliği çalışılan yer ve ilgilenilen hastaların özel olması nedeniyle özellikli donanım, bilgi ve uygulaması olan bir dal hemşireliğidir. Ülkemizde halen infertilite hemşiresi görev, yetki ve sorumluluklarına yönelik yasal bir düzenleme bulunmamaktadır (44,48). Bu bakımdan bu alanda çalışan hemşirelerin klinik uygulamalarının nasıl tanımlanacağı belli olmadığı için hemşireler arasında klinik bilgi, beceri ve eğitim düzeyleri yönünden farklılıklar olmaktadır. Ancak, infertilite kliniğinde çalışan hemşirelere infertilite hemşireliği hakkında lisansüstü ve doktora derslerinin verilmesi, infertilite konusunda hemşirelik tezlerinin yürütülmesi, kongre ve kursların yapılması hemşirelere ayrıcalık kazandırmaktadır.

İnfertilite Hemşiresinin Rolü

İnfertilite süreci profesyonel bir ekip işidir. Bu ekibin içinde hemşireler hasta ile yakından ilgilendikleri için görev, sorumlulukları ve rolleri önemlidir. İnfertilite de hemşirelik poliklinikle başlayan ve ameliyathaneye kadar devam eden infertil çiftlerin içinde buldukları sosyal ve psikolojik durumu göz önünde bulunduran bir

süreçtir. Uygulanan hemşirelik bakımının genel olarak amacı, çiftin psikolojik, sosyal ve fiziksel durumunun değerlendirilmesi, sorun ve ihtiyaçların belirlenip buna yönelik uygun bakımın oluşturulmasıdır (2,21,45). İnfertil çiftlerle iletişim sırasında güler yüzlü, yumuşak bir ses tonuyla ve hoşgörülü davranmak önemlidir. Tedaviye gelen hastaların pek çoğu evlilik süresi uzun olan ve yıllarca sorunlarının çözüme ulaşması için tedavi arayan, ümitsiz, psikolojik ve ekonomik açıdan bitkin olan çiftler oluşturmaktadır (18,29). Tedavi boyunca infertil çiftlerin yapılacak işlemlere fiziksel ve duygusal açıdan hazırlanması, teknik ve tıbbi bilgilerin anlaşılması ve beklentilerin gerçekçi olmasının sağlanmasında infertilite hemşiresinin rolü oldukça önemlidir. İnfertilite nedeninin öğrenilmesi sırasında çiftlerin benlik saygısı ve imajına etki edebilecek fiziksel muayene ve laboratuvar testler gerektirir. Hemşire bu aşamada çifti beraber değerlendirip, duygularını ifade etmelerini sağlamalıdır. Değerlendirme süresince hemşire çiftlerin uyum ve motivasyon düzeyinin etkileyen etmenler açısından gözlem yapmalı ve desteklemelidir. İnfertilite değerlendirmesinde yapılacak olan testlerin uygulama şekli, neden yapıldığı ve testten önce ve sonra neler yapılacağı

konularında infertil çiftler hemşire tarafından bilgilendirmeli ve işlem boyunca desteklenmelidir (9,18,49). Ekip içerisinde infertilite hemşiresinin tıbbi bakım rolünün yanı sıra değişen ve gelişen rolleri eğitmen/danışman, hasta hakları savunucusu, kalite güvencesi, psikolojik destek, yönetici, koordinatör, destekleyici, araştırmacı rollerini üstlenmişlerdir (45,49). İnfertil çiftle en sık karşılaşan sağlık profesyoneli olması sebebi ile tanı ve tedavi sürecinde yaşam deneyimlerinin paylaşılması, eğitim ve danışmanlık yapılması noktasında hemşirelere anahtar roller düşmektedir (49). İnfertilite yaşama süresinde ortaya çıkan psikolojik etkilerin süresi uzadıkça yaşanan sorunların önemli ölçüde arttığı bilinmektedir. İnfertilitede tanı ve tedavi süresince çiftler stres, duygusal yönden baskı ve panik durumu hissetmektedirler. İnfertilite hemşiresi bu aşamada çiftler için bilgi kaynağı olmakla beraber yaşanan stresi azaltmak için etkin rol üstlenmektedir (45). Hemşirenin infertilite sorunu olan eşlerin soruna yönelik uygun bakıma yönlendirme, infertilite tedavisi süresince destekleyici ve danışmanlık rolü son derece önem arz etmektedir (18,29). İnfertil çiftlerin tanı ve tedavi süresince infertilite ve yardımcı üreme tekniklerinin oluşturduğu

problemleri bilerek, hemşirelik yaklaşımında bulunmak oldukça önem arz etmektedir (9,18). İnfertil çiftlere tanı ve tedavide yapılan tüm işlem aşamalarında hemşire hastayı hazırlamak ve işlem sonrasında gerçekleştirdiği tüm izlem ve uygulamaları uygulayıcı/klinisyen rolünü yansıtmaktadır (21,45). Hemşirelik uygulamalarında yeni gelişmeleri en doğru şekilde yansıtabilmek için infertilite hemşiresi araştırma planlamalı ve araştırma sonuçların kullanabilmektedir. Uygulanan işlevler sırasında hemşire profesyonel sorumluluk ve saygınlık ile ekibin diğer çalışanlarıyla uyum halinde çalışarak modern hemşirelik uygulamalarını göstermektedir (9,45,49).

İnfertilitede tedavi, tanı ve erken gebelik sürecinde infertilite hemşireliği kanıta dayalı bilgi ve deneyimlerini kullanarak infertil çiftlere bütüncül ve sevecen yaklaşmayı gerektiren özel etkin bir alan olmaktadır. Kanıta dayalı uygulamalar, en iyi bakımın hastaya nasıl verebileceğini gösterir. Aynı zamanda sürekli araştırma yapıp eğitim almayı gerektirmektedir. Kanıta dayalı uygulamaların olması uygulanan bakımın kalitesini ve bakımın sonuçlarını iyileştirmekte ve hasta bakım sonuçlarında önemli ölçüde fark yaratmaktadır.

Böylelikle uygulanan bakımın standardize olmakta ve hemşirenin iş doyumunu arttırmaktadır (50,51). Kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştirmek için hemşirenin bazı becerilere sahip olması gerekmektedir. Bu beceriler; soru sorma, sorulan soruya yanıt arama, kanıtı değerlendirme ve sonuçları uygulamadır. Hemşirenin hasta bakımında yaşamsal ve kritik yönde karar alma sürecinde kilit rolü bulunmaktadır (51,52).

SONUÇ

İnfertilite sadece toplumsal bir hastalık olmayıp çiftleri ve özellikle kadınları biyolojik, fiziksel ve psikososyal yönden olumsuz etkileyen bir durumdur. Aynı zamanda infertiliteye yönelik uygulanan tedaviler çiftler için psikolojik yönden zorlayıcı, duygusal yönden oldukça stresli, ekonomik anlamda pahalı olmakla birlikte eş ilişkilerini de olumsuz etkileyebilen bir kriz durumudur. İnfertilite kliniğinde çalışan hemşireler infertilite tedavisi süresince çiftlerle birebir iletişimde oldukları için yaşanabilecek sorunları erken dönemde belirlemesi ve uygun hemşirelik yaklaşımını planlayarak çiftlere destek olması önem taşımaktadır. İnfertilite hemşiresinin verebileceği danışmalık, eğitim ve sosyal destek ile kriz anında oluşabilecek olumsuz etkiler

azaltılabilmektedir. Bu bakımdan Ülkemizde infertilite hemşirelerinin görev tanımlarının yapılarak, bu alanda açılan sertifika ve lisansüstü programlarla uzmanlaşmaya gidilmesinin oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Bunun yanı sıra infertilite hemşireliğinde bakım standartlarının oluşturulmasında bu alanda daha fazla kanıt temelli çalışmalarının yapılmasının gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Cloonan YK, Holt VL, Goldberg J. Male factor infertility: A twin study. *Perinatal Epidemiology*. 2007; 21(3):229-34.
- Allan H, Mounce G. Managing infertility in primary care. *Practice Nursing*. 2015; 26(9):440-3.
- World Health Organization [Internet]. Mother or nothing: The agony of infertility. 2010 [cited 2018 Jan 16]. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/bulletin_88_12/en/
- Sezgin H, Hocaoglu Ç. İnfertilitenin psikiyatrik yönü. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar*. 2014; 6(2):165-84.
- Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar*. 2013; 5(2):162-78.
- Seymenler, S, Siyez DM, İnfertilite psikolojik danışmanlığı. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar*. 2018; 10(2):176-87.
- Ünal S, Kargın M, Akyüz A. İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2010; 9(5):481-6.
- Bayley TM, Slade P, Lashen H. Relationships between attachment, appraisal, coping and adjustment in men and women experiencing infertility concerns. *Human Reproduction*. 2009; 24(11):2827-37
- Aşçı Ö, Beji KN. İnfertilite danışmanlığı. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2012; 20(2):154-9.
- Petraglia F, Serour GI, Chapron C. The changing prevalence of infertility. *International Journal of Gynecology Obstetrics*. 2013; 123:4-8.
- World Health Organization [Internet]. Infertility definitions and terminology. 2019 [cited 2020 Sep 15]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/multiple-definitions/en/>
- Denson V. Diagnosis and management of infertility. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2006; 1:380-6.
- Araoye MO. Epidemiology of infertility: social problems of the infertile couples. *West African Journal of Medicine*. 2003; 22(2):190-6.
- Mascarenhas NM, Flaxman RS, Boerma T, Vanderpoel S, Steven AG. National, regional and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Medicine*. 2012; 9(12):1-2.
- Datta J, Palmer MJ, Tanton C, Gibson LJ, Jones KG, Macdowall W, et al. Prevalence of infertility and help seeking among 15000 women and men. *Human Reproduction*. 2016; 31(9):2108-18.
- Şimşek S. Sociocultural effects of infertility. *Eurasian Academy of Sciences Social Sciences Journal*. 2017; 12:55-6.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması [Internet]. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2008 Raporu. 2012 [cited 2018 Jul 20]. Available from: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tsna2008/data/TNSA-2008_ana-Rapor-tr.pdf
- Yumru AE, Öndeş B. İnfertil çifte yaklaşım ve in vitro fertilizasyona doğru hasta seçimi. *Journal of Academic Research in Medicine*. 2011; 1(2):57-60.
- Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F. İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*. 2008; 5 (2):105-10.
- Speroff L, Fritz MA. Erkek infertilitesi. Günalp S. Çeviri Editörü. *Klinik jinekolojik endokrinoloji ve infertilite*. 8. baskı. İstanbul: Güneş Tıp Kitap Evleri; 2013. s. 1249-1292.
- Eryılmaz HY, Ekşi Z, Ertugrul EG. İnfertilite tanı yöntemleri ve hemşirenin rolü. In: Beji NK, ed. *İnfertilite hemşireliği*. İstanbul: Acar Basım; 2009. s. 49-66.
- Enilo OW, Adetola AA, Abayomi T. A review of female Infertility; important etiological factors and management. *Journal of Microbiology and Biotechnology Research*. 2012; 1(2):134-7.
- Bolumar F, Olsen J, Rebagliato M, et al. Body mass index and delayed conception: a european multicenter study on infertility and subfecundity. *American Journal of Epidemiology*. 2000; 151(11):1072-79.
- Anderson K, Niesenblat V, Norman R: Lifestyle factors in people seeking infertility treatment – a review. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2010; 50(1):8-20
- Homan GF, Davies M, Norman R. The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. *Human Reproduction Update* 2007; 13(3):209–23.
- Duvan C, Şatıroğlu H, Berker B, Çetinkaya E, Kahraman K. Yardımla üreme tekniklerinde implantasyon ve gebelik oranlarını etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik*. 2003; 13:466-76.
- Bidzan M, Podolska M, Bidzan L, Smutek, J. Personality traits and the feeling of loneliness of women treated for infertility. *Ginekologia Polska*. 2011; 82(7):508-13.
- Famurewa AC, Ugwuja EI. Association of blood and seminal plasma cadmium and lead levels with semen quality in non-occupationally exposed infertile men in abakaliki, south east Nigeria. *Journal of Family and Reproductive Health*. 2017; 11(2):97–103.
- Koç E, Kızılkaya Beji N. Başarılı infertilite tedavisi sonrası gebelerin yaşadığı problemler ve danışmanlık. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2016; 6:201-6.
- Güleç G, Hassa H, Yalçın EG, Yenilmez Ç. Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011; 22(3):166-76.
- Koçak DY, Büyükkayacı Duman N. İnfertilitenin psikolojik etkileri ve hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri*. 2016; 2(3):7-13.
- Amanak K, Karaöz B, Sevil Ü. Modern yaşamın infertilite üzerine etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2014; 13(4):345–50.
- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8. baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2007. s. 255-264, 516-520.
- Hjelmstedt A, Widström AM, Collins A. Psychological correlates of prenatal attachment in women who conceived after in vitro fertilization and women conceived naturally. *BIRTH*. 2006; 33(4):303-10
- Erdem K, Ejder Apay S. A sectional study: the relationship between perceived social support and depression in Turkish infertile women. *International Journal of Fertility and Sterility*. 2014; 8:303-14.
- Merviel P, Heraud MH, Grenier N, Lourdel E, Sanguinet P, Copin H. Predictive factors for pregnancy after intrauterine insemination (IUI): an analysis of 1038 cycles and a review of the literature. *Fertility and Sterility*. 2010; 93(1):79-88.
- Gibson FL, Ungerer JA, Tennant CC, Saunders DM. Parental adjustment and attitudes to parenting after in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*. 2000; 73(3):565-74.
- Babore, A, Stuppia, L, Trumello, C, Candelori, C, Antonucci, I. Male factor infertility and lack of openness about infertility as risk factors for depressive symptoms in males undergoing assisted reproductive technology treatment in Italy. *Fertility and Sterility*. 2017; 107(4):1041-7.
- Hasanpoor-Azghdy SB, Simbar M, Vedadhir A. The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: results of a qualitative study. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*. 2014; 12(2):131.
- Anokye, R, Acheampong, E, Mprah WK, Ope JO, Barivure TN. Psychosocial effects of infertility among couples attending st.

- Michael's Hospital, Jachie-Pramso in the Ashanti Region of Ghana. *BMC Research Notes*. 2017; 10(1):690-4.
41. Shindel AW, Nelson CJ, Naughton CK, Mulhall JP. Premature ejaculation in infertile couples: prevalence and correlates. *The Journal of Sexual Medicine*. 2008; 5:485-91.
 42. Haliloğlu S, Sağlam ZA, Toprak D. İnfertilite polikliniğine başvuran kadın hastaların sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Smyrna Tıp Dergisi*. 2013; 15:1-7.
 43. Durgun Ozan Y, Okumuş H. Tedavi sonucu başarısız olan infertil kadınların Watson'ın insan bakım kuramına göre hemşirelik bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013; 16(3):190-8
 44. Royal College of Nursing Publications [Internet]. 2012 [cited 2015 Dec 30]. Available from: <http://www.rcn.org.uk/publications>.
 45. Dinç A, Beji NK. Yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımları. In: Beji NK, ed. İnfertilite sorunu, yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı; İstanbul. Emek Matbaacılık; 2001. s. 75 -92
 46. The Fertility Society of Australia [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar 20]. Available from: <http://www.fertilitysociety.com.au/login/fna>
 47. Role of the Fertility Nurse in Japan [Internet]. 2012 [cited 2015 Mar 20]. Available from: <http://www.kango-net.jp/project/06/ppt/06.ppt>
 48. Beji N. İstanbul infertilite hemşireleri grubu 2007-2008 yılı faaliyetleri. Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongresi (TSRM 2008), İnfertilite Hemşireliği Kurs Notları. 2008; 3-10.
 49. Payne D, Goedeke S. Holding together :caring for clients undergoing assisted reproductive technologies. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 60(6):645 -53.
 50. Uçan Ö, Taşçı S, Ovayolu N. Eleştirel düşünme ve hemşirelik. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2008; 3(7):17-25.
 51. Küçükaya GP. Psikiyatri hemşireliğinde kanıta dayalı uygulama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2010; 1(3):128-31.
 52. Kocaman G. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2003; (2):61-7.
 53. Perk H, Soyupek S, Oskay T. Erkek infertilitesine neden olan fiziksel ajanlar, ilaçlar ve toksinler. *Androloji Bülteni*. 2005; 23:305-10.

DERLEME

Menopozal Dönemde Görülen Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesine Etkisi*Safiye AŞIK¹, Sevil ŞAHİN²*

ÖZ

Menopozal dönem kadın yaşamında birçok etki ve değişime neden olan uzun bir süreç olduğundan önemle ele alınması gereken bir dönemdir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre menopoz; overlerdeki foliküler aktivitenin sonlanmasına bağlı olarak doğurganlığın ve menstruasyonun geri dönüşsüz şekilde sona ermesidir. Menopoz ile birlikte kadın vücudunda meydana gelen fizyolojik değişiklikler birçok probleme neden olmaktadır. Menopozal dönemde görülen problemler arasında vazomotor semptomlar, genitoüriner sistem sorunları, psikolojik sorunlar ve osteoporoz yer almaktadır. Bireyin yaşam kalitesini ve işlevselliğini etkileyen bu problemler her kadını farklı oranda etkilemektedir. Menopozda görülen genitoüriner sistem değişikliklerine bağlı olarak gelişen üriner inkontinans, kadınların psikolojik, fiziksel, sosyal ve ekonomik iyilik halini dolayısıyla yaşam kalitesini etkilediğinden yaygın bir sağlık sorunu olduğu bilinmektedir. Uluslararası Kontinans Topluluğu'nun tanımına göre üriner inkontinans; istemsiz olarak herhangi bir şekilde idrar kaçırma şikâyetidir. Bu derlemede menopozal dönemde görülen üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisi ele alınmıştır. Hasta ile en çok zaman geçiren meslek grubu olan hemşirelerin menopoz ve üriner inkontinans arasındaki ilişkiyi bilerek yaşam kalitesine etkilerini azaltmaya ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik hemşirelik bakımı planlamaları büyük önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire; İnkontinans; Menopoz

The Effect of Urinary Incontinence Seen During Menopausal Period on Quality of Life*Safiye AŞIK¹, Sevil ŞAHİN²*

ABSTRACT

Since the menopausal period is a long process that causes many effects and changes in women's life, it is a period that should be handled with importance. According to the World Health Organization, menopause; It is the permanent termination of menstruation and fertility due to the cessation of follicular activity in the ovaries. Physiological changes that occur in the woman's body with menopause cause many problems. Problems seen in the menopausal period include vasomotor symptoms, genitourinary system problems, psychological problems and osteoporosis. These problems affecting the quality of life and functionality of the individual affect each woman differently. Urinary incontinence, which develops due to changes in the genitourinary system seen in menopause, is known to be a common health problem as it affects the psychological, physical, social and economic well-being of women and thus the quality of life. Urinary incontinence according to the definition of the International Continence Society; It is a complaint of involuntary urinary incontinence. In this review, the effect of urinary incontinence seen in the menopausal period on quality of life is discussed. It is of great importance that nurses, who spend the most time with the patient, know the relationship between menopause and urinary incontinence and plan nursing care to reduce their effects on the quality of life and increase the quality of life.

Keywords: Incontinence; Menopause; Nurse

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye

Sorumlu Yazar: Sevil ŞAHİN

E-posta adresi: sevilshahin1@gmail.com

ORCID No: 0000-0001-7089-6648

Gönderi Tarihi: 09.02.2021

Kabul Tarihi: 27.02.2021

GİRİŞ

Kadınlar aile ve toplumun temelini oluşturmaktadır. Kadın Sağlığındaki değişimler ve sorunlarda buna bağlı olarak toplum sağlığı ile doğrudan ilişkilidir (1). Önceki yıllarda daha düşük sürelerde seyreden yaşam süresinin sağlık alanındaki gelişmeler ve yaşam şartlarındaki iyileşmeler neticesinde arttığı bilinmektedir (2). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2017- 2019 yılları arasındaki döneme dair raporunda Türkiye’de kadınlar için doğuştan beklenen yaşam süresi 80,7 yıl olarak bildirilmiştir (3). Dünya genelinde menopoza girme yaşı 50-51 yaş aralığında iken (4,5) ülkemizde menopoza girme yaşının 47-49 yaş aralığında olduğu bildirilmektedir (6-8). Bu veriler ışığında kadınların, yaşam döngülerinin yaklaşık 1/3’ i gibi uzun bir bölümünü menopoz sonrası dönemde geçirdiği ve bu duruma paralel olarak menopozal dönemde karşılaşılabilecek sorunların öneminin de arttığı görülmektedir (9). Kadın hayatı; doğumdan itibaren, çocukluk, ergenlik, erişkinlik, menopoz ve yaşlılık dönemlerinin birbiri ardına devam ettiği evrelerden oluşmaktadır. Her evre kendi içinde farklı özelliklere sahiptir fakat özellikle ergenlik ve

menopoz evrelerinin kadın yaşamı üzerinde önemli etkileri mevcuttur. Menopozal dönemin en belirgin özelliklerinden biri de kadının doğal üreme siklusunun sonunu işaret etmesidir (10,11).

Menopozal dönemde görülen değişimler, semptomlar ve sağlık problemleri, ilerleyen yaş ile ilgili anksiyete, doğurma yetisinin kaybedilmesi, beden imajında meydana gelen değişimler bir araya gelerek yaşam kalitesinde büyük ölçüde olumsuz etki yaratmaktadır (12).

Yine menopozda görülen hormonal değişimler, vajinal ve üretral mukozadaki somatik değişimler; üretral kapanma basıncı kaybı ve normal üretrovezikal açıda değişime neden olarak kadınlarda üriner inkontinans (Üİ) gelişmesine sebep olur (13). Demir ve Beji (14) yaptıkları araştırmada menopozdaki kadınların menopoza girmemiş kadınlara göre daha sık Üİ yakınması yaşadıklarını ve menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini sıklıkla negatif yönde etkilediğini bildirmektedir.

Menopoz

Menopoz; overlerdeki foliküler aktivitenin sonlanmasına bağlı olarak doğurganlığın ve menstruasyonun geri dönüşsüz şekilde sona

ermesidir. On iki ay boyunca her hangi bir patoloji olmaksızın mensturasyon kanamasının olmaması doğal menopoz, overlerin herhangi bir sebeple alınması ile cerrahi menopoz ortaya çıkar (15). Diğer bir tanımda menopoz Royal College of Nursing (16) tarafından, östrojen düzeyinin azalması ile birlikte overlerde folikül fonksiyonunun kaybolmasına bağlı üreme fonksiyonu ve adet kanamasının geri dönüşsüz olarak sonlandığı doğal bir durum olarak tanımlanmıştır.

Kadınlar menopoza yaşamın doğal seyrinde girdikleri gibi iyatrojenik nedenle de menopoza girebilirler. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) her iki overin cerrahi olarak çıkarılmasını (malign veya benign nedenlerle) veya yumurtalık fonksiyonunun iyatrojenik olarak durdurulması (kemoterapi veya radyoterapi gibi nedenlerle) izleyen menstrüasyonun kesilmesini “İndüklenmiş Menopoz” olarak tanımlar (15).

Menopozal dönemde kadın yaşamında psikolojik, fiziksel ve sosyal yönden birçok değişim yaşadığından menopoz önemle ele alınması gereken bir yaşam evresidir. Klimakterium, kadınların cinsel olgunluk döneminden sonra

başlayıp, yaşlılığa kadar süren yaşam dönemine denir. Bu dönem, premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz evrelerini içerir. Bu dönemde diğer yaşam dönemlerinde olduğu gibi biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler görülür. Klimakterik dönem 40-45 yaşlarında başlar ve 65 yaşına kadar sürebilir. Menopoz; yaş, ırk, sosyoekonomik durum, kalıtsal faktörler, ilk mensturasyon yaşı, evlilik ve iş durumu, genetik faktörler, kontraseptif yöntem seçimi, beslenme, tütün ürünleri kullanımı, gebelik sayısı, psikolojik faktörler gibi birçok faktörden etkilenmektedir (17).

Menopoz; kadında meydana getirdiği değişiklikler nedeniyle yaşam kalitesi üzerinde birçok etkiye sahiptir. Kadının menopoz ile birlikte gelen değişiklikler ve semptomlar ile başa çıkma derecesi, bu dönemde yaşamına ilişkin doyum hissi ve mutluluk durumu yaşam kalitesini etkileyen faktörlerdir (9).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre ülkemizde 30-49 yaş kadınların menopoza girme oranı toplam nüfusa göre %10.3, 48-49 yaşında menopozda olan kadınların oranı ise %45.1'dir (18). Menopoz gelişmiş ülkelerde daha

ileri yaşta görülür iken; gelişmekteki ülkeler ve gelişmemiş olan ülkelerde daha erken yaşlarda görülebilmektedir. İnsan ömründe beklenen yaşam süresinin artması, kadınların yaşamının yaklaşık üçte biri gibi büyük bir bölümünü menopozal dönemde geçiriyor olması, menopozal dönemin ve bu dönemde ortaya çıkan psikolojik, fizyolojik, sosyal değişimlerin önemini artırmakta dikkatle ele alınmasını gerektirmektedir. Çünkü kadınların beklenen yaşam sürelerinin uzaması menopozal dönem değişikliklerine daha uzun süre maruz kalacakları sonucunu doğurmaktadır (19).

Menopozal dönemde meydana gelen değişimler, menopoz semptomları olarak adlandırılır. Menopoz semptomlarının başlıca nedeni; overlerin aktivitesini kaybetmesi ile birlikte vücuttaki östrojen düzeyinin azalmasıdır. Bu semptomlar, kadınlarda erken ve geç dönem semptomları olarak sınıflandırılabilir. Erken dönemde üriner sistem sorunları, psikolojik sorunlar ve seksüel problemler görülürken; ilerleyen dönemde osteoporoz, ürogenital farklılaşmalar, kalp damar sistemi hastalıkları görülmektedir. Tüm bu belirti ve değişimler, kadın sağlığını negatif yönde

etkileyerek yaşam kalitesinde azalmaya sebep olmaktadır (20).

Menopozal dönemde kadınlarda gece terlemesi, sıcak basması, çarpıntı, uyku problemleri, kas ve eklem problemleri, kardiyovasküler sistem hastalıkları gibi somatik yakınmalar, sinirlilik, yorgunluk, halsizlik, depresyon, unutkanlık, konsantrasyon problemleri gibi psikolojik semptomlar görülebilmektedir. Bu semptomlarla birlikte vulvovajinal atrofi ve kuruluk, disparoni, cinsel istekte azalma dahil genitoüriner semptomlar özellikle; sık idrara çıkma, ani idrara sıkışma hissi ve noktüri gibi alt üriner sistem semptomları da menopozal dönemde daha sık görülmektedir (20-22).

Menopoz ile birlikte ortaya çıkan üreme yeteneğinin kaybı kadınların birçoğu tarafından kadınlığın ve çekiciliğinin yitirilmesi olarak algılanmakta ve bu durum kadının cinsel sağlığını olumsuz etkilemektedir. Menopoz döneminde yaşanan bu şikâyetler her kadını farklı düzeyde etkilemekle birlikte kadınların çoğunluğunda yaşam kalitesini düşürdüğü bilinmektedir. Menopozda görülen genitoüriner sistem değişikliklerine bağlı olarak gelişen üriner

inkontinans, kadınların ve diğer aile üyelerinin psikolojik, bedensel, sosyal ve ekonomik iyilik halini etkileyen ve sık görülen bir sağlık problemidir (13).

Üriner İnkontinans

Uluslararası Kontinans Topluluğu' nun (ICS) tanımına göre üriner inkontinans (Üİ); istemsiz olarak herhangi bir idrar kaçırma şikâyetidir. Üİ tipleri stres, urge, miks, noktüri, postural, koital, istemsiz inkontinans olarak gruplandırılmaktadır ve stres üriner inkontinans diğer tiplere göre daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (23,24).

Menopozda görülen hormonal sistem değişiklikleri, vajen ve üretra mukoz membranlarındaki somatik değişimler; üretrada kapanma basıncının yitilmesi ve normal üretrovezikal açıda değişime neden olarak kadınlarda Üİ gelişmesine sebep olur (13).

Üİ ile ilgili risk faktörleri yaş, doğum sayısı, menopoz, obezite, vajinal yolla doğum ve histerektomi öyküsüdür. Şentürk ve ark. (13) postmenopozal kadınlarda Üİ görülme sıklığı ve risk faktörü olan vajinal doğum ve hormon replasman tedavisi uygulamanın etkilerinin belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada

menopozlu kadınlar arasındaki Üİ prevalansını % 45.3 olarak saptanmışlardır.

Irwin ve ark. (25) yaptıkları çalışmada 2008 yılı dünya nüfusunun (4.3 milyar) minimum %21.5'inde Üİ görüldüğü, 2018 yılına kadar bu oranın %21.6 (423 milyon) olmasının beklendiği belirtilmektedir. Ülkemize baktığımızda üriner inkontinans sıklığı %21.3-44.8 aralığında değiştiği görülmektedir (26,27). Literatürde menopozal dönemde üriner inkontinans görülme sıklığının arttığı belirtilmektedir (26,28). Postmenopozal dönemde Üİ görülme sıklığının yüksek olduğu ve kandaki düşük östrojen seviyesinin buna neden olduğu iddia edilmektedir. Uterusu tutan kardinal ve uterosakral bağlardaki östrojen reseptör yoğunluğunun menopoz sonrası dönemde azalmaktadır. Bu nedenle yapılan çalışmalarda da menopoza girenlerde Üİ sıklığında artış olduğu bulunmuştur (13,26,29). Üİ kadınlarda utanç ve kendine güvensizlik hissine neden olarak, psikolojik iyilik halini azaltıcı yönde etki oluşturmaktadır. Üİ bedensel, sosyal, psikolojik ve ekonomik etkileri nedeniyle kadınların yaşam kalitesini negatif yönde etkilediğinden Üİ için etiyolojik faktörlerin bilinmesi, hastaların bu

hususla eğitilmesi ve erken dönemdeki girişimler ile Üİ gelişimi azaltılarak ve kadınların genel sağlık düzeyleri ve yaşam kaliteleri artırılabilir (29). Fındık ve ark. (30) 761 hasta ile yaptıkları çalışmada menopoza giren kadınlarda girmeyenlere göre hem stres Üİ, hem de urge Üİ görülme sıklığının arttığı, Dinç ve ark. (31) yaptığı çalışmada premenopoz dönemdeki kadınlarda Üİ görülme sıklığı %9 iken, menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda %50 olup genel görülme sıklığı %29.6 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada menopoz sonrası 50-64 yaş grubu kadınların daha fazla Üİ sorunu yaşadıkları saptanmıştır.

Menopoz ile Üİ arasındaki ilişkinin kadınların menopoza girme yaşına bağlı olduğu bildirilmektedir (32). Menopozdaki ilk birkaç yıl içinde östrojen hormonundaki azalma belirgin şekilde etki yaratmayabilir. Fakat yaşın artması ile birlikte menopoz süresinin de artması sonucu östrojenin git gide azalmasına bağlı etkilerin görülmeye başladığı ve Üİ görülme sıklığının arttığı bildirilmektedir (32). Kadınlar, üriner inkontinansı yaşın ilerlemesi ile birlikte normal bir süreç olarak görmekte, sağlık kuruluşuna başvurmadan bu sorun ile kendileri baş etmeye

çalışmaktadırlar (33). Güvey'in (34) premenopoz ve postmenopozal dönemdeki geriatri hastalarının jinekoloji kliniğine başvurma sebeplerini karşılaştırmak amacıyla yaptığı bir çalışmada 25 premenopozal ve 25 postmenopozal ileri yaş kadın hasta retrospektif olarak incelenmiştir. Geriatrik yaş grubunda tüm jinekolojik problemlerin görülebildiği fakat menopoz ile gelişen hipoöstrojenemiye bağlı gelişen semptomların daha sık görüldüğü bulunmuştur. Çalışmada sonucunda postmenopozal dönemdeki gruptaki kadınların %20' sinde üriner inkontinans görülürken, premenopozal gruptaki hastalarda üriner inkontinans görülmediği dikkat çekmiştir (34).

Üİ tedavisinde davranışsal ve nonfarmakolojik tedaviler, farmakolojik tedaviler ve cerrahi tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Nonfarmakolojik ve davranışsal tedavi yöntemleri yaşam tarzı değişiklikleri, mesane eğitimi ve pelvik taban kaslarının egzersizleri olarak sıralanabilir. Yaşam tarzı değişiklikleri; obez bireylerin kilo vermesi, diyet değişimi, kafein ve varsa fazla sıvı tüketiminin düşürülmesi şeklinde tavsiyeleri içerir (35).

Küçükaya ve ark. (36) pelvik taban problemlerinde başvuru geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden; pelvik taban kas egzersizleri, akupunktur, yoga, abdominal egzersizler, masaj, pilates ve Gua Sha' nın başvuru yöntemler olduğunu belirtmişlerdir. Üİ'nin geleneksel ve tamamlayıcı tedavisinde tüm bu tedavi yöntemlerinin kullanılabilirliği belirlenmiştir (36).

Yaşam Kalitesi

Sağlığın değerlendirilmesinde ele alınan geleneksel belirteçler olan hastalık, ölüm, beklenen yaşam süresi gibi göstergeler bireylerin sağlık seviyesini belirlemede yeterli olmamaktadır. Bu yüzden günümüzde yaşam kalitesi kavramı gündeme gelmiştir. Yaşam kalitesi, bireyin sağlık durumu ile bireysel iyilik halini de içine alan daha geniş bir kavramdır. DSÖ yaşam kalitesinin tanımını "bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki kendi yaşam algıları" olarak yapmıştır. Menopozal dönemde fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden birçok farklılaşma olduğundan, kadının yaşam tarzı ve dolayısıyla yaşam kalitesi ciddi ölçüde etkilenmektedir (37).

Erkin ve ark. (37) menopozun kadın yaşam kalitesine etkisini araştırdıkları çalışmada, menopozdaki kadınların menopoz semptomları ve ortaya çıkan şikâyetler ile iyi baş edemediklerini ve bu kadınların yaşam kalitesinin negatif yönde etkilendiğini bildirmektedir.

Abay ve Kaplan (38) yaptıkları çalışmada, menopozal dönemin kadınların yaşam kalitesini negatif yönde etkilendiğini, kadınların yaşam kalitelerinin orta seviyede olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca pozitif menopoz algısı arttıkça ve menopoza dair sağlık problemi yaşama algısı azaldıkça yaşam kalitesinin yükseldiğini, cerrahi menopoza giren kadınların cinsel yaşam kalitesinin azaldığını bildirmişlerdir (38).

Elazim ve ark. (39) kadınların menopoz döneminde önemli seviyede menopoz belirtisi gösterdiğini, menopoz sonrası dönemdeki kadınların fiziksel ve vazomotor belirtileri menopoza geçiş evresindeki kadınlara göre daha çok yaşadığını ve postmenopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin düştüğünü bildirmişlerdir.

Abay ve Kaplan (12) yaptıkları çalışmada doğumdan beklenen yaşam süresinin artması ile birlikte kaliteli bir hayat sürdürme arzusu ve

menopozal dönemin kadın hayatının 3 te 2 sini kapsamaması, menopoza özgü yaşam kalitesi kavramının ehemmiyet kazanmasına sebep olduğunu belirtmektedir. Yine aynı çalışma sonucunda menopozda yaşam kalitesini yükseltebilmek için ilk planda doğru tanı koyulması gerektiğini bunun için de uygun ölçme aracının yani menopoza özgü geliştirilen yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanılması gerektiği önerilmektedir (12).

Yılmaz ve ark.'nın (29) üriner inkontinanslı kadınların yaşam kalitesi düzeyini saptamak amacıyla yaptığı çalışmada Üİ'ı olan kadınların %62.0'sinin menopozda olduğu bulunmuştur. Amanak ve ark. (40) Üİ olan ve olmayan kadınların yaşam doyumu ve sosyal kaygı düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla yaptıkları çalışmada Üİ olan kadınların olmayan kadınlara göre Yaşam Doyumu Ölçeği puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya koyulmuştur. Üİ olan kadınların, olmayanlara göre yaşam doyum seviyelerinin daha düşük, sosyal kaygı seviyelerinin ise daha yüksek olduğu sonucuna erişilmiştir. Çalışma sonucunda özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde

çalışanların, Üİ'in kadın hayatındaki olumsuz neticelerini bilerek; gelişmesini önleme, kadınları uygun sağlık kurumlarına yönlendirme, Üİ yaşayan kadınların tanı ve tedavi hususlarında aktif şekilde görev yapması gerektiği vurgulanmaktadır(40).

Aoki ve ark. (41) çalışmasında; bir kadının hayatı boyunca mesane fonksiyonlarının birçok faktörden etkilenecek Üİ semptomları iyi ya da kötü yönde değişebileceğini, kronik bir durum olarak Üİ ile yaşayan kadınların, tedavi önerileri hakkında karamsar hissedebileceklerini belirtmişlerdir. Çalışmada bütün Üİ türlerinin kadın için son derece rahatsız edici olduğu, hastanın tedaviye katılma isteği tedaviden alınacak yarar seviyesi belirlemede etkili olduğu, yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin idrar kaçırmanın birey üzerindeki etkisini belirleme ve tedavilerin yararını değerlendirmede önemli bir faktör olduğu vurgulanmıştır (41).

Hemşirenin Rolü

Kadınların yaşam kalitesini birçok yönden olumsuz etkileyen Üİ probleminin ortaya çıkmasını koruyucu sağlık hizmeti ile engelleme ve var olan inkontinans probleminin ise en erken evrede belirlenerek hastaya uygun bakımın planlanması

hemşirelik bakımının temel amacıdır. Menopozal dönemde doğru ve zamanında planlanan etkili hemşirelik girişimleri kadın sağlığının ve yaşam kalitesinin geliştirilmesine önemli katkılar sağlayacaktır. Hemşireler sağlık hizmeti sunmak için kadınlara ulaşmada büyük bir öneme sahiptir. Üİ'nin önlenmesi, erken tespit edilmesi, doğru değerlendirmesi ve takibinde hemşirelere önemli görevler düşmektedir (42).

Son zamanlarda özellikle ürojinekoloji kliniklerinde çalışan, Üİ hakkında eğitim alan hemşireler, Üİ önlenmesi ve tedavisinde rehberlik, danışmanlık, klinisyen, araştırmacı, destekleyici ve organize edici olma rolleri ile ön planda yer almaktadır. Hemşireler multidisipliner sağlık hizmeti anlayışı ile üstlendikleri görevlerle kadınların yaşam kalitesini azaltan Üİ probleminin önlenmesine ve ortadan kaldırılmasına yönelik büyük katkılarda bulunmaktadır (42,43).

Üİ'nin normal ve sağlıklı bir durum olmadığı ve erken dönemde doktora başvurulmasının iyileşme sürecini hızlandırabileceği hususlarında toplumun farkındalığı sağlanmalıdır. Kontinans hemşireleri beslenme alışkanlığının düzenlenmesi, vücut ağırlığı kontrolü, tütün ürünlerini bırakma,

egzersiz, boşaltım alışkanlıklarının düzenlenmesi ile yaşam tarzı değişiklikleri gibi hususlarda kişiye ve yakınlarına sağlığı korumaya ve geliştirmeye dair bilgilendirme görevinde önemli konumdadır (44). Hemşireler tarafından kadınlarda Üİ konusunda farkındalık oluşturmaya yönelik girişimler planlanmalı, Üİ'ı önlemek için yapılabilecekler ve gerektiğinde tedavisi için başvurulacak sağlık kuruluşları hakkında bilgi verilmelidir (42). Menopozal dönemde semptomları erken tespit etmek, var olan semptomlara dair uygulanacak eğitim ve rehberliği planlayarak kadınlara sağlık bilinci edindirmek, menopozal evrede kadının karşılaşacağı bedensel, duygusal ve sosyal problemlerle mücadele etmesine yardımcı olacaktır. Hemşirelerin menopoz döneminde ortaya çıkabilecek semptomlar hususunda bilgi düzeylerinin yükselmesi koruyucu sağlık hizmeti geliştirme ve uygulamalarına fırsat yaratacaktır (45).

SONUÇ

Kadın hayatında ciddi birçok değişime sebep olan menopoz dönemi bir hastalık hali değil, yaşamın doğal seyrindeki bir süreçtir. Kadınlar Menopoza bağlı ortaya çıkan semptomları nasıl yöneteceği ve

menopoza bağlı ortaya çıkabilecek komplikasyonları nasıl önleyebileceği konularında eğitilmelidir. Hemşireler bütüncül yaklaşım ile planlayacakları bakım ve eğitimler ile menopozal dönemdeki kadınların sağlığını ve yaşam kalitesini geliştirmede önemli bir göreve sahiptir. Yaşam kalitesi, hemşirelik bakımının planlamasından değerlendirilmesine kadar olan süreçte önemli bir parametredir. Hemşireler menopozal dönem, menopoza ilişkin görülebilecek semptomlar, komplikasyonlar ve yaşam kalitesi üzerine etkileri konusunda güncel bilgilere sahip olmalı, gelişmeleri takip etmeli, kadınlara yaşam kalitesini sürdürmeye ve artırmaya yönelik danışmanlık yapabilmelidir. Menopozal dönemde artış gösteren Üİ'in erken dönemde tespit edilmesi, buna yönelik verilecek eğitim ve rehberlik hizmetlerinin doğru planlanması ve böylece kadınlarda sağlıklı yaşam bilinci oluşturma konularında hemşirelere büyük rol düşmektedir. Menopozal dönemdeki kadınlarda uygulanacak hemşirelik yaklaşımı olarak; hemşireler tarafından kadınlara pelvik taban yapısını koruyan ve güçlendiren sağlık davranışları öğretilmeli, olumlu davranış değişikliği geliştirilmeli, Üİ açısından riskli gruplar taranmalı,

gerektiğinde menopozal dönemde inkontinans problemi olan kadınlar ürojinekoloji kliniklerine yönlendirilmelidir. Ülkemizde ürojinekoloji alanında çalışan hemşire sayısının artırılması, ürojinekoloji hemşireliği eğitim programları düzenlenerek menopozal dönemdeki kadınlarda üriner inkontinansın tespit, takip ve tedavisinde hemşirelere daha aktif rol verilebileceği önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Orhan İ, Yağmur Y. Menopozal dönemde sağlıklı yaşam biçimi davranışları yaşam kalitesi ve motivasyonel görüşmeler. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi. 2020; 8(2):496-505.
2. Özkurt V. Bakım sürecinde geronteknolojinin etkin kullanımı: Bakım verenlerin algılarına ilişkin nitel bir çalışma. Senex: Yaşlılık Çalışmaları Dergisi. 2019; 3(3):54-59.
3. Türkiye İstatistik Kurumu. Hayat tabloları 2017-2019 [Internet]. 2020. [cited 2021 Feb 1]. Available from: <https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33711>
4. Taşkın L, editör. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Genişletilmiş XIII. Baskı. Ankara: Akadmisyen Tıp Kitabevi; 2016. p. 671-687.
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [Internet]. 2020. [cited 2021 Jan 5]. Available from: <https://www.rcog.org.uk/en/patients/menopause/menopause---a-life-stage/>
6. Yangın HB, Kukul K, Ak Sözer G. The perception of menopause among Turkish women. Journal of Women & Aging. 2010; 22(4):290-305.
7. Gözüyeşil E, Başer M. Menopozal dönemde yaşanan vazomotor yakınmaların günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 19(4):1-8.
8. Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği (TJOD). TJOD'den Açıklama Dünya Menopoz Günü [Internet]. [cited 2021 Jan 4]. Available from: <https://www.tjod.org/tjodden-aciklama-dunya-menopoz-gunu/>
9. Fışkın G, Şahin N, Güler K. Menopozal dönemdeki kadınların bu yaşam dönemine ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. G.O.P Taksim E.A.H. JAREN. 2017; 3(3):122-8.
10. Bekmezci E, Altuntuğ K. Menopoz ile ilişkili semptomlara yönelik kanıta dayalı uygulamaların incelenmesi. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020; 2(3):167-74.
11. Daley A, Stokes-Lampard H, Thomas A, MacArthur C. Exercise for vasomotor menopausal symptoms. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014, Issue 11. Art. No.: CD006108.
12. Abay H, Kaplan S. Menopause-specific quality-of-life scales: Review of literature/ Menopozla özgü yaşam kalitesi ölçekleri: Literatür incelemesi. Journal of Education and Research in Nursing. 2020; 17(1):94-102.

13. Şentürk Ş, Kara M. Menopoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi*. 2010; 17(1):7-11.
14. Demir S, Beji NK. Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi ve sağlık arama davranışları. *FN Hem. Derg.* 2015; 23(1):23-31.
15. International Menopause Society. Menopause Terminology [Internet]. 2018 [cited 2020 Dec 22]. Available from: http://www.imsociety.org/menopause_terminology.php.
16. Royal College of Nursing. Menopause RCN guidance for nurses, midwives and health visitors [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 1]. Available from: <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/rcn-menopause-guidance-for-nurses-midwives-and-health-visitors-uk-pub-0093326>
17. Saydam BK, editör. Olgularla jinekolojik hastalarda bakım. I. Baskı. Ankara: Nobel Tıp kitabevleri; 2015. p. 200-208.
18. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ana Rapor [Internet]. 2018 [cited 2021 Feb 1]. Available from: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
19. Takashi TA, Johnson KM. Menopause. *Med Clin N Am*. 2015; 99:521-34.
20. Bacon JL. The menopausal transition. *Obstet Gynecol Clin*. 2017; 44(2):285-96.
21. Roberts H, Hickey M. Managing the menopause: an update. *Maturitas*. 2016; 86:53-8.
22. İlkin E, Şahan Ö, Akarsu RH, Akarsu G. Menopozal kadınlarda egzersizin fizyolojik etkileri: Bir sistematik derleme. *Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi*. 2020; 3(2):373-85.
23. Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B., et al. An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2010; 29:4-20.
24. Özkan SA, Bilgiç D, Beji NK. Türkiye’de hemşirelik alanında üriner inkontinansla ilgili yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi. *ACU Sağlık Bil Dergisi*. 2019; 10(2):201-10.
25. Irwin DE, Kopp ZS, Agatep B, Milsom I, Abrams P. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. *Bri J Urol Int*. 2010; 108:1132-9.
26. Terzi H, Terzi R, Kale A. 18 Yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler. *Ege Tıp Dergisi*. 2013; 52(1):15-19.
27. Ünsal A, Tözün M, Arslantaş D. Eskişehir ili Beylikova ilçe merkezinde 20 yaş ve üzeri kadınlar arasında üriner inkontinans, ilişkili faktörler ve depresyon. *TAF Prev Med Bull*. 2013; 12:231-42.
28. Öztürk GZ, Toprak D, Basa E. 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni.*, 2012; 46:170-6.
29. Yılmaz E, Muslu A, Özcan E. Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2014; 2(2),1-14.
30. Fındık RB, Unluer AN, Şahin E, Bozkurt OF, Karakaya J, Unsal A. Urinary Incontinence in women and its relation with pregnancy, mode of delivery, connective tissue disease and other factors. *Adv Clin Exp Med*. 2012; 21:207-13.
31. Dinç A, Özer NE. Premenopoz ve menopozal dönemdeki kadınlarda üriner inkontinans örülme sıklığı ve risk faktörlerinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019; 8(2):1-9.
32. Pérez-López FR, Cuadros JL, Fernández-Alonso AM, Chedraui P, Sánchez-Borrego R, Monterrosa-Castro A. Urinary Incontinence, related factors and menopause-related quality of life in mid-aged women assessed with the Cervantes Scale. *Maturitas*. 2012; 73(4):369-72.
33. Subramaniam J, Eswara S, Yesudhasan B. Association of urinary tract infection in married women presenting with urinary incontinence in a hospital based population. *J Clin Diag Res*. 2016; 10:10-3.
34. Güvey H. Jinekoloji polikliniğine başvuran geriatrik hastalardaki problemlerin premenopozal dönemdeki hastalarla kıyaslanması. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2020; 12(1):144-7.
35. Öztaş S. Üriner İnkontinans. İn: Çakmak BD, editör. *Jinekolojide Pratik Bilgiler*. Lyon: Livre de Lyon; 2020. p. 221-238.
36. Küçükkaya B, Kahyaoğlu SH. Pelvik taban bozukluklarında kullanılan geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*. 2020; 3(1):44-53.
37. Erkin Ö, Ardahan M, Kert A. Menopoz döneminin kadınların yaşam kalitesine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 3(4):1095-113.
38. Abay H, Kaplan S. Menopozal dönem yaşam kalitesini nasıl etkiliyor? *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; (1-2-3):1-23.
39. Elazım HA, Lamadah SM, Zamil LGA. Quality of life among of menopausal women. *Journal of Biology. Agriculture and Healthcare*. 2014; 4(11):78-88.
40. Amanak K, Sevil Ü. Üriner inkontinanslı olan ve olmayan kadınların yaşam doyumu ve sosyal kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2020; 10(2):217-22.
41. Aoki Y, Brown HW, Brubaker L, Cornu JN, Daly JO, Cartwright R. Urinary incontinence in women. *Nature reviews Disease primers*. 2017; 3(1):1-20.
42. Öz Ö, Altay B. Üriner inkontinans risk faktörleri ve hemşirelik yaklaşımı. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017; 6(1):34-37.
43. Topuz Ş. Üriner inkontinans ve cinsellik. *Balikesir Sağlık Bil Derg*. 2015; 4(1).
44. Yıldırım ÖÖ, Avcı İA. Üriner inkontinanslı hastalarda bakımın yönetimi ve hemşirelik. Hacıhasanoğlu RA, editör. *Kronik hastalıklarda bakımın yönetimi ve hemşirelik*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p. 60-5.
45. Çelik AS, Pasinlioğlu T. Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2013; 1(1):50-56.